

Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar

The social determinants of child malnutrition in Colombia from a family medicine perspective

Mónica Vargas^a, Erwin Hernández^{a,*}

^a Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

*Autor de correspondencia erwinhr@unisabana.edu.co

Citación Vargas M, Hernández E. The social determinants of child malnutrition in Colombia from a family medicine perspective. *Medwave* 2020;20(2):e7839

Doi 10.5867/medwave.2020.02.7839

Fecha de envío 4/10/2019

Fecha de aceptación 21/1/2019

Fecha de publicación 10/3/2020

Origen No solicitado.

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por cinco árbitros a doble ciego

Palabras clave Social determinants of health, childhood, child malnutrition, poverty, human rights, equity, primary health care, Colombia

Resumen

Contexto

La desnutrición infantil es un problema de salud pública no solo en Colombia, sino en todo el mundo, ya que aumenta la mortalidad asociada a causas que son prevenibles. En Colombia, la pobreza es una de esas causas, la cual se presenta principalmente en las zonas rurales, en donde uno de cada 10 niños presenta desnutrición.

Metodología

Se realizó una revisión a partir de la búsqueda de artículos en bases de datos electrónicas (ScienceDirect, PubMed, ClinicalKey y SciELO) y en referentes normativos sobre la desnutrición infantil, sus determinantes sociales y elementos para su intervención en Colombia.

Resultados

La revisión permitió identificar que son muchos los factores que influyen en esta condición que está determinada no solo por la falta de alimentos sino también por causas como la pobreza, la falta de recursos, una atención insuficiente, el alza en el precio de los alimentos básicos,

los conflictos que originan desplazamientos masivos de la población, la sequía, la ausencia de un enfoque de equidad y el mal saneamiento ambiental, entre otros.

Conclusiones

Es importante dejar de concebir la desnutrición infantil como un problema exclusivamente alimentario. También es necesario tener en cuenta que en ella influyen otros factores que se deben trabajar para evitar esta enfermedad, los cuales deben ser intervenidos por personal capacitado para generar impacto en los determinantes sociales causantes de esta problemática. De ese modo en Colombia, el médico familiar se constituye como un eslabón fundamental del sistema de salud, el cual tiene como función de proveer atención médica integral y de liderar el nuevo modelo de salud basado en la atención primaria en salud.

Abstract

Context

Child malnutrition is a public health problem not only in Colombia but throughout the world, as it increases mortality associated with preventable causes. In Colombia, poverty is one of those causes present mainly in rural areas where one in 10 children suffers from malnutrition.

Methodology

We searched ScienceDirect, PubMed, ClinicalKey, and SciELO for references on child malnutrition, its social determinants, and elements for its intervention in Colombia.

Results

The review allowed us to identify that many factors influence this problem determined not only by the lack of food but also by other factors such as poverty, lack of resources, restricted access to health care, rising prices of essential foods, political conflicts leading forced displacement, drought, the absence of an equity-based policy approach, poor environmental sanitation, among others.

Conclusions

Child malnutrition should not be conceived as mainly a food-related problem. Other factors that influence this problem should also be taken into account in order to prevent it. Trained personnel should be deployed to intervene in the social determinants that underpin child malnutrition. Thus, in Colombia, the family physician is a fundamental link in the health system, responsible for providing comprehensive medical care and for the leadership of the newly introduced health model based on primary health care.

Ideas clave

- La desnutrición es una de las principales amenazas para la supervivencia, salud y crecimiento de los niños en todo el mundo, y en Colombia se presentan condiciones sociales que la favorecen.
- Es fundamental el identificar e intervenir en los determinantes sociales, y en diferentes patologías que pueden ser causantes de problemas crónicos y de salud pública, como la desnutrición infantil.
- Para Colombia se propone un nuevo modelo de salud para la intervención de esta problemática, en que el médico familiar lidere las acciones de salud pública y atención primaria en salud.

Introducción

La desnutrición se define como una condición sistémica de características reversibles que se produce como consecuencia de un déficit de nutrientes, generalmente secundario a mala alimentación, afectando el desarrollo del organismo, así como su buen funcionamiento^{1,2}. Esta condición se puede ver afectada por la falta de control de los determinantes sociales de la salud, los cuales están definidos como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen³. Dicha condición se presenta en un contexto en donde el médico juega un papel fundamental desde la atención primaria en salud, estrategia que propone una visión de la asistencia sanitaria que integra los intereses de la sanidad pública, de la población y del ambiente⁴. Todo lo anterior se enmarca en los derechos humanos establecidos en la declaración de las Naciones Unidas⁵.

En el mundo, aproximadamente cada cuatro segundos muere un niño menor de cinco años, la mayoría por causas prevenibles como la desnutrición⁶. En Colombia, la pobreza es una de estas razones. Según el Departamento Nacional de Planeación, reporta que en

2014 la mayor prevalencia de pobreza se encuentra en zonas rurales, en donde hay mayor nivel de desnutrición (uno de cada 10 niños); además, las tasas más altas se presentan en la región Caribe con 15,4% de los niños menores de cinco años con desnutrición crónica⁷.

Por lo anterior, se considera relevante y de vital importancia el identificar cuáles son los determinantes sociales que más impactan en la mortalidad infantil; con la intención de establecer cuáles son los principales desencadenantes y factores en los cuales se podría intervenir para disminuir los casos y mejorar los indicadores.

De ese modo, el siguiente artículo abordará una revisión general de la desnutrición infantil, así como la descripción de la situación epidemiológica y socioeconómica de la desnutrición en Colombia, identificando los determinantes sociales de la salud que influyen en esta patología, para finalizar con una reflexión de la importancia del médico familiar como pilar de la atención primaria y como actor fundamental para impactar sobre los indicadores de mortalidad infantil secundaria a la desnutrición. Esta revisión se realizó a partir de la búsqueda de artículos en bases de datos electrónicas (ScienceDirect, PubMed, ClinicalKey y SciELO) y en referentes

normativos nacionales e internacionales sobre la desnutrición infantil, sus determinantes sociales y elementos para su intervención en Colombia

Generalidades de desnutrición infantil

La infancia es el periodo más importante de crecimiento físico y de desarrollo cognitivo de las personas. Por ello es de vital importancia intervenir en los determinantes sociales y en diferentes patologías que pueden ser causantes de problemas crónicos y de salud pública⁸.

La desnutrición infantil genera, además de daños físicos, un detrimento irreversible de la capacidad cognitiva. Esto se conoce como “síndrome de deterioro del desarrollo”, el cual incluye trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos (así como del desarrollo del comportamiento), una menor inmunocompetencia y un aumento de la morbimortalidad^{9,10}. Síndrome que se debe diferenciar del término “malnutrición”, el cual hace referencia a carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía y proteínas e incluye tanto la desnutrición como la sobrealimentación¹¹.

La desnutrición sigue siendo una de las principales amenazas para la supervivencia, salud y crecimiento de los niños en todo el mundo, ya que cerca de 200 millones de niños menores de cinco años sufren de desnutrición crónica (90% de los cuales viven en Asia y África) y de ellos, el 13% padecen desnutrición aguda que pone en riesgo su vida (5% desnutrición aguda grave)².

Es así como la desnutrición se puede clasificar en dos grandes grupos según su tiempo de evolución: desnutrición crónica, la cual indica

Tabla 1. Clasificación de desnutrición.

Clasificación de desnutrición								
Según tiempo de evolución			Según su origen			Según su presentación clínica		
Crónica	Aguda		Primaria	Secundaria	Terciaria o mixta	Kwashiorkor o proteica	Marasmática o energético calórica	Mixta
	Moderada	Severa - grave						
Carencia de nutrientes por tiempo prolongado.	Peso menor de lo que corresponde en relación con su altura.	Peso muy por debajo del estándar para su altura.	Insuficiente ingesta de alimentos.	No uso de alimento ingerido por parte del organismo.	Combinación de las dos previas.	Baja ingesta de proteínas.	Costumbre a privación de nutrientes.	Combinación de las dos previas.

Fuente: *Preparado por los autores a partir de la información recolectada (basado en Sobrino M y colaboradores⁹).*

Según la situación de cada país, existen poblaciones vulnerables como los indígenas. En la región de la amazonia peruana, la desnutrición crónica afecta al 43%, así como también la anemia afecta al 43,5% de los niños menores de cinco años, siendo evidentes las grandes desigualdades en la situación de pobreza, servicios básicos y salud de los niños de esta población¹². Es por esto que en Colombia se justifica la necesidad de dar atención a la población indígena para crear programas de prevención en estas zonas vulnerables¹³.

Por otro lado, según reporte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el mundo hay suficiente comida para que toda la población pueda alimentarse adecuadamente. El problema es que se desperdicia entre 30 y 50% de todo el alimento que se produce, y la distribución no es equitativa en las regiones. Por este

carencia de nutrientes por tiempo prolongado y se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Esta se manifiesta generalmente como retraso en el crecimiento el cual puede presentarse desde el nacimiento, y requiere intervención antes de que el niño cumpla dos años ya que sus consecuencias pueden ser irreversibles. Por otro lado, la desnutrición aguda, que a su vez puede ser moderada, en la que el niño pesa menos de lo que corresponde con relación a su altura, o grave-severa donde el peso está muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Este último tipo de desnutrición genera nueve veces mayor riesgo de mortalidad comparando con un niño en condiciones normales².

Asimismo, la desnutrición también se puede clasificar dependiendo de su origen y su presentación clínica. Según su origen puede ser primaria, cuando la ingesta de alimentos es insuficiente, secundaria cuando el organismo no utiliza el alimento consumido y no se lleva a cabo el proceso de digestión o absorción de los nutrientes, o terciaria-mixta cuando se suman las dos anteriores¹. En el caso de su presentación clínica, se encuentran tres tipos:

- Kwashiorkor o proteica: la etiología es por la baja ingesta de proteínas o en caso de enfermedad aguda (se comportan como desnutrición aguda y la recuperación es rápida).
- Marasmática o energético-calórica: los pacientes se acostumbran a la privación de nutrientes y como respuesta presentan niveles incrementados de cortisol (se comportan como desnutrición crónica y la recuperación es lenta).

Kwashiorkor-marasmática o mixta: hay combinación de ambas entidades clínicas (desnutrición crónica agudizada) (Tabla 1)⁹.

motivo, el alimento disponible no es suficiente para solventar las necesidades nutricionales de cada país, lo que se suma a hábitos y preferencias alimentarias, así como falta de seguimiento a adecuadas indicaciones nutricionales y consumo de alimentos no saludables².

Situación epidemiológica y socioeconómica de la desnutrición en Colombia

En el mundo aproximadamente 6,6 millones de niños menores de cinco años mueren cada año, o lo que es equivalente a que cada cuatro segundos muera un niño de este rango etario, la mayoría por causas prevenibles. Al mismo tiempo, el 15% de los niños y las niñas de todo el mundo realizan trabajos de explotación infantil y 11% de

las niñas contraen matrimonio antes de cumplir 15 años; todo esto es parte de la definición de pobreza^{6,14}.

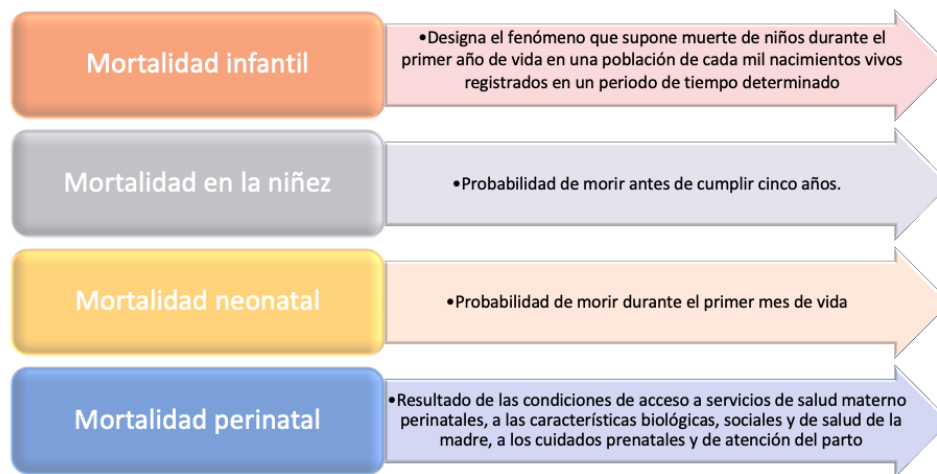
Además, en Colombia existen otros factores que generan perpetuación de la pobreza, ya que teniendo en cuenta que es una zona tropical, se presenta un mayor índice de enfermedades infecciosas tropicales como la malaria, la cual en su forma intestinal está asociada a desnutrición¹⁵. Al respecto, el Departamento Nacional de Planeación, reportó que en 2013 los niveles de pobreza a nivel nacional fueron 159 veces y de pobreza extrema 3,2 veces más grandes en zonas rurales que en zonas urbanas. Ello que evidencia que la mayor prevalencia de pobreza se encuentra concentrada en zonas rurales⁷.

Según las cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia de 2015, la mortalidad infantil (designa el fenómeno que supone muerte de niños durante el primer año de vida en una población de cada mil nacimientos vivos, registrados en un periodo de tiempo determinado), ha tenido un descenso progresivo desde

1990, con una tasa de 27 hasta 14 por mil nacidos vivos. Además, encontró que en zona rural es 1,5 veces más alta que la tasa en zona urbana y se presenta con mayor frecuencia en las mujeres de estratos más bajos sin ningún tipo de educación.

La mortalidad en la niñez, que corresponde a la probabilidad de morir antes de cumplir cinco años, ha tenido una disminución a nivel rural del 55%, y en cuanto a la mortalidad neonatal (probabilidad de morir durante el primer mes de vida) es 3,6 veces más alta en los nacimientos de mujeres entre 40 y 49 años, frente a los nacimientos de madres menores de 20 años. Con relación a la mortalidad perinatal (que corresponde al resultado de las condiciones de acceso a servicios de salud materno perinatales, a las características biológicas, sociales y de salud de la madre, a los cuidados prenatales y de atención del parto), es tres veces más alta en los nacimientos de mujeres entre 40 y 49 años frente a madres menores de 20 años y en el quintil más bajo de riqueza (Figura 1)¹⁶.

Figura 1. Definiciones de mortalidad en menores de 5 años.



Fuente: Preparado por los autores a partir de la información recolectada (basado en Jaramillo MC¹⁶).

En cuanto a inseguridad alimentaria, en Colombia las tasas más altas se presentan en la región Caribe. El 15,4% de los niños menores de cinco años sufren de desnutrición crónica (3,8% en San Andrés y 27,9% en La Guajira). Con respecto a la desnutrición global, La Guajira presenta tasas de 11,1% (el promedio nacional es de 3,4%)⁷. En Pereira, se encontró que 11,8% de los niños tienen algún tipo de desnutrición y 67,7% de las familias tienen inseguridad alimentaria con baja capacidad económica para adquirir alimentos. Algunas de las variables que determinan esta inseguridad alimentaria son el nivel educativo del padre en secundaria, familias con más de una persona desempleada, aporte familiar a alimentos mensual menor a 150 000 pesos colombianos, aporte familiar a alimentos entre uno y dos salarios mínimos mensuales legales vigentes, comprar alimentos en tienda local y frecuencia de compra alimentos diaria y quincenal¹⁷.

Asimismo, en estudios a nivel nacional para evaluar la desnutrición en sus diferentes estadios, al estudiar la desnutrición global en Pereira

en niños menores de 10 años (2011) se encontró que fue de 24,7%; cuatro veces mayor que lo que se reporta en América Latina, aunque muy similar a lo reportado para el nivel mundial. La desnutrición global encontrada fue mayor en el área urbana (22,1%) que en la rural (20,8%)¹⁸. En los menores de dos años, la prevalencia de desnutrición crónica fue de 35,4%; en tanto que en el periodo de los dos a los 9,9 años fue de 32,09%¹⁹. En los menores de dos años, la prevalencia de desnutrición aguda fue de 22,3%, en tanto que en los de dos a 9,9 años fue de 16,43%²⁰.

En otro estudio se buscó valorar el estado nutricional en la población menor de 10 años atendida en la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica del Municipio Dosquebradas, Risaralda, Colombia, en el período 2008 a 2012. En él se encontró una prevalencia de la desnutrición global de 18,99%, para la desnutrición crónica fue del 20,86% y para la desnutrición aguda fue de 25,81%²¹.

En Colombia, uno de cada 10 niños sufre desnutrición, cifra tomada de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional. Este instrumento se aplica cada cinco años, su objetivo es establecer la situación nutricional del país y sus últimos resultados fueron publicados en 2010. En esta encuesta se estableció que 75,7% de los hogares son urbanos y 24,3% rurales. En ellos se evidencia una tasa de desnutrición global de 3,4% en niños menores de cinco años y de desnutrición crónica del 13,2% (uno de cada ocho niños); en la población indígena 7,5 y 29,5% respectivamente. La Guajira es el departamento en donde hay más casos de desnutrición y su mortalidad está asociada a enfermedades relacionadas con la misma²².

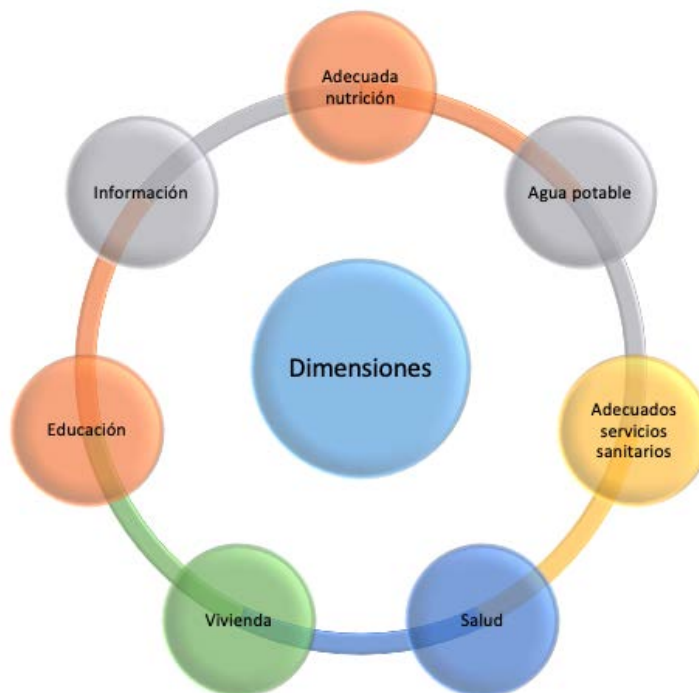
Finalmente, el impacto económico de la desnutrición infantil representa una parte significativa del producto interno bruto, por lo que es necesario continuar invirtiendo equitativamente en su prevención como estrategia para disminuir su prevalencia y sus repercusiones en la economía del país²³.

Determinantes sociales que influyen en la nutrición de la población infantil colombiana

La salud junto con la educación, son parte de los componentes clave del bienestar humano²⁴, y es por esto por lo que se crea la necesidad de impactar en los determinantes sociales que mantienen estables estos componentes. Según la Comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se indica que los determinantes sociales son todas aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen³. Estos factores se encuentran en diferente proporción en cada región o país, dependiendo de las circunstancias sociopolíticas, económicas y culturales de cada uno de ellos.

Asimismo, es importante determinar cómo todos estos factores de desigualdad y estatus socioeconómico que influyen en la infancia (especialmente desde los cero hasta los cinco años, incluido el periodo prenatal), tienen consecuencias en la edad adulta²⁵. En el año 2003, UNICEF analizó un enfoque de la pobreza infantil basado en los derechos humanos, que agrupó en siete dimensiones: nutrición adecuada, agua potable, servicios sanitarios decentes, salud, vivienda, educación e información, básicos para el adecuado crecimiento y desarrollo para la población infantil en el mundo (Figura 2)⁶.

Figura 2. Dimensiones de pobreza infantil, UNICEF 2010.

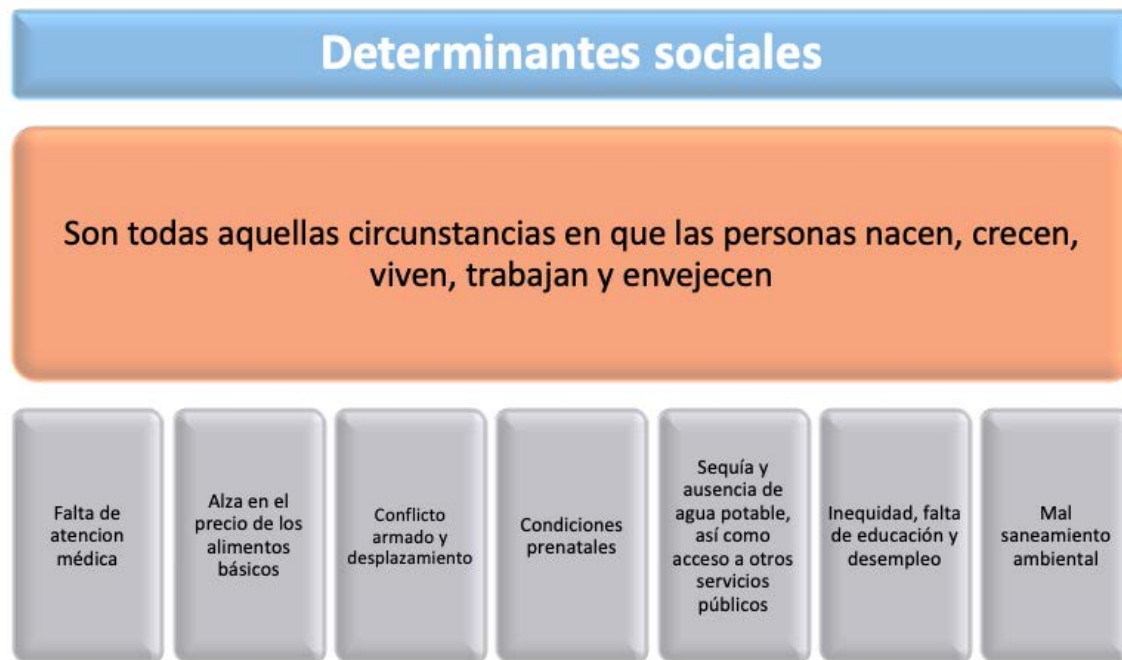


Fuente: Preparado por los autores a partir de la información recolectada (basado en Alegria ⁶).

Teniendo en cuenta lo anterior, existen muchos factores que provocan que la desnutrición siga siendo un problema de salud pública en la actualidad: la falta de una atención suficiente, precarias condiciones prenatales, el alza en el precio de los alimentos básicos,

los conflictos que originan desplazamientos masivos de la población, la sequía y escasez de agua potable, la ausencia de un enfoque de equidad, el mal saneamiento ambiental, entre otros (Figura 3)^{2,28,29}. Dentro de estos determinantes se destacan:

Figura 3. Determinantes sociales que influyen en la desnutrición.



Fuente: Preparado por los autores a partir de la información recolectada (basado en Wisbaum W y colaboradores², Mara D. Water²⁸ y Arturo Y²⁹).

Pobreza

Definida como la carencia de lo necesario para vivir. No solo considera los pocos recursos económicos, sino también en la producción de efectos negativos sobre la salud, teniendo en cuenta las malas condiciones ambientales en las que se desarrollan los seres vivos que en el futuro genera limitaciones funcionales, bajo desempeño y menos oportunidades laborales². Para cientos de millones de personas en situación de pobreza, el gasto en alimentación supone más del 75% de sus ingresos y muy a menudo se ven en la obligación de ayunar³⁰.

Condiciones prenatales

Se ha evidenciado que la exposición a estrés y malnutrición en etapa prenatal está asociado al desarrollo de enfermedad coronaria en la adultez, ictus, diabetes mellitus tipo dos e hipertensión arterial sistémica^{26,27}. Es por esto por lo que UNICEF indica que el periodo fundamental para prevenir la desnutrición es el comprendido entre el embarazo y los dos primeros años de vida del niño, conocido como los 1000 días críticos para la vida, donde la falta de atención adecuada afectará a la salud y el desarrollo intelectual del niño el resto de su vida². Es por esto por lo que los cuidados nutricionales de la mujer durante y después del parto afectan el estado nutricional infantil. Durante el embarazo, la mujer debe proporcionarle al organismo micronutrientes para evitar retrasos de crecimiento en el niño³¹. La alimentación después del embarazo, los cuidados de higiene y preparación de alimentos que debe tener la mujer consigo misma y con el recién nacido, influyen en su capacidad de lactar³¹.

Acceso a servicios públicos

El acceso a servicios públicos es muy limitado. El abastecimiento de agua a través del acueducto público es escaso y la recolección de basuras depende del servicio de aseo; sin embargo, en la mayoría de las comunidades son tiradas en un lote o zanja. Los servicios de menor alcance son el alcantarillado y el gas por tubería, además el servicio sanitario la mayoría de las veces está conectado a pozo séptico³². La falta de agua potable, junto con no satisfacer las demandas de consumo de agua, es un vehículo de contaminantes microbiológicos y reservorios que conllevan problemas como diarreas y enfermedades infecciosas que pueden originar pérdidas de peso, retardos en el crecimiento e insuficiencias de talla³⁰. Según la OMS, 1,8 millones de personas mueren cada año a causa de esta enfermedad diarreica³³, y adicionalmente perpetúa factores que conllevan a desnutrición crónica³⁴.

Educación

Un buen nivel de educación mejora los conocimientos sobre nutrición y el estado de salud en general, ya que incorpora en las personas conocimientos, capacidades y actitudes para guiar y controlar muchas de sus circunstancias en torno a la salud. A mayor nivel de educación en los padres, mejor estado de salud y nutrición de los niños³⁰. Por lo anterior, los principales problemas en cuanto a la educación radican en la deficiente calidad de la educación pública y acceso restringido a la educación básica y superior³⁵.

Aspectos económicos

El acceso económico se define como “la posibilidad que tiene una familia o una comunidad para obtener, comprar o alcanzar los alimentos necesarios para satisfacer sus requerimientos nutricionales de forma permanente”³⁶. Este acceso depende de variables como el empleo, que es otro determinante social para una buena nutrición, dado que asegura un nivel de ingresos regulares utilizados en recursos de bienestar³⁰.

En Colombia, el desempleo continúa teniendo una de las más altas tasas de Latinoamérica, entre otros aspectos porque presenta inequidades por sexo, grupos de edad, zonas y clases sociales. El empleo informal ha venido teniendo auge. Sin embargo, se asocia a menor remuneración salarial predominantemente en zona rural o personas que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos, por lo que suele vincularse a menor nivel educativo. También se le ha identificado como una de las principales barreras para alcanzar mayores niveles de crecimiento económico^{32,37}.

La desigualdad entre la zona rural y urbana también es evidente en Colombia. Mientras que en promedio los hogares en la ciudad tienen ingresos por 1 181 675 pesos, en el campo los hogares perciben tan sólo 457 659 pesos³⁶. Se considera que los hogares rurales tienen su seguridad alimentaria en riesgo al tener que invertir una proporción superior al 30% de los ingresos en alimentos³⁶.

Consumo de alimentos y calidad en la dieta

En la alimentación diaria se espera que el consumo incluya alimentos de los diferentes grupos: lácteos, proteínas, verduras, frutas, cereales, entre otros; en la cantidad y calidad necesaria para cubrir los requerimientos nutricionales básicos de cada ser humano. Según la literatura, a menor nivel socioeconómico, el porcentaje de consumo de dichos alimentos es menor. Por ejemplo, solamente 62,2% de la población del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales en Colombia nivel 1 incluye lácteos en la dieta diaria frente a 85,5% en los niveles 4 a 6. Asimismo, el consumo de frutas y verduras es escaso y las cantidades consumidas de los otros grupos alimentarios es ineficiente³⁸.

¿Cómo solucionar el problema?

Existen diferentes fuentes que sugieren que el déficit de recursos humanos en salud es uno de los principales y más frecuentes problemas para subsanar la falta de atención que conlleva a la escasa intervención de enfermedades prevenibles. Recursos que se requieren desde el personal administrativo hasta médicos generalistas³⁹; y esto sumado con la concepción de que la salud de los países pobres y en vía de desarrollo, mejorará aplicando conocimientos de salud pública, lo que requiere capacidad humana, institucional y física, así como también de influencia política^{24,40}.

Es así como el médico familiar se constituye en el eslabón fundamental del sistema de salud y tiene como función principal la atención médica integral. Su objetivo es mejorar el estado de salud de la población y alcanzar cambios positivos en los hábitos de vida y costumbres higiénico-sanitarias de la población, por medio de una

adecuada educación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud¹¹.

Se ha evidenciado que en países desarrollados, el médico de familia es quien ha demostrado ser costo-efectivo para reducir la mortalidad infantil, indicador que es considerado como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para el cual la OMS ha empoderado al médico familiar para alcanzar dicha meta. Ello se basa en la implementación de modelos de salud en donde la atención primaria es fuerte. En los países en vía de desarrollo no se conoce esta importancia, debido a las diferencias socioeconómicas de cada uno de los países. Este es el caso de Colombia, donde solo de manera reciente ha considerado la relevancia de enfocar su sistema hacia la atención primaria, y ha formulado un nuevo modelo de salud (2016 y 2019) con enfoque familiar y comunitario. En él, el médico familiar figura como el eje del sistema para superar un modelo de salud centrado en el hospital, en el especialista y en la fragmentación de la atención, el cual predominó durante muchos años en el país^{41,42}.

A pesar de esto, en el país se han realizado estudios donde se evalúa el impacto de los programas de crecimiento y desarrollo. Por ejemplo, en la región Caribe Colombiana, basados en el estado nutricional, los indicadores antropométricos y la salud en niños menores de cinco años, se ha encontrado que, gracias a estos programas, se obtiene una disminución en la prevalencia de enfermedad diarreica aguda, se aumenta el número de inmunizaciones y se tratan los síntomas de enfermedad respiratoria aguda^{43,44}.

De igual manera, en Antioquia con la implementación de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, donde se evaluó dicho programa desde 2002 hasta 2011, se obtuvo como resultado un descenso en las cifras de mortalidad en menores de cinco años. Sin embargo, no se encontró de manera determinante que la implementación de esta estrategia fuera la causante de este descenso⁴⁵.

Otra de las estrategias clave para implementar es la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida como componente esencial para combatir la desnutrición infantil, ya que actualmente ésta se encuentra muy por debajo de las recomendaciones de la OMS. Se encontró que en promedio la lactancia exclusiva fue de 0,5 meses en Atlántico y Sucre, y de 1,3 meses en Bolívar^{7,44}.

Todo lo anterior, con el fin de argumentar que el primer paso para impactar en la desnutrición no solo consiste en crear programas donde se haga diagnóstico temprano con el fin de instaurar un tratamiento, si no también dejar de concebir a la desnutrición infantil como un problema exclusivamente alimentario en el que también influyen otros factores en los que se debe trabajar para evitar la aparición de esta enfermedad, como lo son la promoción a la lactancia materna, la implementación del programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y los controles de crecimiento y desarrollo infantil periódicos y oportunos. Estas acciones y la identificación de otras condiciones sociales deben ser consideradas e intervenidas por personal capacitado, no solo en temas académicos si no también con conocimientos de salud pública

y de atención primaria en salud. Con ello se debe generar impacto en las determinantes sociales causantes de esta problemática, en

donde el médico familiar se considera como aquel profesional de la salud idóneo para liderar estas acciones en el país (Tabla 2)⁴².

Tabla 2. Intervención desde el médico familiar.

Acciones del médico familiar como líder en atención primaria en salud		
Fomento de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses	Implementación de controles de desarrollo y crecimiento	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
Conocimientos de salud pública, apoyo institucional, físico e influencia política.		
Fomento del trabajo intersectorial y la participación comunitaria para el análisis e intervención de la inequidad y de los determinantes sociales en salud.		

Fuente: Preparado por los autores a partir de la información recolectada (basado en Hernández E y colaboradores⁴²).

Conclusión

La desnutrición es una condición sistémica que puede ser reversible y que se produce secundario a un déficit de nutrientes generalmente asociado a mala alimentación y que, en consecuencia, tiene repercusión en el desarrollo del cuerpo y en su funcionamiento. Sin embargo, los mecanismos de prevención y las condiciones sanitarias para evitar su desarrollo son las mismas.

La situación económica y sociodemográfica de la desnutrición, no solo en Colombia si no en el mundo, es alarmante y va en ascenso. Además, está estrechamente relacionada con las cifras de mortalidad y los diferentes factores que conllevan a la desnutrición. Es por esto, por lo que se debe generar una conciencia ciudadana y gubernamental para generar un cambio y así ver soluciones a un problema tan prevalente en el mundo.

Existen diferentes factores que influyen en la calidad de vida y la salud de cada persona: pobreza, falta de recursos y de atención suficiente, el alza en el precio de los alimentos básicos, los conflictos que originan desplazamientos masivos de la población, la sequía, la ausencia de un enfoque de equidad, el mal saneamiento ambiental, entre otros. cuales por ello que es de vital importancia el identificar dichos determinantes que se asocian con aumento de la mortalidad infantil, no solamente en Colombia si no en todo el mundo, para una vez identificados, impactar en la solución del problema.

Finalmente, para lograr lo anterior se propone que el nuevo modelo de salud garantice la acción y protagonismo del médico familiar como actor principal del sistema y promotor de la atención primaria. Este especialista debe generar un impacto en cifras de atención, prevención y diagnóstico oportuno, con el fin de realizar intervenciones terapéuticas y erradicación de factores perpetuadores que afecten la salud de la población infantil. Además, debe articularse con otros profesionales de la salud y otros sectores, para la identificación y reducción de las desigualdades sociales del país que predisponen a esta condición.

Notas

Roles de contribución

Todos los autores contribuyeron a la conceptualización, análisis formal, escritura y ediciones del artículo.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuentes de financiamiento

Este trabajo ha sido autofinanciado por los autores.

Declaración

Producto elaborado como parte del trabajo de grado del autor principal para la especialización de Medicina Familiar y Comunitaria, y también como parte del semillero de investigación "Atención Primaria y Gestión en Salud", Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana, Colombia.

Referencias

1. Márquez H, García V, Caltenco M, García E, Márquez H, Villa A. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. *MedigraphicCom*. 2012;VII(271):59-69. [Internet] | CrossRef |
2. Wisbaum W, Colaborado H, Barbero B, Allí D, Arias M, Benlloch I, et al. Desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF. 2011;1-36. [Internet] | CrossRef |
3. Espelt A, Contente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, Ruiz-Cantero MT, Perez G, Borrell C; Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología. [Monitoring social determinants of health]. *Gac Sanit*. 2016 Nov;30 Suppl 1:38-44. | CrossRef | PubMed |
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS.1986;1-6. [Internet] | CrossRef |
5. ONU. Declaración Universal De Derechos Humanos. 1948;(3):1-9. [Internet] | CrossRef |
6. Alegría I. Diferencias conceptuales y socioeconómicas de pobreza. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16:265-74. | CrossRef |
7. Lissbrant S. Seguridad alimentaria y nutricional en la región Caribe: consecuencias de la desnutrición y buenas prácticas como soluciones. *Investigación y Desarrollo*. 2015;23(29):117-38. | CrossRef |
8. López L, Bautista M, Pinzón A, Xochihua L. Alteraciones del crecimiento y en el estado nutricional de pacientes pediátricos infectados con VIH. *Acta Pediat Mex*. 2014;35:267-79.
9. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha J, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014;35(2):104-12.
10. Domínguez C, Álvarez M. Modificaciones de conductas alimentarias, hábitos alimentarios y apetito en lactantes con desnutrición. *An Venez Nutr*. 2014;27(2):242-51. [Internet] | CrossRef |

11. Rodríguez A, Álvarez L, García M, Mariné M. Evaluación del estado nutricional en niños de la comunidad "Los Naranjos", Carabobo, Venezuela. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2012;50(3):268-77.
12. Bendezú J, Calderón J, Rojas B, Alarcón E, Gutiérrez C. Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú – Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. *An Fac Med.* 2015;76(2):135-40. | CrossRef |
13. Díaz A, Arana A, Vargas R, Antiporta D. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(1):49-56.
14. Marrugo C, Moreno D, Castro R, Paternina Á, Marrugo V, Alvis N. Determinantes sociodemográficos de la nutrición infantil en Colombia. *Salud Uninorte.* 2015;31(3):446-57. | CrossRef |
15. Carmona J, Correa A. Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica. *Rev Fac Nac salud pública.* 2014;32(1):40-51.
16. Jaramillo MC. Mortalidad infantil y en la niñez. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015;430p. | CrossRef |
17. Machado M, Calderón V, Machado J. Determinantes socioeconómicos, inseguridad alimentaria y desnutrición crónica en población desplazada de primera infancia, Pereira, Colombia. *Rev méd Risaralda.* 2014;20(1):3-8.
18. Ocampo J, López C, Zapata C, Jaramillo C, Palacios C, Gómez L, et al. Evaluación del estado nutricional en población menor de 10 años de edad del municipio Pereira, Risaralda, Colombia, 2011. Primera parte: Desnutrición global. *Rev Médica Risaralda.* 2013(30):60-7.
19. Ocampo J, López C, Zapata C, Jaramillo C, Palacios C, Gómez L, et al. Evaluación del estado nutricional en población menor de 10 años de edad del municipio Pereira, Risaralda, Colombia, 2011. Segunda parte: Desnutrición crónica. *Rev Médica Risaralda* 2013;19(1):68-74.
20. Ocampo J, López C, Zapata C, Jaramillo C, Palacios C, Gómez L, et al. Evaluación del estado nutricional en población menor de 10 años de edad del municipio Pereira, Risaralda, Colombia, 2011. Tercera parte: Desnutrición aguda. *Rev Médica Risaralda.* 2013;19(2):131-6.
21. Gaviria J, Largo C, Rodríguez A. Nutritional status in children under 10 years old attended at the ESE Hospital Santa Mónica of Dosquebradas, Risaralda, Colombia, in the period 2008-2012. *MED UIS.* 2015;28(2):209-20.
22. Silva G. Desnutrición en Colombia desde lo social, lo económico y lo político. *Precop SCP-CCAP.* 2016;15(2):6-19.
23. Alcazar L, Ocampo D, Huaman L, Aparco J. Impacto Económico de la Desnutrición Crónica, Aguda y Global en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2013;30(4):569-74.
24. Ortún V. [Public health: politics help those who help themselves [in health services]]. *Gac Sanit.* 2007 Nov-Dec;21(6):485-9. | CrossRef | PubMed |
25. Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui MV. [Economic crisis, poverty and childhood. What are the expected short- and long-term effects for the "children of the crisis"? SESPAS report 2014]. *Gac Sanit.* 2014 Jun;28 Suppl 1:132-6. | CrossRef | PubMed |
26. Marmot M, Shipley M, Brunner E, Hemingway H. Relative contribution of early life and adult socioeconomic factors to adult morbidity in the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health.* 2001 May;55(5):301-7. | CrossRef | PubMed |
27. Forero N, Gamboa L, Bedi A, Sparrow R. Child malnutrition and prenatal care: evidence from three Latin American countries. *Rev Panam Salud Pública.* 2014;35(3):163-71.
28. Mara DD. Water, sanitation and hygiene for the health of developing nations. *Public Health.* 2003 Nov;117(6):452-6. | PubMed |
29. Arturo Y. Factores Psicosociales y Desnutrición Crónica en Niños y Niñas Escolarizados. *Psicogente.* 2015;18(34):385-95. | CrossRef |
30. Jiménez D, Rodríguez A, Jiménez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutr Hosp Supl.* 2010;3(3):18-25.
31. Castillo-Guerra S. Efecto del empoderamiento femenino sobre la nutrición infantil en Colombia. *Sociedad y Economía,* 2019;(36):106-122. | CrossRef |
32. Vallejo-Solarte ME, Castro-Castro LM, Cerezo-Correa MP. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa, Colombia. *Rev Uni. salud.* 2016;18(1):113-25.
33. Mor S, Griffiths J. Water-Related Diseases in the Developing World. *Encyclopedia of Environmental Health.* 2011:741-53. | CrossRef |
34. Whiteford L, Vindrola C. Water, Health and Social Inequality. *Int Encycl Soc Behav Sci.* 2015;25:428-36. | CrossRef |
35. Jasso-Gutiérrez L, López Ortega M. El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2014;71(2):117-25.
36. Uribe L, Centeno Z, López H, Ayala F. Situación alimentaria y nutricional en Colombia bajo el enfoque de determinantes sociales. 2014. *Boletín No 001/2014.* | CrossRef |
37. Álvarez LS, Pérez J. La situación alimentaria y nutricional en Colombia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. *Perspect Nutr Humana.* 2013;15: 203-14.
38. Palermo C, Kleve S, McCartan J, Brimblecombe J, Ferguson M. Using unfolding case studies to better prepare the public health nutrition workforce to address the social determinants of health. *Public Health Nutr.* 2019 Jan;22(1):180-183. | CrossRef | PubMed |
39. Mendoza P, Mostajo P, Velásquez A, Cotrina A, Jaramillo M. El Sistema Regional de Salud de San Martín y su política de reducción de la desnutrición infantil: aplicación en el Perú del Enfoque de Evaluación de Sistemas de Salud / Health Systems Assessment. *An Fac med.* 2015;76(3):269-76. | CrossRef |
40. Correia LL, Silva AC, Campos JS, Andrade FM, Machado MM, Lindsay AC, Leite AJ, Rocha HA, Cunha AJ. Prevalence and determinants of child undernutrition and stunting in semiarid region of Brazil. *Rev Saude Publica.* 2014 Feb;48(1):19-28. | CrossRef | PubMed |
41. Herrera JA. [Primary care and maternal and infant mortality in Latin American countries]. *Aten Primaria.* 2013 May;45(5):244-8. | CrossRef | PubMed |
42. Hernández E, Muñoz Y, Avela Lina. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2019;35(3):1-16.
43. Padilla Ade J, Trujillo JC. An impact assessment of the Child Growth, Development and Care Program in the Caribbean Region of Colombia. *Cad Saude Publica.* 2015 Oct;31(10):2099-109. | CrossRef | PubMed |
44. Warne D, Wescott S. Social Determinants of American Indian Nutritional Health. *Curr Dev Nutr.* 2019 May 23;3(Suppl 2):12-18. | CrossRef | PubMed |
45. Quiroz K, Pulgarín L, Cardona D. Mortalidad de niños menores de 5 años después de la implementación de la estrategia atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) - Antioquia, Colombia 2002-2011. *Rev Univ.salud.* 2015;17(2):201-11.

Correspondencia a
Km 7 Autopista Norte
Chía
Colombia



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.