

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE PERCEPCIÓN  
RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS MENORES DE 10  
AÑOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, DURANTE  
EL AÑO 2013, A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE SUS  
CUIDADORES**

**POR:**

**DIANA MARCELA BOTERO HERNANDEZ**

**DIRECTORA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

**DORIS CARDONA ARANGO**

**Docente Universidad CES**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN**

**OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA**

**Línea: Situación de salud**

**UNIVERSIDAD CES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**MEDELLÍN**

**2018**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE PERCEPCIÓN  
RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS MENORES DE 10  
AÑOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE ENVIGADO, DURANTE  
EL AÑO 2013, A PARTIR DE LA PERSPECTIVA DE SUS  
CUIDADORES**

**POR:**

**DIANA MARCELA BOTERO HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

**DORIS CARDONA ARANGO**

**Docente Universidad CES**

**UNIVERSIDAD CES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**MEDELLÍN**

**2018**

## CONTENIDO

CONTENIDO.....	3
RESUMEN.....	8
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.1. Planteamiento del problema.....	9
1.2 Justificación.....	13
2. MARCO TEORICO.....	16
2.1. La primera infancia y su influencia en el desarrollo del ser humano.....	16
2.1.1. El concepto de crecimiento y el concepto de desarrollo .....	18
2.2. El Programa de Crecimiento y Desarrollo y sus inicios .....	20
2.3. Programa de Detección Temprana de Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años.....	21
2.4. Asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.....	23
2.4.1. La asistencia e inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en otros países .....	26
2.4.2 La asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en Colombia	26
2.4.3. La asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en Envigado	30
2.5. Razones para la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.....	31
2.5.1. La perspectiva de las familias .....	32
2.5.2. Los equipos de salud y su influencia en el desarrollo del programa.	37
2.5. Marco legal.....	40
2.5.1. Ley 100 de 1993.....	40
2.5.2. Resolución 412 de 2000 .....	40
2.5.3. Resolución 2121 de 2011.....	41
3. OBJETIVOS.....	42
3.1 Objetivo general.....	42
3.2 Objetivos específicos .....	42
4. METODOLOGIA.....	43
4.1. Enfoque metodológico .....	43
4.2. Tipo de estudio.....	43
4.3. Población y muestra.....	43

4.3.1. Población de referencia y de estudio .....	43
4.3.2. Criterios de inclusión .....	44
4.3.2. Criterios de exclusión .....	44
4.4.1. Tabla de variables y diagrama de variables .....	45
4.5. Técnicas de recolección de la información .....	51
4.6.1. Fuente de información.....	51
4.5.2. La técnica de recolección de la información .....	52
4.5.3. Proceso de obtención de la información: .....	53
4.8. Sesgos y sus correspondientes controles .....	53
4.9. Procesamiento y análisis de la información .....	53
4.9.1. Procesamiento de la información .....	54
4.9.2. Plan de análisis.....	54
5. CONSIDERACIONES ETICAS.....	58
6. RESULTADOS .....	60
6.1 Aspectos demográficos y de afiliación al sistema de salud del niño menor de 10 años y su cuidador .....	60
6.2 Estrato y ubicación geográfica de los niños menores de 10 años y sus cuidadores principales .....	66
6.3 Percepción del cuidador sobre el Programa de Crecimiento y Desarrollo	68
6.4 Asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo .....	70
6.5 Análisis bivariado, potenciales factores asociados a la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo .....	70
6.5.1 Factores demográficos del cuidador y del niño, asociados a la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo .....	71
6.5.2 Razones para la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo	78
6.5.3 Razones de inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo de acuerdo a las variables demográficas y de atención en salud del niño y del cuidador principal .....	86
6.6 Análisis multivariado, exploración de potenciales factores que explican la asistencia o inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo .....	98
6.6.1 Factores potenciales que explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo. ....	99

6.6.2 Factores potenciales que explican las razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.....	102
7. DISCUSIÓN.....	106
7.1. La asistencia de los niños al Programa de Crecimiento y Desarrollo.....	108
7.2. Edad del niño y la asistencia .....	109
7.3. El sistema de salud y la asistencia del niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo .....	110
7.4. El cuidador y la asistencia del niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo .....	112
7.5. El estrato socioeconómico y lugar de residencia .....	113
7.6. Percepción de los cuidadores sobre el Programa de Crecimiento y Desarrollo .....	115
7.7. Razones para la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo....	116
7.8. Razones de no asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo .....	117
7.9. Factores que explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, análisis multivariado .....	119
8. CONCLUSIONES.....	122
9. RECOMENDACIONES.....	124
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	126

## Lista de tablas

Tabla 1. Variables a utilizar de la base de datos Practicas de cuidado familiar y comunitario de la Secretaria de Salud de Envigado, 2013 .....	46
Tabla 2. Plan de análisis para el estudio factores relacionados con la asistencia e inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de los niños menores de años residentes en el municipio de Envigado, 2013. ....	56
Tabla 3. Características demográficas y de atención en salud de niños menores de 10 años. Envigado, 2013 .....	61
Tabla 4. Medidas de tendencia central de la edad del niño y el cuidador. Envigado, 2013. ....	63
Tabla 5. Distribución de los aspectos demográficos de los cuidadores, según sexo del cuidador. Envigado, 2013 .....	65
Tabla 6. Localización geográfica y estratificación de la población estudiada, según edad del niño. Envigado, 2013 .....	67
Tabla 7. Distribución porcentual de la percepción de los cuidadores principales sobre Programa de Crecimiento y Desarrollo. Envigado, 2013.....	69
Tabla 8. Asociación entre asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo con características del cuidador principal del niño. Envigado, 2013 .....	73
Tabla 9. Asociación entre asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el último año con características demográficas del niño, en Envigado año 2013. ....	74
Tabla 10. Asociación entre asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo con características de afiliación al sistema de salud del niño, en Envigado año 2013. ....	76
Tabla 11. Distribución porcentual de la percepción de los cuidadores principales sobre Programa de Crecimiento y Desarrollo, de acuerdo a la asistencia al Programa. Envigado, 2013 .....	78
Tabla 12. Razón de asistencia -Evalúen progreso de crecimiento y desarrollo-, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013.....	82
Tabla 13. Razón de asistencia - Enseñen pautas de crianza-, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013 .....	85
Tabla 14. Razón de no asistencia -Dificultades de acceso a la IPS-, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013.....	89
Tabla 15. Razón de no asistencia -Desconocimiento de la periodicidad de controles-, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013.....	93
Tabla 16. Razón de noasistencia - Edad límite para el Programa es inferior a 9 años-, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013 ..	97

Tabla 17. Factores que explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, desde variables demográficas del cuidador y del niño, Envigado 2013.....	100
Tabla 18. Modelo ajustado entre las razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo y variables demográficas del niño y del cuidador, Envigado año 2013.....	102
Tabla 19. Modelo ajustado entre las razones de no asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo y variables demográficas del niño y del cuidador, Envigado año 2013.....	104

### **Lista de ilustraciones**

Ilustración 1. Diagrama de problema: asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el municipio de Envigado, año 2013.....	12
Ilustración 2. Diagrama de variables a utilizar para analizar los factores relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Envigado, 2013. ....	45
Ilustración 3. Estructura de la edad de los cuidadores, según sexo. Envigado, 2013.....	63
Ilustración 4. Distribución porcentual de la asistencia de los niños al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Envigado, 2013.....	70
Ilustración 5. Distribución porcentual de las razones para la asistencia en el último año al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Envigado, 2013.....	79
Ilustración 7. Distribución porcentual de las razones de inasistencia en el último año al programa de crecimiento y desarrollo. Envigado, 2013.....	87

## **RESUMEN**

El Programa de Crecimiento y Desarrollo se ha establecido como un espacio de atención a los niños menores de 10 años, reconocido por la intervención continua y ligada a otros programas de detección temprana y protección específica, como el programa de vacunación, de salud oral y salud visual. Las intervenciones que allí se realizan son de suma importancia para el progreso de la primera y segunda infancia, en tanto permite el fortalecimiento de las prácticas de cuidado familiar, la intervención temprana ante la enfermedad y por tanto la disminución de la probabilidad de morir en edades tempranas. En el municipio de Envigado de acuerdo a la base de datos del Sistema de Información de Prestaciones de Salud (RIPS) del año 2012, el porcentaje de asistencia de los niños a este programa fue de 13,07%.

En este sentido y entendiendo que es un derecho de los niños asistir a este Programa, se planteó un estudio con el objetivo de determinar los factores relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de 10 años residentes en el municipio de Envigado, a partir de la perspectiva de sus cuidadores principales y desde el análisis de variables sociales, demográficas y de afiliación al Sistema General de Seguridad Social. Lo anterior, con el fin de ofrecer información que sea útil en la orientación y el mejoramiento de este importante espacio.

En concordancia con lo anterior, con una muestra representativa para el municipio de Envigado, la metodología que se abordó para este estudio tubo un enfoque cuantitativo, el tipo de estudio fue de corte transversal y el universo fue la base de datos de prácticas de cuidado familiar y comunitario, cuya población objeto fueron los niños menores de 10 años y sus cuidadores principales. Esta base de datos fue proporcionada por la Secretaría de Salud del municipio de Envigado, Antioquia, se seleccionaron 1192 registros y se seleccionaron 28 variables relacionadas con el Programa de Crecimiento y Desarrollo.

Resultados: asistencia de un 48,7%, no asistencia de 40,6%, las variables que más explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo son la edad del cuidador menor de 30 años, la percepción de



que el personal del Programa es amistoso y genera confianza, la edad del niño entre 6 y 9 años, tener aseguradora en salud diferente a la de mayor número de afiliados en el municipio, y la idea de que la edad límite para acceder al programa es 5 años. Conclusiones: es importante que se tengan en cuenta aspectos como la interacción del personal de salud con los beneficiarios, además de forjar un mejor reconocimiento en los cuidadores acerca de las características del Programa y fortalecer el acceso de toda la población objeto al mismo.

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

Los años de la infancia son determinantes en la vida de las personas y especialmente pueden tener un gran impacto en la salud enfermedad de estas, incluso en la vida adulta; por ejemplo, “las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, las enfermedades inmunoprevenibles, los accidentes y la desnutrición, son la causa de más de 50.000 muertes en Colombia. Éstas y otras enfermedades y problemas como la carencia afectiva, el retardo mental, las enfermedades bucales, las alergias y trastornos visuales y auditivos, impiden el bienestar de los niños y de las niñas y dificultan su desarrollo” (Año 2000)(1).

Desde la Secretaría de Salud del municipio de Envigado se han promovido, siguiendo lineamientos departamentales y nacionales, estrategias de mejoramiento de la calidad de vida de los niños. Una de estas es la promoción del Programa de Crecimiento y Desarrollo, en el cual intervienen varios actores, a saber, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), contratan y emiten los lineamientos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para su ejecución; y la Secretaria de Salud Local realiza las acciones, como autoridad sanitaria, de inspección y vigilancia a estos dos actores del sistema de salud (2), en cuanto al cumplimiento de la normas técnicas de detección temprana de la Resolución 412 de 2000.

En este sentido, la Secretaría de Salud ha realizado seguimiento al desempeño del Programa en las EAPB e IPS, a través de visitas de auditoria en la cuales encontró, para el año 2012, que el 25% de las IPS de Envigado no tenían considerado dentro del Programa, la atención a los niños de 5 a 9 años (2). Todo lo anterior lleva a considerar que hay una población que por normatividad debe pertenecer a este y no tiene acceso y que, además, claramente hay un incumplimiento de una norma obligatoria para las entidades de primer nivel de atención (IPS) y las EAPB quienes son las que además de contratar a las prestadoras de servicios deben vigilar el cumplimiento de los lineamientos por ellos dados, donde también, se está vulnerando el derecho de los usuarios al acceso pleno a los servicios a los que tienen derecho por estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Además, de acuerdo al RIPS departamental, para el año 2012 la asistencia fue de 13,07% (3), lo que quiere decir que la mayoría de la población infantil no asistió al Programa. Este porcentaje refleja una cobertura inferior a la meta estipulada, de acuerdo a la derogada Resolución 3384 de 2000 (actualmente Resolución 45050 de 2012), la cual en su capítulo IV menciona que las metas de cumplimiento para el Programa de Detección de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del menor de 10 años, para el Régimen Contributivo en la consulta de primera vez, deberá ser del 80% y en la de control del 50% del total de niños menores de 10 años afiliados a la respectiva aseguradora; por su parte para el Régimen Subsidiado tanto la consulta de primera vez como la de control deberá ser del 90% (4).

En diferentes lugares del país y de Latinoamérica, se ha estudiado las causas por las cuales no hay asistencia o una continuidad en el Programa de Crecimiento y Desarrollo, así pues, se ha encontrado que depende de condiciones sociales, económicas, familiares, del sistema de salud y del personal de salud; por ejemplo, Peñaranda y otros autores en un estudio desarrollado en Medellín en el año 2002, encontraron que los cuidadores no consideran necesario el Programa, no tienen dinero para asistir, hay mucha distancia para llegar al lugar de consulta y no tienen con quien dejar los niños (5), también se ha encontrado que los cuidadores manifiestan que el niño lo cuidan en la casa (6), se les ha olvidado la cita

(7) u otras, como las difíciles condiciones de vida que influían en el cumplimiento de las citas programadas (8).

En el caso del funcionamiento del sistema de salud, la poca formación continua en temas de cuidado, el tiempo insuficiente para la consulta, distanciamiento entre los lineamientos teóricos del Programa y su ejecución (5), modelos poco flexibles para facilitar el aprendizaje, espacios físicos no aptos, con deficientes implementos (9), a los cuidadores se les ha olvidado la cita(7), influyen en este sentido. Además sectores con menor poder adquisitivo se ven privados de una buena atención en salud (9)

Por otra parte, es importante considerar también, que uno de los efectos para los niños que no asisten al Programa de Crecimiento y Desarrollo, está relacionado con el riesgo de sufrir enfermedades que se pueden detectar precozmente con una evaluación por enfermería o medicina general y otros profesionales que estén interviniendo en el Programa como nutricionistas y psicólogos. Además, que se pierde la oportunidad de fortalecer las prácticas de cuidado familiar del niño, los mecanismos para detectar tempranamente la enfermedad o para tratarla y acceder a servicios de rehabilitación, disminuyendo así la gravedad de las enfermedades, la posibilidad de generar discapacidad en esta población o también la muerte.

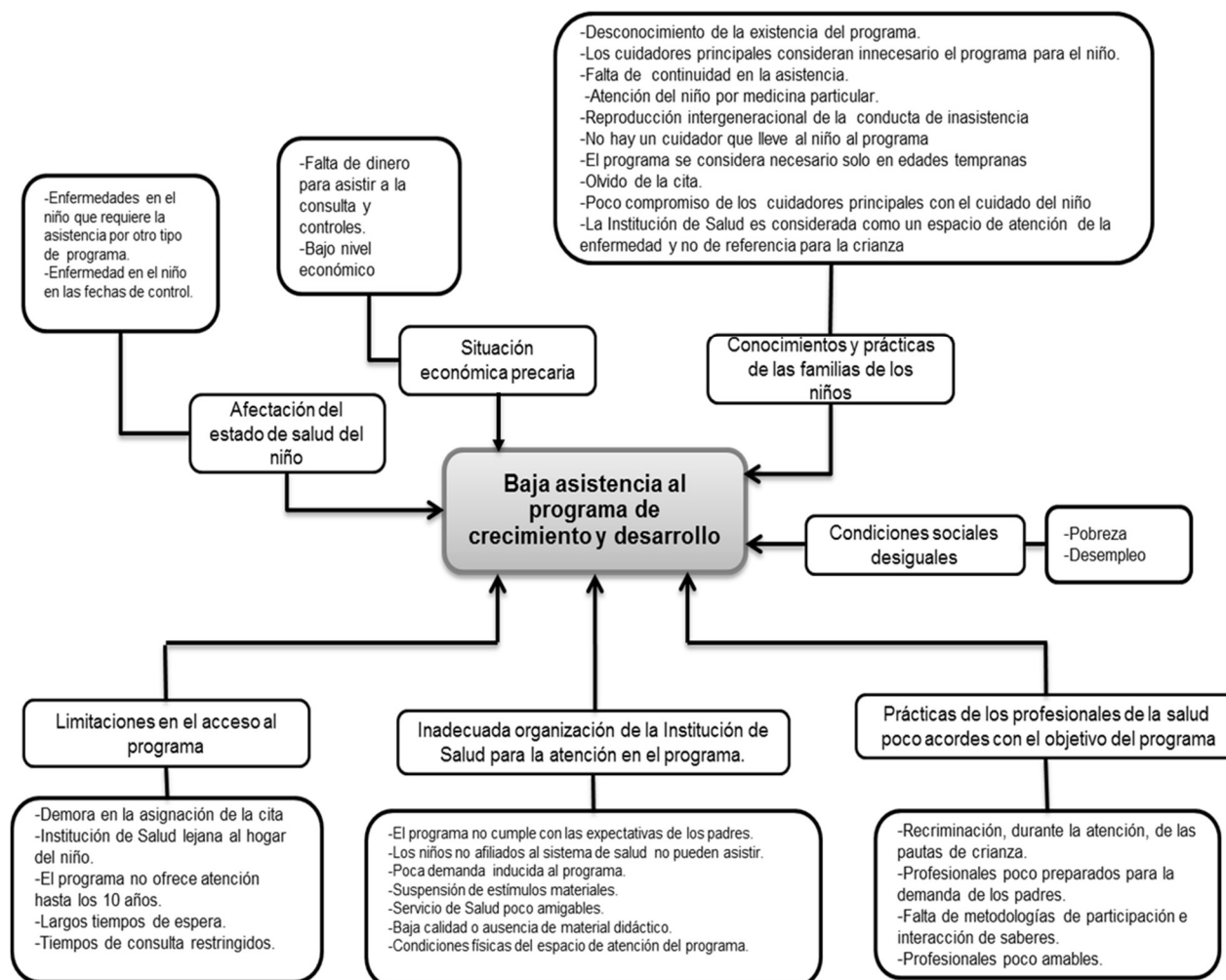
En el municipio Envigado se cuenta con diagnósticos de la situación del Programa de Crecimiento y Desarrollo en las IPS, los cuales contienen información sobre el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma técnica (Resolución 412 de 2000) para desarrollar el Programa, por ejemplo espacios, profesionales que hacen la atención, entre otros (2).

Sin embargo y según la revisión bibliográfica, se encuentran pocos estudios en Envigado que ayuden a aclarar las razones por las cuales no hay asistencia al mismo; un estudio desarrollado en el año 2012, en este municipio, selecciono una muestra a conveniencia de niños en una IPS, para determinar los factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, encontrando que aquellas niños que asistían, tienen la característica que son llevados por madres jóvenes, amas de casa, estratos medios e interesadas en pautas

de crianza y aquellos niños que no eran llevados, las características eran, porque contaban con quien les cuidara el niño, por tener hijos mayores de 10 años y por considerar que tienen conocimientos suficientes en temas de crianza (10).

A pesar de ello, no se han encontrado estudios representativos para el municipio de Envigado que puedan mostrar una situación más aproximada a la realidad general. Esta falencia conlleva a que las intervenciones en los Programas puedan estar desarticuladas con las necesidades reales de esta población.

*Ilustración 1. Diagrama de problema: asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el municipio de Envigado, año 2013.*



## **1.2 Justificación**

Una de las acciones que la Secretaría de Salud ha realizado, con el fin de mejorar la salud infantil en su territorio, es la promoción y evaluación del Programa de Crecimiento y Desarrollo, allí se ha encontrado que existen baja asistencia al Programa y en coherencia con ello, ha dispuesto en sus comités internos, la necesidad de estudiar con mayor profundidad este tema, de manera que la información arrojada podría ser útil para intervenir las problemáticas reales en relación con la baja asistencia al mismo y posiblemente reorientarlo.

La orientación en pautas de crianza y estimulación temprana que se promueve en este Programa, son bases importantes en el desarrollo del niño sano. Se ha detectado que la asistencia al Programa ayuda a disminuir errores en el proceso de cuidado, por ejemplo, los conocimientos que suministran en el Programa son “ampliamente valorados por los adultos significativos, en la medida que le permiten tomar mejores decisiones, la cual contribuye a evitar errores y resolver las dudas e incertidumbres que genera la crianza”(11). Además, las acciones de detección temprana pretenden disminuir la gravedad y letalidad de las enfermedades al descubrirlas y tratarlas oportunamente(12).

La constante inasistencia a estos programas, lo que se traduce en bajas coberturas, puede tener incluso injerencia en la reproducción intergeneracional de esta conducta, por cuanto los estilos de vida familiares a menudo tienen repercusiones en las formas de crianza de las futuras generaciones. Romper este ciclo dependerá de la oportunidad y pertinencia del abordaje y reorientación, si es necesario, de este Programa.

Así mismo, la Secretaria de Salud en conjunto con las EAPB e IPS han realizado un esfuerzo para la construcción de estrategias que promuevan el aumento de la asistencia; se ha hecho demanda inducida a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud y se ha encontrado en la diferentes auditorías a las IPS y EAPB, alguna gestión que realizan al respecto (2). Sin embargo, se siguen presentando bajas coberturas en referencia con las metas propuestas en la Resolución 3384 de 2000 (4,13).

Así entonces, se desarrolló un estudio que identificó los factores que mejor expliquen la asistencia al Programa, valiéndose de la perspectiva de los cuidadores principales, sean padre, madre, abuela u otros parientes o personas cercanas. Los resultados serán útiles para que los programas en torno a la infancia sean re direccionados a la luz de las particularidades de las familias, de las realidades y pensamientos que tienen acerca de la aplicación de estos programas. Este será el insumo para repensar los modelos de intervención que se plantean, pues si bien es cierto que los conocimientos básicos enfocados a la intervención del riesgo y a los lineamientos nacionales son necesarios, también lo es afianzar los procesos de intervención y de abordaje a las comunidades para que se potencien mejores prácticas de atención a los niños.

Así en el plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015 de Envigado está incluido el desarrollo del proyecto “estudio epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública priorizados por el Plan de Salud Territorial” (14) enlazado en la Secretaría de Salud. Este estudio se desarrolló bajo una de las líneas de investigación llamada línea de infancia. Además, en el grupo primario de esta organización se determinó, que el enfoque de esta línea deberá estar orientado al Programa de Crecimiento y Desarrollo y de vacunación municipal.

Otro de los aspectos a tener en cuenta, es que este estudio se encuentra articulado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años) (15) y con el Plan Decenal de Salud Pública para Colombia, el cual, menciona que dentro de los propósitos fundamentales, está el mejorar el estado de salud de la población Colombiana, entre ellos la salud materno infantil, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; se plantea entonces lograrlo a partir de la promoción de estrategias de detección precoz, atención en salud, entre otras (16).

De esta manera, este estudio logrará ser un aporte práctico, teórico y podrá ser la base sobre la cual se realizarían salas situacionales de salud (herramienta donde se analiza información para la toma de decisiones en salud), invitaría a la movilización de los actores para mejorar los servicios. Es un insumo con el que un ente territorial justifica el replanteamiento de los servicios o la reafirmación de los mismos. Lo anterior influirá

finalmente en el mejoramiento en salud de los niños a través de la atención con calidad.

Así entonces, estudiar la situación de asistencia es una necesidad dado la utilidad que puede tener los resultados en el mejoramiento de la atención y en la subsecuente disminución de costos de atención en salud, en el mejoramiento de la eficiencia del Programa, ya que, "la evaluación del crecimiento y desarrollo tiene beneficios para el niño, para su familia y para la comunidad en la que se da la aventura de la vida... la evaluación, que es una vigilancia del proceso, permite orientaciones oportunas para estimular al niño en su desarrollo y, si existen problemas, detectarlos para plantear soluciones" (17).

Finalmente el estudio que se desarrolló, tiene pocos riesgos e implicaciones éticas para la población objeto, en tanto la información personal es reservada y dado el carácter académico de la información los datos personales son confidenciales y solo serán empleados en su publicación a manera de agregados estadísticos con lo cual no se pone en riesgo el nombre de los usuarios (18,19).

### **1.3 Pregunta de investigación**

En este punto y teniendo en cuenta el panorama presentado en el planteamiento del problema y la justificación es importante preguntarse entonces *¿Cuáles son los factores socio demográficos y de percepción relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de 10 años, residentes en el municipio de Envigado, durante el año 2013, a partir de la perspectiva de sus cuidadores?*

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1. La primera infancia y su influencia en el desarrollo del ser humano**

Los cuidados que se ofrezcan en la infancia, la calidad del proceso de crianza permitirá potenciar o no el desarrollo de los niños; fortalecer acciones que permitan promover la salud, detectar tempranamente alteraciones del crecimiento y desarrollo en el niño para prevenir complicaciones o enfermedades, son acciones que facilitaran el sostenimiento de poblaciones infantiles sanas y asegura sociedades futuras mejor desarrolladas (20).

*"Los resultados de una vasta gama de investigaciones en los campos de la antropología, la psicología del desarrollo, la medicina, la sociología y la educación ponen al descubierto la importancia fundamental que reviste el desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas" (20)*

UNICEF 2008

Los primeros años de vida son fundamentales en el desarrollo del niño y determinan en gran medida como será la vida adulta, la Unicef dice que algunos factores como la pobreza, las desigualdades sociales y el medio ambiente influyen en el crecimiento y desarrollo de estos (20). De esta forma propender porque los determinantes sociales, las condiciones de vida de los niños sean mejores, que los sistemas de salud sean más idóneos y oportunos en la atención a los niños son retos que comprometen al estado. La creación de estrategias y modelos de atención y de promoción de la salud son una opción de intervención en este ciclo de vida (21).

Los primeros ocho años de la vida del niño son fundamentales, especialmente los tres primeros años, que son la base de la salud, el



crecimiento y el desarrollo en el futuro. Durante este período, las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra época. Los recién nacidos y los niños de corta edad se desarrollan y aprenden más rápidamente cuando reciben amor y afecto, atención, aliento y estímulos mentales, así como alimentos nutritivos y una buena atención de la salud (22).

“El crecimiento estatural del ser humano depende de factores genéticos y ambientales. Si la información genética es adecuada y el medio ambiente propicio se darían las condiciones óptimas para obtener un crecimiento y desarrollo de acuerdo al potencial genético familiar” (23), el desarrollo celular puede estar afectado por factores ambientales que en ciertas etapas de crecimiento acelerado pueden estancarse y no volver a recuperar la talla perdida. Los factores que influyen en el proceso de crecimiento son la herencia en relación con las características de los padres, la nutrición también está incluida debido a que la falta de la misma puede influir directamente en la talla del niño, también hijos producto de nulíparas y grandes multíparas, condiciones como las socioeconómicas influyen en la baja talla del niño, así como la estación del año, el estado de salud-enfermedad, factores endocrinos y la tendencia secular del crecimiento (23).

Al parecer factores de toda índole influyen en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño, no sólo de factores familiares sino también del entorno donde vive y crece. En México (2008) se desarrolló un estudio en una región semi-rural en Arandas, Jalisco con el fin de identificar factores relacionados con el retraso en el crecimiento, y se encontró que el retraso en estas comunidades está influenciado por factores sociales, económicos, educativos y ecológicos (24).

De otro lado los objetivos de desarrollo del milenio también han contribuido a mantener la salud infantil. En el año 2000 se reunieron 189 países para discutir sobre temas de desigualdad e inequidades que estaban afectando a la humanidad y pensar en lo que producirá ello en un futuro. Contribuir a la reducción de la mortalidad en la infancia, la desnutrición, cortedad de talla, incapacidad, falta de acceso a la salud, fueron en su momento situaciones que motivaron en la reunión de naciones, plasmada en la declaración del milenio, a proponer una meta

para la reducción de la mortalidad infantil; la meta para cumplir con este objetivo es la reducción en dos terceras partes la mortalidad en niños menores de 5 años (25).

### **2.1.1. El concepto de crecimiento y el concepto de desarrollo**

Existen diferentes definiciones de crecimiento de los niños , sin embargo se mencionaran quienes se han acercado más a este término, en este caso Posada, Gómez y Correa (año) dicen que "se entiende por desarrollo el avance en la diferenciación de las células y tejidos, lo que significa complejidad creciente de las estructuras orgánicas y funcionales, es, pues, la adquisición de nuevas funciones mediante la maduración" (26) así el desarrollo se determina por factores genéticos y ambientales, dentro de estas condiciones y ambientes favorables se encuentran la alimentación adecuada, la higiene, el afecto, la comunicación con los otros, y la posibilidad de jugar y moverse. Al no garantizarse estos factores, además de las situaciones genéticas, hacen que el crecimiento y desarrollo se vea afectado (17).

Arnold Gessell (2005) por su parte dice que el desarrollo está dado por la conducta del niño y la edad, depende así de cuatro campos de conducta: "motor, adaptativo, de lenguaje y personal social" (17), teoría que fue el fundamento para la realización del instrumento que es utilizado en el Programa de Crecimiento y Desarrollo, la Escala Abreviada del Desarrollo. Para la Escuela Psicoanalítica el concepto de desarrollo, fundamentada en Freud, está basado en la perspectiva psicosexual o emocional "desde esta perspectiva se asigna el nombre a cada etapa del desarrollo según la zona del cuerpo en que el niño o el joven pone su energía sexual (libido)" (17).

Jean Piaget fundamentado en el desarrollo cognoscitivo o intelectual dice que en la infancia hay varias etapas de desarrollo cognoscitivo las cuales son; sensorio motriz, pre conceptual, de pensamiento intuitivo, de operaciones concretas, de operaciones formales (17). Por su parte Erik Erikson a partir del desarrollo humano psicosocial plantea 8 etapas del desarrollo (17).

Por su parte, según el desarrollo a Escala Humana de Manfred A. Max-Neef, ha propuesto que el desarrollo del ser humano se enfoca en la "satisfacción de necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el estado" (27),

De otro lado, el crecimiento en el ser humano es un aspecto que puede medirse desde condiciones físicas como la talla, la dentición y el tamaño óseo, así pues, este es "el aumento del tamaño y el número de células. Es, pues, una noción anatómica, cuantitativa, susceptible por tanto de ser evaluada numéricamente y que refleja, por ejemplo en la ganancia de peso, talla y perímetros corporales" (17).

Además, este crecimiento está condicionado por diversos factores, a saber, el potencial genético, que se refiere a aquellas condiciones hereditarias que determinan "el aspecto corporal (somatotipo) el cual puede ser delgado y alto (ectomórfico), grueso y bajo (endomórfico) o musculoso (mesomórfico)"(17). También, están los factores neuroendocrinos que están conexos con la secreción de hormonas que influyen en el crecimiento, como la hormona tiroidea, el glucagón y corticoesteroides(17).

Igualmente, se encuentran los factores metabólicos, que dependen de "la Secreción hormonal, el estímulo del sistema nervioso simpático, el clima, el sueño, la nutrición y el ejercicio"(17). Los factores socioculturales, que se refieren a la interacción con la sociedad y el medio ambiente; los factores económicos también influyen, por ejemplo, desde el acceso y disponibilidad de alimentos necesarios para el crecimiento (17).

Otros factores, como los nutricionales, que permiten o no la absorción de nutrientes (17). Los factores psicoemocionales, que se relacionan con el afecto de los padres al niño; y por último, están los procesos salud-enfermedad, que pone de manifiesto las implicaciones en el crecimiento, cuando se presentan determinadas enfermedades (17).

Una de las herramientas más conocidas para medir el crecimiento, son las antropométricas, por ello es importante anotar que, la OMS entre los años 1997 y 2003, a través de un estudio multicéntrico sobre patrón de desarrollo infantil, desarrolla las nuevas "curvas de crecimiento, que se transforman en una nueva referencia fundamental para conocer cómo deben crecer los niños y niñas (con lactancia materna) desde el primer año hasta los seis años de vida"(28), en Colombia se adoptan estas nuevas curvas, a través de, la Resolución 2121 de 2010 (29).

## **2.2. El Programa de Crecimiento y Desarrollo y sus inicios**

La conferencia internacional de Alma Ata realizada en 1978 plantea que la promoción y la protección de la salud es un medio para alcanzar el desarrollo económico y es deber de los gobernantes garantizar a su pueblo la salud y que para alcanzar esa meta la estrategia es la Atención Primaria en Salud (APS) (30); ésta supone la creación de acciones que promuevan la salud, que prevengan y detecten tempranamente la enfermedad para evitar las complicaciones. Precisamente los modelos de atención a la infancia con el enfoque de la APS son una tarea del Estado (30).

El Programa de Crecimiento y Desarrollo se viene desarrollando desde la década de los 80, cuando el Ministerio de Salud anuncio que acciones como esta se debían incluir dentro de la atención materno infantil. Por esos años se denominaba niño sano, concepto que fue cambiando ya que este no solamente es para el niño sano, el enfoque y la atención era individualista, la evaluación no era diferencial, así como la educación a los padres de familia tampoco lo eran. Luego, con apoyo de la Universidad de Antioquia y de Metrosalud, fueron cambiando las metodologías de manera que se empieza a evaluar el niño por grupo de edad; igualmente la educación a los padres se empezó a realizar de acuerdo a la etapa vital del niño (31).

Posteriormente se lanza el programa para la salud infantil SIPI y luego con la expedición de la Resolución 412 de 2000 en el marco de la Ley 100 de 1993, se emana la Norma Técnica de Detección de Alteraciones del

Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a menores de 10 años a partir de la cual se recogen las experiencias anteriores del desarrollo de la atención para la población infantil (31,32).

Después de esta síntesis del proceso de implementación del Programa de Crecimiento y Desarrollo en Colombia, se pasará a esbozar el funcionamiento del actual Programa con los lineamientos de la Norma Técnica para la Detección de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años de la Resolución 0412 del año 2000, ésta, norma los procedimientos y actividades de detección temprana y protección específica, las cuales, versa la norma, se deberán implementar por todas las EAPB para sus usuarios y se ofrecerán de manera gratuita y con todos los atributos de calidad (32).

### **2.3. Programa de Detección Temprana de Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años**

La norma técnica para la Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años, emanada por la Resolución 0412 del 2000, es la base en la cual se cimenta el Programa de Crecimiento y Desarrollo el cual tiene como objetivos “Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años” (1) y “Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades” (1), los mencionados lineamientos son de obligatorio cumplimiento. Este programa se basa específicamente en ofrecer una atención periódica al niño menor de 10 años, en donde se realice una valoración de su estado de salud y se promueva las pautas de cuidado, crianza y de estimulación temprana a los niños por sus padres o cuidadores (1).

Para este efecto el Ministerio de Salud y Protección Social, en la norma técnica define la atención de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo como un “conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las

cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte” (33).

Como ya se mencionó este programa tiene como población objeto los menores de 10 años que se encuentren afiliados bien sea en el régimen subsidiado o contributivo. Sus objetivos específicos son los siguientes:

Objetivos de la detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo según la norma técnica para la detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo:

- *Evaluar el proceso de crecimiento y desarrollo del y la menor de 10 años en forma integral.*
- *Valorar el progreso en las conductas motora gruesa y fina, auditiva y del lenguaje y personal social.*
- *Potenciar los factores protectores de la salud de la infancia, y prevenir y controlar los factores de riesgo de enfermar y morir en esta etapa de la vida.*
- *Detectar precozmente factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño(a), para una intervención oportuna y adecuada.*
- *Promover el vínculo afectivo padres, madres hijos e hijas y prevenir el maltrato.*
- *Promover el auto cuidado, los factores protectores y el control de los factores de riesgo a través de la educación en salud.*
- *Garantizar a la población menor de 10 años el esquema completo de vacunación, de acuerdo con las normas técnicas establecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud.*
- *Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años.*
- *Vigilar y controlar la buena nutrición de los niños(as).*
- *Orientar a los padres sobre los métodos de crianza y alimentación de sus hijos(as).*
- *Impulsar los componentes de salud oral y visual, para mantener a la población infantil libre de patologías orales y visuales.*
- *Respetar y promover los derechos de los niños(as) (1).*

De esta manera el Programa de Crecimiento y Desarrollo está orientado a la atención interdisciplinaria, con enfoque integral, promueve en las familias y/o cuidadores las prácticas de cuidado para la buena crianza, realiza controles periódicos a fin de observar la evolución de crecimiento y desarrollo para re direccionar en caso de que sea necesario a otro nivel de complejidad. Este contempla no solo la valoración de las medidas antropométricas, sino también la verificación del cumplimiento del esquema de vacunación, la estimulación temprana, la detección de situaciones familiares que pueden poner en riesgo la salud del niño como violencia intrafamiliar, suministro de alimentos y de agua potable (33).

Es importante mencionar también que la OMS realizó un estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento infantil entre 1997 y 2003, este fue útil para presentar tablas para la valoración del crecimiento y desarrollo, toda vez que

*"El objetivo general del EMPC, fue establecer un conjunto de curvas de crecimiento para los niños menores de cinco años, para ser adoptadas como el nuevo patrón internacional para evaluar el estado de nutrición de los individuos y las población. Es de importancia destacar, que se establece la lactancia materna como la "norma" biológica y al lactante alimentado al pecho, como el patrón de referencia para determinar el crecimiento saludable. Esto asegura por primera vez, la coherencia entre los instrumentos utilizados para evaluar el crecimiento y las directrices nacionales e internacionales sobre alimentación infantil" (34).*

Estas curvas de crecimiento son solo algunos de los instrumentos que se utilizan en el Programa, algunas de las cuales son, no de menor importancia, la educación a los cuidadores, la verificación del carnet de vacunas, la evaluación de la motricidad entre otras.

## **2.4. Asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

También, es importante considerar que, de acuerdo a la Resolución 412 de 2000, en la norma técnica de Detección temprana de alteraciones del Crecimiento y Desarrollo, menciona la periodicidad de los controles del Programa, a los cuales debe asistir el niño a lo largo de los 10 primeros

años de vida, a saber, para un niño menor a un año el número de controles son 4, para un niño de 1 a 2 años son tres controles en el año, para el de 2 a 4 años son 4 veces, para el de 5 a 7 años son 4 veces y para el niño de 8 a 9 años son 3 controles durante este periodo. Además, para cada uno de los controles hay un rango de meses de edad donde debería asistir, por ejemplo, el primer control en el menor de un año se debe dar entre el mes 1 y el mes 3 de edad, el segundo control debe darse entre el 4 y 6 mes de edad, y así para cada grupo de edad se estimaron los periodos de asistencia (1). Estas consultas deben ser desarrolladas, la primera vez por Medicina General y los controles siguientes por Enfermería (1). Esta organización de los controles prevé, aunque no explícitamente, que cuando un niño no va alguno de los controles en los periodos estipulados, implica que hay una inasistencia, al menos dentro de la regulación y rigurosidad que trae la norma técnica.

Complementariamente, la Resolución 3384 de 2000, definió que para hacer “seguimiento y evaluación de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento y de demanda inducida, reglamentadas mediante la Resolución 412 de 2000, es preciso tener un desarrollo adecuado del Sistema Integral de Información en Salud, que garantice la implementación y el registro de las actividades cumplidas por las administradoras tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado”(4); por tanto, en su capítulo IV menciona que las metas de cumplimiento para el Programa de Detección de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del menor de 10 años, para el Régimen Contributivo en la consulta de primera vez, deberá ser del 80% y en la de control del 50% del total de niños menores de 10 años afiliados a la respectiva aseguradora; por su parte para el Régimen Subsidiado tanto la consulta de primera vez como la de control deberá ser del 90% (4). Estas metas, actualmente ya no están vigentes, debido a que mediante la Resolución 4505 de 2012 fue derogada la Resolución 3384 y ahora la meta es obtener el 100% de cobertura para el Programa (35)

Sin embargo, es importante mencionar que, desde el sistema de información relacionado por la anterior Resolución 3384, se estipuló dos indicadores con sus respectivas fichas técnicas, con que se realizó la medición del cumplimiento de la aplicación de la norma técnica de crecimiento y desarrollo. Uno de ellos se denominó; cumplimiento en la



consulta de primera vez por medicina general para crecimiento y desarrollo, y el segundo indicador, es el cumplimiento en la consulta de control de crecimiento y desarrollo por enfermera, el cual fue calculado así: número anualizado de consultas de control de crecimiento y desarrollo por enfermera, realizadas por (NOMBRE DE LA ASEGURADORA) durante (PERIODO), dividido por, el número de consultas de control de crecimiento y desarrollo por enfermera programadas para (NOMBRE DE LA ASEGURADORA) para (AÑO), multiplicado por 100 (4).

De acuerdo a los lineamientos dados por la Resolución 3384 de 2000, las aseguradoras reportaron al Ministerio de Salud y las Direcciones Departamentales y Distritales, la programación de actividades con base en la población afiliada; y de forma trimestral el informe de ejecución en ese periodo, con el cambio que impone la Resolución 4505, el reporte continua siendo trimestral cambiando los flujos de información y los indicadores se empiezan a medir de acuerdo a coberturas poblacionales (36) (35), es decir que la medición pasa de ser, de acuerdo al número de controles programados en el año, a la cobertura de los programas de acuerdo la población afiliada.

Por otro lado, en el año 2007 se construyó una Guía, con el ánimo de ofrecer lineamientos basados en la evidencia (pero no constituyo formalmente el reemplazo y actualización de las Normas Técnicas y Guías contenidas en la Resolución 412 de 2000), denominada, Guía técnica para la Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años de NACER; en ella se menciona, en el subtítulo de Búsqueda Activa que esta, “se realiza cuando un recién nacido niño inscrito no asiste al primer control, cuando un niño menor de un año no asiste al control asignado o cuando la comunidad detecta un niño menor de un año que no está asistiendo a controles” (33)

De otro lado, la asistencia al Programa también ha sido medida por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) en Colombia, desarrollada por Profamilia; durante la versión del año 2010, tomaron como referencia de inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo aquellos niños menores de 6 años que no han acudido en el último año(6).

De este modo, se podría decir que tanto la asistencia al Programa se ha medido en relación con la falta de asistencia en alguno de los controles

estipulados en la norma técnica, como también, en una encuesta nacional se ha medido desde un rango más global, que es la asistencia en el último año.

#### **2.4.1. La asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en otros países**

En Canelones, Uruguay (2012) se observó que un 13,1% de los niños no asisten al Programa de Crecimiento y Desarrollo, “esta proporción cayó a un 6,6% entre los menores de 24 meses y ascendió al 18,0% entre los de dos a cinco años ( $P < 0,001$ ). Los niños mayores de dos años triplicaron las probabilidad de no concurrir a control en el servicio de salud” (9), en menores de cinco años, un 20% no asistió con la regularidad esperada, estas condiciones están fuertemente ligadas a la pobreza y las condiciones sociales (9). La tendencia es que la consulta de primera vez es más alta que la de los controles por tanto existe un grupo de niños que no permanece constante en la asistencia a los programas, probablemente y según un estudio se deba a las metodologías de intervención utilizadas por el profesional o el enfoque que tiene el Programa no responde a las necesidades de los padres de familia y/o cuidadores que llevan a sus hijos. Por otra parte en este mismo estudio se encontró que el 90,2% poseían carnet de salud infantil lo que lleva a pensar que la mayoría alguna vez habían estado en contacto con el Programa de Crecimiento y Desarrollo (9).

#### **2.4.2 La asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en Colombia**

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 en Colombia, el 76% de los niños menores de 5 años está inscrito en el Programa, de estos dentro de las regiones con más participación esta Antioquia, los niños que más están en este Programa son los que están acompañados por los abuelos. De los que se encuentran inscritos el 96% tienen carnet, tienen mayor número de consultas en el último año los niños que están acompañados por padres, abuelas y empleadas

domésticas (6). En relación con la asistencia y continuidad en programas infantiles se encontró que el 38% de los menores de 6 años asiste, 8% asistió pero se retiró y un 54% nunca ha asistido, de estos el 53% no asiste por que el niño lo cuidan en la casa (6).

- **Aporte del Programa Más Familias en Acción de Colombia al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

Más familias en acción, es un programa que se desarrolla en Colombia desde hace varios años, el enfoque son las transferencias condicionadas y tiene como fin disminuir las inequidades y desigualdades sociales y potenciar las herramientas de educación y salud de la población en pobreza y en extrema pobreza (37).

La ley 1532 de 2012 define más familias en acción como un programa que “consiste en, la entrega, condicionada y periódica de una transferencia monetaria directa para complementar el ingreso y mejorar la salud y, educación de los menores de 18 años de las familias que se encuentran en condición de pobreza, y vulnerabilidad” (38) el objetivo es “Contribuir a la superación y prevención de la pobreza y la formación de capital humano, mediante el apoyo monetario directo a la familia beneficiaria” (38).

Este es un programa de transferencias condicionadas y beneficia a las familias en pobreza y pobreza extrema, las condiciones para la entrega del subsidio consisten en el cumplimiento de unos logros educativos y de salud. “En la parte educativa, para recibir este subsidio, deben ser menores que estén estudiando entre 2do de primaria y grado 11 de bachillerato, o hasta cumplir los 18 años, y se debe garantizar una asistencia mínima a clase. En la parte de Salud, han de ser menores de 7 años, los cuales deben cumplir con la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo, de acuerdo a las citas programadas” (37), además también el programa les dejara de proporcionar dicho aporte cuando en las familias se verifique que hay menores desescolarizados, en desnutrición, menores violentados, reportados al ICBF o en situación de abandono (37).

Este programa esta direccionado desde el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, en apoyo con el Departamento Nacional de Planeación, funciona en todo el territorio nacional y las familias que pueden acceder a este beneficio monetario son las familias en pobreza y pobreza extrema, desplazados, indígenas en situación de vulnerabilidad con la respectiva certificación. Estas familias en algún momento abandonan o cumplen el ciclo, cuando han cumplido unos logros definidos por el programa. Dentro de los logros relacionados con salud se encuentra el estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, jóvenes y adultos conocen los métodos anticonceptivos, las mujeres y la familia se realizan y conocen el resultado de la citología y de tamizaje de seno, las personas con discapacidad tienen acceso a programas de rehabilitación y a dispositivos de apoyo y por último los niños menores están en el programa de crecimiento y desarrollo, para este las familias deben cumplir estrictamente con la asistencia a los controles de acuerdo a la estipulado en la Norma Técnica de Detección de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en menores de 10 años. También existen otros logros que están relacionados con la educación, el empleo, el fortalecimiento de los mecanismos de autonomía económica de los jóvenes en extrema pobreza, entre otros (37,38).

De esta manera Más Familias en Acción aporta a la cobertura del Programa de Crecimiento y Desarrollo en tanto todos los niños de estas familias deben estar inscritos allí y asistir. El aporte no solo es para las coberturas del Programa que se desarrolla en cada IPS, sino también para los niños que se encuentran en situaciones de pobreza y pobreza extrema lo cual puede generar desnutrición, retraso en el crecimiento entre otras, y que su atención puede ser canalizada a través del Programa (37,38).

- **Aporte de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia –AIEPI- al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

AIEPI es una estrategia mundial que pretende disminuir la morbilidad y mortalidad en la primera infancia (menores de 5 años), reducir la

gravedad de las enfermedades prevalentes en la infancia y fortalecer las prácticas de cuidado familiar y comunitario. Fue creada por la OMS y la OPS, se ha implementado en muchos países del mundo, como países de África, de Latinoamérica, Chile y Perú (39).

Los mecanismos que utiliza esta estrategia para promover el cuidado de los niños menores de 5 años son la movilización de los servicios de salud para promover la atención integral de los niños, mediante la utilización adecuada de la detección de síntomas, del tratamiento, del seguimiento y de la educación a la madre o el cuidador (39), en este sentido no solo funciona bien en los servicios de urgencias, sino también, en cualquier área o programa de atención para la infancia, por ejemplo en el Programa de Crecimiento y Desarrollo (39).

Otro componente, es el organizacional, que busca movilizar todos los actores sociales para que trabajen por la protección de la primera infancia, en esta fase los actores analizan la situación actual de la infancia a la luz de las prácticas de cuidado familiar y comunitario y priorizan las que principalmente están afectas, posteriormente la organización local en conjunto trabaja para mitigar las problemáticas encontradas (39).

También, existe otro componente fundamental y que caracteriza el AIEPI que es el comunitario, en este se promueven 18 prácticas de cuidado familiar y comunitario, las cuales comprenden la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño, y hasta los 2 años con alimentación complementaria, la administración de zinc y hierro, la completitud del esquema de vacunación, la prevención de accidentes en el hogar, la participación del hombre en las actividades del hogar, que la madre gestante se encuentra en el control prenatal y reconozca los signos de alarma (39). También dentro de estas prácticas se encuentra la estimulación para el crecimiento y desarrollo dentro de la cual se enseña a llevar a los niños al Programa de Crecimiento y Desarrollo (39).

En este componente comunitario se forman agentes comunitarios en Salud –ACS- los cuales son líderes en las comunidades, también pueden ser madres comunitarias, madres FAMI o pertenecientes a acciones comunales, que se forman en las 18 prácticas de cuidado familiar y comunitario que promueve esta estrategia, estos ACS promueven en su

comunidad estas prácticas a través de actividades educativas visitas a los hogares entre otras actividades que permitan prevenir la enfermedad, detectar oportunamente signos y síntomas de gravedad en la enfermedad, referir oportunamente a la Institución de Salud y adherirse al tratamiento prescrito por el personal de salud. En específico las ACS pueden detectar en la comunidad niños que no asisten al Programa de Crecimiento y Desarrollo y referirlos y/o aconsejar a la madre la participación en este (39).

Esta estrategia se encuentra en proceso de implementación en el municipio de Envigado, trabaja actualmente con los tres componentes, el del fortalecimiento de los servicios de salud, el componente organizacional en que se priorizaron tres prácticas clave, esto es, buen trato, lactancia materna y atención a la gestante. Y también actualmente cuenta con aproximadamente 40 ACS distribuidas en las zonas 3, 6 y 8 las cuales comprenden una gran proporción de niños menores de 5 años y pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y medios (40). Lo que indica en últimas que el Programa de Crecimiento y Desarrollo se puede estar fortaleciendo a partir de la labor de referencia y educación que las ACS realizan en estos sectores (39,40). En la revisión no se encuentran todavía mediciones de las remisiones a este Programa en el municipio de Envigado.

#### **2.4.3. La asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en Envigado**

El Programa de Crecimiento y Desarrollo en el municipio es ejecutado por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y vigilado por la Secretaria de Salud, en este se ha realizado un avance importante en materia de intersectorialidad, ya que se realiza constantemente demanda inducida en los programas y proyectos desarrollados por la Secretaria de Salud y otras dependencias municipales, por ejemplo Atención Primaria en Salud (41).

Se ha vigilado constantemente la ejecución de dicho Programa en las IPS, sin embargo y según las matrices de programación que deben reportar las EAPB al Ministerio de Protección Social y de acuerdo a las metas de

cumplimiento programadas anualmente y ajustadas según la población afiliada del año inmediatamente anterior, de las 13 EAPB que reportaron en el año 2012 el 61,5% no cumplían con la meta de consulta de ingreso por medicina en crecimiento y desarrollo, en tanto las metas de consultas de control, sea por médico o enfermera, tuvo un incumplimiento de 46.1% (13).

Es importante mencionar también, que en las visitas de auditoría realizadas por la Secretaria de Salud de Envigado a las IPS adscritas al municipio durante el año 2011, se encuentra que de las 13 IPS visitadas un 25% no estaban atendiendo a los niños entre 5 y menores de 10 años (2).

El segundo componente del Programa de Crecimiento y Desarrollo es el seguimiento a la ejecución de las consultas, controles y demás actividades que estipula la norma técnica; para este efecto la legislación Colombiana dice que las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán las funciones de vigilancia y control como versa en la Resolución 412 de 2000(12). Dicho seguimiento busca garantizar la calidad en la atención, evaluando cada uno de los atributos de ello, esto es, accesibilidad, oportunidad, pertinencia entre otras. Verifica, además, la disponibilidad de la infraestructura, del recurso humano idóneo, el cumplimiento y adherencia a la norma técnica en materia de atención, exámenes diagnósticos, educación al cuidador, periodicidad en los controles, entre otros inherentes a la calidad de la atención e implementación de la norma (2).

Así entonces y de acuerdo a la revisión bibliográfica la información que se encontró relacionada con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en Envigado, son los reportes de las matrices de programación al Ministerio de Salud y las auditorias que la Secretaria de Salud debe realizar como ente territorial.

## **2.5. Razones para la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

Al realizar una exploración en investigaciones sobre la asistencia a los programas de salud infantil o niño sano o de crecimiento y desarrollo se

encontraron resultados relacionados con la perspectiva de las familias y funcionamiento del Programa dentro de un sistema de salud, a continuación se presenta la recolección que se realizó de cada una de ellas.

### **2.5.1. La perspectiva de las familias**

En relación con la asistencia y las razones que aluden las familias, en Canelones Uruguay se encontró que la ausencia en el Programa de Crecimiento y Desarrollo según la encuesta, coincide con el bajo nivel económico, el nivel educativo de la madre es inversamente proporcional a la asistencia al mismo como también lo es las que fuman (9). También la inasistencia al control es más frecuente mientras más edad tiene el niño, así entonces la frecuencia de asistencia del niño menor de un año es de 70% mientras que en los mayores de 5 años es del 50%, mientras menor edad mayor es la asistencia a los controles del programa (8); los motivos que aluden están relacionados con que no lo consideran necesario, no tienen dinero para llevarlo, la distancia y no tener con quien dejar los niños (9), estas condiciones parecen estar relacionadas con la posición o nivel económico y explica porque la inasistencia a los controles de crecimiento y desarrollo está ligada con el bajo nivel económico, pues este lleva a que existan pocas posibilidades de acceso a este servicio.

Se muestra aquí como la pobreza es un determinante principal que afecta el estado de salud del niño y finalmente las coberturas de este Programa. Este concepto que tienen los cuidadores del niño también podría estar relacionado con la ausencia de motivación que tienen por parte de los profesionales y que el Programa no responde a las expectativas de los padres (9).

En relación con la valoración del desarrollo, que fue descrita en la encuesta de Canelones, se encuentra que existe un atraso en el desarrollo en 30% y 34% de los niños menores de 5 años, y hay un riesgo mayor de este con las inadecuadas pautas de crianza, la pobreza y el bajo nivel educativo. Estas inadecuadas pautas de crianza medidas desde actividades que los padres realizan con sus hijos como el juego, la lectura de cuentos y cantarle canciones (9).



También durante un estudio que se realizó en Zona Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con “el objetivo de indagar en las madres y pediatras, las representaciones de la crianza y la significación de la consulta de control de niño sano en el barrio” (42) se encuentra que la disponibilidad que tienen los padres para llevar a sus hijos a estos programas son bajas, las causas de asistencia al programa de niño sano en aquella comunidad era “porque así accedían a la leche” (42), sin embargo, también la no asistencia al control del niño sano –CNS- se debe a que “la informalidad e inestabilidad de los trabajos de las familias, así como la falta de recursos materiales y/o económicos despliega complejas relaciones de intercambio donde la espera y eventualmente la falta de respuesta está al orden del día.

Las demoras que hay en los centros de atención o en los espacios de consulta son significados como “tiempos de espera”, donde el profesional “está ocupado” o “no disponible”. Sin embargo, las ausencias por parte de las familias a la consulta, son traducidos como “falta de compromiso” por parte del equipo de salud”(42).

Las familias pueden sentir a la Institución de salud poco amigable, razón por la cual pueden dejar de participar de las actividades de la misma “Las madres consultadas, consideran a la crianza como una acción específicamente familiar, vinculada a la formación de la personalidad del niño; mientras que el cuidado está asociado al ‘cuerpo biológico’. Esta distinción hace que el centro de salud sea considerado un lugar para obtener recursos (leche, medicamentos, atención, etc.) más que un espacio de referencia para la crianza, un espacio técnico, más que un lugar donde compartir una experiencia de apoyo para sus tareas educativas familiares” (42).

Por otro lado, con relación a la percepción de las familias en Colombia, en el año 2006 la Facultad de Salud Pública evaluó la educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo allí se indago a los familiares de niños que fueron llevados al mismo, al respecto las madres mencionan que la educación es muy importante para el proceso de crianza:

*"Las madres perciben la educación como muy relevante pues consideran que no poseen todo el conocimiento, y que esto es necesario para cumplir a cabalidad con su función, por lo que terminan realizando su papel con dudas y cometiendo errores. Encuentran que no son suficientes sus experiencias, ni los conocimientos de las personas de su ambiente próximo. Por esto, consideran necesaria y valiosa la instrucción impartida por los profesionales de la salud, más aun si se tiene en cuenta la poca existencia de programas o actividades de educación de padres y la falta de recursos económicos para pagar un psicólogo particular. Al concebir el hogar como la base de la sociedad, una institución que debe protegerse y soportarse, reconocen en la educación un elemento central para este propósito" (43)*

Aun así, existe una valoración paradójica de la educación realizada en el Programa. Por un lado, sienten satisfacción porque les da herramientas para que sus hijos sean más saludables; pero por esta misma razón, también se sienten insatisfechas, en la medida en que el programa no responde a sus necesidades e inquietudes relacionadas con la maternidad en un sentido más amplio y referido a ellas como personas. Asimismo, consideran que el tiempo es muy corto, por lo cual no se alcanzan a abordar las particularidades de cada una con la profundidad requerida (43).

En Medellín entre el año 2002 y 2003 se desarrolló un estudio cualitativo, etnográfico sobre la educación para la salud a través al Programa de Crecimiento y Desarrollo, en este estudio se califica el programa como "ampliamente valorado por todos los actores y constituye un bastión para la crianza, en especial frente a la cantidad de inquietudes que esta genera en los adultos significativos y frente a los retos que el entorno les plantea" (44).

En este mismo estudio se encuentra que para los adultos significativos la experiencia de estar acompañando a los niños en el programa es valiosa en la medida que aprenden pautas de crianza que le permiten sentirse seguro, además pueden compartir experiencias de cuidado con otros adultos significativos que frecuentan el Programa, la información que les suministran en este ha sido insumo importante para prevenir errores en

el cuidado del niño (44). Además, para los adultos significativos se genera confianza, porque han observado sucesos en el estado del niño como el no enfermarse con más frecuencia lo que conduce, según este estudio, a evidenciar los beneficios del Programa (44); este aspecto es positivo puesto que la confianza en el Programa puede ser un aliado en sus coberturas, la percepción que tengan los padres, cuidadores principales, o como se les denomina en este estudio adultos significativos, puede ser fundamental en la asistencia o no al mismo. Así mismo según referencian los entrevistados, este espacio une a las familias, hace que otros actores de la familia se involucren en el cuidado como el padre y la abuela, lo cual según la construcción y análisis del estudio es muy importante (44).

De otro lado al valorar, en el estudio cualitativo, lo que perciben los profesionales de la salud que desarrollan el Programa, se encuentra que ellos reconocen los cambios que se generan en las pautas de cuidado como la higiene, la estimulación temprana y el fortalecimiento del lazo afectivo del adulto significativo con los niños (44).

Cabe mencionar el interesante análisis que realizan en este estudio en cuanto al significado del tema de pautas de crianza para el adulto significativo; “el compromiso no estaría ligado al cumplimiento de recomendaciones propuestas por el educador, el compromiso sería hacia su ser y su condición” (44), se refiere entonces a la capacidad que el cuidador tiene de decidir según su criterio el mejor cuidado para el niño, esto afianza mucho más el papel del adulto significativo pues no solamente escucha la educación que el equipo de salud le indica sino que logra apropiarse de esta información para utilizarla a su criterio de la mejor manera, ese es el significado importante de la educación en salud pues como profesionales es difícil pensar que solo con la educación se logran cambiar hábitos y formas de pensar es necesario también el compromiso de los receptores de esa información (44).

Al notar, los funcionarios de los centros asistenciales que participaron en el estudio sobre la implementación de SIPI en Medellín, que la asistencia a dicho Programa estaba disminuida, ellos manifiestan que las razones pueden estar dadas por que las madres trabajan y tienen poco tiempo para asistir al Programa con el niño, porque se han perdido estímulos

como el suministro de bienestarina o porque el niño está en un hogar de bienestar familiar (31).

En Caldas, Antioquia con el objetivo de encontrar las causas de inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital San Vicente de Paul, se evidenció que las razones están asociadas a olvido de la cita (31%), viven lejos (17%) y no tienen dinero para desplazarse (16%), porque no hay un adulto que acompañe al niño a la consulta o control (18%) y un 13% no asiste por el cambio en el sistema de seguridad social en salud (7), en este sentido en México se realizó un estudio cualitativo sobre la percepción de las madres sobre las consultas del niño sano.

Estas madres perciben el programa como un proceso que requiere seguimiento y que le falta fortalecer aspectos educativos a los cuidadores, manifiestan que “la información que se proporciona es escasa, se abordan de forma rápida tópicos como: alimentación, actividades de estimulación temprana y prevención de accidentes. A este respecto existe evidencia de que a los padres les gustaría tratar con el personal de salud tópicos como: patrones de sueño y descanso, desarrollo del niño, aspectos del contexto familiar y social, además se recomienda explorar enfermedades emergentes como la violencia doméstica y el uso y consumo de drogas” (45).

Una de las razones estarían enfocada a que los profesionales de salud están poco preparados, tienen carencia de formación en pedagogía, pues el sentido mismo de la consulta debe ser un dialogo de saberes y no únicamente el suministro de educación frente a un tema relacionado (5).

En relación con la percepción de la familia sobre este Programa, entre los años 2002 y 2005 en Medellín se realizó un estudio cualitativo que intentaba explorar el significado del Programa para los profesionales de la salud y los adultos significativos, de tal manera que evidencio que los profesionales perciben que tienen la función de cambiar en los adultos significativos aspectos nociones sobre las prácticas de crianza y los adultos significativos se consideraban el eje central de la crianza como aporte esencial en el desarrollo y bienestar del niño (35).

Finalmente, los motivos que llevan a la asistencia a este Programa están dados por circunstancias familiares, de calidad en la atención en los servicios de salud y también de desconocimiento del funcionamiento del mismo (5,7,9,31).

### **2.5.2. Los equipos de salud y su influencia en el desarrollo del programa**

En Uruguay en el año 1998 se hizo una evaluación al programa de atención al niño (1998) entre esta se indaga por la opinión de las usuarias, en esta se evidencia como la confianza y empatía que brinda el profesional de la salud a las usuarias influye en el entendimiento de las recomendaciones de cuidado "En suma se destaca a nivel de las madres participantes en los grupos de promoción de salud la opinión positiva respecto a la utilidad de estos grupos, por la variedad de temas abordados y el aporte de varias disciplinas, así como la mejora del vínculo con el equipo de salud" (46).

Es interesante como en estudios se ha detectado el significado que tienen las madres de este programa, en un estudio cualitativo etnográfico realizado en Buenos Aires se estudia a las madres o personas a cargo de niños de 1 a 4 años que consultaban en el control del niño sano, en esta se concluye que el control del niño sano y la consulta con el pediatra no son una forma de revisar los "sentidos de la crianza de familias" (42) en condiciones de pobreza. Probablemente y según varios estudios el programa del niño sano no cumple con la expectativa de los padres, los deseos de estos están orientados a que les indiquen las pautas de crianza, a que les den herramientas de cuidado en el hogar, a veces incluso también se convierte este un espacio de recriminación y de afirmación de cosas que los padres no deben hacer, aunado algunos profesionales tienen poca amabilidad en el trato con el cuidador o padre de familia y poca empatía (42).

En este sentido, una de las recomendaciones finales que se realiza en una evaluación que realizó al programa de estimulación del desarrollo infantil

“Juguemos con nuestros hijos” en Chile durante el año 2008, es que “velar porque las condiciones del lugar, calidad de las agentes educativas, el buen vínculo establecido con las madres, la cualidad y calidad del material didáctico y la buena asociación con el Centro de Salud, se mantengan. Todas éstas parecen ser condiciones importantes que permiten mantener la calidad del programa evaluado y del servicio que ofrece” (47), según esta evaluación apoyada por la Unicef, la pedagogía, la relación de los agentes educativos, entendiéndose estos como el personal a cargo de direccionar el programa, la comunicación con las madres y padres influyen notablemente en los resultados del mismo y en la satisfacción de los cuidadores de los niños.

Es importante que los profesionales enfoquen la metodología y formas de dar la educación para lograr transformar los pensamientos en cuanto a las pautas de cuidado que tienen estos adultos significativos, lo que lleva a pensar en la importancia de que en las investigaciones se indague por la calidad de la atención y de las actividades educativas que hacen parte del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Pero, algunas veces los profesionales quieren cambiar las formas de dar las pautas educativas sin embargo los factores externos del funcionamiento del sistema no lo hacen posible (44). La tarea es reflexionar en cómo fortalecer el papel del Programa como espacio de apoyo al adulto significativo, para que ejerza una crianza más “satisfactoria y productiva” (44).

Las madres de niños llevados al Programa del niño sano en México (estudio de percepción de maternas del cuidado del niño sano en el año 2012), perciben que la atención que realizan las enfermeras está centrada en los procedimientos como medir estatura y peso y no centrado en el usuario. Las madres calificaron la actividad como “rápida y mecánica” además los tópicos tratados como alimentación e inmunización fueron tratados de forma rápida (48). El artículo concluye que “se distingue que el CNS está dirigido por las tecnologías duras, es decir, por los protocolos de atención y la configuración institucional, lo que origina una atención centrada en procedimientos” (48).

El reporte parcial de un estudio etnográfico realizado por Peñaranda F. Blandón L. que busco comprender el proceso educativo de un Programa

de Crecimiento y Desarrollo en el año 2006, mostró que el enfoque de los profesionales les impedía comprender el significado del rol de la madre y por tanto el desarrollo del Programa. Los profesionales en este sentido manifiestan que su fin es formar mejores padres para que sus hijos pueden tener una mejor crianza, en este sentido hacen el papel de educadores y aunque tienen una ventaja ante los padres, porque el personal de salud es un referente para ellos, se encuentra con una dificultad y es el deseo de transmitir un conocimiento que intenta abolir las creencias culturales que tienen los padres puntualizándolas como nocivas. Pero además el proceso de aprendizaje de las madres depende de dos factores uno de ellos es el grado de interés que tiene en el Programa, que puede estar más interesada en la valoración antropométrica y otras por las actividades educativas, este ultima dependiendo más del nivel educativo y cultural de la madre, lo que mejora su capacidad para captar las enseñanzas (43).

El estudio sobre la implementación de SIPI en Medellín, se encontró que los profesionales de la salud no reconocían los objetivos básicos del Programa SIPI y que esto era coherente con la manera de desarrollar el programa (31). Además existe otro factor que es la educación como método para fortalecer la confianza entre la institución de salud y los padres o cuidadores; en un estudio descriptivo con análisis cualitativo de los datos se encuentra también que la carencia de educación a las familias es una constante, donde lo más importante para la madre era tener el carnet de vacunas pero no comprendían la relevancia y significado de la misma, "No hubo relatos sobre orientaciones sobre la importancia de la inmunización, tampoco en relación a cual vacuna los niños recibieron o recibirían en el próximo retorno" (49).

Con todo esto se logra extraer que a asistencia a estos programas, puede estar dada por la calidad de la atención en salud, por la motivación que los cuidadores en ella encuentren además por la utilidad para el cuidado de los niños (31,42-44,46,47,49).

En conclusión se pueden observar dos tipos de resultados en las investigaciones, uno son los padres o cuidadores que están inconformes con la atención en salud y por tanto perciben el Programa como un espacio que no les ofrece lo que ellos requieren, y otros estudios donde los

adultos, padres o cuidadores perciben el Programa como un espacio de aprendizaje de participación y de confianza con el profesional de la salud. Estas dos posiciones están relacionadas, al parecer, por la calidad de la atención en salud, algunos estudios donde describían un programa con profesionales preparados, con un enfoque adecuado de educación para la salud, la construcción de las intervenciones era participativa con los padres o cuidadores, había mejor percepción y asistencia al programa. En contraposición, en aquellas instituciones de salud donde en el programa no era continuo y los temas tratados no respondían a la necesidad del cuidador, en estos casos la inconformidad de los adultos se dejaba ver y había baja asistencia al programa. Finalmente, parece que esta asistencia depende de la calidad de la atención en los servicios de salud y el contenido del Programa de Crecimiento y Desarrollo (31,42,43,46,47,49).

## **2.5. Marco legal**

### **2.5.1. Ley 100 de 1993**

En su capítulo III, artículo 165 del Plan de Atención Básica, modificado actualmente por el Plan de Salud Pública, en su momento fue el cimiento para la creación de las normas y guías citadas en la resolución 412 de 2000, por cuanto el PAB es la conformación de las intervenciones colectivas o individuales y de alta externalidad, tales como la detección precoz (50). En este sentido la Ley 100 transformó el Programa de Crecimiento y Desarrollo el cual antes estaba operando bajo el Programa de Salud Integral para la Infancia SIPI. 7 años después se aprueba la Resolución 412 de 2000.

### **2.5.2. Resolución 412 de 2000**

En esta resolución se crean las normas técnicas de detección temprana y protección específica las cuales estarán a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado y estarán dirigidas a toda la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud (12).



Artículo 3. Se crea la norma técnica definida como “el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectiva de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada” (12). La norma técnica de detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, hace parte entonces de las normas técnicas de protección específica, entendiéndose estas como “el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte” (12).

Los programas que se generen a partir de la implementación de estas normas técnicas deberán tener varias características, entre ellas que las entidades a cargo deberán realizar demanda inducida a los programas de acuerdo a la edad, como también deberán generar estrategias para que sus usuarios accedan al servicio, de esta manera se entiende que el Programa de Crecimiento y Desarrollo quien es el objeto de estudio, deberá tener estas características (12).

### **2.5.3. Resolución 2121 de 2011**

Por la cual se adoptan los Patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad (29).

En el año 2011 se realizó un cambio al Programa de Crecimiento y Desarrollo, por lineamientos de la OMS el cual estipula el cambio de los patrones de crecimiento (29).

Los patrones de crecimiento desarrollados por la OMS, fueron contruidos a partir de un estudio multicéntrico de referencias de crecimiento, en los países de India, Noruega, Brasil, Ghana, Estados Unidos y Oman, incluye niños de 0 hasta los 18 años y su pretensión fue la de construir los parámetros para evaluar el crecimiento en este grupo de edad en todo el mundo. Después de su implementación en varios países se realiza un

seguimiento al impacto que ha tenido y se encuentra que a pesar de un transcurso de varios años no se ha logrado un impacto mayor (29).

En uno de los cursos ofertados para capacitar al personal sobre el manejo de los nuevos patrones de crecimiento, apuntan que este programa es fundamental en la medida que puede detectar tempranamente las alteraciones del niño, por ejemplo en uno de sus apartados la OMS enseña a detectar según observación signos de marasmo o kwashiorkor, así el peso sea el ideal, caso en el cual se debe referir a una institución de salud de mayor complejidad (34,51).

El principal objeto de esta Resolución es la adopción de los nuevos patrones de crecimiento para todo el área Colombiana para los niños de 0 a 5 años, según patrones publicados en el año 2006 y para los niños de 6 a 18 años los patrones publicados en el año 2007, esta direccionado a todos las instituciones de salud, entes académicos, Instituto de Bienestar Familiar y demás actores que requieran la valoración nutricional del niño hasta los 18 años (29).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Determinar los factores sociodemográficos y de percepción relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de 10 años, residentes en el municipio de Envigado durante el año 2013, a partir de la perspectiva de sus cuidadores, con el fin de hacer aporte al mejoramiento de las coberturas y calidad de la prestación del servicio en dicho programa.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de los niños menores de 10 años y sus cuidadores principales.

- Describir las razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, así como la percepción que tienen los cuidadores principales del desarrollo del mismo.
- Establecer la asociación entre la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo con las características sociodemográficas del cuidador principal, del niño y la percepción del cuidador sobre la atención en el Programa.
- Explorar los factores demográficos, de afiliación al sistema de salud y de percepción del cuidador principal sobre el Programa de Crecimiento y Desarrollo, que explican mejor la asistencia e inasistencia al mismo.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Enfoque metodológico**

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo que permitió, organizar y encontrar los factores relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, desde la perspectiva de los cuidadores principales, apoyando los hallazgos con pruebas estadísticas.

### **4.2. Tipo de estudio**

Es de tipo observacional, ya que el investigador presta atención al fenómeno en sus condiciones habituales sin modificarlos, así entonces se observó factores relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo. La direccionalidad fue transversal porque los datos fueron tomados en un momento del tiempo.

En síntesis, el tipo de estudio desarrollado fue observacional de corte transversal.

### **4.3. Población y muestra**

#### **4.3.1. Población de referencia y de estudio**

La población de referencia del estudio fueron los niños menores de 10 años del municipio de Envigado que asisten o no asisten al Programa de Crecimiento y Desarrollo y para el análisis se tomaron los datos, tanto, de estos como de sus cuidadores principales.

La población de estudio fueron todos los registros de la base de datos de "Prácticas de cuidado familiar y comunitario" que fue entregada por la Secretaría de Salud de Envigado.

#### **4.3.2. Criterios de inclusión**

Se tuvo en cuenta para la selección de registros de la base de datos las siguientes:

- Registros donde el cuidador principal haya respondido las variables de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.
- Se seleccionó tanto los registros donde el niño menor de 10 años asiste como el que no asiste al Programa de Crecimiento y Desarrollo.
- Registros donde estén las variables de asistencia al Programa y razones de asistencia al mismo.

#### **4.3.2. Criterios de exclusión**

Se tuvo en cuenta para exclusión de registros de la base de datos las siguientes:

- De los registros, se excluyeron todos los datos que tuvieran inconsistencias, tales como vacíos de información, es decir, datos sin contestar, contradicción en las respuestas, incoherencia en los valores que toman las variables, por ejemplo categorías que no correspondían a la variable. Cuando se encontraron registros con más del 10% de las variables con inconsistencia, fueron eliminados. Así del total de registros de la base de datos entregada por la Secretaría de Salud, que contenía 1212 registros, fueron eliminados 20, quedando un total de 1192 registros.

#### **4.4. Descripción de las variables**

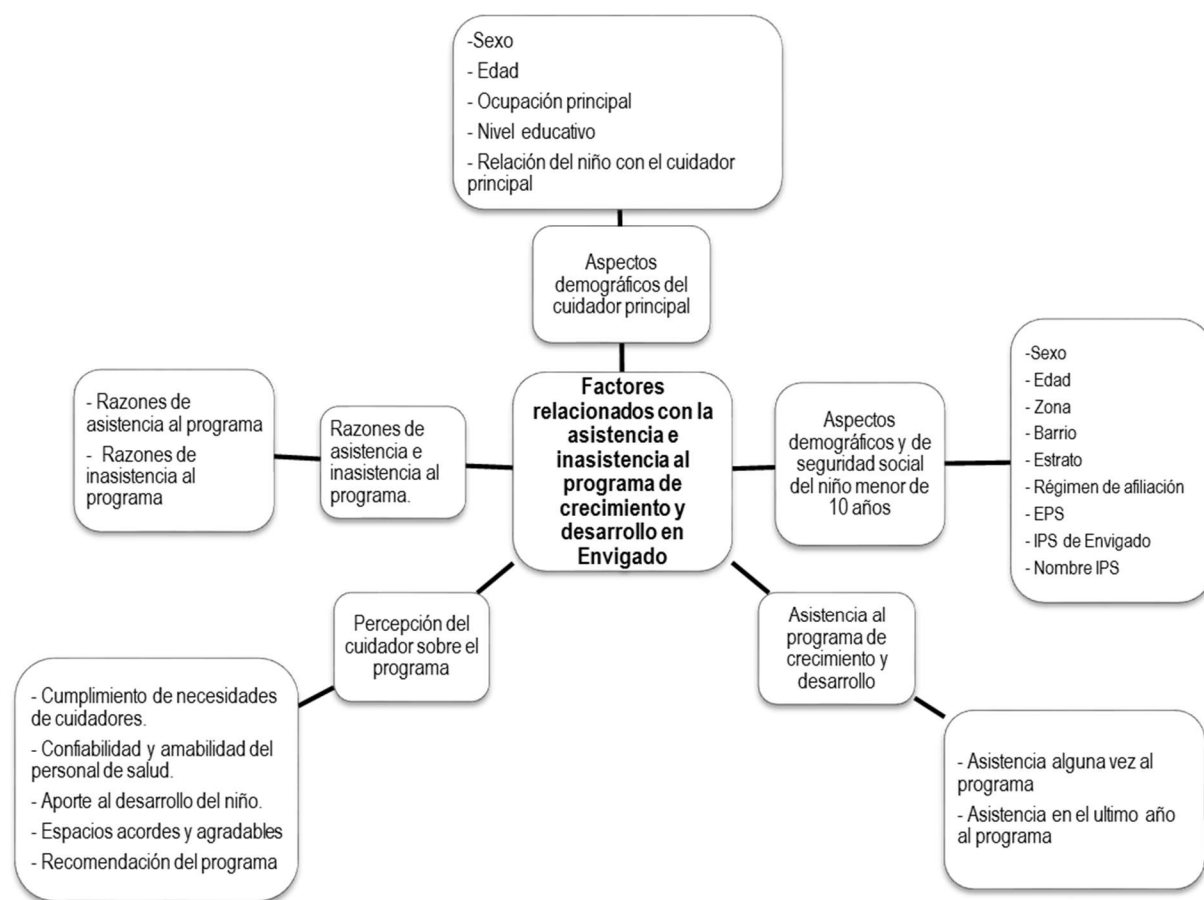
#### **4.4.1. Tabla de variables y diagrama de variables**

##### **Diagrama de variables**

El siguiente diagrama contiene las variables que se utilizaran para dar respuesta a los factores relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, esto es, características socio demográficas del cuidador, del niño menor de 10 años, las razones de asistencia al Programa y la percepción del cuidador principal acerca del desarrollo del mencionado Programada.

La variable de interés fue la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el último año, la cual tuvo como posibles respuestas: si o no.

*Ilustración 2. Diagrama de variables a utilizar para analizar los factores relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Envigado, 2013.*



## Tabla de variables

Las variables se eligieron de la base de datos “prácticas de cuidado familiar y comunitario” de la Secretaría de Salud de Envigado. Así pues, se seleccionaron veintiocho (28) variables, de las cuales veintitrés (23) son cualitativas con nivel de medición nominal, tres (3) cualitativas con nivel de medición ordinal, dos (2) son cuantitativas con nivel de medición de razón.

Para la descripción de la variables, es necesario tener en cuenta que, la unidad de medida de las variables cualitativas se asemeja a las categorías y valores que toma la variable, solo para el caso de edad la unidad de medida es número de años cumplidos

*Tabla 1. Variables a utilizar de la base de datos Practicas de cuidado familiar y comunitario de la Secretaría de Salud de Envigado, 2013*

Variable	Definición de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Codificación
Zona de residencia	Zona de residencia del niño	Cualitativa	Nominal	Numero de 2 a 13	2: Dos 3: Tres 4: Cuatro 5: Cinco 6: Seis 7: Siete 8: Ocho 9: Nueve 10: Diez 11: Once 12: Doce 13: Trece
Barrio	Barrio donde residen el niño	Cualitativa	Nominal	Nombre de Barrios	1: Alcalá 2: Alto De Misael 3: Barrio Mesa 4: Bosques De Zuniga 5: Bucarest 6: El Chinquí 7: El Chocho 8: El Dorado 9: El Esmeraldal 10: El Portal 11: El Saldo 12: El Triánón 13: El Vallano 14: Jardines 15: La Magnolia 16: La Mina 17: La Paz 18: La Pradera 19: La Sebastiana 20: Las Antillas 21: Las Casitas 22: Las Flores 23: Las Orquídeas 24: Las Palmas 25: Loma De Las 26: Brujas 27: Loma Del Atravesado 28: Loma Del Barro 29: Los Naranjos 30: Milán 31: Obrero 32: Pantanillo 33: Perico 35: Pontevedra 36: Primavera 37: San José 38: San Marcos 39: San Rafael 40: Uribe Ángel 41: Vereda El Escobero 42: Villa Grande 43: Zona Centro 44: Zuñiga
Sexo del niño	Sexo del niño	Cualitativa	Nominal	Masculino, Femenino	1: Masculino 2: Femenino

Variable	Definición de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Codificación
Edad del niño	Edad en años cumplidos del niño	Cuantitativa	Intervalo	Numero de 2 cifras	
Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico del niño	Cualitativa	Ordinal	Números del 1 al 6	1: Uno 2: Dos 3: Tres 4: Cuatro 5: Cinco 6: Seis
Régimen de afiliación en salud	Régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Cualitativa	Nominal	Contributivo, Subsidiado, Particular, Pobre no cubierto con subsidio, Régimen Especial.	1: Contributivo 2: Subsidiado 3: Población Pobre sin Subsidio 4: Régimen Especial 5: Particular
Nombre de la EAPB	Nombre de la EAPB del niño	Cualitativa	Nominal	Sura, Coomeva, Comfama EAPB -S, Nueva EAPB, Comfenalco, Salud Total, Secretaría de Salud, SaludCoop, Fiduprevisora S.A., Cafesalud, Cruz Blanca, Policía Nacional de Colombia, Sanitas, otra.	1: Sura 2: Otro 3: Coomeva 4: Comfama EAPB -S 5: Nueva EAPB 6: Comfenalco 7: Salud Total 8: Secretaría de Salud 9: SaludCoop 10: Fiduprevisora 11: Cafesalud 12: Cruz Blanca 13: Policía Nacional 14: Sanitas
Consulta en una IPS de Envigado	IPS de primer nivel del niño pertenece a Envigado	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
Nombre de la IPS	IPS de primer nivel en la que consulta el niño	Cualitativa	Nominal	CIS Comfama, UBA Coomeva, E.S.E. Santa Gertrudis, Viva 1A, Biosigno, Salud Total, Comfamiliar Camacol, Fundación Médico Preventiva, Clínica de la Policía, otro, no sabe, otra IPS fuera de Envigado	1: Biosigno 2: Cis Comfama 3: Clínica de la Policía 4: Comfamiliar Camacol 5: E.S.E Santa Gertrudis 6: Fundación Médico Preventiva 7: Salud Total 8: UBA Coomeva 9: Viva 1A 10: Otro 11: No sabe 12: Otra IPS fuera de Envigado
Sexo del cuidador principal	Sexo del cuidador principal	Cualitativa	Nominal	Masculino, Femenino	1: Masculino 2: Femenino
Edad del cuidador principal	Edad en años cumplidos del cuidador principal	Cuantitativa	Intervalo	Numero de 2 cifras	Numero de 2 cifras



Variable	Definición de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Codificación
Parentesco	Parentesco del cuidador principal con el niño	Cualitativa	Nominal	Padre, madre, abuelo, abuela, tío, otro.	1: Madre 2: Padre 3: Abuelo/a 4: Tío/a 5: Otro
Estudia actualmente	El cuidador estudia en la actualidad	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
Nivel educativo del cuidador principal	Nivel educativo del cuidador principal	Cualitativa	Ordinal	Primaria incompleta, primaria completa, bachillerato incompleto, bachillerato completo, técnica, tecnología, universitario, iletrado	1: Primaria incompleta 2: Primaria completa 3: Bachillerato incompleto 4: Bachillerato completo 5: Técnica 6: Tecnología 7: Universitario 8: Ilettrado
Ocupación	Ocupación del cuidador principal	Cualitativa	Nominal	Ninguno, ama de casa, trabajador independiente, trabajador dependiente, estudiando, pensionado, otro.	1: Ninguno 2: Ama de casa 3: Trabajador independiente 4: Trabajador dependiente 5: Estudiando 6: Pensionado 7: Otro
Estado civil	Estado civil del cuidador	Cualitativa	Nominal	Soltero, casada, unión libre, viudo, separado	1: Soltero 2: Casada 3: Unión libre 4: Viudo 5: Separado
Conoce el Programa de Crecimiento y Desarrollo	Conocimiento del Programa de Crecimiento y Desarrollo	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
Asistencia por lo menos una vez al Programa de Crecimiento y Desarrollo	Asistencia del niño alguna vez al Programa de Crecimiento y Desarrollo	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
Asistencia en el último año al Programa de Crecimiento y Desarrollo	Asistencia en el último año, del niño, al Programa de Crecimiento y Desarrollo	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
Razones de inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.	Razones de inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo que manifiestan los cuidadores principales	Cualitativa	Nominal	No utilidad del programa, no sabe periodicidad de los controles, vive lejos de la IPS/ no tiene dinero, se queda esperando a lo que lo llamen, dificultades de acceso a la IPS, dificultades en la afiliación al SGSSS, dificultad de tiempo y disposición del cuidador,	1: No utilidad del programa 2: No sabe periodicidad de los controles 3: Vive lejos de la IPS/ no tiene dinero 4: Se queda esperando a lo que lo llamen

Variable	Definición de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Codificación
				lleva al médico particular, edad límite para asistir al programa inferior a 10 años.	5: Dificultades de acceso a la IPS 6: Dificultades en la afiliación al SGSSS 7: Dificultad de tiempo y disposición del cuidador 8: Lleva al médico particular 9: Límite de edad para asistir al programa no corresponde a lo estipulado por el mismo.
Razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.	Razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo que manifiestan los cuidadores principales	Cualitativa	Nominal	Requisito del hogar infantil o guardería, evaluación del progreso del crecimiento y el desarrollo, requisito para la entrega de subsidio, enseñanza de pautas de crianza, programa donde se desarrollan múltiples actividades, es periódico, atendido por múltiples profesionales y detecta oportunamente la enfermedad.	1: Requisito del hogar infantil o guardería 2: Evaluación del progreso del crecimiento y el desarrollo 3: Requisito para la entrega de subsidio 4: enseñanza de pautas de crianza 5: Programa donde se desarrollan múltiples actividades, es periódico, atendido por múltiples profesionales y detecta oportunamente la enfermedad.
Quien lo motiva a llevar al niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo	Persona que motiva a llevar al niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo	Cualitativa	Nominal	En una institución de salud, un amigo, en uno de los programas de la Secretaría de Salud, un familiar, en una guardería u hogar infantil, medios de comunicación, programa de subsidio municipal (Mas familias en acción, red juntos)	1: En una institución de salud 2: Un amigo 3: En uno de los programas de la Secretaría de Salud 4: Un familiar 5: En una guardería u hogar infantil 6: Medios de comunicación 7: Programa de subsidio municipal (Mas familias en acción, red juntos)

Variable	Definición de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Codificación
El programa responde a las necesidades de información.	El programa responde a las necesidades de información, según percepción del cuidador principal	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
El personal que atiende el Programa es amistoso y genera confianza	El personal que atiende el Programa es amistoso y genera confianza, según percepción del cuidador principal	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
Los espacios físicos son agradables y acordes para el niño.	Los espacios físicos son agradables y acordes para el niño, según percepción del cuidador principal	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
Aporte del Programa para el desarrollo del niño	Aporte del Programa para el desarrollo del niño, según percepción del cuidador principal	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
Recomendación del programa de crecimiento y desarrollo a otra persona	Recomendación del programa de crecimiento y desarrollo a otra persona, según percepción del cuidador principal	Cualitativa	Nominal	Si, No	1: Si 2: No
Hasta que año le ofrece la IPS del niño la pertenencia al programa de crecimiento y desarrollo	Edad hasta la cual, la IPS del niño, ofrece el programa de crecimiento y desarrollo	Cualitativa	Nominal	Hasta cumplir un año, hasta los 5 años, hasta los 10 años, no sabe, no responde	1: Hasta cumplir un año 2: Hasta los 5 años 3: Hasta los 10 años 4: No sabe 5: No responde

## 4.5. Técnicas de recolección de la información

### 4.6.1. Fuente de información

La fuente de información utilizada fue secundaria, se utilizó la base de datos “prácticas de cuidado familiar y comunitario” de la Secretaría de Salud de Envigado, la cual se recolectó en el año 2013 y en el marco del Programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), de la Secretaría de Salud y que tuvo como fin conocer las prácticas de cuidado familiar y comunitario que realizan las familias envigadeñas, para, consecuentemente, priorizar aquellas en las que se enfocaran los esfuerzos del Programa AIEPI.

Además, la recolección de esta información busco dar respuesta a la línea de investigación - estudio epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública priorizados por el Plan de Salud Territorial- durante el año 2013, la información fue recolectada mediante contratación con la corporación ECOSESA. Esta base de datos contiene 1212 registros sobre las prácticas familiares que se tienen en el cuidado del menor de 10 años (40).

El marco muestral de este diseño probabilístico fue la base de datos de catastro municipal, esta base de datos contiene todos los predios de uso residencial discriminados por barrio y estrato. Después de la recolección de información realizada durante el año 2013, la Secretaría de Salud obtuvo un total de 1212 encuestas (40).

El criterio de inclusión fue la presencia de niños menores de 10 años residentes en las zonas del municipio de Envigado, y el informante calificado, es decir la persona que suministraba la información sobre las prácticas de cuidado familiar, para este caso fue el cuidador principal, definido este para los términos de la recolección de información como aquella persona cercana al niño, familiar o no, que pasa la mayor parte del tiempo con él (40)

La información recolectada corresponde a las prácticas de cuidado familiar y comunitario que tienen en las familias para los niños menores de 10 años, estas incluye información sobre la vivienda, sobre los integrantes de la familia adultos y sobre los niños menores de 10 años que viven en ella.

#### **4.5.2. La técnica de recolección de la información**

Base de datos construida por la Secretaría de Salud, contiene 129 variables de las cuales se seleccionaron 28 correspondientes a las características demográficas del niño y de su cuidador principal y sobre la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.

#### **4.5.3. Proceso de obtención de la información:**

Se realizó solicitud formal a la Secretaria de Salud de Envigado de la base de datos para ser analizada, se anexa la respectiva aprobación para iniciar su procesamiento.

#### **4.8. Sesgos y sus correspondientes controles**

Información: Para disminuir los errores en los registros a analizar, se realizó validación de datos a través de cruce de información, verificación de consistencia entre variables. Así mismo, se efectuó un análisis de completitud de los registros y de consistencia en las respuestas obtenidas. También se determinaron la exactitud de los datos haciendo análisis descriptivo de los valores y de las categorías de cada una de las variables.

Selección: Se excluyen todos aquellos registros que tuvieran variables perdidas mayores a 10%. De esta manera no se incluyeron en el análisis por tener un alto sesgo en los resultados de la investigación. También el sesgo en la selección de los registros se abordó realizando el análisis de consistencia, exactitud y completitud de datos y excluyendo aquellos registros que tuvieran información incoherente y que tuvieran la variable dependiente y las de razones de asistencia o inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en blanco.

Confusión: Para controlar posibles variables que confundieran la relación entre el desenlace y las variables independientes se hicieron modelos de regresión logística múltiple, donde cada medida de asociación estadísticamente significativa está ajustada por las demás variables potencialmente asociadas.

#### **4.9. Procesamiento y análisis de la información**

#### **4.9.1. Procesamiento de la información**

Para el procesamiento de la información se utilizara Microsoft Excel y para el análisis, construcción de cuadros de salida y cruce de variables SPSS versión 19, Epidat 4.5. Además, se utilizó Microsoft Word para la presentación de informes y resultados.

#### **4.9.2. Plan de análisis**

De acuerdo a los objetivos del presente estudio en el plan de análisis se utilizó análisis univariado, bivariado y multivariado teniendo en cuenta los parámetros estadísticos.

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de los niños menores de 10 años y sus cuidadores principales a través de análisis descriptivo y geográfico. Para cumplir con este objetivo se desarrollara los siguientes procesos.

Análisis descriptivo general o análisis univariado: para este análisis se tomaron variables demográficas que corresponden a las de persona, tiempo y lugar, estuvieron divididas en dos partes, la primera es la descripción de las características demográficas, aspectos de seguridad social del niño menor de 10 años, y la otra, por las variables sociodemográficas y de percepción del Programa del cuidador principal.

A las variables cuantitativas se les calculó prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, promedio, moda, mediana, desviación estándar, rango y cuartiles. Para las variables cualitativas se calcularon las proporciones. Para todas estas variables, se seleccionaron gráficas de barras simples y tablas de distribución de valores para mostrar el resultado.

Objetivo 2: Describir las razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, así como la percepción que tienen los cuidadores principales del desarrollo del mismo.

Para desarrollar este objetivo se realizó análisis descriptivo de las razones de asistencia, en este segmento se mostró la distribución de los resultados de las variables sobre la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo y las razones de asistencia. Además, se mostró la distribución de los resultados de las variables sobre la percepción que tienen los cuidadores acerca de la calidad de la atención del mismo.

Objetivo 3: Establecer la asociación entre la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo con las características sociodemográficas del cuidador principal, del niño y la percepción del cuidador sobre la atención en el Programa.

Teniendo en cuenta que la variable desenlace o dependiente fue la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el último año, se estableció la asociación entre las características familiares (como la escolaridad, estrato socioeconómico, sexo, edad, parentesco con el niño) con la asistencia, en el último año, al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Así como también, se analizó la asociación entre la variable dependiente y las características demográficas del cuidador principal (escolaridad, parentesco con el niño, sexo, edad etc.), de tal manera que se logró encontrar factores asociados a la asistencia y a la inasistencia al Programa.

También, se pretende determinar como la percepción de la atención recibida en el Programa de Crecimiento y Desarrollo, está incidiendo en la asistencia o no al mismo, utilizando variables de percepción de la calidad de la atención, de que tan amistoso y confiable es el servicio y si cumple con las expectativas de información que el cuidador principal desea encontrar.

Para cumplir este objetivo, se realizó un análisis bivariado; para el análisis de dos variables cualitativas se utilizó la prueba chi-cuadrado de independencia, mientras que al cruzar una variable cualitativa con una cuantitativa, se utilizó prueba T-Student si la variable cuantitativa distribuye normal o prueba U. de Mann-whitney si no hay distribución normal.

Objetivo 4: Explorar cuáles factores demográficos, de afiliación al sistema de salud y de percepción del cuidador principal sobre el Programa de Crecimiento y Desarrollo, explican mejor la asistencia e inasistencia al mismo.

Para este objetivo se realizó análisis multivariado, donde, se utilizó un modelo de regresión logística binaria explicativa, por cuanto permite determinar cuáles son las variables que pueden influir en el desenlace que es la asistencia en el último año al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Aquellas variables tenidas en cuenta para calcular la regresión logística binaria, fueron aquellas que en el análisis bivariado, tuvieron valores de P inferiores a 0,05, y también que cumplieran en criterio de Hosmer y Lemeshow, valores de P inferiores a 0,25.

La tabla 2 muestra las medidas estadísticas de análisis y su forma de presentación de acuerdo a cada objetivo.

*Tabla 2. Plan de análisis para el estudio factores relacionados con la asistencia e inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de los niños menores de años residentes en el municipio de Envigado, 2013.*

Objetivo	Variable	Análisis	Forma de presentación
Clasificar los menores de 10 años del municipio, según zona de residencia	Zona de residencia	Proporción	Tabla de valores
	Barrio	Proporción	Tabla de valores
Describir las características socio demográficas y de afiliación al sistema de salud de los niños menores de 10 años	Sexo	Proporción	Tabla de valores
	Edad en años cumplidos del niño	Prueba de normalidad Promedio Moda Mediana Desviación estándar Rango Cuartiles	Tabla de valores
	Estrato socioeconómico	Proporción	Tabla de valores
	Régimen de afiliación en salud	Proporción	Tabla de valores
	Nombre de la EAPB	Proporción	Tabla de valores
	Consulta en una IPS de Envigado	Proporción	Tabla de valores
	Nombre de la IPS	Proporción	Tabla de valores
Describir las características demográficas del cuidador principal del	Sexo	Proporción	Tabla de valores
	Edad del cuidador principal	Prueba de normalidad Promedio Moda Mediana Desviación estándar	Tabla de valores



Objetivo	Variable	Análisis	Forma de presentación
niño(s) menor de 10 años		Rango Cuartiles	
	Relación del cuidador principal con el niño	Proporción	Tabla de valores
	Nivel educativo del cuidador principal	Proporción	Tabla de valores
	Ocupación	Proporción	Tabla de valores
	Barrio	Proporción	Tabla de valores
Describir las características relacionadas con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo a partir de la perspectiva de los cuidadores principales.	Asistencia por lo menos una vez al Programa de Crecimiento y Desarrollo	Proporción	Grafica de barras
	Asistencia en el último año al Programa de Crecimiento y Desarrollo	Proporción	Grafica de barras
	Razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.	Proporción	Grafica de barras
	El programa responde a las necesidades de información.	Proporción	Tabla de valores
	El personal que atiende el Programa es amistoso y genera confianza	Proporción	Tabla de valores
	Los espacios físicos son agradables y acordes para el niño.	Proporción	Tabla de valores
	Aporte del Programa para el desarrollo del niño	Proporción	Tabla de valores
	Recomendación del Programa de Crecimiento y Desarrollo a otra persona.	Proporción	Tabla de valores
Establecer la asociación entre la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo con las características demográficas, de afiliación al sistema de salud del niño y del cuidador principal, las razones de asistencia e inasistencia al mismo y la percepción del cuidador principal sobre el programa.	Asistencia en el último año al Programa de Crecimiento y Desarrollo	Proporción Chi-cuadrado	Tabla de valores
	Sexo	Proporción Chi-cuadrado	Tabla de valores
	Edad en años cumplidos del niño	T-Student si la variable distribuye normal o prueba U. de Mann-Whitney si no distribuye normal	Tabla de valores
	Estrato socioeconómico	Proporción Chi-cuadrado	Tabla de valores
	Régimen de afiliación en salud	Proporción Chi-cuadrado	Tabla de valores
	Nombre de la EAPB	Proporción Chi-cuadrado	Tabla de valores
	Consulta en una IPS de Envigado	Proporción Chi-cuadrado	Tabla de valores
	Nombre de la IPS	Proporción Chi-cuadrado	Tabla de valores
	Sexo del cuidador principal	Proporción Chi-cuadrado	Tabla de valores
	Edad del cuidador principal	T-Student si la variable distribuye normal o prueba U. de Mann-Whitney si no distribuye normal	Grafica de barras
	Relación del cuidador principal con el niño	Proporción Chi-cuadrado	Grafica de barras

Objetivo	Variable	Análisis	Forma de presentación
	Nivel educativo del cuidador principal	Proporción Chi-cuadrado	Grafica de barras
	Ocupación del cuidador principal	Proporción Chi-cuadrado	Grafica de barras
	Razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.	Proporción Chi-cuadrado	Grafica de barras
	El personal que atiende el Programa es amistoso y genera confianza	Proporción Chi-cuadrado	Grafica de barras
	Los espacios físicos son agradables y acordes para el niño.	Proporción Chi-cuadrado	Grafica de barras
	Aporte del programa para el desarrollo del niño	Proporción Chi-cuadrado	Grafica de barras
	Recomendación del Programa de Crecimiento y Desarrollo a otra persona.	Proporción Chi-cuadrado	Grafica de barras

## 5. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo a los principios estipulados en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, la declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO en el año 2005 y la Resolución 8430 de 1993 Colombiana, en la presente investigación se analizan las consideraciones éticas desde los principios de respeto a la vida, a la dignidad, a la integridad, a la confidencialidad de la información, a la autodeterminación y a la intimidad (18,19,53).

Este estudio se desarrolla, con el fin de determinar factores relacionados con la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de 10 años, según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 la categoría en la cual se clasifica esta investigación, es Investigación sin Riesgo, por cuanto este estudio es transversal, observacional y en él se analizaran datos recolectados previamente por la Secretaría de Salud, la cual utilizo el respectivo consentimiento informado. Por tanto no se realiza ninguna intervención o procedimiento invasivo en el encuestado, así se conserva el principio de protección de la integridad; ni tampoco la información será utilizada en publicaciones donde se nombren las personas que participaron en el estudio.

La información recolectada será utilizada con fines académicos, se conservara así la confidencialidad y privacidad de la persona encuestada y del niño a quien se hace referencia.

En cuanto a los beneficios para la familia, el menor de 10 años (Art. 4) (art.6 de la resolución 8439 de 1993) y para el municipio, son que la información será un insumo relevante para tomar decisiones en aras del mejoramiento del Programa lo que redundara en el acceso de esta población al mismo. Esto se connota como responsabilidad social, porque no solo serán beneficiados los encuestados sino la población en general menor de 10 años y los padres de familia, debido a la detección temprana de las alteraciones del desarrollo y crecimiento y la protección y permanencia de la salud, lo cual, además, es coherente con la resolución 8430 de 1993, en la cual se enuncian las normas científicas para la investigación en salud, título I, art. 5 numeral C, los beneficios a que lleva esta investigación es la prevención y control de problemas de salud (19).

## **6. RESULTADOS**

A continuación, se presentan algunos aspectos sobre la participación, de los niños del municipio de Envigado, en el Programa de Crecimiento y Desarrollo y aquellos factores asociados con su asistencia. Así pues, se realizó análisis descriptivo, de asociación y se aplicó la regresión logística con fines explicativos; estos resultados corresponden tanto a variables del niño menor de 10 años como variables de su cuidador principal, de esta manera estos aspectos se muestran en los siguientes capítulos.

### **6.1 Aspectos demográficos y de afiliación al sistema de salud del niño menor de 10 años y su cuidador**

En el estudio se encontró que hay una proporción un poco más elevada en los niños menores de 5 años (54,4%) con respecto a los mayores de 5 (45,6%); aproximadamente ocho de cada diez niños está en el Régimen Contributivo (78,5%); un 13,5% está afiliado al Régimen Subsidiado; otros tipos de afiliación tienen una participación mucho menor, así, los niños clasificados como Población Pobre No Asegurada –PPNA- representan un 4,2%; el Régimen Especial representa un 3,4%, y por último el particular que representa muy poco comparado con los demás (0,3%). En los niños predomina notablemente la afiliación al Régimen Contributivo (78,6%) así como en las niñas (78,5%).

Para el régimen de afiliación en salud agrupado, ocho de cada diez se encuentran en Régimen Contributivo y Especial, y la distribución por sexo es igual para femenino y masculino, (tabla 3).

Cuatro de cada diez niños, aproximadamente (42,7%) están afiliados a la EAPB Sura y quien le sigue en mayor representación es la EAPB del Régimen Subsidiado, Comfama, con uno de cada diez, poco más o menos (13%), el resto de EAPB tienen una menor contribución, todas estas constituyen un 43,3%. En la distribución de la EAPB agrupada por sexo del niño, se halla que en los niños en primer lugar esta SURA, seguido de otras EAPB y por ultimo Comfama; de igual forma se comporta, la afiliación a la EAPB en las niñas, (tabla 3).

Ahora con respecto a la IPS de primer nivel donde consulta el niño, y donde asistiría al Programa de Crecimiento y Desarrollo, casi cuatro de cada diez son atendidos en CIS Comfama (38,7%), una sexta parte (16,8%) asiste a la ESE Santa Gertrudis y en menor proporción están otras IPS como Coomeva (10,7%) Salud Total (3,1%), Comfamiliar Camacol (5,5%), etc., en la discriminación por sexo, para los niños primero está la IPS CIS Comfama continuándole ESE Santa Gertrudis. De esta misma forma ocurre con las niñas. Ocho de cada diez niños tienen la IPS ubicada en el municipio de Envigado (80,8%), casi una quinta parte de ellos consultan por fuera del municipio, entre los que consultan en Envigado es igual la representación de niños (80,9%) que niñas (80,8%), de igual forma se comporta aquellos que consultan por fuera del municipio (tabla 3).

*Tabla 3. Características demográficas y de atención en salud de niños menores de 10 años. Envigado, 2013*

Variable	Categorías	Sexo del niño				Total	
		Masculino		Femenino		N°	%
		N°	%	N°	%		
Edad agrupada	5 años y menos	347	54,4	301	54,3	648	54,4
	Entre 6 y 10 años	291	45,6	253	45,7	544	45,6
Régimen de afiliación	Contributivo	491	78,6	426	78,5	917	78,5
	Subsidiado	82	13,1	76	14	158	13,5
	PPNA	22	3,5	27	5	49	4,2
	Régimen especial	28	4,5	12	2,2	40	3,4
	Particular	2	0,3	2	0,4	4	0,3
Régimen afiliación agrupado	Contributivo y especial	519	83,3	438	81	957	82,2
	Subsidiado y PPP®	104	16,7	103	19	207	17,8
EAPB	Sura	268	42	241	43,5	509	42,7
	Comfama EAPB -S	81	12,7	74	13,4	155	13
	Coomeva	78	12,2	56	10,1	134	11,2
	Comfenalco	39	6,1	38	6,9	77	6,5
	Secretaría de Salud	22	3,4	27	4,9	49	4,1
	Salud Total	25	3,9	22	4	47	3,9
	Saludcoop	23	3,6	16	2,9	39	3,3
	Nueva EAPB	17	2,7	22	4	39	3,3
	Cafesalud	22	3,4	14	2,5	36	3
	Sanitas	13	2	10	1,8	23	1,9
	Policía Nacional	14	2,2	6	1,1	20	1,7

Variable	Categorías	Sexo del niño				Total	
		Masculino		Femenino			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Fiduprevisora	11	1,7	5	0,9	16	1,3
	Cruz Blanca	6	0,9	6	1,1	13	1
	NS-NR	9	1,4	11	2	20	1,7
	Otra EAPB	10	1,6	6	1,1	16	1,3
EAPB agrupada	SURA	268	42,6	241	44,4	509	43,4
	Comfama EAPB -S ®	81	12,9	74	13,6	155	13,2
	Otra EAPB	280	44,5	228	42	508	43,3
Localización de la IPS	IPS en Envigado	511	80,9	445	80,8	956	80,8
	IPS fuera de Envigado	121	19,1	106	19,2	227	19,2
IPS	CIS Comfama	225	35,3	198	35,7	423	38,7
	E.S.E Santa Gertrudis	89	13,9	95	17,1	184	16,8
	Coomeva	65	10,2	52	9,4	117	10,7
	Comfamiliar Camacol	39	6,1	21	3,8	60	5,5
	Salud Total	19	3	15	2,7	34	3,1
	Viva 1A	15	2,4	18	3,2	33	3,0
	Biosigno	9	1,4	9	1,6	18	1,6
	Clínica la Policía	11	1,7	5	0,9	16	1,5
	Otra IPS	103	16,1	91	16,4	208	19
IPS agrupada	CIS Comfama	225	38,5	198	38,9	423	38,7
	E.S.E. Santa Gertrudis ®	89	15,2	95	18,7	184	16,8
	Otra IPS	167	28,6	125	24,6	292	26,7
	Otra IPS fuera de Envigado	103	17,6	91	17,9	194	17,7

En la tabla 4 se muestra la distribución de medidas de tendencia central de la edad del niño y del cuidador; así, la edad promedio en los niños es de 5 años, con una tendencia a variar por debajo o por encima de dicha edad en 2,8 años, similar se comporta la mediana, el valor mínimo fue de 0 años (es decir menores de 1 año) y 9 años como valor máximo, también se encuentra que el 50% de los niños alrededor de la mediana tienen entre 2,5 y 7,5 años.

Los cuidadores femeninos tienen mayor representación con el 91,7%, de todos los cuidadores, la edad media fue de aproximadamente 39,3 años, con una tendencia a variar por debajo o por encima de dicha edad en 13,33 años, la mitad de ellos tenía 36 años o menos; el valor máximo de la edad fue de 82 y mínimo de 16 años (tabla 4). Ya en el cálculo por

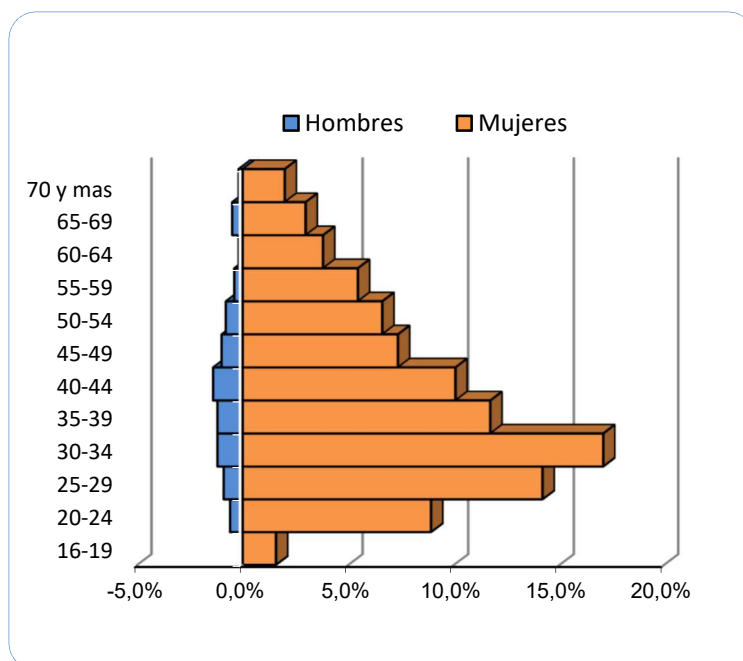
grupos de edad se halla que tres de cada diez cuidadores tienen una edad igual o menor a 30 años y casi la mitad esta entre los 31 y 50 años, (tabla 5).

*Tabla 4. Medidas de tendencia central de la edad del niño y el cuidador. Envigado, 2013.*

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	
Edad en años del niño	Media	4,84
	Mediana	5
	Mínimo	0
	Máximo	9
	Desviación estándar	2,80
	Rq	5
Edad en años del cuidador	Media	39,28
	Mediana	36
	Mínimo	16
	Máximo	82
	Desviación estándar	13,33
	Rq	19

Acerca de la población de cuidadores por edad y sexo se revela que considerablemente hay más mujeres que hombres; por grupos de edades en general se nota una reducción en los extremos y en el medio (entre 25 y 49 años) un engrosamiento, mientras que en el sexo femenino predomina la edad entre 30 y 34 años, en los hombres son más frecuentes las edades entre 40 y 44 años (ilustración 3).

*Ilustración 3. Estructura de la edad de los cuidadores, según sexo. Envigado, 2013*



Casi la mitad del total de los cuidadores tiene estado civil casado (44,7%), una quinta parte aproximadamente están en unión libre (21,6%) o son solteros (20,7%). Al cruzar el estado civil por sexo, se encuentra que tanto los hombres (54,9%) como mujeres (43,8%) son mayormente casados; después de casados, los hombres viven más en unión libre (25,5%), y las mujeres son en mayor proporción solteras (21,4%) (Tabla 5).

De otro lado la mayoría de estos no estudia actualmente (91,3%) tanto los cuidadores femeninos (91,4%) como los masculinos (90,2%), sin embargo, se observa que muchos de ellos terminaron bachillerato (33,6%); uno de cada cinco (20,3%) tienen estudios universitarios, los hombres han tenido con mayor frecuencia estudios universitarios (37,3%), mientras que, de las mujeres, la mayor proporción tiene bachillerato completo (34,3%), (tabla 5).

Un poco más de la mitad de los cuidadores tienen como ocupación amas de casa (53,8%), todas ellas de sexo femenino, en los hombres se destacan el ser trabajador dependiente (32,4%) e independiente (33,3%); así también el parentesco del cuidador principal con el niño es en un 63,8% madre y 6,3% padre, una novena parte de los niños tiene como cuidador principal el abuelo (11,8%) y una cuarta parte son abuelas (24,5%) (Tabla 5).



*Tabla 5. Distribución de los aspectos demográficos de los cuidadores, según sexo del cuidador. Envigado, 2013*

Variable	Categorías	Sexo cuidador				Total	
		Masculino		Femenino			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad agrupada	30 años y menos	22	21,6	346	31,7	368	30,9
	31 a 50 años	56	54,9	507	46,5	563	47,2
	51 y mas	24	23,5	237	21,7	261	21,9
Estado civil	Casado	56	54,9	477	43,8	533	44,7
	Unión libre	26	25,5	232	21,3	258	21,6
	Soltero	14	13,7	233	21,4	247	20,7
	Separado	3	2,9	76	7	79	6,6
	Viudo	3	3	72	6,6	75	6,3
Estado civil agrupado	Casado	54	54,9	477	43,8	533	44,7
	Unión libre	26	25,5	232	21,3	258	21,6
	Soltero	14	13,7	233	21,4	247	20,7
	Otro	6	5,9	148	13,6	154	12,9
Estudia actualmente	Si	10	10,1	94	8,6	104	8,7
	No	92	90,2	995	91,4	1087	91,3
Nivel estudios	Primaria Incompleta y analfabeta	3	2,9	75	6,9	78	6,5
	Primaria completa	2	2	69	6,3	71	6
	Bachillerato incompleto	12	11,8	172	15,8	184	15,4
	Bachillerato completo	27	26,5	374	34,3	401	33,6
	Técnica	11	10,8	140	12,8	151	12,7
	Tecnología	9	8,8	56	5,1	65	5,5
	Universitario	38	37,3	204	18,7	242	20,3
Nivel educativo agrupado	Primaria e iletrado	5	4,9	144	13,2	149	12,5
	Bachillerato	39	38,2	546	50,1	585	49,1
	Técnica o Tecnología	20	19,6	196	18	216	18,1
	Universitario	38	37,3	204	18,7	242	20,3
Ocupación principal	Ama de casa	0	0	641	58,8	641	53,8
	Trabajador dependiente	33	32,4	197	18,1	230	19,3
	Trabajador independiente	34	33,3	107	9,8	141	11,8
	Estudiando	6	5,9	68	6,2	74	6,2
	Pensionado	11	10,8	25	2,3	36	3
	Ninguno	7	6,9	12	1,1	19	1,6
	Otro	11	10,8	40	3,7	51	4,3
Ocupación principal	Ama de casa	0	0	641	58,8	641	53,8
	Trabajador independiente	34	33,3	107	9,8	141	11,8
	Trabajador dependiente	33	32,4	197	18,1	230	19,3

Variable	Categorías	Sexo cuidador				Total	
		Masculino		Femenino			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parentesco del cuidador principal con el niño	Otro	35	34,3	145	13,3	180	15,1
	Madre	0	0	760	69,7	760	63,8
	Abuela/o	12	11,8	267	24,5	279	23,4
	Padre	75	73,5	0	0	75	6,3
	Tía/o	10	9,8	35	3,2	45	3,8
	Otro	5	4,9	28	2,6	33	2,8
Parentesco cuidador principal con niño	Padre	75	73,5	0	0	75	6,3
	Madre	0	0	760	69,7	760	63,8
	Abuelo/a	12	11,8	267	24,5	279	23,4
	Tío/a y otros	15	14,7	63	5,8	78	6,5

## 6.2 Estrato y ubicación geográfica de los niños menores de 10 años y sus cuidadores principales

Se presenta la participación porcentual de la población estudiada en cada una de las zonas de planificación del municipio, con los respectivos barrios que la componen y analizado según edad de los niños; así de 1192 niños menores de 10 años encuestados, la mayoría vivían en la zona 9 con una quinta parte del total (21,7%), seguido de la zona 7 con una participación similar (19,7%), zona 6 con una sexta parte (16,2%) y la zona 3 con una octava parte (12,3%); en la zona rural la mayor representación fue de la zona 12 con un 5,7%. Se puede observar también que los niños menores de 5 años están más concentrados en las zonas 7 y 9, igualmente ocurre con los niños de 6 a 9 años, es decir, que la distribución es más o menos igual entre un grupo y otro (tabla 6).

Debido a la baja participación de niños de algunas zonas, como por ejemplo las rurales, para hacer los ejercicios de asociación y con la ayuda de un asesor de la Oficina Asesora de Planeación Municipal, se realizó una agrupación de las zonas de acuerdo a la similitud en sus características socioeconómicas. La distribución de los niños de acuerdo a esta agrupación es la siguiente; se halla que la mitad (49,8%) de los niños viven en las zonas 7, 8 y 9, un 28,5% reside en la zona 3 y 6, que la octava parte (12,7%) de los niños se concentra en las zonas 2, 4 y 5, y

que uno de cada diez (9%) aproximadamente, residen en las zonas rurales correspondiente a zona 10, 11, 12 y 13 (Tabla 6).

El estrato socioeconómico que más prevaleció fue el 3 con un porcentaje de 44% y el menor fue el estrato 1 con 4,1%, de igual forma la distribución en los niños de 5 años y menos y entre 6 y 9 años casi la mitad son del estrato 3 en cada uno de los grupos de edad. En el estrato agrupado el medio representa más de la mitad (52,5%), aproximadamente cuatro de cada diez (38,3%) son de estrato bajo y uno de cada diez del alto (9,2%), (tabla 6).

*Tabla 6. Localización geográfica y estratificación de la población estudiada, según edad del niño. Envigado, 2013*

Variable	Zona	Barrio	Edad niño				Total	
			≤ 5 años		6 a 9 años			
			N°	%	N°	%	N°	%
Zona urbana	2	El Portal, San Marcos, Jardines, Villa Grande, Pontevedra	36	5,6	37	6,8	73	6,1
	3	Las Orquídeas, Alto de Misael, Las Flórez, Uribe Ángel, La Sebastiana	78	12	69	12,7	147	12,3
	4	Zúñiga, El Esmeraldal, Loma del Atravesado	31	4,8	17	3,1	48	4
	5	El Chocho, La Inmaculada, la Pradera, Loma de las rujas)	15	2,3	15	2,8	30	2,5
	6	El Chinguí, El Salado, La Mina, San Rafael, San José	108	16,7	85	15,6	193	16,2
	7	Las Antillas, Triunfón, Loma del Barro, El Dorado, La paz	139	21,5	96	17,6	235	19,7
	8	Las Casitas, Primavera, Milán Vallejuelos, Alcalá	52	8	48	8,8	100	8,4
	9	Barrio Mesa, Zona Centro, Los Naranjos, Obrero, Bucarest, La Magnolia	144	22,2	115	21,1	259	21,7
Zona rural	10	Vereda Santa Catalina, Vereda el Escobero	1	0,2	0	0	1	1
	11	Vereda el Vallano	13	2	13	2,4	26	2,2
	12	Vereda las Palmas	27	4,2	41	7,5	68	5,7
	13	Vereda Pantanillo, Vereda Perico	4	0,6	8	1,5	12	1
Zonas agrupadas	2, 4 y 5	El Portal, San Marcos, Jardines, Villa Grande, Pontevedra, Zúñiga, El Esmeraldal, Loma del Atravesado, El Chocho, La Inmaculada, la Pradera, Loma de las Brujas	82	12,7	69	12,7	151	12,7
	3 y 6	Las Orquídeas, Alto de Misael, Las Flórez, Uribe Ángel, La Sebastiana, El Chinguí, El Salado, La Mina, San Rafael, San José	186	28,7	154	28,3	340	28,5

Variable	Zona	Barrio	Edad niño				Total	
			≤ 5 años		6 a 9 años			
			N°	%	N°	%	N°	%
	7, 8 y 9	Las Antillas, Trianón, Loma del Barro, El Dorado, La paz, Las Casitas, Primavera, Milán Vallejuelos, Alcalá, Barrio Mesa, Zona Centro, Los Naranjos, Obrero, Bucarest, La Magnolia	335	51,7	259	47,6	594	49,8
	10, 11, 12 y 13	Vereda Santa Catalina, Vereda el Escobero, Vereda el Vallano, Vereda las Palmas, Vereda Pantanillo, Vereda Perico	45	6,9	62	11,4	107	9
Estrato socio económico		1	17	2,6	32	5,9	49	4,1
		2	232	35,8	175	32,2	407	34,1
		3	282	43,5	242	44,5	524	44
		4	58	9	44	8,1	102	8,6
		5 y 6	59	9,1	51	9,4	110	9,2
Estrato socio económico agrupado		Bajo	249	38,4	207	38,1	456	38,3
		Medio	340	52,5	286	52,6	626	52,5
		Alto	59	9,1	51	9,4	110	9,2

### 6.3 Percepción del cuidador sobre el Programa de Crecimiento y Desarrollo

Por otra parte, al indagar por la percepción de la calidad del desarrollo del Programa a aquellos cuidadores que han llevado al niño por lo menos alguna vez, se encuentra que en general están muy satisfechos con este, nueve de cada diez (92,2,%) dicen que el Programa responde a las necesidades de información, el 95,7% nombra que el personal es amistoso, el 94,4% dice que el Programa aporta al desarrollo del niño; por su parte, con relación a los espacios donde se desarrolla este, nueve de cada diez (91,9%) de los cuidadores dicen que son adecuados, y de manera similar un porcentaje alto (94,9%) recomendaría el Programa; tanto los cuidadores hombres como las cuidadoras mujeres tienen una percepción del Programa positiva que supera el 90%, (ver tabla 7).

De otra parte, al indagar por la edad que, en la IPS del niño, tienen como límite para ofrecer el Programa de Crecimiento y Desarrollo, se observa que cuatro de cada diez cuidadores dicen que 5 años o menos (44,5%), una cuarta parte manifiesta que no sabe (25,9%) y otra cuarta parte

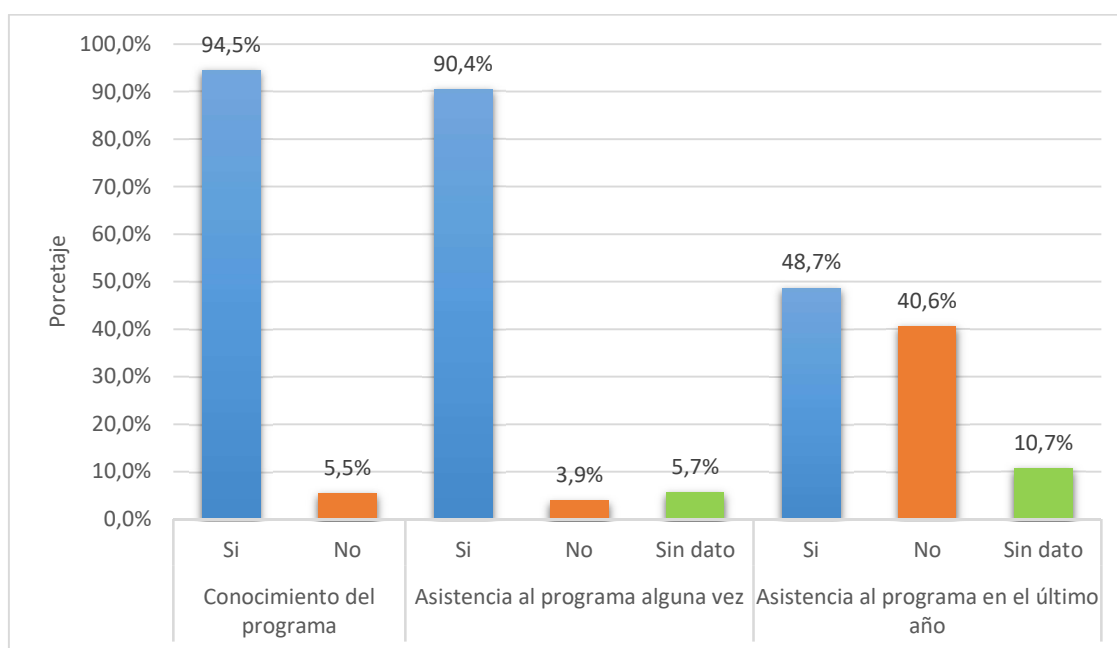
(24,5%) acierta en que es para menores de 10 años; entre los hombres cuidadores ocho de cada diez (84,2%) no saben la edad límite y las mujeres siete de cada diez (74%); es decir, las mujeres cuidadoras saben más la edad acertada de asistencia (25,3%) que los hombres (15,7%), sin embargo al final tanto hombres (43,8%) como mujeres (44,6%) en su mayoría consideran que el Programa es solo hasta los 5 años; por último ocho de cada diez cuidadores dicen que la Institución de Salud es quien les motivo a llevar al niño al Programa (86,9%), (tabla 7).

*Tabla 7. Distribución porcentual de la percepción de los cuidadores principales sobre Programa de Crecimiento y Desarrollo. Envigado, 2013*

Variable	Categorías	Sexo del cuidador				Total	
		Masculino		Femenino		N°	%
		N°	%	N°	%		
El Programa responde a las necesidades de información	Si	83	93,3	911	92,1	994	92,2
	No	6	6,7	78	7,9	84	7,8
Personal que atiende IPS es amistoso	Si	80	94,1	927	95,9	1007	95,7
	No	5	5,9	40	4,1	45	4,3
Programa aporta al desarrollo del niño	Si	81	94,2	895	94,4	976	94,4
	No	5	5,8	53	5,6	58	5,6
Espacios acordes para desarrollar el programa	Si	76	90,5	885	92,0	961	91,9
	No	8	9,5	77	8,0	85	8,1
Recomendaría el programa	Si	82	95,3	918	94,8	1000	94,9
	No	4	4,7	50	5,2	54	5,1
Hasta qué año le ofrece la IPS la permanencia al programa	5 años o menos	39	43,8	439	44,6	478	44,5
	No sabe	33	37,1	245	24,1	278	25,9
	Hasta los 9 años	14	15,7	249	25,3	263	24,5
	De 6 a >9 años	2	2,2	39	4,0	41	3,8
	Más de 10 años	1	1,1	13	1,3	14	1,3
Quien le motivo a llevar al niño al programa	Institución de Salud	80	89,9	857	86,7	937	86,9
	Amigo	1	1,1	6	0,6	7	0,6
	Programa de la Secretaría de Salud	2	2,2	8	0,8	10	0,9
	Familiar	3	3,4	25	2,5	28	2,6
	Guardería u hogar comunitario	2	2,2	38	3,8	40	3,7
	Medios de comunicación	0	0	6	0,6	6	0,6
	Otros	1	1,1	49	5	50	4,6

## 6.4 Asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo

Casi la totalidad de los cuidadores conocen el Programa de Crecimiento y Desarrollo, así como también la mayoría han llevado a los niños al Programa en algún momento, sin embargo, al preguntar por la asistencia en el último año, del total de los niños más o menos la mitad (48,7%) han ido y 40,6% no lo hizo, lo que indica que, aunque no con mucha diferencia, hay más cuidadores que si lo llevan que aquellos que no lo hacen (ilustración 4).



*Ilustración 4. Distribución porcentual de la asistencia de los niños al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Envigado, 2013*

## 6.5 Análisis bivariado, potenciales factores asociados a la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo

Se presenta a continuación los ejercicios de asociación de las diferentes variables demográficas del cuidador y del niño con la asistencia al

Programa y las razones por las que si los llevan y las razones por las cuales no los llevan, esto con el fin de seleccionar las variables que entraran a los modelos explicativos de este estudio.

#### **6.5.1 Factores demográficos del cuidador y del niño, asociados a la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

Se analizó la asociación entre las variables demográficas del cuidador principal y la asistencia del niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo, en primera instancia se encuentra que entre los cuidadores hombres hay más que si llevan al niño al Programa (56%) que los que no (44%). En las cuidadoras mujeres también ocurre lo mismo, teniendo un 54,4% que si llevan al niño; y no existió asociación significativa entre el sexo y la asistencia.

Al agrupar la edad de los cuidadores, dos terceras partes (66,7%) de los menores de 30 años lo llevan y el restante (33,3%) no. Para los cuidadores entre 31 y 50 años hay más que no lo llevan (53,1%) y menos que si (46,9%), y finalmente con los cuidadores más adultos (mayores de 50 años) son un poco más los que llevan al niño al Programa (53,1%) frente a los que no lo hacen (46,9%). Al asociar el grupo de cuidadores menores de 30 años con la asistencia se encuentra que hay una asociación estadísticamente significativa ( $P: 0,00$ ), así, la probabilidad de no asistencia al Programa se reduce en un 56% cuando el cuidado tiene menor de 30 años, al compararlo con la probabilidad de los que tienen mayor edad (31 a 50 años) ( $OR: 0,44$   $IC: 0,33-0,54$ ), (tabla 8).

Con relación al estado civil y la asistencia al Programa se observa que de los que tienen estado civil casado, son levemente más los que si llevan al niño al Programa (54,6%) que los que no lo hacen (45,4%), los cuidadores solteros (52,7%) y en unión libre (59,3%) tienen igualmente el mismo comportamiento, donde hay más que si los llevan. Contrario ocurre con los cuidadores que tienen otro parentesco con el niño donde hay más inasistencia (51,4%) que asistencia (48,6%). Entre estas variables no hay ninguna asociación estadísticamente significativa, (tabla 8).

De otro lado, de los cuidadores que, si estudiaban al momento de la aplicación de la encuesta, hay mayor proporción (68,4%) que llevan al niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo que los que no lo llevan (31,6%). Contrario ocurre con los cuidadores que no están estudiando, así, es 48% menos posible que un cuidador que esté estudiando no lleve al niño al Programa que uno que no está estudiando. (OR: 0,52 IC 0,33-0,82), esta asociación es estadísticamente significativa (P: 0,00), (tabla 8).

De otra parte, hay mayor cantidad de amas de casa que llevan al niño al Programa obteniendo un poco más de la mitad de la participación (54,4%), así mismo se encontraron los que tienen como ocupación principal el ser trabajador dependiente (52,5%). Para los que son trabajadores independientes la mitad (49,1%) de los niños que cuidan asiste y la otra mitad (50,9%) no asiste. La asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo es mayor entre los cuidadores que tienen como nivel educativo, bachillerato (55,1%), nivel técnico (60,6%) o universitario (52,6%), en tanto de los cuidadores que tienen primaria o son iletrados es menor el porcentaje (46,3%) que si llevan a su niño al Programa. No existe ninguna asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la ocupación con la asistencia, (tabla 8).

Al calcular la asistencia por cada uno de los parentescos del cuidador con el niño, el 54% de los papás lleva al niño al Programa y el restante de papás no lo lleva. Para los cuidadores que son madres (54,4%), abuelos (as) (54,1%), tíos (as) (58,1%) se presenta una relación más o menos igual siendo siempre más el porcentaje de quienes si lo llevan; al aplicar la prueba chi cuadrado no existe asociación entre estas variables, (tabla 8).

En conclusión, el estudiar actualmente y la edad del cuidador tienen una asociación estadísticamente significativa con la asistencia en el último año al Programa de Crecimiento y Desarrollo. El estado civil, el nivel de estudio y la ocupación según criterio de Hosmer Lemeshow –HL- serán tenidos en cuenta en el modelo explicativo dado que su valor de P fue inferior a 0,25, (tabla 8).



*Tabla 8. Asociación entre asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo con características del cuidador principal del niño. Envigado, 2013*

Variable	Categorías	Asistencia				X²	Valor de P	OR IC 95%
		No		Si				
		N°	%	N°	%			
Sexo	Masculino	37	44	47	56	0,076	0,78	0,93 (0,559-1,47)
	Femenino ®	447	45,6	533	54,4			1
Edad agrupada	Menor o igual a 30 años	113	33,3	226	66,7	31,88	0,00*	0,44 (0,33-0,58)*
	Entre 31 y 50 años ®	266	53,1	235	46,9	1		1
	Mayores de 50 años	105	46,9	119	53,1	2,39	0,12	0,77 (0,56-1,06)
Estado civil	Casado ®	210	45,4	253	54,6			1
	Soltero	104	47,3	116	52,7	0,22	0,63	1,08 (0,78-1,49)
	Unión libre	99	40,7	144	59,3	1,37	0,24	0,82 (0,60-1,13)
	Otro	71	51,4	67	48,6	1,58	0,20*	1,27 (0,87-1,86)
Estudia actualmente	Si	30	31,6	65	68,4	8,08	0,00*	0,52 (0,33-0,82)*
	No®	453	46,8	515	53,2			1
Nivel educativo	Primaria e iletrado	72	53,7	62	46,3	1,25	0,26	1,28 (0,82-1,99)
	Bachillerato	243	44,9	298	55,1	0,37	0,54	0,90 (0,65-1,25)
	Técnica o Tecnología	76	39,4	117	60,6	2,57	0,1	0,71 (0,48-1,07)
	Universitario ®	93	47,4	103	52,6			1
Ocupación principal	Ama de casa ®	267	45,6	318	54,4			1
	Trabajador independiente	59	50,9	57	49,1	1,06	0,3	1,23 (0,82-1,83)
	Trabajador dependiente	97	47,5	107	52,5	0,22	0,63	1,07 (0,78-1,48)
	Otro	61	38,4	98	61,6	2,68	0,1	0,74 (0,51-1,06)
Parentesco cuidador principal con niño	Padre	29	46	34	54	0,004	0,94	1,01 (0,60-1,70)
	Madre ®	316	45,6	377	54,4			1
	Abuelo/a	113	45,9	133	54,1	0,00	0,92	1,01 (0,75-1,35)
	Tío/a y otros	26	41,9	36	58,1	0,3	0,57	0,86 (0,50 - 1,45)

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al Programa de CyD

En el análisis de la variable de interés según características demográficas del niño se puede decir que, entre los chicos de sexo masculino hay más que si asisten (54,3%) que los que no. En las mujeres también ocurre lo mismo (54,8%), al aplicar la prueba de significancia no se encontró asociación entre el sexo y la asistencia al Programa. Entre los niños menores de 5 años una gran mayoría asistió (78,5%) en el último año al

Programa, es decir, que en este grupo de edad un poco más de una cuarta parte (21,5%) no asiste; ya entre los niños mayores de 5 años ocurre lo contrario, la asistencia fue un poco más de la cuarta parte (26,2%) y por tanto la no asistencia de 73,8%; así, es 9,25 veces más probable que un niño que este entre los 6 y 9 años no asista al Programa que uno que tiene 5 años o menos (OR: 10,25 IC: 7,72-13,60), lo que muestra que hay más posibilidad de inasistencia de los niños de mayor edad que los de menos edad, estas variables; grupo de edad y asistencia tuvieron una asociación estadísticamente significativa (P:0,00), (tabla 9).

Para los niños que viven en zona 2, 4 y 5 y en el grupo de zonas rurales (10, 11, 12 y 13) es un poco mayor aquellos que no asisten con respecto a los que si asisten (53,3% y 53,5% respectivamente). Opuesto ocurre con el grupo de zonas 3 y 6 y 7, 8 y 9 donde hay una mayor participación de aquellos que asisten (56,9% y 56,2% respectivamente), al analizar con la prueba de chi cuadrado no hay ninguna asociación, sin embargo según criterio de H.L. esta variable pasa al modelo (zona 3 y 6 valor de P: 0,06 y zona 7,8 y 9 valor de P: 0,07), (tabla 9).

En el análisis de estrato socioeconómico, se muestra como en los niños que viven en hogares clasificados como altos, hay una tendencia mayor a la no asistencia (48%) que a la asistencia (42%) a este Programa, mientras que en los estratos medio y bajo es más el porcentaje de los que asisten (54,5% y 56,5% respectivamente) frente a los que no (45,5,% y 43,5% respectivamente); así, es casi dos veces posible que un niño que viva en estrato alto no asista al Programa que uno que vive en hogar de estrato bajo (OR: 1,78 IC: 1,06-2,99), el estrato tuvo una asociación estadísticamente significativa con la asistencia al Programa (P: 0,02), (tabla 9).

*Tabla 9. Asociación entre asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el último año con características demográficas del niño, en Envigado año 2013.*

Variable	Categorías	Asistencia				X²	Valor de P	OR IC 95%
		No		Si				
		N°	%	N°	%			
Sexo niño	Masculino®	258	45,7	306	54,3	0,03	0,85	1
	Femenino	226	45,2	274	54,8			0,97 (0,76-1,24)
Edad agrupada	5 años y menos ®	124	21,5	452	78,5	290,77	0,00*	1
	Entre 6 y 9 años	360	73,8	128	26,2			10,25 (7,72 - 13,60)
	2, 4 y 5 ®	57	53,3	50	46,7			1

Variable	Categorías	Asistencia				X²	Valor de P	OR IC 95%
		No		Si				
		N°	%	N°	%			
Zona de residencia	3 y 6	138	43,1	182	56,9	3,32	0,06	0,66 (0,42-1,03)
	7, 8 y 9	235	43,8	301	56,2	3,19	0,07	0,68 (0,45-1,03)
	10, 11, 12 y 13	54	53,5	47	46,5	0,00	0,97	1,007 (0,58-1,73)
Estrato	Bajo®	189	43,5	245	56,5			1
	Medio	255	45,5	306	54,5	0,35	0,54	1,08 (0,83-1,39)
	Alto	40	58	29	42	4,99	0,02*	1,78 (1,06-2,99)

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al Programa de CyD

La asistencia de los niños afiliados al Régimen Subsidiado y Población Pobre No Asegurada –PPNA- fue de 57,3% y la no asistencia del 42,9%, en la población que está afiliada al Régimen Contributivo y Especial la asistencia fue mayor (54,2%) con respecto a la no asistencia (45,8%); así pues, la posibilidad de no asistencia es 1,49 veces mayor en los niños que están en el Régimen Contributivo o especial que aquellos niños que están en el Régimen Subsidiado o están como PPNA (OR: 1,49 IC: 1,05-2,10). Para estas variables se encontró significancia estadística (P: 0,02), (tabla 10).

Al hacer el análisis por EAPB, se puede mencionar que el porcentaje de asistencia en aquellos que estaban afiliados a SURA (52,3%) es un poco mayor con respecto a los que no asisten (47,7%), los niños afiliados a Comfama EAPB la asistencia casi llega al 60% (59,2%) y otras EAPB la asistencia también ronda la mitad de los niños (55,3%). No existe ninguna asociación entre la aseguradora del niño y la asistencia, sin embargo, según criterio de H.L. entra al modelo debido a encontrarse con valores de P inferiores a 0,25 (SURA P: 0.15), (tabla 10).

La asistencia entre los niños que tienen su IPS de atención básica en Envigado es mayor (57,6%) con respecto a los que no consultan en Envigado (42,4%), así, es 46% más posible que un niño que no consulte en Envigado no asista al Programa de Crecimiento y Desarrollo que uno que si consulta en Envigado (OR: 0,54 IC 0,39-0,76), al aplicar la prueba de significancia estadística se encuentra un valor de P de 0,00 lo que indica que existe asociación estadística, (tabla 10).

Los niños que consultan en la IPS CIS Comfama, ESE Santa Gertrudis y Otra IPS de Envigado tienen una asistencia mayor con relación a los que no asisten, aunque no supera el 61%, un poco diferente se comporta los niños que consultan en otras IPS ubicadas fuera de Envigado, la asistencia es inferior llegando a un 42,1%, así, es casi 2 veces probable que un niño que consulte en una IPS por fuera de Envigado no asista al Programa que un niño que consulte en la IPS Santa Gertrudis (ubicada en Envigado) (OR: 1,91 IC 1,22-2,99); el consultar en un IPS fuera de Envigado y la asistencia al Programa tienen asociación significativa (P:0,04), (tabla 10).

*Tabla 10. Asociación entre asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo con características de afiliación al sistema de salud del niño, en Envigado año 2013.*

Variable	Categorías	Asistencia				X²	Valor de P	OR IC 95%
		No		Si				
		Nº	%	Nº	%			
Régimen afiliación agrupado	Contributivo y especial	394	45,8	466	54,2	5,27	0,02*	1,49 (1,05-2,10)
	Subsidiado y PPNA®	79	42,9	106	57,3			1
EAPB agrupada	SURA	218	47,7	239	52,3	2,05	0,15	1,32 (0,90-1,93)
	Comfama EAPB ®	58	40,8	84	59,2			1
	Otra EAPB	201	44,7	249	55,3	0,64	0,42	1,16 (0,79-1,71)
Localización de la IPS	IPS en Envigado	376	42,7	504	57,6	13,206	0,00*	0,54 (0,39-0,76)
	IPS fuera de Envigado ®	102	57,6	75	42,4			1
IPS agrupada	CIS Comfama	180	46	211	54	0,84	0,35	1,18 (0,82-1,70)
	E.S.E. Santa Gertrudis ®	72	41,9	100	58,1			1
	Otra IPS	108	39,9	163	60,1	0,17	0,67	0,92 (0,62-1,35)
	Otra IPS fuera de Envigado	84	57,9	61	42,1	8,12	0,04	1,91 (1,22-2,99)

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al Programa de CyD

Se les pregunto a los cuidadores que habían llevado al niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo alguna vez, la percepción que tenían del mismo frente a aspectos puntuales, al cruzarlo por la asistencia o no al Programa se encuentra que; de los cuidadores que consideran que el Programa responde a sus necesidades de información, un poco más de la mitad lleva al niño al Programa, de esta manera es 44% más posible que

un cuidador que no tenga la percepción de que el Programa responde a sus necesidades no lleve al niño al Programa que uno que si tenga esta percepción (OR: 0,56 IC: 0,36-0,89); la percepción de que el Programa responde a las necesidades de información con la asistencia al Programa tuvo una asociación significativa (P:0,01).

De forma similar se comportan aquellos que consideran que el personal que atiende es amistoso y genera confianza, donde los que asisten y tienen esta percepción son el 56,1%, y los que igualmente tienen esta percepción y no llevan al niño al Programa representan un 43,9%, se encuentra por tanto que es 69% más probable que un cuidador que no tenga esta percepción no lleve al niño al Programa que un cuidador que si tenga esta percepción (OR: 0,31 IC: 0,16-0,61). Esta variable con la asistencia al Programa tiene una asociación significativa (P: 0,00), (tabla 11).

De los cuidadores que dijeron que el Programa aporta al desarrollo del niño, el 45,5% no asiste en tanto el restante (54,5%) asiste con el niño, así, el tener esta percepción aumenta la posibilidad de asistencia, en tanto que no tener esta percepción aumenta la posibilidad de no llevar al niño en un 46% (OR: 0,54 IC: 0,31-0,94), estas variables tienen una asociación estadísticamente significativa (P: 0,02).

Así mismo, un poco más de la mitad de los cuidadores, que percibe que los espacios del Programa de Crecimiento y Desarrollo son agradables y acordes, lleva al niño efectivamente a este espacio (55,8%), estas variables no tuvieron una asociación importante, sin embargo, según criterio de H.L. se tendrá en cuenta en el modelo (P:0,06) (tabla 11).

También se les pregunto a los cuidadores hasta que edad la IPS les ofrece el Programa de Crecimiento y Desarrollo a los niños y al cruzarlo con los niños que asisten o no, se encontró que de los cuidadores que respondieron que este Programa es hasta los 5 años la mitad lo lleva (50%) al programa y la otra mitad (50%) no lo lleva, de los que dijeron que era para todos los menores 10 años aproximadamente cuatro de cada diez no lo lleva (42,5%) al Programa y seis de cada diez si lo lleva (57,5%).

Ahora con relación a los que mencionaron otras edades límite de asistencia al Programa, un poco más de mitad dice llevarlo (55,1%) y

menos de la mitad menciona no llevarlo (44,9%). Seis de cada diez cuidadores que no saben cuál es el límite de edad de asistencia al Programa llevan al niño (60,4%). Esta variable de conocimiento del límite de edad de asistencia al Programa con la asistencia, no tiene asociación, sin embargo y según criterio H.L. pasa al modelo por tener un valor de P inferior a 0,25 (P:0,05), (tabla 11).

*Tabla 11. Distribución porcentual de la percepción de los cuidadores principales sobre Programa de Crecimiento y Desarrollo, de acuerdo a la asistencia al Programa. Envigado, 2013*

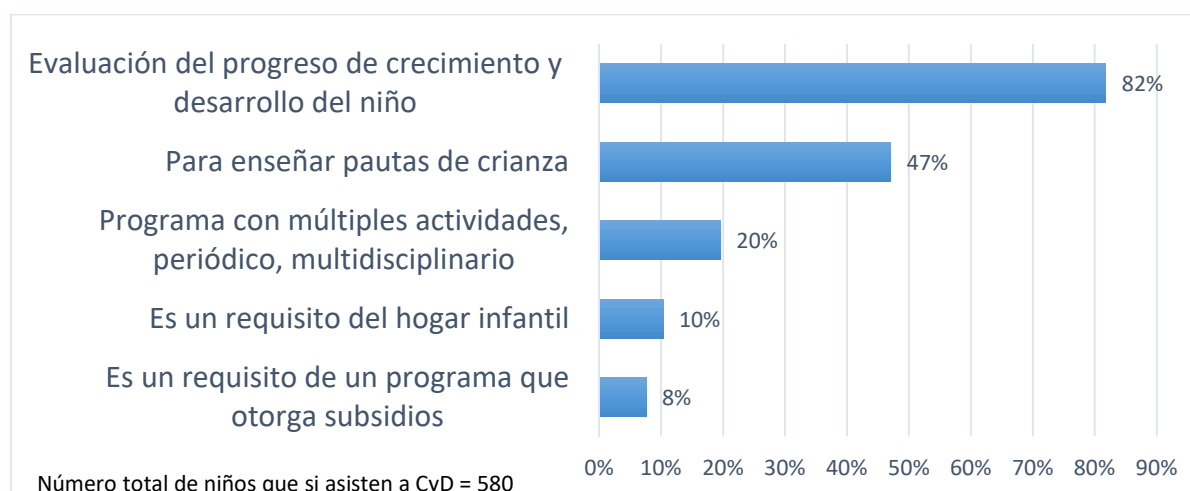
Variable	Categorías	Asistencia				χ²	Valor P	OR IC 95%
		No		Si				
		N°	%	N°	%			
El Programa responde a las necesidades	Si	434	44,3	545	55,7	6,11	0,01*	0,56 (0,36-0,89)
	No ®	49	58,3	35	41,7	1		
Personal amistoso y genera confianza	Si	438	43,9	559	56,1	12,84	0,00*	0,31 (0,16-0,61)
	No ®	32	71,1	13	28,9	1		
Aporte al desarrollo del niño	Si	439	45,5	525	54,5	4,82	0,02*	0,54 (0,31-0,94)
	No ®	35	60,3	23	39,7	1		
Espacios físicos agradables	Si	421	44,2	531	55,8	3,46	0,06	0,65 (0,41-1,02)
	No ®	46	54,8	38	45,2	1		
Año hasta el cual le ofrece la IPS Programa de CyD	5 años y menos	236	50	236	50	3,8	0,05	1,35 (0,99-1,82)
	Hasta 10 años®	114	42,5	154	57,5	1		
	Otros	22	44,9	27	55,1	0,09	0,75	1,10 (0,59-2,03)
	No sabe	107	39,6	163	60,4	0,46	0,49	0,88 (0,62-1,25)

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al Programa de CyD

### 6.5.2 Razones para la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo

Por su parte quienes si llevan a su hijo al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el último año, refieren variadas razones, a saber ellos manifiestan que los motivos por los cuales le han llevado, es porque allí se les realiza una evaluación del progreso del crecimiento y desarrollo (82%), también porque allí les enseñan pautas de crianza (47%) y uno de cada diez cuidadores lo lleva porque es un requisito del hogar infantil donde está el niño (10%) o porque es un requisito de un programa de

otorgamiento de subsidio (8%), en este caso estos subsidios corresponden al programa Más Familias en Acción de la Presidencia de la Republica (ilustración 5).



*Ilustración 5. Distribución porcentual de las razones para la asistencia en el último año al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Envigado, 2013*

### **Razones para la asistencia de acuerdo a las variables demográficas y de atención en salud del niño y del cuidador principal**

Se realizó un análisis bivariado de las dos razones de asistencia con más participación, con las variables demográficas del cuidador y demográficas y de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud del niño, encontrando lo siguiente.

Alrededor de la octava parte de los cuidadores de ambos sexos (femenino 80,4% y masculino 82%) aludieron que la razón de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo es por el interés en que se evalúe el progreso de crecimiento y desarrollo del niño y no se encontró asociación estadísticamente significativa. Entre los cuidadores que tenían una edad menor o igual a 30 años, gran parte (78%) menciona esta razón y al aplicar la prueba de significancia no se halló asociación; sin embargo, se tiene en cuenta en el modelo dado que su valor de P fue de 0,25. Entre los cuidadores mayores de 31 hasta los 50 años el comportamiento

también es similar, ocho de cada diez señalaron que la razón de asistencia es para que evalúen el progreso en el crecimiento y desarrollo (82,3%), al igual que los mayores de 50 años que también mencionaron esta razón en un 81,7%. Idénticamente, aquellos cuidadores casados (81,4%), en unión libre (84,1%) y otros (82,9%) también aludieron esta razón; en tanto aquellos cuidadores solteros la mencionaron en una proporción un poco menor a los otros estados civiles, con un 72,9%; al aplicar la prueba de significancia ninguno de los estados civiles resulta con asociación, sin embargo, en el análisis de soltero con esta razón el valor de P fue de 0,06 por tanto se tendrá en cuenta en el modelo, (ver tabla 12).

Tanto los que estudian actualmente (76,9%) como los que no (81%) mencionaron que llevan al niño al Programa para que evalúen su desarrollo, no tuvieron asociación significativa. Ocho de cada diez cuidadores que estudiaron bachillerato (80,5%), técnica o tecnología (79,2%) y universitario (85,4%) mencionaron esta razón también, los cuidadores con primaria o iletrados (75,4%) mencionaron esta razón también en gran proporción, aunque no supera los otros niveles educativos. En esta no hay asociación, sin embargo, el tener primaria y técnica o tecnología pasan al modelo según el criterio de Hosmer Lemeshow -H.L.-, por su valor de P (P: 0,1 y P: 0,22 respectivamente), (tabla 12).

Aproximadamente nueve de cada diez cuidadores, que tienen como ocupación principal el trabajo independiente, llevan al niño al Programa porque allí evalúan el progreso en el crecimiento y desarrollo (86,2%), de forma similar ocho de cada diez aproximadamente de los trabajadores dependientes (83,2%) lo llevan por esta razón; las amas de casa (79,6%) y otros (77,5%) mencionaron esta razón aunque con una participación menor que las otras ocupaciones pero igual con una alta proporción, de forma similar ocurre con el parentesco de los cuidadores con el niño donde aproximadamente ocho de cada diez mencionaron esta razón de asistencia, el padre (77,1%), la madre (81,3%), el abuelo/a (80%) y el tío/a y otros (78,4%). En los estratos se presenta también el mismo comportamiento oscilando entre 75% y el 81%. Al aplicar la prueba chi cuadrado de esta razón de asistencia con las variables mencionadas no se encuentra ninguna asociación estadísticamente significativa, (tabla 12).



En las diferentes zonas de residencia la distribución, de los que dijeron que llevan al niño porque evalúan el progreso de crecimiento y desarrollo, está alrededor del 76% u 83%, encontrándose un poco menos de cuidadores en las zonas 3 y 6 que la mencionaron. En la edad de los niños agrupada, tanto los menores de 5 años como los chicos de entre 6 y 9 años, un 80% de sus cuidadores enunciaron esta razón, no se encuentra asociación significativa entre estas variables y la asistencia.

Un poco más de la octava parte de los cuidadores de niñas (82,7%), así como de los niños (78,7%), mencionaron que la razón de asistencia es porque allí evalúan el progreso en el crecimiento y desarrollo; al hacer la prueba de significancia no se encontró asociación, sin embargo, el sexo paso según criterio de H.L. (valor de  $P:0,24$ ). Para el Régimen Contributivo y Especial un 81,7%, así como los del Régimen Subsidiado y PPNA con un 74,8%, mencionaron la razón de llevar al niño para que evalúen el progreso en el crecimiento y desarrollo, la categoría: Contributivo y Especial pasan al modelo debido a su valor de  $P: 0,1$ .

Aproximadamente ocho de cada diez cuidadores de niños que están afiliados a la EAPB SURA (82,4%), Comfama EAPB -S (78,8%) y otras EAPB (79,1%) dijeron que llevan a sus niños porque evalúan su crecimiento y desarrollo. De forma idéntica ocurrió con aquellos cuidadores de niños que tienen la IPS en Envigado (80,4%) como los que no la tienen (81,6%), quienes también contestaron esta razón en su mayoría. Finalmente y del mismo modo, ocho de cada diez cuidadores que tenían los niños consultando en la IPS CIS Comfama (82,5%), otra IPS (82,5%) y otra IPS fuera de Envigado (80,3%) enunciaron este argumento, en tanto los que tenían como institución prestadora de servicios de salud la ESE Santa Gertrudis (73,3%) señalaron esta razón en siete de cada diez casos; no se encontró significancia estadística, pero otra IPS y la IPS Comfama entran según criterio de H.L., ( $P: 0,07$  y  $P: 0,05$  respectivamente), (tabla 12).

Tabla 12. Razón de asistencia -Evalúen progreso de crecimiento y desarrollo-, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013

Variable	Categorías	Evalúen progreso de crecimiento y desarrollo							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		N°	%	N°	%				
Sexo cuidador	Femenino	435	80,4	106	19,6	1			
	Masculino ®	41	82	9	18	0,91	0,49-1,7	0,07	0,78
Edad cuidador	Menor o igual a 30 años	178	78,1	50	21,9	0,76	0,48-1,21	1,29	0,25*
	Entre 31 y 50 años ®	195	82,3	42	17,7	1			
	Mayores de 50 años	103	81,7	23	18,3	0,96	0,55-1,69	0,01	0,89
Estado civil	Soltero	86	72,9	32	27,1	0,61	0,36-1,02	3,5	0,06*
	Casado ®	210	81,4	48	18,6	1			
	Unión libre	122	84,1	23	15,9	1,21	0,70-2,09	0,48	0,48
	Otro	58	82,9	12	17,1	1,1	0,55-2,21	0,07	0,77
Estudia actualmente	Si	50	76,9	15	23,1	1			
	No ®	426	81	100	19	0,78	0,42-1,44	0,61	0,43
Nivel educativo	Primaria e iletrado	49	75,4	16	24,6	0,52	0,23-1,14	2,67	0,1*
	Bachillerato	244	80,5	59	19,5	0,7	0,38-1,30	1,24	0,26
	Técnica/Tecnología	95	79,2	25	20,8	0,64	0,32-1,30	1,48	0,22*
	Universitario ®	88	85,4	15	14,6	1			
Ocupación principal	Ama de casa ®	258	79,6	66	20,4	1			
	T. independiente	50	86,2	8	13,8	1,59	0,72-3,53	1,36	0,24*
	T. dependiente	89	83,2	18	16,8	1,26	0,71-2,24	0,64	0,42
	Otro	79	77,5	23	22,5	0,87	0,51-1,50	0,22	0,63
Parentesco cuidador principal con niño	Padre	27	77,1	8	22,9	0,77	0,33-1,78	0,35	0,55
	Madre ®	308	81,3	71	18,7	1			
	Abuelo/a	112	80	28	20	0,92	0,56-1,49	0,1	0,74
	Tío/a y otros	29	78,4	8	21,6	0,83	0,36-1,90	0,18	0,66
Estrato	Bajo	198	79,5	51	20,5	1			
	Medio	256	81,8	57	18,2	1,15	0,75-1,76	0,46	0,49
	Alto	22	75,9	7	24,1	0,8	0,32-2	0,21	0,64
Zona	2-4-5 ®	40	78,5	11	21,6	1			
	3-6	143	76,5	44	23,5	0,89	0,42-1,88	0,08	0,76
	7-8-9 ®	254	83	52	17	1,34	0,54-2,78	0,62	0,42
	10-11-12-13	39	83	8	17	1,34	0,48-3,68	0,32	0,56
Edad niño	5 años o menos ®	367	80,7	88	19,3	1			
	Entre 6 y 9 años	109	80,1	27	19,9	0,99	0,90-1,09	0,01	0,89
Sexo niño	Femenino	230	82,7	48	17,3	1,3	0,86-1,97	1,6	0,24*
	Masculino ®	246	78,7	67	21,3	1			
Régimen afiliación	Contributivo y especial	389	81,7	87	18,3	1,5	0,92-2,47	2,68	0,1*
	Subsidiado y PPP®	80	74,8	27	25,2	1			
EAPB	SURA	202	82,4	43	17,6	1,26	0,68-2,33	0,55	0,45
	Comfama EAPB -S ®	67	78,8	18	21,2	1			

Variable	Categorías	Evalúen progreso de crecimiento y desarrollo							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		N°	%	N°	%				
	Otra EAPB	200	79,1	53	20,9	1,09	0,55-1,85	0,002	0,96
Localización de la IPS	En Envigado	413	80,4	101	19,6	1			
	Fuera de Envigado®	62	81,6	14	18,4	0,92	0,49-1,71	0,06	0,8
	CIS Comfama	179	82,5	38	17,5	1,71	0,97-3,01	6,6	0,05*
IPS	E.S.E. Santa Gertrudis ®	74	73,3	27	26,7	1			
	Otra IPS	137	82,5	29	17,5	1,72	0,95-3,12	3,25	0,07*
	IPS fuera Envigado	49	80,3	12	19,7	1,48	0,68-3,18	1,03	0,3

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al Programa de CyD o que cumplen el criterio de H.L.

De los cuidadores femeninos casi la mitad (47,6%) llevan al niño al Programa para que le enseñen pautas de crianza, ya los cuidadores hombres aluden esta razón en menor proporción (36,7%); entre los grupos de edades, la mitad (50,9%) de los que tienen 30 años o menos mencionaron esta razón, así también los cuidadores entre 31 y 50 años tuvieron una participación aproximándose a la mitad (45,3%), en tanto, cuatro de cada diez de los cuidadores mayores de 50 años (41,5%) también aludieron este argumento. La mitad de los cuidadores que dijeron que llevan a sus niños para que le enseñen pautas de crianza, están en unión libre (50%), de forma similar, aunque en menor proporción, ocurre con los casados (44,5%), solteros (47,5%). Cuatro de cada diez cuidadores que estudian (41,5%), así como la mitad de los que no lo hacen (47,3%), mencionaron esta razón. Con respecto al nivel educativo la mitad aproximadamente de los que tiene primaria (48,4%), bachillerato (48,5%) y cuatro de cada diez de los que tienen técnica o tecnología (42,9%) y estudios universitarios (44,7%) también aludieron esta razón. En la aplicación de la prueba de significancia estadística ninguna de las variables antes mencionadas de socio, pero el grupo de edad del cuidador de 30 años o menos (P: 0,23) y el sexo del cuidador (P: 0,14) pasan al modelo según criterio H.L., (tabla 13).

Un poco más de la tercera parte de los trabajadores independientes (36,8%) también mencionaron que la razón por la que lo llevan, es porque enseñan pautas de crianza, las otras ocupaciones como ama de casa (46,9%), trabajador dependiente (45,8%) y otros (52,5%) mencionaron

esta razón en una proporción que oscilo entre 45% y 52%. De igual forma al analizar el parentesco de los niños con el cuidador, los tíos y otros parientes (39,5%) son los que menos aludieron esta razón, y los que más la mencionaron fueron la madre (49,7%) con casi la mitad, (tabla 13).

De los cuidadores que viven en el estrato bajo (52,8%) y alto (48,3%) más o menos la mitad también dijo que van porque les enseñan pautas de crianza y cuatro de cada diez de los que viven en el estrato medio (41,6%), aproximadamente también lo menciona. De acuerdo a las zonas de residencia, el 36,2% de los que viven en la zona rural (zona 10, 11, 12, 13) también dijo esta razón, los otros grupos de zonas se comportan de forma muy similar a casi todas las variables teniendo una participación que fluctúa entre 42% y 55%. Al aplicar la prueba de chi cuadrado, no se encuentra asociación significativa, sin embargo, de acuerdo a criterio de H.L. la ocupación, trabajador independiente (P: 0,16), ocupación desempleado y otros (P: 0,14), el ser abuelo/a (P: 0,08), tío y otros (P: 0,22) y el vivir en las zonas rurales (P: 0,16) serán tenidas en cuenta en el modelo, (tabla 13).

El comportamiento tanto de los cuidadores de los niños menores de 5 años como de los cuidadores de niños entre 6 y 9 años que mencionaron esta razón es similar (47,7% y 43,3% respectivamente), así como los cuidadores de niñas (47,5%) y niños (46%) donde más o menos la mitad de cada uno de estos respondió que la razón de asistencia es para que le enseñen pautas de crianza. Aproximadamente la mitad de los cuidadores que tienen sus niños afiliados al Régimen Contributivo y Especial (46,7%), dijo esta razón, lo mismo ocurrió con los que están en el Régimen Subsidiado y PPNA (47,2%). De forma similar, casi la mitad de los niños que pertenecen a SURA (48,3%), 43% que pertenecen a Comfama, los cuidadores aludieron esta razón de asistencia. En tanto el 47,1% de los cuidadores que tienen el niño consultando en una IPS en Envigado mencionaron que la razón de asistencia al Programa es para que les enseñen pautas de crianza.

Aproximadamente la mitad de los cuidadores de niños que tienen CIS Comfama (48,1%), ESE Santa Gertrudis (47,1%) y otra IPS (50,6%) contestaron esta explicación de asistencia, por su parte quienes tenían IPS fuera de Envigado contestaron esta razón con menos frecuencia

(42,6%). En la prueba de asociación ninguna variable dio un valor de P significativo, (tabla 13).

*Tabla 13. Razón de asistencia - Enseñen pautas de crianza-, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013*

Variable	Categorías	Enseñen pautas de crianza							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		Nº	%	Nº	%				
Sexo cuidador	Femenino	256	47,6	282	52,4	1,56	0,85-2,86	2,12	0,14*
	Masculino ®	18	36,7	31	63,3	1			
Edad cuidador	Menor o igual a 30 años	116	50,9	112	49,1	1,24	0,86-1,79	1,42	0,23*
	Entre 31 y 50 años ®	107	45,3	129	54,7	1			
	Mayores de 50 años	51	41,5	72	58,5	0,85	0,54-1,32	0,49	0,48
Estado civil	Soltero	56	47,5	62	52,5	1,12	0,72-1,74	0,27	0,59
	Casado ®	114	44,5	142	55,5	1			
	Unión libre	72	50	72	50	1,24	0,82-1,87	1,1	0,29
	Otro	32	46,4	37	53,6	1,07	0,63-1,83	0,07	0,78
Estudia actualment	Si	27	41,5	38	58,5	0,79	0,77-0,37	0,77	0,36
	No ®	247	47,3	275	52,7	1			
Nivel educativo	Primaria e iletrado	31	48,4	33	51,6	1,16	0,62-2,17	0,22	0,63
	Bachillerato	146	48,5	155	51,5	1,16	0,74-1,82	0,45	0,5
	Técnica o Tecnología	51	42,9	68	57,1	0,92	0,54-1,58	0,07	0,78
	Universitario ®	46	44,7	57	55,3	1			
Ocupación principal	Ama de casa ®	151	46,9	171	53,1	1			
	T. independiente	21	36,8	36	63,2	0,66	0,36-1,18	1,97	0,16*
	T. dependiente	49	45,8	58	54,2	0,95	0,61-1,48	0,03	0,84
	Otro	53	52,5	48	47,5	1,25	0,79-1,95	0,95	0,32
Parentesco cuidador principal con niño	Padre	15	42,9	20	57,1	0,75	0,37-1,52	0,6	0,43
	Madre ®	188	49,7	190	50,3	1			
	Abuelo/a	56	41,2	80	58,8	0,7	0,47-1,05	2,93	0,08*
	Tío/a y otros	15	39,5	23	60,5	0,65	0,33-1,30	1,45	0,22*
Estrato	Bajo	131	52,8	117	47,2	1			
	Medio	129	41,6	181	58,4	0,63	0,45-0,89	6,95	0,00*
	Alto	14	48,3	15	51,7	0,83	0,38-1,8	0,21	0,64
Zona	2-4-5	25	50	25	50	1			
	3-6	104	55,9	82	44,1	1,26	0,67-2,37	0,55	0,45
	7-8-9 ®	128	42,1	176	57,9	0,72	0,39-1,32	1,09	0,29
	10-11-12-13	17	36,2	30	63,8	0,56	0,25-1,27	1,88	0,16*
Edad niño	5 años o menos ®	216	47,7	237	52,3	1			
	Entre 6 y 9 años	58	43,3	76	56,7	0,83	0,56-1,23	0,63	0,37
Sexo niño	Femenino	132	47,5	146	52,5	1,06	0,76-1,46	0,13	0,71
	Masculino ®	142	46	167	54	1			
	Contributivo y especial	220	46,7	251	53,3	0,97	0,64-1,48	0,00	0,92

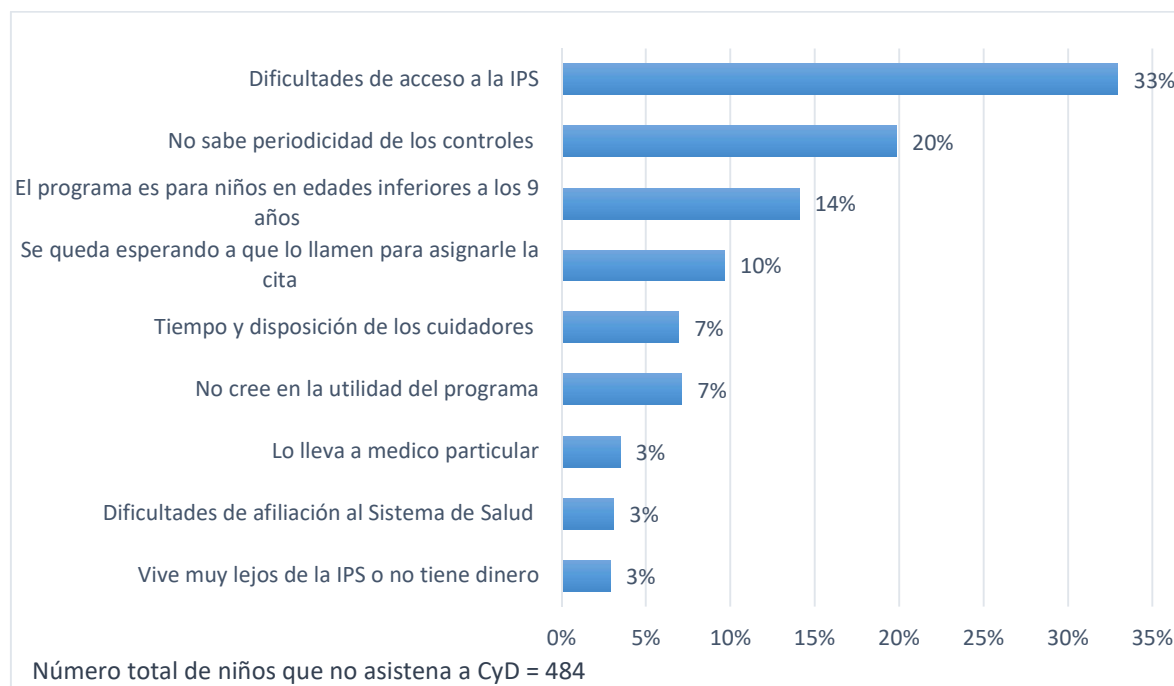
Variable	Categorías	Enseñen pautas de crianza							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		Nº	%	Nº	%				
Régimen	Subsidiado y PPP®	51	47,2	57	52,8	1			
EAPB	SURA	117	48,3	125	51,7	1,23	0,75-2,03	0,72	0,39
	Comfama EAPB -S ®	37	43	49	57	1			
	Otra EAPB	117	46,6	134	53,4	1,15	0,7-1,89	0,33	0,56
Localización de la IPS	IPS en Envigado	240	47,1	270	52,9	1,15	0,71-1,88	0,35	0,55
	IPS fuera de Envigado®	33	43,4	43	56,6	1			
IPS	CIS Comfama	103	48,1	111	51,9	0,97	0,57-1,66	0,03	0,85
	E.S.E. Santa Gertrudis ®	48	47,1	54	52,9	1			
	Otra IPS	83	50,6	81	49,4	1,15	0,70-1,89	0,31	0,57
	IPS fuera de Envigado	26	42,6	35	57,4	0,78	0,39-1,55	0,3	0,58

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al Programa de CyD o que cumplen el criterio de H.L.

### 6.5.3 Razones de inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo de acuerdo a las variables demográficas y de atención en salud del niño y del cuidador principal

Hubo 484 niños que no asistieron al Programa en el último año y al indagar con sus cuidadores cual fue el motivo para no llevarlos, una tercera parte mencionan que han tenido dificultades de acceso a la IPS (33%); dos de cada diez cuidadores dice que la razón es que desconoce los tiempos de los controles (20%); una séptima parte manifiestan que la razón es porque creen que ya sobrepasó la edad límite para acceder al Programa (14%), uno de cada diez se queda esperando a que la EAPB le llame para asignarle la cita (10%), un 7% dice que no le da tiempo o que no ha tenido disposición para ir, de igual forma 7% dice que no cree en la utilidad del Programa, hay un pequeño grupo de cuidadores (3%) que no lo lleva al Programa de Crecimiento y Desarrollo porque prefiere llevarlo al médico particular, de igual forma también hay algunos cuidadores que aluden que han tenido dificultades en la afiliación a la sistema de salud (3%). Es decir, que han estado inactivos en el sistema (lo cual es requisito para estar en el Programa), y por último también hubo un grupo pequeño que manifestó que no puede llevar al niño al

Programa porque vive muy lejos o no tienen dinero para el transporte y lo que implica la asistencia a la cita (3%), (Ilustración 6).



*Ilustración 6. Distribución porcentual de las razones de inasistencia en el último año al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Envigado, 2013*

### **Razones de no asistencia, de acuerdo a las variables demográficas y de atención en salud del niño y del cuidador principal.**

Se realizó un análisis bivariado, de las tres razones de no asistencia más frecuentes, con las variables demográficas del cuidador y demográficas y de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud del niño, encontrando lo siguiente.

Una de las razones que los cuidadores aludieron para no llevar al niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo es que tuvieron dificultades en el acceso a las IPS, al cruzar esta razón de inasistencia con variables demográficas del cuidador principal se encuentra que de las mujeres, un 35% menciona este argumento; en mayor proporción, llegando casi a la mitad (46%), la mencionaron los hombres; 38% de aquellos cuidadores menores o iguales a 30 años mencionaron también esta razón y una

tercera parte de los que tienen entre 31 a 50 años (33%) también lo hicieron, por su parte cuatro de cada diez de los cuidadores más mayores (39%) también lo dijo. Ya de acuerdo al estado civil, los solteros son los que menos aluden esta razón con un 28% mientras que los casados (36%), los que están en unión libre (39%) y otros (38%) lo mencionaron un poco más. Tres de cada diez de los cuidadores que están estudiando actualmente (30%), que tienen técnica o tecnología (29%), una tercera parte aproximadamente de los que tienen bachillerato (34%), mencionaron esta razón de inasistencia, en tanto cuatro de cada diez aproximadamente de los universitarios (38%) y los que realizaron primaria o son iletrados (43%) mencionaron también esta razón, (tabla 14).

Cuatro de cada diez de los cuidadores que tienen como ocupación, trabajador independiente (41%) dijo que la causa de inasistencia del niño es porque ha tenido dificultades de acceso a la IPS, otros como las amas de casa (37%) y los trabajadores independientes (29%) lo mencionaron en menor proporción. Más de la mitad de los padres (52%) de los niños refieren esta razón, igualmente la madre en una tercera parte (33%), un 31% de los tíos y otros y casi dos quintas partes los abuelos/as (39%); así la posibilidad de que los padres no lleven al Programa de Crecimiento y Desarrollo porque esbozan que hay dificultades de acceso en la IPS es de 1,18 veces más que aquel cuidador que tiene como parentesco la madre y que igualmente aludió esta razón de inasistencia (OR: 2,18 IC 1,01-4,69), esta asociación es estadísticamente significativa (P: 0,04); de las otras variables ninguna se asoció, no obstante se tendrán en cuenta las siguientes según criterio de H.L.; sexo del cuidador (P: 0,15), edad del cuidador mayor de 50 años (P: 0,24), estado civil soltero (P: 0,14), nivel educativo técnica o tecnología (P: 0,23); trabajador dependiente (P: 0,16) y parentesco abuelo/a (P: 0,24), (tabla 14).

Cuatro de cada diez aproximadamente de aquellos que viven en estratos bajos (38,1%), así como, una tercera parte de los que viven en medio (33,7%) y alto (32,5%) mencionaron que no llevan al niño porque hay dificultades de acceso a la IPS. Ya de acuerdo a las zonas donde residen los cuidadores y sus niños se descubrió que tres de cada diez de ellos cito esta razón de inasistencia y viven en las zonas 2, 4 y 5 (30%), en tanto los que viven en las zonas 7, 8 y 9 y 10, 11, 12 y 13 lo nombraron en un



37% cada grupo. Casi cuatro de cada diez de los cuidadores de las niñas (37,6%), mencionaron esta causa de no asistencia y los cuidadores de niños (32,7%) en una tercera parte exactamente. Un poco más de la tercera parte de los niños de entre 5 años o menos (34,7%) y 6 a 9 años (35,6%) nombraron esta causa de no asistencia; de todas las variables antes citadas ninguna tuvo asociación significativa, (tabla 14).

Una tercera parte de los niños afiliados a la EAPB del Régimen Subsidiado Comfama (32,8%), así como los de la EAPB SURA (32,6%) refirieron que no llevan al niño al Programa porque hay dificultades de acceso en esa IPS, de las otras EAPB resultó un 38% que dijo esta causa también. Igualmente, una tercera parte de los cuidadores de los niños que no consultan en una IPS de Envigado (33,3%), mencionaron esta razón. De los cuidadores de niños que consultan en Envigado, el 31,9% aludieron esta razón y son de Comfama, en tanto 31,9% consultan en la ESE Santa Gertrudis. Ninguna de estas variables asocio significativamente con la razón de inasistencia: dificultades de acceso a las IPS, (tabla 14).

*Tabla 14. Razón de no asistencia –Dificultades de acceso a la IPS–, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013*

Variable	Categorías	Dificultades de acceso a la IPS							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		Nº	%	Nº	%				
Sexo cuidador	Femenino ®	154	35	293	66	1			
	Masculino	17	46	20	54	1,61	0,82-3,17	1,97	0,15*
Edad cuidador	≤ a 30 años	43	38	70	62	1,26	0,79-1,99	1,00	0,31
	Entre 31 y 50 años ®	87	33	179	67	1			
	> de 50 años	41	39	64	61	1,31	0,82-2,10	1,33	0,24*
Estado civil	Soltero	29	28	75	72	0,68	0,40-1,13	2,15	0,14*
	Casado ®	76	36	134	64	1			
	Unión libre	39	39	60	61	1,14	0,70-1,87	0,29	0,58
	Otro	27	38	44	62	1,08	0,62-1,88	0,07	0,78
Estudia actualment	Si	9	30	21	70	0,77	0,34-1,73	0,37	0,53
	No ®	161	36	292	65	1			
Nivel educativo	Primaria e iletrado	31	43	41	57	1,25	0,66-2,34	0,49	0,48
	Bachillerato	83	34	160	66	0,85	0,52-1,41	0,35	0,55
	Técnica o Tecnología	22	29	54	71	0,67	0,35-1,29	1,41	0,23*
	Universitario ®	35	38	58	62	1	-	-	-
Ocupación principal	Ama de casa ®	98	37	169	63	1	-	-	-
	T. independiente	24	41	35	59	1,18	0,66-2,10	0,32	0,56

Variable	Categorías	Dificultades de acceso a la IPS							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		Nº	%	Nº	%				
Parentesco cuidador principal con niño	T. dependiente	28	29	69	71	0,69	0,42-1,15	1,93	0,16*
	Otro	21	34,4	40	65,6	0,9	0,50-1,62	0,11	0,73
	Padre	15	52	14	48	2,18	1,01-4,69	4,16	0,04*
	Madre ®	104	33	212	67	1			
	Abuelo/a	44	39	69	61	1,29	0,83-2,02	1,33	0,24*
	Tío/a y otro	8	31	18	69	0,9	0,38-2,15	0,05	0,82
Estrato	Bajo	72	38,1	117	61,9	1			
	Medio	86	33,7	169	66,3	0,82	0,55-1,22	0,9	0,34
	Alto	13	32,5	27	67,5	0,78	0,37-1,61	0,44	0,5*
Zona	2-4-5 ®	17	30	40	70	1			
	3-6	48	35	90	65	1,25	0,64-2,44	0,44	0,50
	7-8-9	86	37	149	63	1,35	0,72-2,54	0,92	0,33
	10-11-12-13	20	37	34	63	1,38	0,62-3,05	0,64	0,42
Sexo niño	Femenino	97	37,6	161	62,4	1			
	Masculino ®	74	32,7	152	67,3	1,23	0,85-1,80	1,24	0,26
Edad niño	5 años o menos ®	43	34,7	81	65,3	1			
	entre 6 y 9 años	128	35,6	232	64,4	1,03	0,67-1,59	0,03	0,86
Régimen afiliación	Contributivo y especial	138	35	256	65	1,03	0,62-1,72	0,02	0,88
	Subsidiado y PPP®	27	34,2	52	65,8	1			
EAPB	SURA	71	32,6	147	67,4	0,99	0,53-1,83	0,00	0,97
	Comfama EAPB -S ®	19	32,8	39	67,2	1			
	Otra EAPB	77	38,3	124	61,7	1,27	0,68-2,36	0,59	0,44
Localización de la IPS	IPS en Envigado	133	35,4	243	64,6	1			
	IPS fuera de Envigado®	34	33,3	68	66,7	1,09	0,68-1,73	0,14	0,7
IPS	CIS Comfama	63	31,9	117	68,1	1,14	0,64-2,05	0,21	0,64
	E.S.E. Santa Gertrudis	23	31,9	49	68,1	1			
	Otra IPS	39	36,1	69	63,9	1,2	0,63-2,26	0,33	0,56
	IPS fuera de Envigado	28	33,3	56	66,7	1,06	0,54-2,08	0,03	0,85

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al Programa de CyD o que cumplen el criterio de H.L.

Cuando se analizan en los niños que no asistieron en el último año al Programa, se encuentra que una de los motivos que aluden los cuidadores es que no saben la periodicidad de los controles, en el cruce de esta razón por variables demográficas del cuidador y del niño se obtuvo lo siguiente; una quinta parte aproximadamente de los cuidadores femeninos (21,3%) como masculinos (21,6%) contestaron esta razón, en menor proporción los cuidadores menores de 30 años (16,8%) también la mencionaron; los cuidadores de 31 a 50 años en un 24,1% y los mayores de 50 años (19%)

casi en una quinta parte respondieron esta razón. Ya para el estado civil de los cuidadores, un poco más de una quinta parte de los solteros (21,2%), casado (23,8%) y otros (21,1%) responde que esta fue la causa de no asistencia, así mismo lo hacen los que están en unión libre (16,2%) en una sexta parte. Cuando se aplica la prueba de asociación se halla que ninguna variable asocia, empero, la edad menor de 30 años tuvo un valor de P de 0,11 por tanto será tomada en cuenta en el modelo, así como el estado civil unión libre (P: 0,12), (tabla 15).

De otra parte, dos de cada diez de los cuidadores que estudian actualmente (20%) respondieron que la razón por la cual no llevaron los niños al Programa fue porque desconocían la periodicidad de los controles, así mismo ocurrió con aquellos que tienen un nivel de estudios de primaria o iletrado (19,4%) y bachillerato (19,3%); aquellos que tienen tecnología o técnica y estudios universitarios participaron en un 27,6% y 22,5% respectivamente mencionando también este motivo de inasistencia; igualmente, las amas de casa (19,5%) respondieron que no llevan al niño al Programa porque no sabe periodicidad de los controles en casi una quinta parte, en tanto cuidadores con otras ocupaciones como los trabajadores dependientes (22,7%) o los trabajadores independientes (27,1%) también justificaron los mismo con una participación que se mantuvo entre el 22 y 27%.

En el parentesco del cuidador con el niño hay una distribución similar, los padres (20,7%) y los abuelos (20,4%) participan una quinta parte con esta razón, y la madre (21,5%) y los tíos u otros (23,1%) dijeron esta razón en un poco más de la quinta parte. Al aplicar la prueba de chi cuadrado no existió asociación entre las variables mencionadas en este párrafo y la razón de inasistencia: desconocimiento en la periodicidad de los controles, a pesar de ello la ocupación, trabajador independiente (P: 0,25) pasa al modelo de acuerdo al criterio H.L., (tabla 15).

Una quinta parte de cuidadores que viven en estrato medio (20,4%) respondieron que la causa de no asistencia es el no conocer la periodicidad de los controles, similar ocurre con el estrato bajo que contesto esta razón en un 19,6%, ya para el estrato alto (35%) más de la tercera parte nombro esta razón, al aplicar la prueba de asociación de la razón de inasistencia con esta categoría se encontró significancia (P: 0,03), por tanto se puede decir que es 1,21 veces más posible que un cuidador que

vive en estratos altos no lleve al niño porque desconoce la periodicidad de los controles que uno que vive en estrato bajo (OR: 2,21 IC: 1,05-4,64), (tabla 15).

Tres de cada diez cuidadores que viven en la zona 2, 4 y 5 (29,8%) esbozaron que la razón de no asistencia es el desconocimiento de la periodicidad de los controles, por su parte una quinta parte de los que viven en la zona 7, 8 y 9 (20,4%) también contestaron este motivo de no asistencia, los que viven en las zonas 3 y 6 lo mencionaron en 23,2% con respecto a los que no contestaron esta causa, llama la atención como las zonas rurales no se comportan como las otras zonas, aquí aproximadamente una décima parte contesto esta razón de inasistencia (11,1%) y se asoció estadísticamente (P: 0,01), se puede interpretar entonces que es 71% más probable que un cuidador de la zona 2, 4 o 5 no lleve al niño porque desconoce la periodicidad de los controles que un cuidador que viva en las zonas rurales (10, 11, 12 y 13) (OR: 0,29 IC: 0,15-0,81), (tabla 15).

Una quinta parte de los cuidadores de niñas (20,8%) respondieron que una causa de no llevarlo al Programa es el desconocimiento de la periodicidad de los controles, mientras que de los niños fue un 21,7%. De aquellos niños que tienen 5 años o menos una sexta parte (16,9%) de sus cuidadores nombraron esta razón, ya para los niños entre 6 y 10 años (22,8%) fue un poco más de la quinta parte quienes respondieron esto; de igual forma un 22,1% de los cuidadores de los niños que están en el Régimen Contributivo o Especial tuvieron esta razón, los que están en el Régimen Subsidiado o están como Población Pobre Sin Subsidio en Salud aludieron este motivo de inasistencia en una quinta parte (20,3%), (tabla 15).

Dos de cada diez de los cuidadores de niños que consultan en una IPS de Envigado (21,3%) dijeron que la razón de no asistencia es el desconocimiento en la periodicidad de los controles, de forma similar una quinta parte de aquellos cuidadores de niños que consultan en la ESE Santa Gertrudis (19,4%) y 22,8% de los que consultan en la IPS Comfama, contestaron esta razón. Ninguna de las variables mencionadas con la razón de inasistencia tuvo una asociación significativa, no obstante,

será tenido en cuenta en el modelo la variable edad del niño, categoría 6 a 9 años debido a que su valor de P fue de 0,17, (tabla 15).

*Tabla 15. Razón de no asistencia –Desconocimiento de la periodicidad de controles-, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013*

Variable	Categorías	Desconocimiento de la periodicidad de controles							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		Nº	%	Nº	%				
Sexo cuidador	Femenino ®	95	21,3	352	78,6	1,02	0,45-2,30	1	0,95
	Masculino	8	21,6	29	78,4			0,002	
Edad cuidador	≤ a 30 años	19	16,8	94	83,2	0,63	0,36-1,12	2,43	0,11*
	Entre 31 y 50 años ®	64	24,1	202	75,9	1			
	> de 50 años	20	19	85	81	0,74	0,42-1,29	1,07	0,29
Estado civil	Soltero	22	21,2	82	78,8	0,85	0,48-1,51	0,27	0,59
	Casado ®	50	23,8	160	76,2	1	-	-	-
	Unión libre	16	16,2	83	83,8	0,61	0,33-1,14	2,34	0,12*
	Otro	15	21,1	56	78,9	0,85	0,44-1,64	0,21	0,64
Estudia actualment	Si	6	20	24	80	0,91	0,36-2,30	9,74	0,001
	No ®	97	21,4	356	78,4	1	-	-	-
Nivel educativo	Primaria e iletrado	14	19,4	58	80,5	0,82	0,38-1,76	0,23	0,62
	Bachillerato	47	19,3	196	80,6	0,82	0,45-1,46	0,43	0,5
	Técnica o Tecnología	21	27,6	55	72,3	1,3	0,65-2,63	0,57	0,44
	Universitario ®	21	22,5	72	77,4	1	-	-	-
Ocupación principal	Ama de casa ®	52	19,5	215	80,5	1	-	-	-
	T. independiente	16	27,1	43	72,9	1,53	0,80-2,94	1,27	0,25*
	T. dependiente	22	22,7	75	77,3	1,21	0,69-2,13	0,45	0,5
	Estudiando	3	15	17	85	0,72	0,20-2,58	0,03	0,84
	Desocupado y otros	10	24,4	31	75,6	1,33	0,61-2,89	0,53	0,46
Parentesco cuidador principal con niño	Padre	6	20,7	23	79,3	0,95	0,37-2,42	0,1	0,91
	Madre ®	68	21,5	248	78,5	1	-	-	-
	Abuelo/a	23	20,4	90	79,6	0,93	0,54-1,58	0,06	0,79
	Tío/a y otro	6	23,1	20	76,9	1,09	0,42-2,83	0,03	0,85
Estrato	Bajo®	37	19,6	152	80,4	1			
	Medio	52	20,4	203	79,6	1,05	0,65-1,68	0,04	0,83
	Alto	14	35	26	65	2,21	1,05-4,64	4,53	0,03*
Zona	2-4-5 ®	17	29,8	40	70,2	1	-	-	-
	3-6	32	23,2	106	76,8	0,71	0,35-1,41	0,94	0,33
	7-8-9	48	20,4	187	79,6	0,6	0,31-1,15	2,34	0,12*
	10-11-12-13	6	11,1	48	88,9	0,29	0,15-0,81	5,91	0,01*
Sexo niño	Femenino	47	20,8	179	79,2	0,94	0,61-1,46	0,05	0,8
	Masculino ®	56	21,7	202	78,3	1			
Edad niño	5 años o menos ®	21	16,9	103	83,1	1	-	-	-

Variable	Categorías	Desconocimiento de la periodicidad de controles							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		Nº	%	Nº	%				
	entre 6 y 9 años	82	22,8	278	77,2	1,44	0,85-2,45	1,87	0,17*
Régimen afiliación	Contributivo y especial	87	22,1	307	77,9	1,11	0,61-2,02	0,12	0,71
	Subsidiado y PPP®	16	20,3	63	79,7	1			
EAPB	SURA	55	25,2	163	74,8	1,06	0,54-2,08	0,02	0,86
	Comfama EAPB -S ®	14	24,1	44	75,9	1	-	-	-
	Otra EAPB	34	16,9	167	83,1	0,63	0,31-1,29	1,55	0,21
IPS de Envigado	Si	80	21,3	296	78,7	1	-	-	-
	No ®	23	22,5	79	77,5	1,05	0,70-1,59	0,07	0,78
IPS	CIS Comfama	41	22,8	139	77	1,82	0,66-5	0,33	0,56
	E.S.E. Santa Gertrudis	14	19,4	58	80,6	1	-	-	-
	Otra IPS	23	21,3	85	78,7	1,12	0,53-2,35	0,09	0,76
	IPS fuera de Envigado	18	21,4	66	78,6	1,12	0,51-2,47	0,09	0,75

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al Programa de CyD o que cumplen el criterio de H.L.

Casi una sexta parte de los cuidadores que son femeninos (15,6%) argumentaron que la razón por la cual no llevan al niño al Programa es porque creían o les dijeron que ya no aplicaba por la edad del niño, es decir que mencionaron que no sabían que el Programa es para los menores de 10 años, y los hombres mencionaron esta razón en menor proporción (8,1%), de otro lado entre los cuidadores de 30 años o menos el 14,2%, los cuidadores de entre 31 y 50 años el 16,2%, y los cuidadores mayores de 50 años el 13,3,% también dicen que no llevan al programa por la edad del niño. En tanto de todos los cuidadores una quinta parte de los que estaban en unión libre (19,2%) citan también esta razón de no asistencia, los solteros (15,4%), casados (13,8%) lo mencionan también, pero en menor proporción; la edad de cuidador no tiene asociación significativa con esta razón de inasistencia, en tanto el sexo del cuidador y el estado civil, pasaran al modelo dado que su valor de P fue de 0,21 y 0,22 respectivamente, (tabla 16).

El 13,3% de los cuidadores que están estudiando al momento de la encuesta indicaron que el motivo por el cual no asistieron al programa es debido a que consideraban que la edad para asistir al programa era una diferente a los 9 años, por su parte de los cuidadores que no se encontraban estudiando el 15,2% también aludió este motivo; en cuanto

al nivel educativo se tiene que los que menos dijeron esta razón tienen estudios universitarios (11,8%) y los que más la mencionaron tienen bachillerato (17,28%), igualmente con relación a la ocupación una novena parte de los cuidadores que aludieron esta razón son trabajadores independientes (11,6%), un 14,6% fueron amas de casa y una sexta parte trabajador dependiente (16,5%); por su parte al realizar el cruce del parentesco del cuidador con esta razón de inasistencia se encuentra que el padre del niño así como el tío/a u otro son los que menos aluden esta razón con 6,9% y 7,7% correspondientemente. De todas estas variables no hubo asociación significativa con la razón de inasistencia "edad límite para el programa es inferior a 9 años", no obstante, el parentesco pasa al modelo de acuerdo al criterio H.L. valor de P, 0,15 para padre y 0,21 para tío/a u otro, (tabla 16).

Una sexta parte de los cuidadores que viven el estrato medio (16,9%), relacionaron que el motivo de inasistencia es porque creían que la edad límite para asistir al programa es inferior a 9 años, en tanto un grupo muy pequeño (2,5%) de los que viven en estratos altos mencionaron esta razón, así que, es 86% menos posible que un cuidador que vive en estrato alto mencione que la razón por la cual no lo llevan es porque cree que la edad límite es inferior a 9 que un cuidador que vive en estratos bajos (OR: 0,14 IC: 0,01-1,14). En tanto, de los cuidadores que residen en las zonas 2, 4 y 5 un pequeño grupo menciona esta razón (5,3%), ya los que viven en la zona 3 y 6 la mencionaron en un 13% y un poco más de una sexta parte de los cuidadores que viven en las zonas 7, 8 y 9 (17%) la mencionaron también, por último, los que viven en la zona rural (zonas 10, 11, 12 y 13) (22,2%) mencionaron esta razón más que los cuidadores que viven en otras zonas con más o menos una quinta parte. La zona de residencia 7, 8 Y 9, y la zona 10, 11, 12, y 13 con esta razón de no asistencia, tuvo una asociación significativa (P: 0,02 y 0,00 en orden). De esta forma, es 2,23 veces más posible que un cuidador que viva en la zona 7, 8 y 9 mencione esta razón que uno que vive en la zona 2, 4 y 5 (OR: 3,23 IC: 1,03-10,08), así mismo, también es 3,22 veces más probable que un cuidador que vive en zona rural mencione que no lleva al niño porque consideraba que ya no aplicaba por la edad del niño que uno que vive en las zonas 2, 4 y 5 (OR: 4,22 IC: 1,26 – 14,14), (tabla 16).

Una octava parte de los cuidadores de niñas relataron que la razón de no asistencia es que consideraban como edad límite del Programa cualquier otra diferente a los 9 años (12,4%), en tanto casi una cuarta parte de los cuidadores de niños también menciono esta razón (18,1%); por otro lado, uno de cada diez cuidadores de niños menores de 5 años menciono esta razón (10,5%), en tanto una sexta parte de los cuidadores de niños entre 6 y 9 años también dijeron este motivo (16,7%), (tabla 16).

Ahora con respecto al régimen de afiliación, un pequeño grupo (6,3%) de cuidadores de niños que están afiliados al Régimen Subsidiado o PPNA relataron también esta razón de no asistencia; por su parte los que están en el Régimen Contributivo o especial aludieron este motivo en un 17,3%, esta variable tuvo una asociación estadísticamente significativa (valor P: 0,01), por tanto, es casi dos veces más posible que los cuidadores de niños que están en Régimen Contributivo y Especial aludan que no llevan al niño porque tienen la idea de una edad diferente a la edad límite del Programa, que un cuidador que tenga un niño en el Régimen Subsidiado o PPNA (OR: 2,72 IC: 1,13-5-54), (tabla 16).

También, se encuentra que la quinta parte de los cuidadores que tienen niños afiliados a la EAPB SURA dijeron que no lo llevaban porque la edad límite para acceder al Programa es diferente de 9 años (24,8%), en tanto un pequeño grupo (3,4%) de los que mencionan esta razón son de la EAPB -S Comfama y un 8,5% de otra EAPB , la variable EAPB con esta razón de inasistencia tuvo una asociación estadísticamente significativa (P: 0,00), así entonces, es casi seis veces más posible que un cuidador de un niño que este afiliado a la EAPB SURA mencione que la razón de no asistencia es porque cree que la edad límite para asistir es inferior a 9 años que un cuidador de un niño que este afiliado a la EAPB Comfama (OR: 7,18 IC: 1,80-28,59), (tabla 16).

Así también, un 14,9% de los cuidadores de niños que tienen su IPS de atención en Envigado mencionaron esta razón, y de los que consultan por fuera de Envigado una sexta parte lo mencionaron (16,7%); ahora, se encuentra que aproximadamente una cuarta parte de los cuidadores de niños que asisten a CIS Comfama (22,8%), como su institución de salud de primer nivel de atención, mencionaron esta razón, de forma similar los niños que tienen otra IPS de atención fuera de Envigado lo mencionaron



en un poco más de una sexta parte (17,9%); uno de cada diez cuidadores de niños que consultan en la ESE Santa Gertrudis mencionaron también esta razón (9,7%). Esta variable con esta razón de no asistencia es estadísticamente significativa (Valor de P: 0,01), de tal modo que, por cada cuidador que tiene un niño que consulta en la ESE Santa Gertrudis y menciona que la razón de no asistencia es porque considera que la edad límite de asistencia al Programa es diferente a los 9 años, hubo 2 cuidadores de niños que consultan en CIS Comfama e igualmente mencionaron esta razón (OR: 2,34 IC: 1,10- 4,97), (tabla 16).

*Tabla 16. Razón de inasistencia – Edad límite para el Programa es inferior a 9 años-, según variables demográficas del niño y el cuidador. Envigado, 2013*

Variable	Categorías	Edad límite para el programa es inferior a 9 años							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		Nº	%	Nº	%				
Sexo cuidador	Femenino ®	70	15,6	377	84,3	1			
	Masculino	3	8,1	34	91,8	0,4	0,14-1,58	1,52	0,21*
Edad cuidador	≤ a 30 años	16	14,2	97	85,8	0,8	0,45-1,59	0,24	0,62
	Entre 31 y 50 años ®	43	16,2	223	83,8	1			
	> de 50 años	14	13,3	91	86,7	0,7	0,41-1,52	0,46	0,49
Estado civil	Soltero	16	15,4	88	84,6	1,1	0,58-2,19	0,14	0,7
	Casado ®	29	13,8	181	86,2	1			
	Unión libre	19	19,2	80	80,8	1,4	0,78-2,79	1,48	0,22*
	Otro	9	12,7	62	87,3	0,9	0,40-2,01	0,05	0,8
Estudia actualmente	Si	4	13,3	26	86,7	0,8	0,28-2,52	0,07	0,77
	No	69	15,2	384	84,8	1			
Nivel educativo	Primaria e iletrado	10	13,8	62	86,1	1,2	0,48-3,01	0,15	0,69
	Bachillerato	42	17,2	201	82,7	1,5	0,76-3,17	1,5	0,21*
	Técnica o Tecnología	10	13,1	66	86,8	1,1	0,45-2,82	0,06	0,79
	Universitario ®	11	11,8	82	88,1	1			
Ocupación principal	Ama de casa ®	39	14,6	228	85,4	1			
	Trabajador independiente	7	11,6	52	88,4	0,7	0,33-1,85	0,29	0,58
	Trabajador dependiente	16	16,5	81	83,5	1,1	0,61-2,17	0,19	0,65
	Otro	11	18	50	82	1,2	0,61-2,68	0,45	0,50
Parentesco del niño con el cuidador principal	Padre	2	6,9	27	93,1	0,3	0,08-1,55	2,02	0,15*
	Madre ®	54	17,1	262	82,9	1			
	Abuelo/a	15	13,3	98	86,7	0,7	0,40-1,37	0,89	0,34
	Tío/a y otro	2	7,7	24	92,3	0,4	0,09-1,76	1,54	0,21*
Estrato	Bajo®	29	15,3	160	84,7	1			
	Medio	43	16,9	212	83,1	1,1	0,66-1,87	0,18	0,66

Variable	Categorías	Edad límite para el programa es inferior a 9 años							
		Sí		No		OR	IC 95%	X2	Valor P
		Nº	%	Nº	%				
Zona	Alto	1	2,5	39	97,5	0,1	0,01-1,07	4,78	0,02
	2-4-5 ®	3	5,3	54	94,7	1			
	3-6	18	13	120	87	2,4	0,75-8,08	2,54	0,11*
	7-8-9	40	17	195	83	3,2	1,03-10,08	5,05	0,02*
	10-11-12-13	12	22,2	42	77,8	4,2	1,26-14,14	6,82	0,00*
Sexo niño	Femenino	32	12,4	226	87,6	1			
	Masculino ®	41	18,1	185	81,9	1,4	0,95-2,24	3,09	0,07*
Edad niño	5 años o menos ®	13	10,5	111	89,5	1			
	Entre 6 y 9 años	60	16,7	411	84,9	1,2	0,68-2,14	0,46	0,49
Régimen de afiliación	Contributivo y especial	68	17,3	326	82,7	2,7	1,13-6,54	6,02	0,01*
	Subsidiado y PPNA ®	5	6,3	74	93,7	1			
EAPB	SURA	54	24,8	164	75,2	7,1	1,80-28,59	12,9	0,00*
	Comfama EAPB -S ®	2	3,4	56	96,6	1			
	Otra EAPB	17	8,5	184	91,5	2,5	0,57-11,54	1,66	0,19*
Localización de la IPS	IPS en Envigado	56	14,9	320	85,1	1			
	IPS fuera de Envigado®	17	16,7	85	83,3	1,1	0,68-1,83	0,19	0,65
IPS	CIS Comfama	41	22,8	139	77,2	2,3	1,10-4,97	5,68	0,01
	E.S.E. Santa Gertrudis ®	7	9,7	65	90,3	1			
	Otra IPS	9	8,3	99	91,7	0,8	0,29-2,37	0,10	0,74
	Otra IPS fuera de Envigado	15	17,9	69	82,1	1,8	0,79-4,25	2,11	0,14*

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al programa de CyD o que cumplen el criterio de H.L.

## 6.6 Análisis multivariado, exploración de potenciales factores que explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo

Una vez aplicado los cálculos de asociación y seleccionadas las variables según su valor de significancia o de acuerdo al criterio de Hosmer y Lemeshow, se procedió a calcular los modelos explicativos. A saber, en el siguiente capítulo se encontrará un modelo que explica la asistencia al Programa y posteriormente los resultados de modelos explicativos por

razones de no asistencia y de si asistencia, razones que fueron seleccionados de acuerdo a la mayor frecuencia presentada.

#### **6.6.1 Factores potenciales que explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.**

Se realizó un análisis de la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo desde las variables demográficas tanto del cuidador principal como del niño menor de 10 años, luego de un análisis bivariado crudo se encontraron como variables candidatas al modelo de regresión logística, que además tenían asociación estadística con la no asistencia al Programa, las siguientes: edad del cuidador y del niño, cuidador estudia actualmente, estrato socioeconómico, Régimen de Afiliación del niño, si consulta en una IPS de Envigado, IPS de atención, variables de percepción del Programa respondidas por el cuidador, como el Programa responde a sus necesidades, el personal es amistoso y genera confianza y el Programa aporta al desarrollo del niño (tabla 17).

Además de dichas variables, también fueron incluidas en el modelo de regresión logística aquellas cuyo valor de P, en el análisis bivariado crudo, era inferior a 0,25, de acuerdo al criterio de Hosmer y Lemeshow, como: estado civil del cuidador, nivel educativo y ocupación igualmente del cuidador, zona de residencia, EAPB del niño y dos variables de percepción del cuidador frente al Programa, estas son, espacios físicos agradables y año hasta el cual la EAPB le ofrece el Programa. Todas las variables candidatas al modelo se listan en la tabla 17.

Al aplicar la regresión logística binaria se encuentra que las siguientes variables arrojaron un valor de P significativo y por tanto son las que explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, tomando como desenlace negativo el no asistir al Programa. Se encuentra así que, el ser cuidador menor de 30 años aumenta la posibilidad de llevar al niño al Programa en un 39% comparado con cuidadores que están entre 31 y 50 años (OR: 0,61 IC: 0,40-0,92). También se determinó que la posibilidad de que un niño entre 6 y 9 años no asista es de 12 veces con respecto al niño menor de 5 años (OR: 12,18 IC: 8,62-17,20); además,

el ser de otra EAPB, aumenta la posibilidad de no asistencia al Programa en aproximadamente 2,5 veces comparado con la EAPB Comfama (OR: 2,49 IC: 1,02-6,10).

De otro lado tener la percepción de que el personal es amistoso y genera confianza protege en un 76% de la no asistencia, comparado con aquellos que no tienen esta percepción y no llevan al niño al Programa (OR: 0,24 IC: 0,12-0,60), por último, la posibilidad de que un cuidador no lleve al niño al Programa de Crecimiento y desarrollo, dado que considera que este es para menores de 5 años, es dos veces la de aquellos que consideran que el Programa es para los niños hasta los 9 años y no lo llevan. (OR: 1,97 IC: 1,29-3,02), (tabla 17).

En conclusión, las variables que más explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo son la edad del cuidador menor de 30 años, la percepción de que el personal del Programa es amistoso y genera confianza, la edad del niño entre 6 y 9 años, tener otra EAPB, y la idea de que la edad límite para acceder al programa es 5 años, estas ajustadas por las variables listadas en la tabla 17 (tabla 17).

*Tabla 17. Factores que explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, desde variables demográficas del cuidador y del niño, Envigado 2013*

Variable	Categorías	CRUDO	AJUSTADO
		OR IC 95%	OR IC 95%
Edad del cuidador	≤ a 30 años	0,44 (0,33-0,58)	0,61 (0,40-0,92)*
	Entre 31 y 50 años ®	1	
	> de 50 años	0,77 (0,56-1,06)	0,60 (0,41-1,14)
Estado civil	Casado ®	1	
	Soltero	1,08 (0,78-1,49)	1,23 (0,78-1,93)
	Unión libre	0,82 (0,60-1,13)	0,95 (0,61-1,50)
	Otro	1,27 (0,87-1,86)	1,42 (0,82-2,46)
Estudia actualmente	Si	0,52 (0,33-0,82)	0,84 (0,41-1,72)
	No®	1	1
Nivel educativo	Primaria e iletrado	1,28 (0,82-1,99)	1,03 (0,48-2,18)
	Bachillerato	0,90 (0,65-1,25)	1,05 (0,62-1,78)
	Técnica o Tecnología	0,71 (0,48-1,07)	0,69 (0,39-1,24)
	Universitario ®	1	1
Ocupación principal	Ama de casa ®	1	1

Variable	Categorías	CRUDO	AJUSTADO
		OR IC 95%	OR IC 95%
	Trabajador independiente	1,23 (0,82-1,83)	0,71 (0,39-1,27)
	Trabajador dependiente	1,07 (0,78-1,48)	1,08 (0,62-1,86)
	Otro	0,74 (0,51-1,06)	0,97 (0,61-1,54)
Edad del niño	5 años y menos ®	1	1
	Entre 6 y 9 años	10,25 (7,72 - 13,60)	12,18 (8,62-17,20)*
Zona de residencia	2, 4 y 5 ®	1	1
	3 y 6	0,66 (0,42-1,03)	0,82 (0,33-2,03)
	7, 8 y 9	0,68 (0,45-1,03)	0,70 (0,27-1,79)
	10, 11, 12 y 13	1,007 (0,58-1,73)	1,03 (0,37-2,82)
Estrato	Bajo®	1	1
	Medio	1,08 (0,83-1,39)	1,29 (0,72-2,31)
	Alto	1,78 (1,06-2,99)	1,78 (0,60-5,23)
Régimen afiliación agrupado	Contributivo y especial	1,49 (1,05-2,10)	0,39 (0,10-1,44)
	Subsidiado y PPNA®	1	1
EAPB agrupada	SURA	1,32 (0,90-1,93)	3,33 (0,99-11,17)*
	Comfama EAPB -S ®	1	1
	Otra EAPB	1,16 (0,79-1,71)	2,49 (1,02-6,10)*
Localización de la IPS	IPS en Envigado	0,54 (0,39-0,76)	0,47 (0,19-1,17)
	IPS fuera de Envigado®	1	1
IPS de atención	CIS Comfama	1,18 (0,82-1,70)	1,12 (0,35-3,51)
	E.S.E. Santa Gertrudis ®	1	1
	Otra IPS	0,92 (0,62-1,35)	1,18 (0,36-3,86)
	Otra IPS fuera de Envigado	1,91 (1,22-2,99)	0,64 (0,14-2,76)
El programa responde a las necesidades de información	Si	0,56 (0,36-0,89)	0,51 (0,20-1,31)
	No ®	1	
Personal amistoso y genera confianza	Si	0,31 (0,16-0,61)	0,24 (0,12-0,60)*
	No ®	1	
El Programa aporta al desarrollo del niño	Si	0,54 (0,31-0,94)	1,44 (0,47-4,40)
	No ®	1	
Espacios físicos agradables	Si	0,65 (0,41-1,02)	1,26 (0,61-2,61)
	No ®	1	
	5 años y menos	1,35 (0,99-1,82)	1,97 (1,29-3,02)*
	Hasta 10 años®	1	

Variable	Categorías	CRUDO	AJUSTADO
		OR IC 95%	OR IC 95%
Año hasta el cual le ofrece la IPS Programa de CyD	Otros	1,10 (0,59-2,03)	1,72 (0,74-4,03)
	No sabe	0,88 (0,62-1,25)	1,25 (0,78-2,01)

\*Variables asociadas estadísticamente con la asistencia al Programa de CyD

## 6.6.2 Factores potenciales que explican las razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.

Se realizó la exploración de las características demográficas y de afiliación al SGSSS de los niños y cuidadores principales y las razones que manifestaron estos últimos tanto de asistencia como de inasistencia, donde se obtuvo lo que a continuación se muestra.

Así también, en la exploración de los modelos de las razones de asistencia se encuentra que para la razón *-para que evalúen el crecimiento y desarrollo del niño-*, se incluyeron las siguientes variables al modelo: edad, estado civil, ocupación y nivel educativo del cuidador, sexo del niño, régimen de afiliación e IPS de atención del niño, y no obtuvo ninguna significancia en la asociación. De forma similar con la razón de asistencia *-enseñen pautas de crianza-*, se ingresaron al modelo las variables sexo, edad del cuidador, ocupación del cuidador, parentesco del niño con el cuidador, estrato y zona de residencia, teniendo al final que ninguna se asoció significativamente, (tabla 18).

Tabla 188. Modelo ajustado entre las razones de asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo y variables demográficas del niño y del cuidador, Envigado año 2013.

Variables	Categorías	Evalúen progreso de crecimiento y desarrollo		Enseñen pautas de crianza	
		OR Ajustado	IC 95%	OR Ajustado	IC 95%
Sexo cuidador	Femenino			0,35	0,08-1,40
	Masculino ®			1	
Edad cuidador	Menor o igual a 30 años	1,24	0,72-2,12	0,97	0,66-1,43
	Entre 31 y 50 años ®	1		1	
	Mayores de 50 años	0,90	0,46-1,78	0,85	0,42-1,71
Estado civil	Soltero	1,63	0,91-2,93		

Variables	Categorías	Evalúen progreso de crecimiento y desarrollo		Enseñen pautas de crianza	
		OR Ajustado	IC 95%	OR Ajustado	IC 95%
	Casado ®				
	Unión libre	0,73	0,39-1,38		
	Otro	0,89	0,39-2,02		
Nivel educativo	Primaria e iletrado	1,84	0,71-4,75		
	Bachillerato	1,28	0,64-2,55		
	Técnica o Tecnología	1,64	0,77-3,48		
	Universitario ®	1			
Ocupación principal	Ama de casa ®	1		1	
	Trabajador independiente	1,10	0,60-2,00	0,65	0,40-1,07
	Trabajador dependiente	0,51	0,21-1,22	1,28	0,69-2,39
	Otro	0,88	0,46-1,67	1,01	0,63-1,62
Parentesco cuidador principal con niño	Padre			0,44	0,09-2,11
	Madre ®			1	
	Abuelo/a			1,51	0,75-3,03
	Tío/a y otros			1,49	0,69-3,22
Sexo niño	Femenino ®	1		1	
	Masculino	0,67	0,43-1,05		
Régimen de afiliación	Contributivo y especial	2,10	0,55-8,00		
	Subsidiado y población pobre sin subsidio ®	1			
IPS	CIS Comfama	0,35	0,09-1,37		
	E.S.E. Santa Gertrudis ®	1			
	Otra IPS	0,32	0,08-1,23		
	Otra IPS fuera de Envigado	0,45	0,11-1,82		
Estrato	Bajo ®			1	
	Medio			1,64	0,95-2,83
	Alto			1,23	0,39-3,88
Zona	2-4-5 ®			1	
	3-6			0,83	0,33-2,07
	7-8-9			0,96	0,36-2,53
	10-11-12-13			2,09	0,72-6,04

Se realizó el modelo de regresión de la razón de no asistencia - *desconocimiento de la periodicidad de los controles*-, donde se incluyeron todas la variables que fueron mayormente asociadas de acuerdo a valores de P inferiores a 0,05 y al criterio H.L. (0,25), (tabla 19), estas fueron; edad del cuidador, estado civil, ocupación principal, estrato

socioeconómico, zona de residencia, edad del niño y EAPB del niño; donde se obtuvo como resultado que ninguna de las variables al ser ajustadas por el resto, se asocia con esta razón de inasistencia. También al analizar el modelo con la razón de inasistencia: *dificultad de acceso a la IPS*, incluyendo las variables, sexo, edad, estado civil, nivel educativo, ocupación del cuidador y parentesco del cuidador con el niño, no se halló asociación entre esta razón y las variables demográficas, de afiliación al SGSSS del cuidador y del niño, (tabla 19).

También se exploró el modelo de razón de inasistencia: edad límite para estar en el programa inferior a 9 años, encontrando que el estar en la EAPB SURA protege en un 76% de no asistir por esta razón en comparación con el estar afiliado a la EAPB Comfama (OR: 0,24 IC: 0,00-0,26), también se halló que la posibilidad de que un niño que esté en otra EAPB no valla al Programa por esta razón es aproximadamente 21 veces posible que un niño que consulte en la ESE Santa Gertrudis (OR: 21,37 IC:1,30-349,73). Así entonces se puede afirmar que el no asistir al Programa de Crecimiento y Desarrollo porque se considera que la edad límite para estar en el Programa es cualquier edad inferior a 9 años, es explicado por la EAPB del niño, precisamente la EAPB Comfama y por la IPS de atención clasificado como otras IPS, este resultado ajustado el sexo, edad, estado civil, nivel educativo y ocupación principal del cuidador, estrato, zona de residencia, edad, sexo y régimen de afiliación del niño y parentesco del niño con el cuidador, (tabla 19).

*Tabla 199. Modelo ajustado entre las razones de no asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo y variables demográficas del niño y del cuidador, Envigado año 2013.*

Variables	Categorías	Desconocimiento periodicidad de controles		Dificultades de acceso a la IPS		Edad límite para el programa es inferior a 9 años	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sexo cuidador	Femenino ®			1		1	
	Masculino			1,79	0,31-10,34	0,7	0,06-8,04
Edad cuidador	Menor o igual a 30 años	1,25	0,66-2,34	0,60	0,36-1,01		
	Entre 31 y 50 años ®	1		1			
	Mayores de 50 años	1,13	0,60-2,13	0,97	0,44-2,11		
	Soltero	0,97	0,52-1,80	1,49	0,84-2,62	0,77	0,36-1,64



Variables	Categorías	Desconocimiento periodicidad de controles		Dificultades de acceso a la IPS		Edad límite para el programa es inferior a 9 años	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Estado civil	Casado ®	1				1	
	Unión libre	1,35	0,69-2,63	0,87	0,51-1,50	0,71	0,33-1,51
	Otro	1,02	0,51-2,04	1,04	0,57-1,90	1,01	0,41-2,51
Nivel educativo	Primaria e iletrado			0,92	0,42-2,03	0,56	0,16-1,98
	Bachillerato			1,33	0,74-2,38	0,61	0,24-1,56
	Técnica o Tecnología			1,60	0,80-3,18	0,94	0,32-2,78
	Universitario ®			1		1	
Ocupación principal	Ama de casa ®	1		1			
	Trabajador independiente	0,95	0,46-1,95	1,12	0,57-2,20		
	Trabajador dependiente	0,69	0,34-1,38	0,87	0,45-1,65		
	Otro	0,84	0,46-1,55	1,48	0,83-2,64		
Estrato	Bajo®	1				1	
	Medio	1,13	0,49-2,58			0,73	0,25-2,12
	Alto	0,45	0,11-1,82			5,50	0,40-75,28
Zona	2-4-5 ®					1	
	3-6	0,73	0,20-2,61			0,85	0,16-4,58
	7-8-9	0,74	0,21-2,61			0,64	0,12-3,35
	10-11-12-13	1,77	0,39-8,05			0,50	0,08-3,12
Edad niño	5 años o menos ®	1					
	entre 6 y 9 años	0,7	0,40-1,21				
Sexo niño	Femenino					0,65	0,37-1,14
	Masculino ®					1	
EAPB	SURA	1,08	0,52-2,21			0,24	0,00-0,26
	Comfama EAPB -S ®					1	
	Otra EAPB	1,67	0,79-3,53			1,53	0,02-1,05
Régimen de afiliación	Contributivo y especial					0,17	0,01-2,79
	Subsidiado y población pobre sin subsidio ®					1	
IPS	CIS Comfama					12,31	0,91-1,66
	E.S.E. Santa Gertrudis ®					1	
	Otra IPS					21,37	1,30-349,73*
	Otra IPS fuera de Envigado					11,89	0,81-172,53
Parentesco del niño con el cuidador principal	Padre			0,23	0,03-1,59	4,99	0,29-85,05
	Madre ®			1		1	
	Abuelo/a			0,71	0,32-1,57	1,60	0,72-3,57
	Tío/a y otro			0,91	0,34-2,4	3,40	0,62-18,76

## 7. DISCUSIÓN

Innumerables esfuerzos se han destinado para mitigar las afectaciones y problemas de salud pública en la infancia y por abordar los determinantes que condicionan la aparición o permanencia de enfermedades de alto impacto para el niño y la sociedad. La OMS menciona que ante todo los beneficios de estos esfuerzos están relacionados con mantener las mujeres y los niños “vivos y sanos” (54).

La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente de la OMS, también evidencia que, cuando se realizan intervenciones para *“lograr que los niños desarrollen su potencial físico, cognitivo, lingüístico y socioemocional, sobre todo en los primeros 3 años de vida, tienen una tasas de rendimiento del 7% al 10% durante todo el ciclo vital, correspondientes a una mejora en la educación, la salud, la sociabilidad y los resultados económicos, así como una disminución de la delincuencia... en el mundo uno de cada tres niños no logra desarrollar plenamente estas características”* (54)

En Colombia, el descenso en la mortalidad infantil (menores de un año) desde el año 1998 hasta el año 2014, muestra que la tasa por 1000 nacidos vivos paso de un 19,5 a 13, en tanto la mortalidad en menores de 5 años también se ha reducido (1998: 24,3 a 2014: 13,7 tasa por 1000 nacidos vivos) (55), incluso alcanzando a estar por debajo de la meta planteada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible a 2030(15). Aun así, las malformaciones congénitas, trastornos respiratorios, afecciones del periodo perinatal, las causas externas, las parasitarias, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, continúan presentes en los niños menores de 5 años(55). Este panorama demuestra que superadas unas realidades en la niñez debemos abordar otras, además de los determinantes sociales y de la salud que condicionan esta importante etapa de la vida.

Envigado por su parte, sostiene unas tasas de mortalidad en estos grupos de edad muy inferiores a las del País, la mortalidad infantil igualmente en reducción paso en el año 2012 de 8 a 3 casos en 2016 por cada 1000 nacidos vivos, para los menores de 5 años de 0,9 en 2012 a 0,3 casos en

2016 por cada 1000 nacidos vivos, de forma similar al comportamiento nacional las afecciones en el periodo neonatal continúan siendo las más sobresalientes “5,3 casos en 2012 a 3,2 casos en 2016 por cada 1000 nacidos vivos”(56).

Aun así y de acuerdo a las Naciones Unidas, la salud materna e infantil continúan siendo prioridad y están dentro de las metas para el año 2030(57). Millones de niños menores de 5 años mueren por causas evitables, enfermedades infecciosas especialmente la neumonía; la diarrea y la malaria, son la causa de 43% de mortalidad en menores de 5 años; cerca de la mitad de los niños mueren por causas relacionadas directamente e indirectas por la malnutrición, 6.5% de los niños en el mundo tiene sobrepeso y obesidad(54). En Envigado las prioridades están relacionadas con la malnutrición, especialmente por exceso, las violencias, la mortalidad perinatal, el bajo peso al nacer, entre otras (56).

Las estrategias que se han utilizado para impactar estos indicadores, como AIEPI, IAMI, vacunación, promoción de la calidad de la atención materno perinatal, el Programa de Crecimiento y Desarrollo, entre otras; se deben seguir promoviendo, aumentado su calidad, facilidad de acceso para la población especialmente vulnerable, midiendo y modificando las condiciones de efectividad de las mismas y enfocándose en el modelo de desarrollo humano que sobrepasa la detección del riesgo de enfermar o morir.

Por otro lado, los primeros años de vida son esenciales para el desarrollo cerebral, motriz entre otros y determinante para la vida adulta.

*“Una de las características de la niñez es el permanente proceso evolutivo hacia la adultez, con el paso obligado por cada una de las etapas de crecimiento y desarrollo, en el que se adquiere madurez y la funcionalidad en un proceso activo de interacción con su ambiente, particularizado, para el crecimiento, por la relación entre la dotación genética y la nutrición y, para el desarrollo, por el afecto y el juego, que son sus estímulos fundamentales”(17)*

En este proceso están los padres o cuidadores de los niños quienes a través de la promoción de la autonomía y de varias herramientas realizan el proceso de crianza siendo “inteligentes y afectuosos en el proceso”(17)

El Programa de Crecimiento y Desarrollo fue el foco de este estudio y se eligió debido a su importancia en el acompañamiento de ese paso de la “heteronimia”(17) a la “autonomía”(17), es decir, “el camino de la dependencia a la independencia” (17), donde los padres y/o cuidadores en su papel, estimulan, nutren, orientan, curan, pero también se sienten inseguros frente a sucesos desconocidos del desarrollo, el crecimiento, la enfermedad y los retos de las formas de pensar y actuar de las nuevas generaciones.

En estos siguientes apartados, se presenta un análisis de la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, normado mediante la Resolución 412 del 2000 de Colombia, las causas que aluden los cuidadores para llevarlo o no y la percepción que tienen los padres frente a este importante espacio.

En primer lugar se describirán las características de los participantes en el estudio, a saber, los niños menores de 10 años y los cuidadores principales, posteriormente se relatarán el análisis de la asistencia desde las características demográficas de la población objeto, una tercera parte compone la descripción y asociación de las razones de no asistencia y de si asistencia y finalmente a partir de la aplicación de modelos de regresión logística aquellos factores que más explican la asistencia a este Programa.

### **7.1. La asistencia de los niños al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

Los cuidadores de los niños de Envigado conocen el Programa de Crecimiento y Desarrollo, lo que indica a primera vista, que el desconocimiento de la existencia de este Programa, que en el presente caso fue del 5%, no es un factor crucial que pueda explicar la no asistencia; en otro estudio realizado en Envigado con padres de niños que consultaban en una IPS del municipio se ha encontrado un 10% que no sabían del Programa (10).

Nueve de cada diez cuidadores ha tenido algún contacto con el Programa según el actual estudio, es decir, ha llevado al niño alguna vez, lo que puede estar relacionado con que el Programa está funcionando hace más de una década y media, es considerado un espacio relevante para la salud del niño; además es obligatoria su ejecución por parte de las EAPB, a través de sus IPS, y por tanto cabe preguntarse si la mayoría conoce al Programa y además ha tenido contacto alguna vez con este, ¿porque la asistencia, al menos en el último año, se encuentra en la mitad?, se abordaran algunas exploraciones que se realizaron al respecto.

Cuatro de cada diez niños de Envigado no asistió (41%) al Programa en el último año y aproximadamente cinco de cada diez asistieron (48%), para hacer la comparación es importante mencionar que no todas los estudios lo ha medido de igual forma; así, el cálculo que realizó la Secretaría de Salud de Envigado en el año 2013, a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS- muestra que un 13,3% de niños asiste a los controles (3). Este cálculo corresponde a una medición de la asistencia a los controles precisos que tiene estipulada la norma técnica, es decir, para un niño menor a un año el número de controles son cuatro, para un niño de 1 a 2 años son tres controles en el año (12), etc., aunque no se puede comparar con el resultado del presente estudio, si es preciso indicar que la asistencia al Programa igualmente no alcanza los niveles óptimos.

La Encuesta de Demografía y Salud que realizó Profamilia, en el año 2010, mostro que el 54% de los niños menores de 6 años en Colombia, no había asistido nunca al Programa, y que de los que si asistían (38%) el promedio de asistencia era de 2,6 controles en el año (6). Comparado este resultado con el arrojado en el presente estudio, se puede mencionar, que la medición realizada por la ENDS es la más parecida, por cuanto mide la asistencia en el último año, aunque no es toda la población objeto. Además, se puede extraer que la asistencia al Programa en Envigado es superior con respecto la de Colombia.

## **7.2. Edad del niño y la asistencia**

El porcentaje de asistencia entre los niños menores de cinco años y los mayores de esta edad hasta los nueve años es muy diferente, mientras que en el primer grupo, la asistencia es muy alta, en el segundo ocurre lo contrario; además, la edad mediana de los niños que no asisten es de 7 años y muchos cuidadores consideran que la edad límite hasta la cual es ofrecido el Programa son 5 años; también los cuidadores dicen que una de las razones por las cuales no llevan al niño es porque consideraban que no aplicaba por la edad. Son resultados, que evidencian que quienes tienen mayor inasistencia son los niños entre 5 a 9 años. Este evento fue similar al encontrado en Canelones, Uruguay, donde la asistencia es mayor en tanto el niño tiene menos edad y viceversa (9).

Aunque casi la mitad de los cuidadores en general dicen que el Programa es solo hasta los 5 años, los cuidadores hombres saben menos acerca de la edad límite para acceder al Programa que las mujeres, quienes acertaron con mayor proporción frente a la edad límite para asistir; esta comparación por sexo, según la revisión bibliográfica, no fue encontrada en otros estudios para poder hacer un análisis del comportamiento.

Por otra parte se encuentra que hay una relación entre la EAPB SURA y un grupo importante de niños que no asisten al Programa, así, el estudio indica que es casi 7 veces más posible que un cuidador de un niño que este afiliado a la EAPB SURA mencione que la razón de no asistencia es porque cree que la edad límite para asistir es inferior a 9 años, que un cuidador de un niño que este afiliado a la EAPB Comfama; de acuerdo a la plataforma SISPRO del Ministerio de Salud para el año 2014, más cercano al año de este estudio, el porcentaje de menores con ingreso al Programa de Crecimiento y Desarrollo de la EAPB SURA y para Envigado fue de 67,01%, aunque este número a lo largo de los años ha ido en incremento llegando en el año 2016 a 79,71%(58), de igual forma denota que hubo un porcentaje importante de niños que aún no accedían al Programa.

### **7.3. El sistema de salud y la asistencia del niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

Los municipios y ciudades se transforman hacia territorios con mayor acceso a tecnología, más desarrollo industrial, la oportunidad de tener empleo formal, las personas tienen más acceso a los servicios de salud, educación, transporte, condiciones básicas de saneamiento. Esta posición de desarrollo que tienen algunos municipios como Envigado, donde el índice de condiciones de vida para el año 2016 fue de 73,62, Necesidades Básicas Insatisfechas en hogares 2,32, y la tasa de desempleo se ubicó en un 3,57%(56), indicadores que comparados con los de Colombia y Antioquia, tienen mejor resultado; hace que mucha de la población de este municipio se encuentren laborando, y por tanto, estén afiliados al Régimen Contributivo o Especial, y hace, además, que la mayoría consulten en IPS que se encuentran en jurisdicción del municipio, como se evidencio en el estudio.

Ocho de cada diez niños están en el Régimen Contributivo, conversa este resultado con el expuesto de manera anual por la Dirección de Gestión de Conocimiento de la Secretaría de Salud de Envigado, quien en su publicación del año 2016 se mostró que el 70,2% de la población estaba afiliada a este régimen en salud (56). De forma similar ocurre con el hallazgo de mayor proporción de niños que son de la EAPB SURA, para la Secretaría de Salud esta fue de 35,5% (56). Podría indicar entonces la fuerza que se debe realizar, en las EAPB del Régimen Contributivo, para la funcionalidad del Programa de Crecimiento y Desarrollo.

También se encontró que, es más posible que un niño del Régimen Contributivo y Especial (1,32 veces) no asista que uno que está en el Régimen Subsidiado o como Población Pobre No Asegurada –PPNA-, es decir, la asistencia parece estar un poco más relacionada con niños que están en Régimen Subsidiado y PPNA; esta situación podría estar conexas con la articulación que tienen las Empresas Sociales del Estado (ESE Santa Gertrudis que atiende la población del régimen subsidiado) con los programas de Atención Primaria en Salud –APS-. Además, la población que atienden corresponde a familias con puntajes inferiores (mayor vulnerabilidad socioeconómica) en la encuesta SISBEN, lo cual, como se revela más adelante, constituye un factor asociado con la asistencia, es decir, se encuentra más asistencia al Programa en personas que viven en estratos bajos y medios.

Por EAPB la asistencia es mayor en la EAPB Comfama, la cual se encarga de la población del Régimen Subsidiado. También, es importante mencionar que el porcentaje de asistencia es mayor para aquellos que consultan en Envigado que aquellos que consultan en otros sectores del Área Metropolitana y es más posible que un niño que consulte en este municipio vaya al Programa que uno que consulte por fuera de él, lo cual indica que a pesar del porcentaje de no asistencia, Envigado se puede situar por encima de otros municipios del Área Metropolitana.

#### **7.4. El cuidador y la asistencia del niño al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

En el estudio casi una cuarta parte de los niños son cuidados por los abuelos/as y un 6% por tíos y otros parientes, no obstante también resultó un porcentaje importante de mujeres, predominando más la madre (63,8%), que cuidan el niño, y más de la mitad tienen como ocupación principal ama de casa, lo que indica que una buena porción de niños están siendo cuidados por la madre; de manera similar en Colombia para el año 2010, en la encuesta de demografía y salud se encontró que quien principalmente cuida del niño es la madre (82%)(6) (Cuando está en el hogar), seguido de los abuelos (10%).

En el presente estudio, de los cuidadores tíos y otros parientes llevan menos al niño al Programa, mientras que padres, madres y abuelos lo llevan más; también la posibilidad de que cuidadores en edades menores a 30 años lleven al niño al Programa es mayor comparado con otros grupos de edad. En tanto en la investigación sobre inasistencia al Programa en una IPS de Envigado realizado en el año 2013, se encontró que entre los niños que no asisten el 50% no eran los padres (10), esta relación parece indicar que un determinante de la asistencia es el estar al cuidado de los padres; aunque en la ENDS 2010 se encuentra que los niños cuidados por los abuelos eran los que más asistían al Programa (6), así pues para Envigado la asistencia parece estar marcada por el ser padre o madre del niño y más aún por la edad que tiene el cuidador siendo mejor cuando estos tienen edades inferiores a 30 años.



La mayoría de los cuidadores fueron casados (44,7%), sin embargo, al discriminar entre mujeres y hombres después de casados los hombres estaban más en unión libre y las mujeres más solteras lo que demuestra una proporción de mujeres que son cabeza de familia. El promedio de edad de los cuidadores estaba entre 31 y 50 años.

Aunque no muchos de los cuidadores estaban estudiando, sobresale que tres de cada diez tienen estudios superiores y que otra tercera parte tiene bachillerato completo, lo que nos indica que predomina en los cuidadores una formación intermedia, y se presenta que los hombres tienen un nivel de estudios superior que las cuidadoras mujeres; aquellos que tenían nivel universitario, técnico o bachillerato reportaron mayor asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo de sus niños, que aquellos que tenían primaria o eran iletrados.

La OMS dice que “39 puntos porcentuales más es la prevalencia de retraso en el crecimiento entre las madres que no han recibido educación comparado con aquellos cuyas madres si recibieron educación secundaria o alcanzaron niveles de enseñanza superiores” (46). Así, parece existir una influencia del nivel educativo en la decisión de llevar o no al niño, en el actual estudio se halló que hay más posibilidad de que un cuidador lleve al niño si está estudiando actualmente que los que no lo hacen.

### **7.5. El estrato socioeconómico y lugar de residencia**

En el actual estudio, la asistencia es mucho mayor en estratos bajos, es decir 1 y 2 comparado con el resto de estratos, así, es casi dos veces más posible que un niño que vive en estratos altos no asista que uno que vive en estrato bajo. Esta condición pudiera estar relacionado con que cuidadores que viven en estratos altos pueden llevar a sus niños a consultas al pediatra u otros que ellos consideran que reemplazan la consulta del Programa, probablemente los cuidadores de estos estratos acuden a consultas particulares para que lleve cuenta del estado del niño; en el estudio en una IPS de Envigado, por ejemplo, el 24% de los padres no llevaban al niño porque lo llevan a controles particulares (10) . El acceso a este tipo de consultas especializadas está más restringido para estratos medios y bajos dado que sus costos se deben asumir de manera

particular, la opción entonces para las personas que viven en estratos medios a bajos, no menos importante, es la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo.

En Canalones, México, las probabilidades de inasistencia al programa del niño se aumentaron a 50% cuando se trataba de hogares en condiciones de pobreza (9). En otras investigaciones también se ha descubierto la asociación entre la inasistencia y las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, sin embargo en el estudio actual ocurre lo contrario; los programas de protección social que tiene la nación y el municipio de Envigado, seguramente aportan a esta particularidad, por ejemplo, Más Familias en Acción, programa para la extrema pobreza, condiciona la entrega de subsidios a través de la asistencia de niños menores de 10 años al Programa (37), muchos niños más vulnerables participan en los programas de madres comunitarias, hogares infantiles o centros de desarrollo infantil, los cuales dentro de sus políticas de funcionamiento exigen a los padres tener los esquemas completos de vacunación y estar al día con los controles de crecimiento y desarrollo.

También la estrategia de AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia), ayuda a promover la práctica número 4, *Promover el desarrollo mental y social del niño* (59) a través de, no solo la estimulación de los padres a los niños, sino de la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo. A través de Atención Primaria en Salud del municipio en su Programa Familia Saludable, se evalúan los integrantes y se realizan remisiones directas a las EAPB cuando, al encontrarse un niño menor de 10 años, no está inscrito o no está asistiendo periódicamente a los controles del Programa de Crecimiento y Desarrollo; este programa prioriza familias que reciben otros subsidios del municipio especialmente (60), es decir hogares con características de vulnerabilidad o que puntúan bajo en la encuesta SISBEN. De tal forma que, en el municipio existen variadas herramientas para promover la consulta al Crecimiento y Desarrollo de los niños, especialmente de familias vulnerables por ser la prioridad del Estado para estos programas y también por la difícil accesibilidad a familias que viven en estratos altos.

Estos programas de apoyo, atención y acompañamiento a la infancia se desarrollan especialmente en zonas como la 3 y 6. En el estudio se

observa una concentración de los niños básicamente en las zonas 9, 6 y 3. En la 6 y 3 se reportan mejores porcentajes de asistencia. Estas zonas son de especial atención en programas de protección social debido a que concentra un número importante de niños en primera infancia y además predominan condiciones socioeconómicas medias y bajas.

En el actual estudio, se reporta participación baja de las zonas 2, 4 y 5 caracterizadas por ser de estratos de medios a altos, debido no solo a que concentran un número menor de niños, sino además por las dificultades en la recolección de datos como no permitir entrar a parcelaciones, urbanizaciones y negación de las personas a participar.

#### **7.6. Percepción de los cuidadores sobre el Programa de Crecimiento y Desarrollo**

En general los cuidadores que han llevado alguna vez al niño al Programa, tienen una percepción positiva de este, en relación con los espacios y las necesidades de información; consideran además, que aporta al desarrollo del niño y que el personal es amable y tiene empatía. Estas condiciones son importantes para aportar a la adherencia de este tipo de programas pues la motivación principal de los padres en estos espacios, como también se encontró en el estudio, es que les enseñen pautas de crianza y que las actividades que allí se desarrollen le aporten al proceso de crecimiento y desarrollo de sus niños.

En estudios similares, en una IPS de Envigado, los acudientes asisten al programa con un interés por “aprender y poner en práctica” (10), el 78% de los que participaron en este estudio califican la atención del programa como excelente (10).

Estos espacios que son responsabilidad de las EAPB y que ejecutan a través de sus Instituciones de Salud son esenciales para guiar en una tarea de crianza; de la calidad de estos depende la motivación de los padres o cuidadores para asistir, y muchas veces hace que las condiciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sean efectivas en el entorno familiar. Se puede indicar al final, que en Envigado la aceptación de los cuidadores de los niños con respecto al Programa de Crecimiento y Desarrollo es positiva; este programa es considerado como

importante por el cuidador, reflejado además por un alto porcentaje (94%) de estos que manifestaron que recomendaría el Programa.

Sin embargo, en otros estudios realizados en Medellín, donde el tema fundamental que se exploró fueron los significados que encuentran los padres en las actividades educativas en los Programas de Crecimiento y Desarrollo, se resaltó, que aunque los padres aceptan el Programa, cuando se indaga más profundamente por las percepciones de la información transmitida, se observa que mientras los profesionales de la salud se esfuerzan porque los padres aprendan y apliquen lo que ellos les enseñan, los padres por su parte lo que quieren es socializar, que validen sus prácticas, es decir, un ejercicio más interactivo y de intercambio de conocimientos que una simple instrucción (11). Aunque en el presente estudio no se profundiza en estos significados e interpretaciones que tienen los padres, vale la pena retomarlo, ya que, precisamente estos espacios deben ser de intercambio de ideas, que obedezcan a las necesidades reales de los padres y menos punitivos y unidireccionales.

En el presente estudio se encontró que, es más posible que un cuidador que tiene una percepción aceptable del Programa lleve al niño que uno que no la tiene; esta evidente coherencia entre aceptación del Programa y asistencia, aunque se asocia significativamente, no parece ser suficiente para que los cuidadores lleven a sus hijos al Programa, pues a pesar de que nueve de cada diez tienen buena aceptación del Programa, cinco de cada diez no asistieron con los niños en el último año.

Finalmente, es importante resaltar, que las Instituciones de Salud han cumplido una función esencial en la demanda inducida e información respecto al Programa que reciben los usuarios, en el estudio se encontró una mayoría (86%) que manifestaron que quien les motivo a llevar al niño al Programa alguna vez fue la misma Institución de Salud.

## **7.7. Razones para la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

Ocho de cada diez cuidadores llevan al niño al Programa justificando que este es un espacio donde evalúan el crecimiento y el desarrollo, lo cual es

acertado con uno de los propósitos de este Programa, según la norma técnica implica “ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades” (12).

Otra razón que también aluden los cuidadores es que enseñan pautas de crianza, así, estos espacios son percibidos como un lugar donde pueden aclarar sus inquietudes acerca de los cuidados o de las conductas a seguir frente a las diferentes situaciones que se presentan en la etapa de levantamiento y acompañamiento en el crecimiento. Llama la atención que las mujeres van más al Programa para que les enseñen pautas de crianza y los hombres lo aluden en menor proporción, tal vez, tenga relación con que la madre es quien está más al cuidado de los niños y por tanto le interese más esta área, de forma similar aquellos que viven en las zonas rurales indican esta razón menos que el resto de las zonas, así mismo ocurre con el trabajador independiente.

En menor medida los cuidadores llevan a sus hijos porque es un requisito de hogar infantil, este panorama muestra que en su mayoría los cuidadores tienen una conciencia más clara frente al significado del Programa, es decir, que lo llevan porque observan una utilidad en este; lo que indica que existe un acercamiento a los significados del Programa y por tanto que lo reconocen un espacio importante.

Aquellos cuidadores que aluden llevar al niño porque es un requisito de hogar infantil están más en el Régimen Contributivo y en la EAPB SURA, generalmente los padres que trabajan deben dejar al cuidado de sus hijos a hogares infantiles o a guarderías, además, usualmente los niños afiliados al Régimen Subsidiado los padres no trabajan y por tanto estos tienen la posibilidad de brindar el cuidado en el hogar.

## **7.8. Razones de no asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo**

La primera razón de no asistencia que más mencionan los cuidadores es que hay dificultades de acceso a la Institución de Salud donde consultan, después de esta razón el no saber la periodicidad de los controles y después de esta, los cuidadores no saben que el programa es hasta los 9 años. Relacionada con que no conozcan la periodicidad de los controles

están los que se quedan esperando a que le den la cita, muchas de las razones encontradas en la entrevista a los cuidadores están relacionadas con el funcionamiento del sistema de salud (dificultades de acceso, se queda esperando a que lo llamen, no saben algunas características del programa como la edad hasta la cual es ofrecido este, o la periodicidad de las citas, dificultades de afiliación al sistema).

También, hay un grupo de razones que tienen relación con la voluntad e iniciativa de los cuidadores, por ejemplo, mencionaron que no tenían tiempo o que no tenían la disposición para hacerlo. Y aunque el Programa es gratuito, algunos cuidadores manifestaron que no tenían dinero, posiblemente para el desplazamiento, o que vivían muy lejos del lugar, aunque en general en el área Urbana hay muy buen acceso a los servicios de salud, algunos de estos cuidadores prefieren llevarlo al médico particular.

En la relación de las variables del niño con las razones de no asistencia, llama la atención como un porcentaje de los niños que están en Régimen Subsidiado no les llevan por falta de tiempo o disposición, este fenómeno pudiera estar relacionado con la gran demanda de tiempo que implica el cuidado y crianza de los niños.

Las madres que trabajan son las que más aluden no llevar al niño por no saber la periodicidad de los controles, esto pudiera estar relacionado con que las ocupaciones le quitan tiempo para dedicarse al cuidado de sus hijos y por tanto para mantenerse el día con los procesos de cuidado.

Hay más posibilidad de que un cuidador que vive en estratos altos no lleve al niño porque no sabe la periodicidad de los controles. Las familias que viven en estos estratos muchas veces son alejadas del funcionamiento de los programas que tienen las IPS porque asisten a instituciones de salud cubiertas por medicina pre pagada, tienen sus médicos particulares, igualmente el estudio también encontró que quienes viven estratos 2, 4 y 5 tienden a no asistir más por esta razón que los que viven en la zona rural, en estas zonas están ubicados en mayor medida los estratos altos.

Entre los cuidadores con una edad igual o superior a 30 años hay menos que refieren que no lo llevan porque desconoce la periodicidad de los controles, los de 31 años y más mencionan esta razón más veces, tendrá alguna relación con que si son madres adolescentes generalmente están

en programas de protección social por la condición específica, por ejemplo, están en hogares FAMI, o si están en el sistema educativo desde allí les aconseja la asistencia al Programa. Los cuidadores que viven en la zona urbana mencionaron más esta razón que los que viven en la zona rural.

Una de las ultimas razones que se analizaron, es aquella que tiene relación con que los cuidadores consideran que la edad límite para asistir al Programa es una diferente a 9 años, allí se encontraron datos muy interesantes, por ejemplo, que en los estratos altos casi no se presentó esta razón, pero en los estratos bajos si, también que en las zonas rurales y en las 7,8 y 9 hay más posibilidad de que esta razón se presente que en las zonas 2,4 y 5.

Y finalmente hubo varias relacionadas con atención en el sistema de salud, de manera que los niños que están en el Régimen Contributivo tienen más posibilidad de no asistir por esta razón y cuando se desglosa por EAPB e IPS, SURA y CIS Comfama (esta última es la institución prestadora de servicios de la EAPB SURA) tienen 7 y 2 veces más posibilidad de que un niño no asista al Programa de Crecimiento y Desarrollo por esta causa. Lo que se encontró, indica claramente que es la EAPB SURA y la IPS CIS Comfama quienes de forma más frecuente tienen afiliados que consideran que el Programa tiene como límite otra edad diferente a los 9 años, como por ejemplo 5 años, 6 o 7 años.

Lo hombres cuidadores mencionan con mayor frecuencia que la razón de no asistencia son las dificultades de acceso al sistema de salud, en tanto, las cuidadoras femeninas argumentaron más que no llevaban los niños porque el niño ya había sobrepasado la edad límite para acceder.

### **7.9. Factores que explican la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, análisis multivariado**

El ser cuidador de 30 años o menos aumenta la posibilidad de llevar al niño al Programa, tener la percepción de que el personal es amistoso y genera confianza también, son estas las que explican más la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en Envigado. En un estudio similar

realizado en Envigado, se encontró que a menor edad de los cuidadores hay más inasistencia al Programa, así, el promedio de edad de los que sí lo llevaba era de 31 años mientras que aquellos que no lo llevaban era de 40 años (10).

La percepción positiva de las condiciones del Programa, parecen ser importantes en el mantenimiento de un grupo constante y adherido a la asistencia; en un estudio Etnográfico en Buenos Aires, detectaron como las madres que asistían al Control del Niño Sano estaban más a gusto cuando el Pediatra tenía un trato especial con ellas y sus hijos; "consideran que un "buen" pediatra es aquel capaz de entablar un vínculo afectivo y personalizado con ella y sus hijos/as, así como hacerse entender y dejarlas tranquilas frente a las preguntas que le formulen (42).

También, las madres consideran que el trato, el saludo, que se dirijan con nombre propio al cuidador, hace que se sientan más a gusto con el Programa; que se genere confianza a través de la interacción de la Enfermera con la madre y no meramente que se vuelva un control "centrado en los procedimientos", "rápido y mecánico", así lo lograron detectar en una observación sistemática que se realizó a la Consulta del Niño Sano realizada por Enfermeras en México (61). Y así entonces para el Programa en Envigado es importante que el personal genere lazos de confianza, que sea amable, pues determina la asistencia de las personas cuidadoras con sus niños.

De otro lado la edad del niño estuvo relacionado con la no asistencia al Programa, así hay 12 veces más asistencia en los menores de 5 años que en los niños de 6 a 9 años, también tener otra EAPB diferente a Comfama o SURA aumenta la posibilidad de no asistir, y finalmente el no tener una idea acertada de la edad límite para llevar al niño al Programa, también constituyo otro factor determinante en la asistencia. La edad del niño con la creencia de que el Programa es hasta los 5 años tiene íntima relación, así, si los cuidadores consideran que el Programa es hasta los 5 años, cuando los niños tengan una edad mayor no les van a llevar.

Parece que hay una percepción de un grupo grande de personas que consideran que la atención en el Programa es solo para los menores de 5 años. Llama la atención incluso como en la Encuesta de Demografía y Salud -ENDS- la medición de la asistencia al Programa de Crecimiento y



Desarrollo solo se hace hasta los 5 años de edad (6), en otros países por ejemplo el programa es hasta los 5 años, como en Perú, en Chile, en México.

Con esto también, se ha podido observar como a menor edad del niño más posibilidad de asistencia a los programas de atención infantil, en una encuesta realizada por la UNICEF en Canelones, Uruguay encontraron que “los niños mayores de dos años triplicaron la probabilidad de no asistir al control en el servicio de salud respecto a los menores”(9), este suceso pudiera estar relacionado con la necesidad de protección y cuidado que requieren los niños con menor edad como los recién nacidos, razón por la cual además los controles en los programas de niño sano o controles de salud infantil son más frecuentes en el primer año de vida, en Perú por ejemplo los controles son cada mes hasta cumplir el año(62) y en Chile cada mes hasta los seis meses y hasta el año cada dos meses (63), y en Colombia para los menores de un año se deben hacer 4 controles(12); en la medida que aumenta la edad del niño los controles son más espaciados.

A pesar de ello no se puede desconocer la importancia de los controles en edades superiores, donde los niños afrontan diversas dificultades que deben ser orientadas, las cuales continúan siendo la malnutrición, las violencias, relacionamiento de pares en la etapa escolar, las alteraciones visuales, auditivas, las vacunas como el VPH para Colombia, algunas inquietudes que pueden ir surgiendo de la sexualidad, entre otras situaciones relacionadas con el crecimiento y desarrollo que requieren orientación de profesionales. Esta diferencia marcada entre la asistencia y los grupos de edades supone un aporte inmenso al gran porcentaje de niños que no van a este Programa.

Todas estas condiciones de no asistencia están relacionadas con el funcionamiento del sistema, tanto porque hay una relación con la EAPB de afiliación del niño como porque los usuarios no tienen información certera sobre la edad de acceso al Programa, así pues, estos factores determinantes de la asistencia al Programa deberán tenerse en cuenta para fortalecer la información del acceso a los programas de detección temprana y también realizar seguimiento, y analizar la estructura del programa al interior de las EAPB, con el fin de analizar los protocolos de acceso especialmente aquellos que tengan que ver con la edad de acceso,

los mecanismos de oferta de este Programa a menores de 5 años como a mayores de 5 años.

## **8. CONCLUSIONES**

Cuatro de cada diez niños en el municipio de Envigado, no asistieron en el último año al Programa de Crecimiento y Desarrollo, un porcentaje muy alto, si se tiene en cuenta que hace más de una década este programa existe, que es de obligatorio cumplimiento por parte de las EAPB, que es un derecho para todos los niños menores de 10 años y que comparado con la meta de cobertura total que plantea la Resolución 4505 de 2012 no alcanza niveles óptimos.

Los cuidadores principales de los niños suelen ser de sexo femenino, con parentesco madre. Sin embargo, se observa como los cuidadores hombres, a pesar de que en la historia la tarea de cuidado se ha delegado a la mujer, hoy asumen cada vez más este rol, el 6,3% de los cuidadores eran los padres y el 11,8% los abuelos.

Predomina las cuidadores entre 25 y 39 años, siendo más elevada las mujeres que están entre los 30 y 34 años, un hallazgo muy coherente con la edad media de fecundidad en las mujeres en Envigado, la cual, actualmente (año 2017) está entre 30,3.

Tanto los hombres como mujeres cuidadoras son mayormente casados; sin embargo, después de este estado civil, los hombres viven más en unión libre y las mujeres son en mayor proporción solteras. Lo que denota que las mujeres actualmente asumen solas la responsabilidad de cuidado, además, de demostrar la permanente desigualdad de condiciones entre hombres y mujeres.

Uno de cada cinco de los cuidadores principales, tiene estudios universitarios, lo que demuestra el avance en el nivel de estudios de las personas que residen en Envigado. También, se encontró que de los hombres, hay mayor proporción que tienen estudios universitarios en tanto de las mujeres, hay mayor proporción que tienen bachillerato, lo

que demuestra una vez más, que aún permanece la desigualdad de acceso a la educación entre mujeres y hombres.

La asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo es mayor cuando los cuidadores tienen como nivel educativo, bachillerato, nivel técnico o universitario, en tanto de los cuidadores que tienen primaria o son iletrados es menor el porcentaje.

Tienen más posibilidad de estar activos en el Programa de Crecimiento y Desarrollo, los niños que consultan en una IPS de Envigado que aquellos que consultan en otros municipios. Esto lleva a concluir que, a pesar que en Envigado hay baja asistencia al Programa, en otras IPS fuera de Envigado, puede existir coberturas mucho más bajas.

Es casi dos veces posible que un niño que viva en estrato alto no asista al Programa que uno que vive en hogar de estrato bajo, lo que indica que hay más asistencia entre los niños que viven en estratos de medios a bajos, que los que viven en estratos altos.

Aquellas personas cuidadoras que no asistieron con el niño al Programa manifestaron diversas razones, la de mayor proporción es que han tenido dificultades de acceso a la IPS; y la segunda más representativa es que desconoce los tiempos de los controles. Todos estos factores relacionados con el funcionamiento del Sistema de Salud.

Los cuidadores más jóvenes y aquellos cuidadores que tienen una buena percepción del Programa llevan más a los niños al Programa y se encontró en el estudio que estos dos factores son los que más protegen frente a la no asistencia.

La opinión de los cuidadores frente a variables de la calidad de la atención en el Programa de Crecimiento y Desarrollo como amabilidad, espacios acordes y aportes del Programa al desarrollo del niño, fueron en general muy positivas, quienes tienen este concepto tienen más probabilidad de asistencia al Programa, lo que indica claramente la relación que existe entre mantener una población satisfecha con la atención y la asistencia a programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad.

La edad del niño, el estar afiliado a otra EAPB diferente a EAPB -Comfama y EAPB SURA, y la falta de claridad en la edad para acceder al Programa,

constituyeron los factores que más explicaron la no asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en Envigado.

La edad del niño fue determinante en la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo, mientras los menores de 5 años tuvieron una asistencia alta los mayores de 5 no. Asociado a esta condición estuvo la creencia de que el Programa es solo hasta los 5 años. Lo que pone en evidencia un limitante en el acceso al sistema de salud y la falta de claridad en la información que tienen los cuidadores.

Las razones de no asistencia más presentadas están relacionadas con la importancia que el cuidador encuentra del Programa, como la valoración que allí se hace o a la enseñanza de pautas de crianza. En tanto, aquellas personas cuidadoras que no asistieron con el niño al Programa, manifestaron razones relacionadas con el funcionamiento del sistema de salud.

## **9. RECOMENDACIONES**

Es importante fortalecer la atención, por parte de las EAPB e IPS, de los niños mayores a los 5 años, enfocándose en la búsqueda de coberturas por grupos de edad del Programa de Crecimiento y Desarrollo, acciones de demanda inducida y de mecanismos de difusión de las características del Programa.

Promover el reconocimiento del Programa de Crecimiento y Desarrollo en la comunidad, especialmente en aspectos relacionados con los rangos de edad para acceder, así como la importancia de los mismos especialmente para cuidadores en edades adultas o adultos mayores. Esta difusión puede ser abordada desde los programas municipales de atención a la infancia como Familia Saludable, AIEPI, IAMI, Centros de Desarrollo Infantil y Hogares Infantiles, Centros de Encuentro Ciudadano, estos últimos, dedicados a la atención integral del adulto mayor.

Estimular en las familias la participación de la segunda infancia, en el Programa de Crecimiento y Desarrollo, reconociendo su importancia y facilitando el acceso desde las IPS y de las EAPB, a través de estrategias

comunicativas masivas y articulación con programas de atención a la familia.

Promover la atención con calidad en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, haciendo énfasis en la atención y comunicación de los profesionales y demás personal que participa en el Programa, dado que cuando el personal es amistoso y genera confianza promueve notablemente la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Estas acciones pueden abordarse desde los Programas de humanización de servicios que se desarrollan actualmente; también, a través de políticas institucionales internas en las IPS y a través de encuentros de asesoría y asistencia técnica que deben realizar las entidades territoriales con las EAPB e IPS de su jurisdicción.

Se recomienda a la Entidad Territorial y otros actores interesados, profundizar en otros aspectos del Programa, como aquellos relacionados con las características que influyen en que personas cuidadoras menores de 30 años lleven más a los niños al Programa de Crecimiento y Desarrollo; o sobre la utilidad del Programa en la crianza y significados del cuidador frente al Programa, que permita vislumbrar, como en otros estudios, las necesidades y expectativas reales de las personas cuidadoras respecto a este espacio de promoción de la salud en la infancia.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dirección General de Promoción y Prevención M de S. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. Anexo Técnico Resolución 412 de 2000 [Internet]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion alteraciones del crecimiento.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion%20alteraciones%20del%20crecimiento.pdf)
2. Dirección de Salud Pública; Secretaria de Salud de Envigado, Alcaldía de Envigado. Informe de auditorías a las IPS sobre la implementación de las Normas Técnicas de la Resolución 412 de 2000. Envigado (Colombia): Secretaria de Salud; 2012.
3. Secretaría Seccional de Salud de Antioquia. Base de datos del Sistema de Información de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- Departamental. Medellín (Colombia): Secretaría Seccional de Salud de Antioquia; 2012.
4. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución número 3384 de 2000,. 2000.
5. Peñaranda F, Bastidas M, Ramírez H, Lalinde MI, Giraldo Y, Echeverry SL. El Programa de Crecimiento y Desarrollo: otro factor de inequidad en el Sistema de Salud. Rev Fac Nac Salud Pública 2002; 20 (1).
6. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS, Salud Materno Infantil. Colombia; 2010.
7. Estrada V, Sanmartín V, Barragán A. Motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul. Caldas- Antioquia; 2010.
8. Ageitos ML. El niño sano. Boletín PROAPS REMEDIAR. Septiembre de 2005; 3(19).
9. Bove I. Encuesta de crecimiento, desarrollo y salud materna en Canelones. Montevideo; 2012.
10. Henao CM, Fernández DYB. Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo. Rev CES Salud Pública. 2013;4(1):4-11.
11. Bastidas-Acevedo M, Torres-Ospina JN, Arango-Córdoba A, Escobar-Paucar G, Peñaranda-Correa F. La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso hacia su cualificación. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. Diciembre de 2009; 14(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500034>
12. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 412 de 2000 de febrero de, 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Colombia: Ministerio de Salud; 2000.

13. Dirección de Estadísticas e Información; Secretaria de Salud de Envigado, Alcaldía de Envigado. Informe de seguimiento a las matrices de programación de las normas técnicas de detección temprana y protección específica. 2012.
14. Alcaldía de Envigado. Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015 de Envigado. Envigado (Colombia): Alcaldía; 2012.
15. Objetivo 3: Buena salud [Internet]. El PNUD en Colombia. [citado 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/post-2015/sdg-overview/goal-3.html>
16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
17. Posada Á, Gómez JF, Ramírez H. El niño sano. 3ra ed. Panamericana; 2005.
18. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Finlandia; 1964.
19. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No 008430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud oct 4. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
20. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. ¿Por qué es tan importante el desarrollo del niño en la primera infancia? [Internet]. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index\\_40748.html](http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_40748.html). Consultado: 16 de octubre de 2014.
21. Organización Mundial de la Salud Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe subsanar las desigualdades en una generación. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A.; 2009.
22. UNICEFT. Para la vida: con consejos sobre: maternidad sin riesgos, lactancia materna, desarrollo infantil, nutrición y crecimiento, inmunización, diarrea, paludismo, VIH/SIDA y mucho más. New York; 2002.
23. Muzzo S. Crecimiento normal y patológico del niño y del adolescente. Rev. chil. nutr. 2003; 30(2): 92-100.
24. Vásquez Garibay EM, Ortiz Ortega MÁ, Romero Velarde E, Nápoles Rodríguez F. Factores de riesgo de retraso en el crecimiento lineal en niños de 12 a 120 meses de edad en Arandas, Jalisco, México. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 2008; 58(4):336-42.
25. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/childhealth.shtml>.
26. Correa J, Gómez JF, Posada R. Fundamentos de pediatría. Segunda Ed. Medellín, Colombia: CIB; 1999.

27. Max-Neef MA, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones [Internet]. Icaria; 1994. (Antrazyt: Economía solidaria). Disponible en: <https://books.google.es/books?id=SwBI5d90f1AC>
28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Evaluación del crecimiento de niños y niñas [Internet]. Primera. Argentina; 2012 [citado 16 de septiembre de 2018]. 86 p. Disponible en: [http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion\\_24julio.pdf](http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf)
29. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2121 de 2011, Por la cual se adoptan los Patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad y se dictan otras disposiciones. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2011.
30. OMS, OPS, UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. URSS; 1978. En.
31. Ramírez H, Bastidas M, Peñaranda F, Isabel L, Echeverry SL, Giraldo Y. Evaluación del proceso de implementación del programa Salud Integral para la Infancia «SIPI» o crecimiento y desarrollo, en el municipio de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2002; 20(1): 89-99.
32. Ministerio de Salud Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años de la Resolución 412 2000.
33. Universidad de Antioquia. Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias01.pd>.
34. Onís M., Garza C., Victora C., Onyango A., Frongillo E. y Martines J. El Estudio Multi-centro de la OMS de las Referencias del Crecimiento: Planificación, diseño y metodología. Food and Nutrition Bulletin, 25 (1) S15-S26 © 2004.
35. Ministerio de Salud y Protección Social C. Resolución 4505 de 2012. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. [Internet]. 4505. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-4505-de-2012.PDF>
36. Ministerio de Salud y Protección Social D de E y D. ABECÉ Resolución 4505 de 2012 [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/abece-resolucion-4505.pdf>
37. Departamento de la Prosperidad Social. Manual operativo más familias en acción. Bogotá; 2013.



38. Congreso de Colombia. Ley 1532 de 2012, por medio de la cual se adoptan unas medidas de política y se regula el funcionamiento del Programa Familias en Acción.
39. OMS, OPS. Guía para formular el Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI. Washington, D.C; 2008.
40. Dirección de Salud Pública; Secretaria de Salud de Envigado, Alcaldía de Envigado. Proyecto para la implementación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia –AIEPI-. Envigado (Colombia): Secretaria de Salud; 2012.
41. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en antioquia. Antioquia; 2010.
42. Scavino C. Aprendizajes y formas de participación: la consulta de control de niño sano como sistema de actividad. Anu Investig. 2003; XV: 151-8.
43. Peñaranda F. Blandón L. la educación en el programa de crecimiento y desarrollo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2006; 24 (2).
44. Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico, experiencia basada en la evaluación del programa de crecimiento y desarrollo. 1ra ed. Medellín, Colombia: Carreta Editores E.U. : Universidad de Antioquia; 2010.
45. Flores-Peña Y, Ortiz-Félix RE, Cárdenas-Villarreal VM. Maternal perceptions on Well Child Care. Rev Lat Am Enfermagem 2012; 20(2): 274-81.
46. Foren M, Gomez-Haedo M, Vivas P. Evaluación del Programa de atención al Niño en las Policlínicas Municipales año 1998. Revista chilena de pediatría. 2002;73(3):302-10.
47. Wormald F, Gómez M, Edwards M, Lira MI. Serie reflexiones: Infancia y Adolescencia Programa de estimulación del desarrollo infantil «Juguemos con nuestros hijos» (Implementación y evaluación). Chile; 2008.
48. Peña Y., Ortiz R., Cárdenas. Percepción de las maternas del cuidado del niño sano. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012; 20(2): [07 pantallas].
49. Alves Figueiredo GL, Coelho Pino J, Pamplona Tonete VL, Garcia de Lima RA, Falleiros de Mello D. Experiencias de familias en la inmunización de niños brasileños menores de dos años. Revista Latino-Americana Enfermagem. junio de 2011;19(3).
50. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 100 de 1993 dic 23, 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Colombia: Congreso; 1993.
51. Soto de Sanabria I. Nuevo patrón de crecimiento y desarrollo basado en niños amamantados. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. junio de 2007;70(2):37-8.
52. Alcaldía de Envigado DA de P. Encuesta de Calidad de Vida Envigado 2013. 2013.

53. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005.
54. OMS | Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) [Internet]. WHO. [citado 2 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/)
55. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS), Colombia, 2016 [Internet]. Bogota D.C., Colombia; 2016 [citado 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
56. Situación de Salud 2016 del municipio de Envigado [Internet]. Secretaría de Salud, Alcaldía de Envigado; 2017 p. 292. Report No.: 13. Disponible en: <http://www.envigado.gov.co/secretaria-salud#/situaciones-de-salud,-investigaciones-y-publicaciones/situacion-de-salud-municipal>
57. Salud - Desarrollo Sostenible [Internet]. [citado 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
58. Seguimiento a las actividades de protección específica y detección temprana Resolución 4505 de 2012 [Internet]. [citado 5 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt\\_Seguimiento/](http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/)
59. Ministerio de la Protección Social de Colombia OPS. Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia, AIEPI [Internet]. 2010 [citado 5 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1395-rotafolio-ninez-aiapi-2010&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&Itemid=688](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1395-rotafolio-ninez-aiapi-2010&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&Itemid=688)
60. Area Metropolitana S de S de E. Sistematización de la experiencia de Atención Primaria en Salud del municipio de Envigado. Envigado (Colombia);
61. Flores-Peña Y, Ortiz-Félix RE, Cárdenas-Villarreal VM. Percepciones maternas del Cuidado del Niño Sano. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. abril de 2012 [citado 30 de junio de 2018];20(2). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_09.pdf)
62. Ministerio de Salud, Republica del Peru. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo del la niña y el niño menor de cinco años [Internet]. 2017. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/RM\\_N\\_537-2017-MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/RM_N_537-2017-MINSA.pdf)
63. Control de Salud de Niño y Niña Sano en Establecimientos Educativos | Chile Crece Contigo [Internet]. [citado 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/beneficios/control-de-salud-de-nino-y-nina-sano-en-establecimientos-educativos/>