

**BARRERAS IDENTIFICADAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
A LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA DEL
MUNICIPIO DE CHOCONTÁ EN EL PERIODO 2018 -2019**



AUTORAS

FANNY NATHALIA CARVAJAL ORTIZ

ANGIE MELISSA SANCHEZ GUTIERREZ

CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD

BOGOTÁ, DC

OCTUBRE DE 2020

**BARRERAS IDENTIFICADAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
A LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA DEL
MUNICIPIO DE CHOCONTÁ EN EL PERIODO 2018 -2019**



AUTORAS

FANNY NATHALIA CARVAJAL ORTIZ

ANGIE MELISSA SANCHEZ GUTIERREZ

DOCENTE ASESORA

MARY LUZ BARRERA ORDUZ

CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD

BOGOTÁ, DC

OCTUBRE DE 2020

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso por permitirnos llevar a feliz término esta especialización para el crecimiento personal y profesional.

A nuestras familias por estar presentes en todos los momentos de nuestra vida y en especial por todo el apoyo brindado durante el desarrollo de nuestra formación académica.

A la Corporación Universitaria Iberoamericana y equipo docente de la Especialización en Gerencia de la Calidad en Salud por todos los conocimientos adquiridos.

A la Alcaldía de Chocontá en especial a la Dra. Francy Salgado por el apoyo para el desarrollo de este trabajo de grado.

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
INTRODUCCION	8
1. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO	9
1.1 Problema de investigación	11
1.2 Objetivos	11
1.2.1 Objetivo general	11
1.2.2 Objetivos específicos	11
1.3 Justificación	11-13
2. MARCO DE REFERENCIA	14
2.1 Marco Teórico	14-20
2.2 Marco Conceptual	21-23
3. MARCO METODOLOGICO	23
3.1 Tipo de Estudio	23
3.2 Población	23
3.3 Procedimientos	24
3.4 Técnicas para la recolección de información	24
3.5 Técnicas para el análisis de la información	25
3.6 Consideraciones éticas	25
4. ANALISIS DE RESULTADOS	26
4.1 Análisis de la información	26
4.1.1 Resultados y análisis de la aplicación de la encuesta	26-52
4.1.2 Análisis de las tasas de incidencias de desnutrición	52-53
4. DISCUSION Y CONCLUSIONES	53-57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS	59-62
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICAS

Gráfico 1: Marco conceptual de las causas de la desnutrición	16
Grafica 2: Distribución por sexo	26
Grafica 3: Proporción de familiares o cuidadores a cargo de los niños y niñas con desnutrición aguda.	27
Grafica 4: Proporción de nivel de escolaridad de familiares o cuidadores a cargo de los niños y niñas con desnutrición aguda.	28
Grafica 5: proporción de Ingresos económicos	29
Grafica 6: zona de residencia del niño con desnutrición aguda	29
Grafica 7: Disponibilidad de recursos económicos suficientes para gastos de transporte a citas médicas programadas:	31
Grafica 8: Tiempo de desplazamiento a la IPS Primaria desde el lugar de residencia	32
Grafica 9: Remisión del niño o niña con desnutrición al servicio de salud	34
Grafica 10: Signos y síntomas de desnutrición aguda identificados por los padres o cuidadores	35
Gráfica 11: ¿Al momento de las consultas médicas le explicaron sobre estos signos y síntomas?	36
Grafica 12: ¿Conoce usted los servicios médicos a los cuales el niño con Desnutrición tiene derecho?	37
Grafica 13: Remisión a especialidades medicas	38
Grafica 14: Prescripción de la Formula terapéutica lista para consumo	39
Grafica 15: Considera oportuna la entrega de la Formula Terapéutica Lista para Consumo o complemento nutricional	40
Grafica 16: Causas de entrega inoportuna de formula terapéutica lista para el consumo y complementos nutricionales:	41
Gráfica 17: Método de asignación de citas	42
Grafica 18: oportunidad en la asignación de citas con especialistas	43
Grafica 19: Causas de la asignación inoportuna de citas	44
Grafica 20: Percepción de la Oportunidad de la EAPB ante la autorización de ordenes médicas	45
Grafica 21: Solicitud de apoyo a instituciones para exigir el derecho a la salud	46
Grafica 22: Instituciones ante las cuales ha acudido	47

Grafica 23: Mecanismos utilizados para exigir una atención en salud negada	48
--	----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Signos y síntomas de desnutrición aguda	22-23
Tabla 2: Cronograma de trabajo	24
Tabla 3: sexo del paciente	26
Tabla 4: Proporción de nivel de escolaridad de familiares o cuidadores a cargo de los niños y niñas con desnutrición aguda.	28
Tabla 5: proporción de Ingresos económicos	29
Tabla 6: ubicación de la residencia	29
Tabla 7: Disponibilidad de recursos económicos suficientes para gastos de transporte a citas médicas programadas:	30
Tabla 8: Proporción de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	31
Tabla 9: Ubicación de la IPS Primaria	32
Tabla 10: tiempo de desplazamiento a la IPS Primaria desde el lugar de residencia	32
Tabla 11: Remisión del niño o niña con desnutrición al servicio de salud	33
Tabla 12: Signos y síntomas de desnutrición aguda identificados por los padres o cuidadores	34
Tabla 13: ¿Al momento de las consultas médicas le explicaron sobre estos signos y síntomas?	35-36
Tabla 14: ¿Considera que el niño fue atendido de manera oportuna para el tratamiento de la desnutrición?	36-37
Tabla 15: ¿Conoce usted los servicios médicos a los cuales el niño con Desnutrición tiene derecho?	37
Tabla 16: Remisión a especialidades medicas	38
Tabla 17: Prescripción de la Formula terapéutica lista para consumo	39
Tabla 18: Considera oportuna la entrega de la Formula Terapéutica Lista para Consumo o complemento nutricional	40
Tabla 19: Causas de entrega inoportuna de formula terapéutica lista para el consumo y complementos nutricionales:	41
Tabla 20: Método de asignación de citas	42
Tabla 21: oportunidad en la asignación de citas con especialistas	43
Tabla 22: Causas de la asignación inoportuna de citas	43
Tabla 23: Percepción de la Oportunidad de la EAPB ante la autorización de ordenes médicas	44

Tabla 24: Reconoce de las instancias para exigir el derecho a la salud del niño o niña	45
Tabla 25: Solicitud de apoyo a instituciones para exigir el derecho a la salud	46
Tabla 26: Instituciones ante las cuales ha acudido	46-47
Tabla 27: Mecanismos utilizados para exigir una atención en salud negada	48
Tabla 28: Análisis de las incidencias de desnutrición	52

INTRODUCCION

La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población, que afecta principalmente a los niños y a las niñas. Se caracteriza por un deterioro de la composición corporal y alteración sistemática de las funciones orgánicas y psicosociales que en algunos casos son irreversibles, dentro de las causas de la desnutrición se encuentra consumo insuficiente de calidad y cantidad, ausencia o inadecuada lactancia materna y las malas prácticas en alimentación complementaria. También las enfermedades infecciosas y otros factores de riesgo como el bajo peso materno y el bajo peso y talla al nacer. Así mismo, están relacionados con la desnutrición los determinantes sociales como; el bajo nivel educativo de los padres, los limitados ingresos económicos de la familia, las condiciones insalubres de la vivienda, las necesidades básicas insatisfechas, el hacinamiento, el bajo acceso a agua apta para consumo humano, el maltrato, el abandono entre otros. A su vez se suma la inseguridad alimentaria y nutricional dentro y fuera de los hogares, autonomía alimentaria, escasez de atención en salud

La desnutrición siendo una problemática de Salud pública para hacer precisión en los reportes de la UNICEF a nivel mundial más de 200 millones de niños en el mundo sufren algún tipo de desnutrición, En territorio colombiano de acuerdo con los informes epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud para el año 2018 nuestro proporción del 68.2% casos con desnutrición aguda y para el año 2019

Mediante la resolución 5406 del 2015, por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco años con desnutrición aguda, en pro de brindar atención integral y establecer la adherencia dicha ruta en las IPS, EAPB, diferentes entidades territoriales como las secretarías de salud, etc., donde allí indica manejo intrahospitalario o ambulatorio dependiendo del estado de complejidad del niño o niña, con respecto a lo anterior hay evidencias científicas donde muestra la baja adherencia de los profesionales en la salud, como es un estudio realizado en la

Guajira, a su vez una investigación realizada en la ESE San Martín de Porres del municipio de Chocontá Cundinamarca. Respecto al conocimiento teórico y aplicabilidad de la resolución 5406 del 2015 a nivel hospitalario el 35% sabe tratar a un menor de 5 años con desnutrición aguda, el 1.3% identifica los criterios de hospitalización y el 37% conocen el manejo ambulatorio de la desnutrición aguda, de lo anterior se relaciona que el bajo conocimiento de los profesionales sanitarios influye directamente en la recuperación nutricional del niño o niña y el no ejercer de manera oportuna y apropiada dicho lineamiento, a su vez dado que las investigadoras laboraban en el Centro Zonal de ICBF del municipio de Chocontá tras tener contacto en las modalidades de primera infancia con las niñas y niños con desnutrición aguda reportados al SIVIGILA en los años 2018 y 2019, los cuidadores y padres de familia en el marco de los seguimientos nutricionales manifestaban diferentes barreras en salud como la inoportunidad de entrega de la fórmula lista para el consumo o complemento nutricional, trámites de citas médicas y de especialistas, no contar con recursos económicos suficientes para garantizar el traslado de los niños y niñas a controles fuera del municipio, demoras en los trámites de autorizaciones, errores en las órdenes médicas, además las familias desconocen que mediante los diferentes entes territoriales como la personería, comisaría de familia, defensoría de familia, Superintendencia Nacional de Salud entre otras para hacer valer el derecho a la salud mediante mecanismos como el derecho de petición, acción de tutela, quejas, reclamos, petición, por lo anterior en esta investigación se realiza en pro de dar conocer las diferentes variables de las barreras en salud que surgen en el marco de la atención a la desnutrición aguda bajo el lineamiento de la resolución 5406 del 2015, se mostrara mediante un estudio descriptivo, no experimental, transeccional, mediante el cual se evaluaron las principales barreras para la prestación de los servicios de salud de los niños y niñas diagnosticados con desnutrición aguda en el municipio de Chocontá en el periodo 2018 -2019, a su vez acerca de este tema no se investiga de forma masiva por tanto no hay disponibilidad de referencias bibliográficas.

1. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO

1.1 Problema de investigación

¿Cuáles son las barreras para la atención en salud de los niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda en el municipio de Chocontá Cundinamarca?

Se decidió este tema para la investigación teniendo en cuenta que el lineamiento de atención a la desnutrición aguda fue reglamentado mediante la resolución 5406 de 2015 por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, para su aplicación por parte de diferentes actores como jardines infantiles, unidades de servicio del entorno comunitario, promotores de salud, ICBF, sociedad civil, entidades administradoras de planes de beneficios e IPS de distintos niveles. Sin embargo, una vez son canalizados los niños con desnutrición aguda a los servicios de salud de acuerdo con lo estipulado por el mencionado lineamiento, el sistema de salud les impone barreras en la atención médica que termina afectando su recuperación nutricional de manera oportuna. En la búsqueda bibliográfica realizada se encontró poca información relacionada con la implementación del lineamiento de atención a la desnutrición y en la universidad no se encontró en la colección de trabajos de grado un tema similar, por lo cual vemos la necesidad de iniciar el este tema de investigación partiendo del impacto de la desnutrición en la salud pública.

De otro lado, este tema se relaciona con el área de formación académica actual, ya que en otros cursos de la especialización se abordaron temas como la calidad en salud y la jurisprudencia en salud y, se ven afectadas dos características de una atención en salud de calidad el acceso y la oportunidad en los servicios y teniendo en cuenta que la corte constitucional a través de la sentencia T760 declaro la salud como un derecho fundamental, y a los niños y niñas sujetos especiales de derechos para el acceso a los servicios de salud. Otra razón para la selección del tema es la formación de pregrado de las integrantes del grupo (nutricionistas) afín al tema de la desnutrición y al compromiso y responsabilidad social que tenemos en trabajar desde todas nuestras posibilidades

para frente a la problemática de la desnutrición en el país, esta vez desde la academia y la investigación.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general:

Establecer las principales barreras para el acceso a los servicios de salud de los niños y niñas diagnosticados con desnutrición aguda en el municipio de Chocontá en el periodo 2018 -2019.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Reconocer las causas de las barreras en salud que se presentan para la atención de los niños y niñas con desnutrición aguda en el municipio de Chocontá.
- Identificar la incidencia de desnutrición aguda en el municipio de Chocontá para el periodo 2018 -2019.
- Determinar el nivel de conocimiento de los signos y síntomas de desnutrición aguda por parte de los cuidadores encuestados.

1.3 Justificación

Con el paso de los años la desnutrición aguda en niño menores de 5 años se ha convertido en un problema de salud pública. De acuerdo con la ENSIN 2015, La desnutrición sigue siendo una de las principales amenazas para la supervivencia, salud, crecimiento y desarrollo de capacidades de los niños y niñas. La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), de la falta de una atención adecuada, de la disminución en la práctica de la lactancia materna y de la aparición de enfermedades infecciosas. Sin embargo, detrás de estos determinantes singulares están otros intermedios y estructurales, como: el precio de los alimentos básicos, el desplazamiento, el deficiente acceso a agua potable y saneamiento básico, el círculo de la pobreza, el deficiente acceso a servicios de salud de manera oportuna, entre otros. Todos ellos dentro de un contexto de grandes inequidades sociales. De igual

forma, en esta etapa del curso de vida se pueden presentar deficiencias de vitaminas y minerales, especialmente de hierro, zinc y vitamina A, que pueden generar retraso de crecimiento, afectando el desarrollo mental y la capacidad inmunitaria de niños y niñas. Esto, junto a otros factores como las condiciones habitacionales inadecuadas y la alta incidencia de enfermedades infecciosas, aumenta la problemática.

Desde el punto de vista de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Erradicar el Hambre y la pobreza extrema Indicador 4. Número de niños de menores de 5 años de peso inferior al normal, Colombia aún debe continuar trabajando desde las políticas de gobierno en todos los sectores pues de acuerdo a las cifras de la Encuesta de Situación nutricional (ENSIN, 2015) la prevalencia de desnutrición aguda moderada en los menores de 5 años fue de 1.2% y severa de 0.3%, siendo esta última causa de mortalidad infantil. Aun así, Colombia continúa dentro de la meta de 5% establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre desnutrición aguda o indicador de peso para la talla. En 2015 alcanzó 2,3%, superior al 0,9% presentado en 2010.

En el año 2015 el ministerio de salud implementó la resolución 5406, por medio de la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda, en la cual se establece la ruta de atención integral a la desnutrición aguda, que involucra al sector salud a través de las EAPB e IPS y entidades territoriales. Esta ruta comprende una serie de atenciones a nivel intrahospitalario y a nivel ambulatorio en las cuales los niños y niñas con desnutrición se encuentran con diferentes barreras para el acceso a los servicios, desde la identificación de la desnutrición aguda, hasta el acceso a medicamentos y complementos nutricionales, citas médicas y de especialistas y otros tratamientos necesarios para su adecuada recuperación nutricional.

Un estudio efectuado por la UNICEF (2017) en los municipios de Maicao, Manaure, Riohacha y Uribia del Departamento de La Guajira, el cual da a conocer resultados como: el Lineamiento tiene una adherencia incompleta entre los prestadores de salud y los cuidadores de los niños diagnosticados con desnutrición aguda que son atendidos por las EAPB y su red prestadora en las zonas urbanas y rurales de los municipios objeto de esta evaluación. Las instrucciones de la Resolución y los protocolos

del Lineamiento no se implementan por completo en los procesos de las EAPB que operan en los municipios evaluados. A su vez, la apropiación de la Resolución por parte de las secretarías de salud departamental y municipal es todavía insuficiente, dicha situación genera barreras de acceso a la atención de niños, niñas menores de 5 años con desnutrición, y que no solo sucede en la Guajira sino en todo nuestro territorio colombiano.

Otra investigación efectuada en Medellín Antioquía donde aborda el acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias, el cual menciona que en comunas como San Cristóbal, Belén y Manrique se presentan situaciones como la ubicación geográfica de las IPS o EAPB dificultando el desplazamiento pero no solo involucra este aspecto, sino también desde lo social como las fronteras invisibles producto del conflicto armado y de la delincuencia común, lo cual impide el tránsito de forma segura (Restrepo, 2014). Al solicitar una cita médica ya sea por especialista o atención de primer nivel se presentan inconvenientes como la solicitud por fichas (tiquete por turno), vía telefónica, la tramitología engorrosa de las autorizaciones de procedimientos, demoras en la prescripción y entrega de medicamentos. Con relación a lo mencionado se presenta que en el municipio de Chocontá, siendo cabecera de la provincia de Almeidas del departamento de Cundinamarca los niños y niñas menores de 5 años presentan brechas para el acceso del tratamiento a la desnutrición, entre ellas : Demoras en la canalización a los servicios de salud de los niños y niñas con desnutrición aguda, demoras en la asignación de citas, asignación de citas en IPS distantes del municipio de residencia, barreras administrativas para la entrega de formula terapéutica lista para el consumo para el tratamiento de la desnutrición aguda, demoras en la entrega de medicamentos y autorización de procedimientos y citas, desconocimiento de las familias de los niños con desnutrición aguda de las instancias para tramitar quejas y reclamos por la atención inoportuna en salud, siendo esto un tema de interés y que genera impacto a la salud pública al aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años. Además, tras efectuar consultas de dicha situación no es común objeto de investigación, por tanto, con este proyecto se realiza el análisis de los factores que convergen ante esta dificultad en el territorio, lo cual impacta a la salud de nuestros niños de forma negativa, comprometiendo su aprendizaje, concentración, estado de salud y calidad de vida. A

largo plazo esta problemática puede impactar negativamente en adultos menos productivos, menor nivel escolar y altas tasas de pobreza.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco teórico

Según la Organización Mundial de la Salud refiere que la desnutrición comprende el retraso del crecimiento (estatura inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde a la edad) y las carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes), El término «malnutrición» se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones:

La desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad);

La malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes, además la malnutrición en todas sus formas afecta al desarrollo humano, teniendo entre sus efectos un impacto en el progreso social y económico de los países, así como en el ejercicio de los derechos humanos en sus múltiples dimensiones. Otro concepto de la desnutrición como enfermedad de origen social, es el resultado de la inseguridad alimentaria y nutricional y afecta principalmente a menores de 5 años. Se caracteriza por el deterioro de la composición corporal y la alteración sistémica de las funciones orgánicas y psicosociales (MSPS, 2016)

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

- Talla baja para la edad.
- Bajo peso para la talla.
- Bajo peso para la edad.

Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. Mientras los retrasos en la talla reflejan carencias nutricionales crónicas, los déficits en el peso son indicadores de carencias agudas. A continuación, la clasificación de desnutrición infantil:

Retraso en la talla: El retraso en el crecimiento se mide a través del indicador talla para la edad (T/E), y se evidencia cuando el puntaje Z de este indicador se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar (DE). El retraso en la talla está asociado a problemas crónicos. La prevención de este tipo de desnutrición está ligada a la lactancia materna exclusiva y complementaria, a la calidad de la dieta y al manejo de enfermedades prevalentes de la infancia (Enfermedad Diarreica Aguda e Insuficiencia Respiratoria Aguda principalmente).

Desnutrición aguda: Se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla (P/T) se encuentra por debajo de -2 DE. Sus causas básicas están relacionadas con el bajo consumo de alimentos y la presencia de infecciones. En casos extremos conlleva a la muerte. La desnutrición aguda moderada se determina cuando el puntaje Z está entre -2 y -3 DE, y puede acompañarse de delgadez debido a la pérdida reciente de peso. Por su parte, la desnutrición aguda severa se determina cuando el puntaje Z del indicador P/T está por debajo de -3 DE. Donde se presentan signos de edema bilateral y emaciación de masa magra y grasa. Los niños con desnutrición aguda moderada o severa requieren tratamiento inmediato y en algunos casos, atención hospitalaria urgente.

Carencia de vitaminas y minerales: La desnutrición debida a la falta de vitaminas y minerales (micronutrientes) se manifiesta con fatiga, reducción de la capacidad de aprendizaje, afectación del sistema de inmune, entre otras expresiones. La anemia nutricional, definida por la baja concentración de hemoglobina en sangre, es considerada una manifestación tardía de deficiencia nutricional.

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), de la falta de una atención adecuada, de la disminución en la práctica

de la lactancia materna y de la aparición de enfermedades infecciosas. Sin embargo, detrás de estos determinantes singulares están otros intermedios y estructurales, como: el precio de los alimentos básicos, el desplazamiento, el deficiente acceso a agua potable y saneamiento básico, y el círculo de la pobreza, entre otros. Todos ellos dentro de un contexto de grandes inequidades sociales (ENSIN 2015).

Gráfico 1: Marco conceptual de las causas de la desnutrición



Fuente: Ministerio de Salud y de la Protección Social (2016)

Además, es importante resaltar que dentro de los determinantes de la nutrición se resalta la pobreza, lo cual se asocia con diagnóstico nutricional de retraso en talla, donde se genera desigualdad entre las poblaciones siendo estos dos factores de transmisión intergeneracional, influyentes en el desarrollo cognitivo, este tipo de desnutrición desde la primera infancia (0 a 5 años) limita la producción intelectual por tanto afectando la laboriosidad y la riqueza del país. Según la ENSIN en sus estudios indica que el retraso en talla es mayor en los niños, en la población indígena, en quienes habitan en hogares más pobres, en los que residen en el área resto y en la región Atlántica; condición que mantiene las brechas ya descritas en el grupo de 0 a 4 años, siendo estos territorios con menor desarrollo económico y social, donde se acentúan la mayor población con índices

de vulnerabilidad. Otros de los factores determinantes de la nutrición y es pilar influyente en la desnutrición acentuada dentro de los 0 a 5 años, es la inseguridad alimentaria y nutricional. Para empezar, es importante tener presente el concepto de Seguridad Alimentaria y Nutricional se entiende como el estado en el cual se garantiza a la población la alimentación adecuada en cantidad y calidad suficientes. Esta es determinada por diversos factores socioeconómicos, ambientales, nutricionales y alimentarios, además de la disponibilidad y el acceso a los alimentos. Dentro de los determinantes sociales de la situación nutricional, la seguridad alimentaria del hogar se ubica dentro los determinantes intermedios que incluyen circunstancias materiales como condiciones de vida, de trabajo, así como elementos conductuales y del sistema de salud, que al generar situaciones de inequidad impactan en la salud y en el bienestar de la población. La seguridad Alimentaria y nutricional como política pública reglamentada por el CONPES 113 del 2007, el cual define la SAN como: Seguridad alimentaria y nutricional es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. Además, comprende ejes que la definen como: **Disponibilidad de alimentos** el cual comprende la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local; **Acceso:** es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible; **Consumo:** se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas, **Aprovechamiento o utilización biológica** de los alimentos: se refiere a cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y cómo los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo; **Calidad e inocuidad de los alimentos:** se refiere al conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, que exigen el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta el consumo y el aprovechamiento de los mismos, asegurando que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud.

Desde ese punto de vista se denota que la inseguridad alimentaria y nutricional dentro del hogar está enmarcada por características socioeconómicas, entre ellas el bajo nivel de escolaridad, los niveles de SISBEN se encuentran entre I y II de la población.

Las desnutriciones a nivel Mundial se presentan 165 millones de casos en menores de 5 años, la desnutrición, la restricción del crecimiento fetal, la lactancia materna insuficiente, el retraso del crecimiento y las deficiencias de vitaminas y minerales causan alrededor de 45% de las muertes infantiles, lo que resulta en 3,1 millón de muertes al año. (MSPS, 2016)

En Colombia la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN, 2015) la prevalencia de desnutrición aguda moderada en los menores de 5 años fue de 1.2% y severa de 0.3%, esta desnutrición aumenta el riesgo de presentar muertes por su causa, acentuándose la mayoría de los casos en la población indígena. Los territorios con prevalencias de retraso en crecimiento superiores a 20%, considerado a nivel internacional como una prevalencia mediana, y en los cuales la cifra ha crecido entre 2005 y 2010 son Vaupés (16,1% a 34,6%), Amazonas (16,1% a 28,6%), La Guajira (28,4% a 27,9%) y Guainía (10,2% a 23,4%). A su vez, las zonas rurales del país presentan mayor prevalencia de desnutrición crónica (17,0%) en comparación a las urbanas (11,6%). (Min Salud, 2016).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se desarrolla a través de 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales, cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas), dentro de estas dimensiones se encuentra la seguridad alimentaria y nutricional la cual establece un Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad en las diferentes etapas del ciclo de vida, a través de estrategias enmarcadas en los componentes de disponibilidad y acceso a los alimentos, consumo y aprovechamiento biológico, inocuidad y calidad de los alimentos.(Min Salud 2018)

Dentro de la estrategia de Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos se encuentran las siguientes metas relacionadas con la erradicación de la desnutrición:

- Reducir la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva: el 30% en el 2013, el 50% en el 2015 y el 100% en 2020.
- A 2021, reducir a 2.60% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, y a 8,0% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.

A nivel departamental la ordenanza 261 de 2015 establece la política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2025 la cual dentro de sus objetivos específicos describe la reducción de la prevalencia de malnutrición para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.

La Ley Estatutaria de la Salud (1751 de 2015) busca garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, con un enfoque colectivo de la salud tanto en acciones de promoción, como de prevención para todas las personas, y obliga al Estado a definir un modelo integral de atención que se adapte a las condiciones de los territorios y las poblaciones. De acuerdo con lo anterior, es indispensable la acción coordinada de las autoridades locales, los aseguradores y los prestadores de los servicios de salud. Por lo anterior el Ministerio de Salud y de la Protección Social expidió la Resolución 5406 del año 2015 “Por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda”, en el ejercicio y aplicabilidad de dicho lineamiento se han efectuado investigaciones en nuestro territorio Colombiano, en los municipios de Maicao, Manaure, Riohacha y Uribia del Departamento de La Guajira, el cual da a conocer resultados como el Lineamiento tiene una adherencia incompleta entre los prestadores de salud y los cuidadores de los niños diagnosticados con desnutrición aguda que son atendidos por las EAPB y su red prestadora en las zonas urbanas y rurales de los municipios objeto de esta evaluación. Las instrucciones de la resolución y los protocolos del lineamiento no se implementan por completo en los procesos de las EAPB que operan en los municipios evaluados. A su vez, la adherencia del mismo en las secretarías de salud Departamental y Municipal es todavía insuficiente, dicha situación genera barreras de acceso a la atención de niños, niñas menores de 5 años con desnutrición y estado nutricional deplorable, aumentando la carga de la morbimortalidad. (UNICEF, 2017)

La Constitución Política de Colombia dispone que los derechos de la niñez prevalezcan sobre los derechos de los demás. En materia de garantías legislativas, el principal logro en los últimos años en el país fue la aprobación de la “Ley de Infancia y Adolescencia” que garantiza, entre otros, el derecho a la salud, a la educación y a la protección integral contra cualquier tipo de acción o conducta que genere daño, sufrimiento o muerte. En el artículo 27 se define la salud integral como “la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones conducentes a la conservación o recuperación de la salud”. A pesar de que esto es lo que dice la Ley, no todos los niños se benefician por igual del acceso a la atención en salud.

El acceso a los servicios de salud es un concepto complejo, que involucra desde la formulación de políticas de atención hasta la satisfacción del usuario con el servicio recibido; pasa por las características de la población y por la organización del servicio para adecuarse a las necesidades de la población. (Franco, 2010)

Por otro lado, es importante identificar algunas barreras en salud por las cuales nuestros niños, niñas y sus familias atraviesan en el sistema de salud , según una investigación en Medellín Antioquía en las localidades analizadas como San Cristóbal, Belén y Manrique se presentan situaciones como lo es la ubicación geográfica de las IPS o EAPB, donde se dificulta el desplazamiento y aspectos sociales como las fronteras invisibles producto del conflicto armado y de la delincuencia común, lo cual impide el tránsito de forma segura, también que al solicitar una cita médica ya sea por especialista o atención de primer nivel se presentan inconvenientes como: la solicitud por fichas (tiquete por turno), vía telefónica donde las líneas se congestionan y las personas de estadísticas aun no tienen claro el tema de citas prioritarias, se denota la tramitología engorrosa de las autorizaciones de procedimientos, medicamentos donde se presenta que los médicos que los envían no tiene un buen manejo del Mipres o de la codificación de lo que se va a enviar al paciente o controles por medicina especializada, como resultado de posibles solución no se obtiene una respuesta oportuna de las EAPB.

2.1 Marco conceptual

DESNUTRICION AGUDA: Está asociada a una pérdida de peso reciente y acelerada u otro tipo de incapacidad para ganar peso dada en la mayoría de los casos, por un bajo consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas. Se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla (P/T) se encuentra por debajo de -2 DE.

BARRERAS EN SALUD: Impedimento para recibir una atención en salud donde influyen múltiples factores en marco de los servicios de salud

RESOLUCION 5406 DE 2015: Por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda

RESOLUCION 2465 DE 2016: Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

FORMULA TERAPEUTICA LISTA PARA EL CONSUMO: Es una fórmula desarrollada de acuerdo con los estándares de la OMS para la recuperación nutricional de las niñas o los niños con desnutrición aguda. Su formulación con alta densidad energética y de nutrientes, facilita el aporte hasta de 200 kcal/kg/día para lograr el crecimiento compensatorio en el tiempo estimado; la baja actividad de agua (Aw) disminuye el riesgo de contaminación y facilita su utilización en ambientes tropicales y deficientes condiciones sanitarias; no requiere cocción ni gasto en combustible. El desarrollo de esta fórmula ha hecho posible el tratamiento en el hogar de los niños con desnutrición aguda sin complicaciones.

IPS: Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios

EAPB: Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

ENSIN: La ENSIN, es una herramienta fundamental de la política pública y un insumo básico para proponer acciones en seguridad alimentaria y nutricional. Es un estudio que permite medir los problemas nutricionales de la población colombiana, así como identificar los determinantes sociales, los indicadores y las tendencias del país en materia nutricional, como insumo para apoyar la toma de decisiones políticas y técnicas para su intervención. (ICBF, SF)

SIGNOS Y SINTOMAS DE DESNUTRICION AGUDA: de acuerdo con el Lineamiento para el manejo integrado de la aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad desnutrición, se pueden presentar los siguientes signos y síntomas:

Tabla 1: Signos y síntomas de desnutrición aguda

MARASMO	KWASHIORKOR
Hipotrofia o atrofia muscular generalizada	Edema
Ausencia de panículo adiposo	Panículo adiposo presente
"Le sobra piel"	Cara: Facies lunar, despigmentación difusa, dermatitis seborreica naso labial
Aspecto de viejito	Ojos: palidez conjuntival, palpebritis angular
	Labios: estomatitis angular, cicatrices angulares, queilosis
	Lengua: lisa y/o edematizada
	Dientes: esmalte moteado, caries, desgaste y erosión del esmalte.
	Piel: resequedad, zonas hiperpigmentadas, dermatosis en forma de pintura cuarteada,

	dermatosis escrotal y vulvar, lesiones intertriginosas
	Hepatomegalia
Cabello despigmentado, fino, seco, opaco, escaso, con zonas de alopecia y se desprende fácilmente. En ocasiones presenta franjas, unas de color más oscuro y otras más pálido, reflejando periodos de mejor estado nutricional versus periodos de carencias nutricionales intensas	
Retraso del desarrollo psicomotor	
Adinamia, apatía, irritabilidad, indiferencia por el medio	
Atrofia de cabello, pestañas, cejas, uñas estriadas y quebradizas	
Fontanela anterior presente	

Fuente: Ministerio de salud (2015) Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

SERVICIOS DE SALUD: son servicios entregados por personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de estas con los propósitos de promover, mantener y/o recuperar la salud y minimizar las disparidades tanto en acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población (OMS, 2003).

3 MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, no experimental, transeccional, mediante el cual se evaluaron las principales barreras para la prestación de los servicios de salud de los niños y niñas diagnosticados con desnutrición aguda en el municipio de Chocontá en el periodo 2018 -2019.

3.2 Población: niños y niñas diagnosticados con desnutrición aguda en el municipio de Chocontá en el periodo 2018 –2019 reportados al SIVIGILA. Se excluyeron los niños y niñas de nacionalidad extranjera por no presentar afiliación a salud. De la base de datos entregada por la Secretaria de Desarrollo Social del municipio de Chocontá, se encontraron 13 niños y niñas para 2018 y 10 niños y niñas para 2019, de los cuales se incluyeron en la investigación 10 niños y niñas.

3.3 Procedimientos

A continuación, se relacionan las fases de la investigación y el cronograma ejecutado en la realización de esta

Tabla 2: Cronograma de trabajo

ACTIVIDADES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Búsqueda de datos epidemiológicos sobre la desnutrición aguda en menores de 5 años en Colombia y Cundinamarca.				
Revisión de bibliografía y bases de datos científicas sobre desnutrición aguda en menores de 5 años y barreras en salud entre 2013 y 2020				
Diseño de encuesta a las familias para la identificación de las barreras en salud de los niños con desnutrición aguda.				
Aplicación de encuestas a una muestra de familias de niños diagnosticados con desnutrición aguda en el municipio de Chocontá.				
Tabulación de datos y consolidación de información.				
Análisis de resultados				
Discusión, recomendaciones y conclusiones del proyecto				
Informe final				

Fuente: Elaboración propia.

3.4 Técnicas para la recolección de información:

Para la recolección de la información se diseñó una encuesta con 30 preguntas distribuidas en 2 bloques, el primero relacionado con información sociodemográfica y el segundo relacionado con información de la afiliación a Sistema General de Seguridad Social en Salud y atención médica.

Para la recolección de la información se realizaron 10 encuestas telefónicas a los números reportados en las bases de datos del SIVIGILA y la encuesta fue recopilada través de la herramienta FORMS de OFICCE 365. Dentro de las dificultades presentadas para la aplicación de la encuesta se resalta que el dato de teléfono de contacto se encontró desactualizado en la base de datos entregada por la secretaria de desarrollo social del municipio de Chocontá, por lo cual solo se logró hacer la encuesta a 10 padres, madres y/o responsables.

Para la recolección de información de incidencias de desnutrición se realizó búsqueda en internet, la cual no arrojó resultados por lo cual se realizó el cálculo de la incidencia con datos obtenidos de diferentes fuentes.

3.5 Técnicas para el análisis de la información:

Mediante el equipo de cómputo se utilizó la herramienta Excel y la aplicación de la estadística descriptiva en cual se creó una base de datos, donde se efectuó una exploración de los mismos. Se procedió a realizar el análisis de las diferentes variables para dar respuesta a los objetivos propuestos. Seguidamente se procedió a la elaboración de gráficas y tablas.

3.6 Consideraciones éticas

De acuerdo al artículo 11 de la resolución 8430 (Min Salud. 1993), esta se considera una investigación sin riesgo, teniendo en cuenta que se emplearon técnicas de revisión documental y aplicación de encuestas que no implican modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes.

5. ANALISIS DE RESULTADOS

5.1 Análisis de la información

4.1.1 Resultados de la aplicación de la encuesta

Los datos se obtuvieron de los registros al SIVIGILA del municipio de Chocontá durante los años 2018 y 2019, con un total de 23 casos reportados. De estos 23 casos reportados se obtuvieron 10 encuestas telefónicas, ya que se presentaron algunas dificultades como cambios de números de teléfono y datos con error en el reporte al SIVIGILA. La base de datos fue obtenida a través de la articulación con la Secretaria de Desarrollo Social del municipio y el PIC.

La distribución por sexo mostro un 35% de niñas y un 65% niños. Para un total de 100% de la población (n=23).

Tabla 3: sexo del paciente

NIÑOS	15	65%
NIÑAS	8	35%
TOTAL	23	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

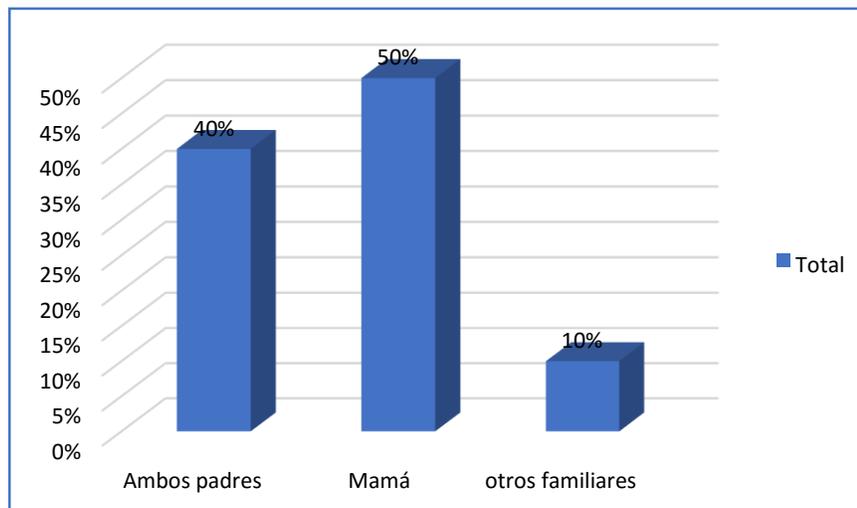
Grafica 2: Distribución por sexo.



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Frente a la pregunta ¿Quién está a cargo del niño? Del total de la población encuestada se encontró que un 40% de los niños reportados por el SIVIGILA con desnutrición aguda está a cargo de ambos padres, el 50% a cargo de la progenitora y un 10% a cargo de otros familiares.

Grafica 3: Proporción de familiares o cuidadores a cargo de los niños y niñas con desnutrición aguda.



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Nivel de escolaridad de la persona a cargo del paciente.

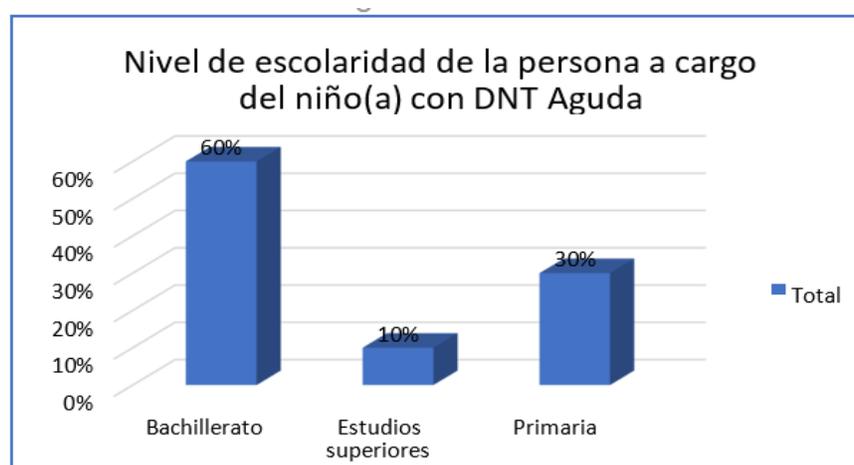
Del total de la población encuestada se evidencian con respecto al nivel de escolaridad de familiares o cuidadores a cargo de los niños y niñas con desnutrición aguda que el 60% cuenta con bachillerato, el 30% con primaria y el 10% con estudios superiores.

Tabla 4: Proporción de nivel de escolaridad de familiares o cuidadores a cargo de los niños y niñas con desnutrición aguda.

Bachillerato	60%
Estudios superiores	10%
Primaria	30%
Total	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 4: Proporción de nivel de escolaridad de familiares o cuidadores a cargo de los niños y niñas con desnutrición aguda.



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Ingresos económicos:

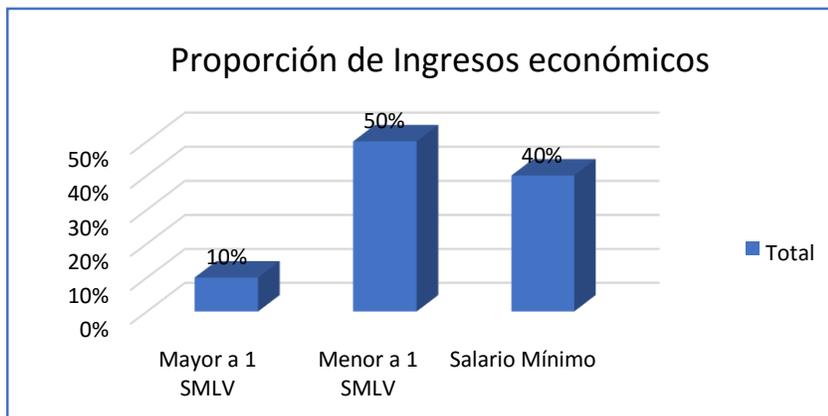
Frente a los ingresos un 50% manifestó ingresos menores de un salario mínimo, el 40% de un salario mínimo y el 10% mayor a un salario mínimo.

Tabla 5: proporción de Ingresos económicos

Mayor a 1 SMLV	10%
Menor a 1 SMLV	50%
Salario Mínimo	40%
Total general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 5: proporción de Ingresos económicos



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Zona de residencia

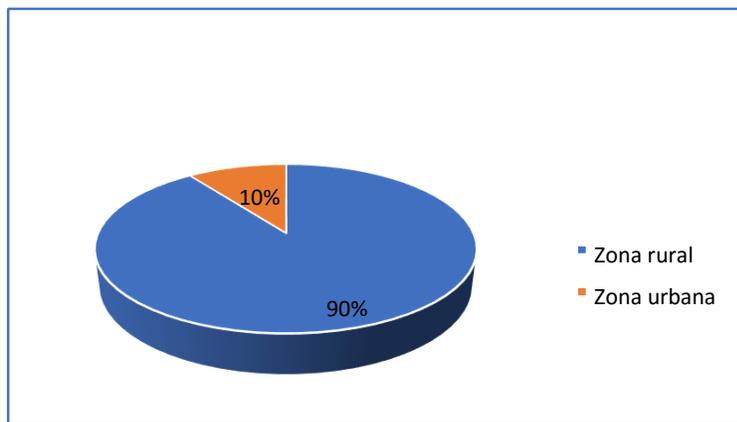
En cuanto a la zona de residencia el 90% se ubica en la zona rural y el 10% en la zona urbana.

Tabla 6: ubicación de la residencia

Zona rural	90%
Zona urbana	10%
Total general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 6: zona de residencia del niño con desnutrición aguda



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Disponibilidad de recursos económicos suficientes para gastos de transporte a citas médicas programadas:

Un 80% manifestó contar con recursos para recursos suficientes para cubrir gastos de transporte a citas médicas programadas.

Tabla 7: Disponibilidad de recursos económicos suficientes para gastos de transporte a citas médicas programadas:

No	20%
Si	80%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 7: Disponibilidad de recursos económicos suficientes para gastos de transporte a citas médicas programadas:



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

El 100% de los niños y niñas incluidos en la encuesta se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Tabla 8: Proporción de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Si	100%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Ubicación de la IPS Primaria

El 100% de los niños y niñas incluidos en la encuesta cuenta con IPS primaria dentro del municipio.

Tabla 9: Ubicación de la IPS Primaria

Dentro del municipio	100%
total	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Cuanto tiempo tarda en llegar a la IPS primaria desde el lugar de residencia.

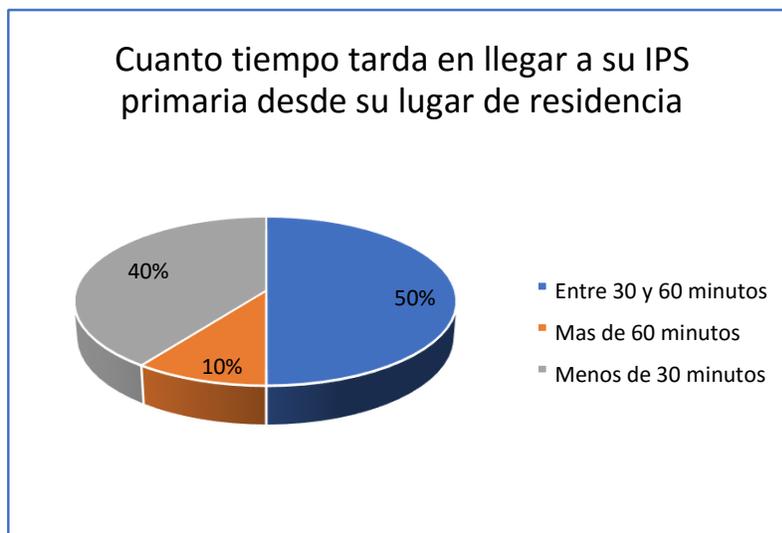
El 50% tarda entre 30 y 60 minutos, el 10% más de 60 minutos y el 40% menos de 30 minutos.

Tabla 10: tiempo de desplazamiento a la IPS Primaria desde el lugar de residencia

Entre 30 y 60 minutos	50%
Mas de 60 minutos	10%
Menos de 30 minutos	40%
Total general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 8: Tiempo de desplazamiento a la IPS Primaria desde el lugar de residencia



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Remisión del niño o niña con desnutrición al servicio de salud

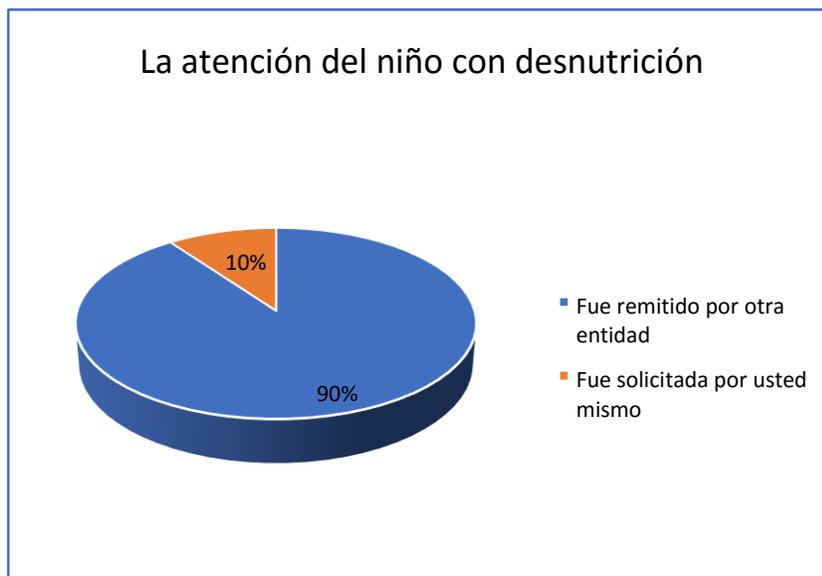
El 90% de los beneficiarios fueron remitidos por otras entidades, el 10% fueron llevados por demanda espontanea al servicio de salud.

Tabla 11: Remisión del niño o niña con desnutrición al servicio de salud

Fue remitido por otra entidad	90%
Fue solicitada por usted mismo	10%
Total general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 9: Remisión del niño o niña con desnutrición al servicio de salud



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Conocimiento de los signos y síntomas de desnutrición aguda por parte de los padres o cuidadores:

Los signos y síntomas más reconocidos en orden decreciente son inapetencia, peso bajo, Peso bajo- lo noto más delgado o más liviano Cabello delgado, opaco y fácilmente desprendible Ojos hundidos, palidez Rosario costal – se le notan las costillas salidas Extremidades delgadas. Un 30% no reconoce ningún signo o síntoma de desnutrición aguda.

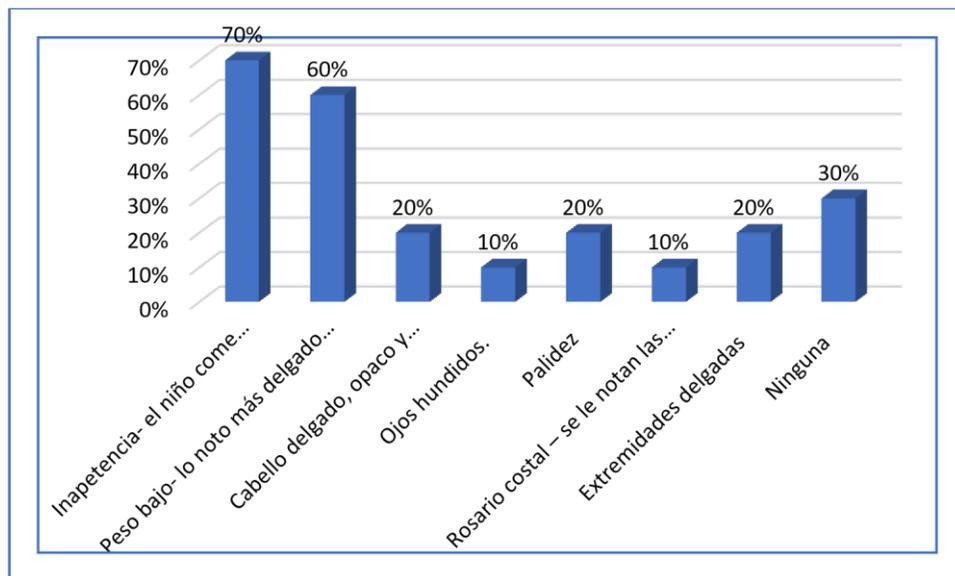
Tabla 12: Signos y síntomas de desnutrición aguda identificados por los padres o cuidadores

Inapetencia- el niño come menos de lo normal	70%
Peso bajo- lo noto más delgado o más liviano	60%
Cabello delgado, opaco y fácilmente desprendible	20%
Ojos hundidos.	10%
Palidez	20%

Rosario costal – se le notan las costillas salidas	10%
Extremidades delgadas	20%
Ninguna	30%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 10: Signos y síntomas de desnutrición aguda identificados por los padres o cuidadores



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Información por parte del personal tratante de signos y síntomas de desnutrición:

Un 40% de los padres o cuidadores encuestados refirió no haber sido informado sobre los signos y síntomas de desnutrición aguda por parte del personal médico tratante.

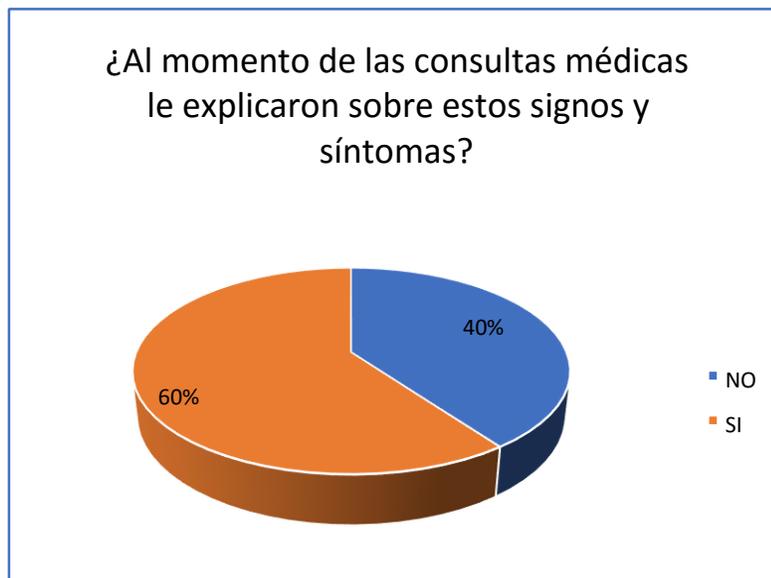
Tabla 13: ¿Al momento de las consultas médicas le explicaron sobre estos signos y síntomas?

NO	40%
----	-----

SI	60%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Gráfica 11: ¿Al momento de las consultas médicas le explicaron sobre estos signos y síntomas?



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Oportunidad en el tratamiento de la desnutrición aguda:

El 100% de los padres y cuidadores encuestados considera oportuna la atención de la desnutrición aguda.

Tabla 14: ¿Considera que el niño fue atendido de manera oportuna para el tratamiento de la desnutrición?

Si	100%
----	------

Total general	100%
----------------------	-------------

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Conocimiento del Acceso a servicios médicos:

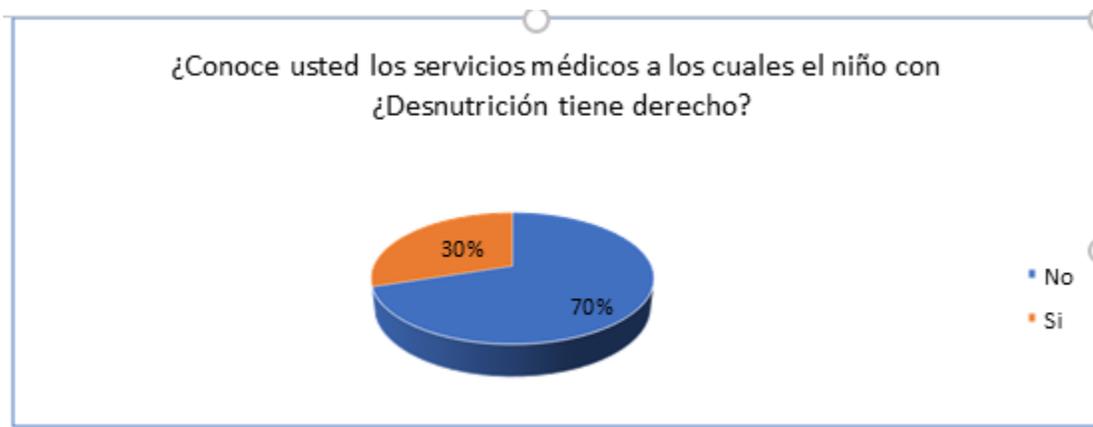
Un 70% de los padres y cuidadores encuestados manifestó conocer los servicios médicos a los cuales tiene derecho un niño o niña con desnutrición aguda. Un 30% los desconoce.

Tabla 15: ¿Conoce usted los servicios médicos a los cuales el niño con Desnutrición tiene derecho?

No	70%
Si	30%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 12: ¿Conoce usted los servicios médicos a los cuales el niño con Desnutrición tiene derecho?



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Remisión a especialidades médicas:

Un 100% de los niños y niñas incluidos en la encuesta fue remitido a pediatría, el 90% a nutrición y dietética. Otras especialidades como urología, terapia respiratoria, endocrinología y neurología con un 10% cada una.

Tabla 16: Remisión a especialidades medicas

Especialistas	%
Pediatría	100%
Nutricionista Dietista	90%
Urología	10%
Terapia respiratoria	10%
Endocrinología	10%
Neurología	10%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 13: Remisión a especialidades medicas



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Prescripción de la formula terapéutica lista para consumo o complementos nutricionales

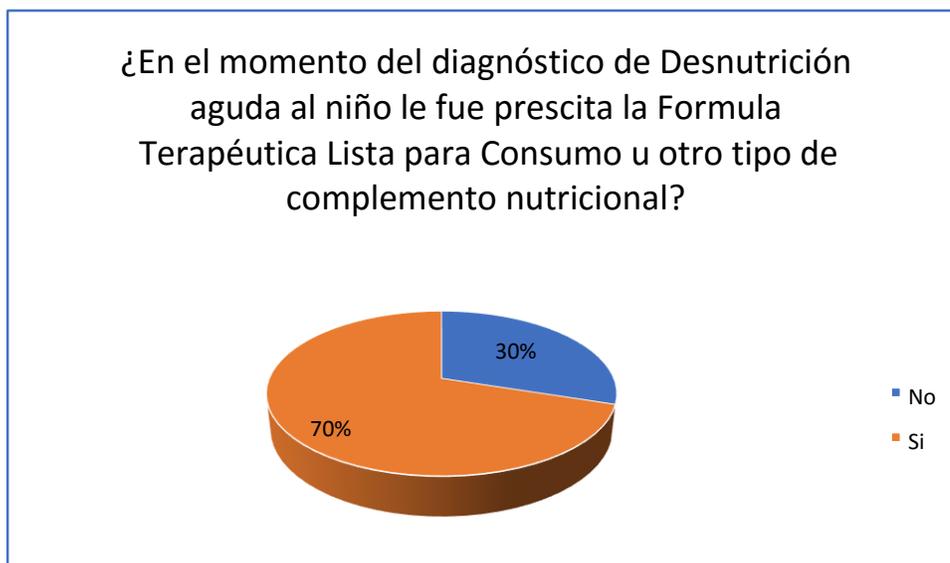
Un 70% de los niños y niñas incluidos en la encuesta recibió la formula terapéutica lista para consumo u otro complemento, el 30% restante manifestó no haber recibido esta prescripción.

Tabla 17: Prescripción de la Formula terapéutica lista para consumo

No	30%
Si	70%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 14: Prescripción de la Formula terapéutica lista para consumo



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Oportunidad en la entrega de la formula terapéutica lista para consumo u otros complementos nutricionales:

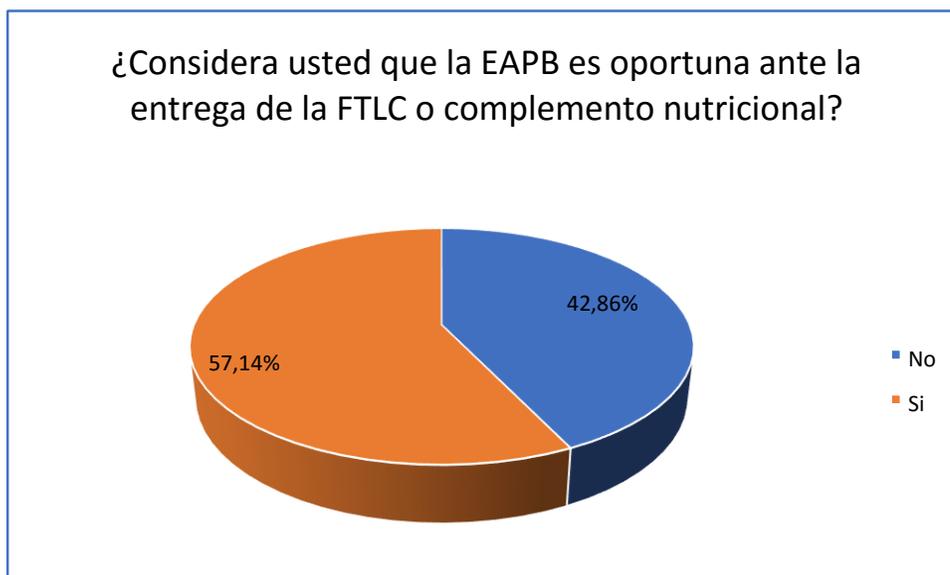
El 42,86% de los niños y niñas incluidos en la encuesta no recibieron una entrega oportuna de la formula terapéutica lista para consumo o complementos nutricionales, el 57.14% manifestó recibirlos de manera oportuna.

Tabla 18: Considera oportuna la entrega de la Formula Terapéutica Lista para Consumo o complemento nutricional

No	42,86%
Si	57,14%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 15: Considera oportuna la entrega de la Formula Terapéutica Lista para Consumo o complemento nutricional



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Causas de entrega inoportuna de formula terapéutica lista para el consumo y complementos nutricionales:

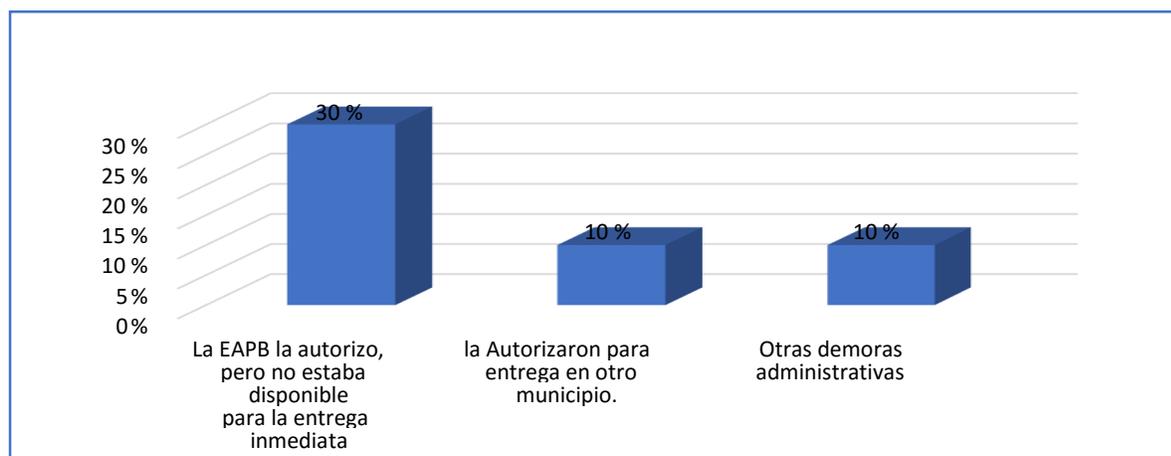
Dentro de las causas manifestadas frente a la entrega inoportuna de complementos y formula terapéutica lista para consumo se identificaron: la EAPB la autorizo, pero no estaba disponible para la entrega inmediata un 30%, la Autorizaron para entrega en otro municipio 10%, Otras demoras administrativas (autorizaciones devueltas, no registro al MIPRES), 10%

Tabla 19: Causas de entrega inoportuna de formula terapéutica lista para el consumo y complementos nutricionales:

La EAPB la autorizo, pero no estaba disponible para la entrega inmediata	30%
la Autorizaron para entrega en otro municipio.	10%
Otras demoras administrativas (autorizaciones devueltas, no registro al MIPRES)	10%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 16: Causas de entrega inoportuna de formula terapéutica lista para el consumo y complementos nutricionales:



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Método de asignación de citas en la EAPB:

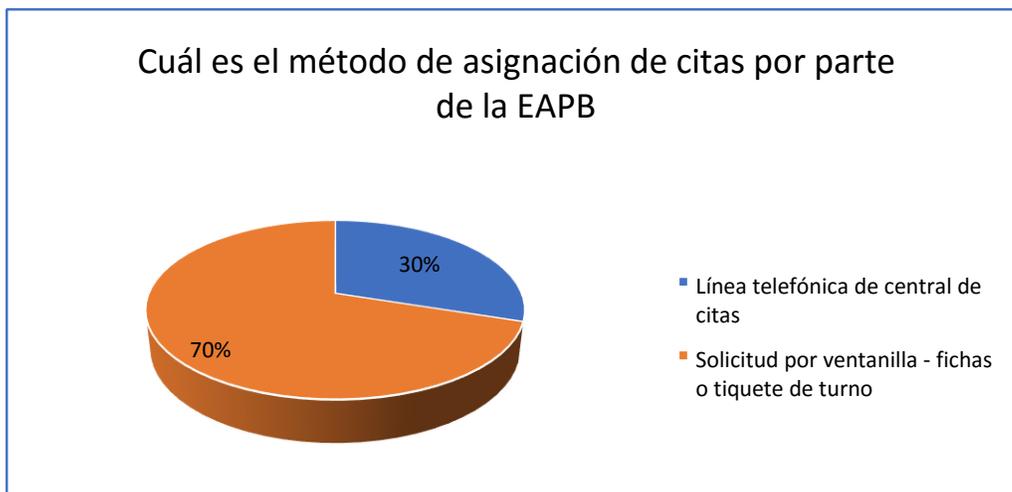
Respecto al método de asignación de citas un 70% manifestó tramitarlas por medio de solicitud por ventanilla con asignación de fichas de turno y el 30% restante por línea telefónica a través de central de citas.

Tabla 20: Método de asignación de citas

Línea telefónica de central de citas	30%
Solicitud por ventanilla - fichas o tiquete de turno	70%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Gráfica 17: Método de asignación de citas



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Oportunidad en la asignación de citas de especialistas:

El 50% de los cuidadores encuestados considera la asignación oportuna y el 50% la considera inoportuna

Tabla 21: Oportunidad en la asignación de citas con especialistas

No	50%
Si	50%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 18: Oportunidad en la asignación de citas con especialistas



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Causas de asignación inoportuna de citas con especialistas

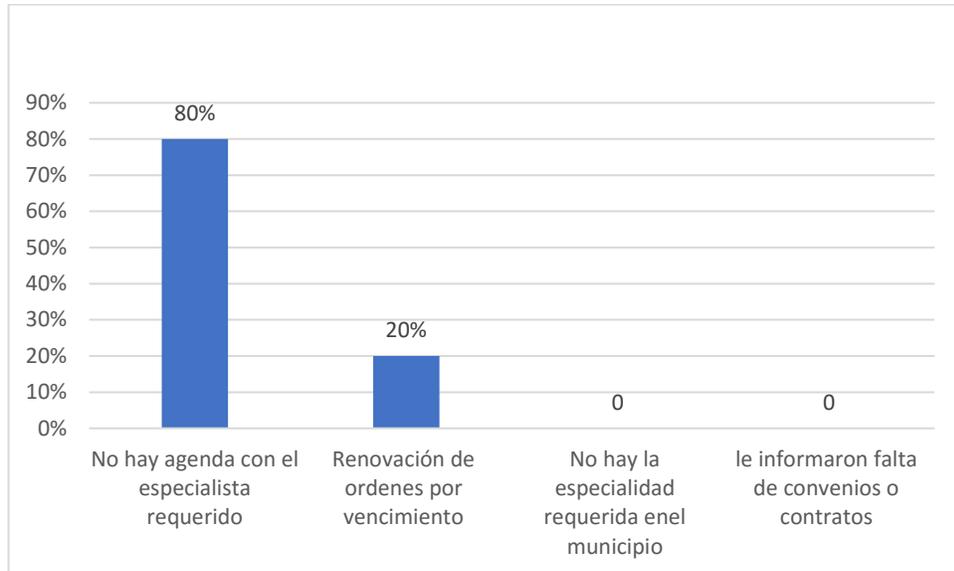
Dentro de las causas de asignación inoportuna de citas las más identificadas fueron no hay agenda con el especialista requerido con un 80% y tramites de renovación de ordenes por vencimiento con 20%

Tabla 22: Causas de la asignación inoportuna de citas

No hay agenda con el especialista requerido.	80%
Renovación de ordenes por vencimiento	20%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 19: Causas de la asignación inoportuna de citas



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Percepción de la Oportunidad de la Entidad Administradora de planes de beneficios ante la autorización de ordenes médicas:

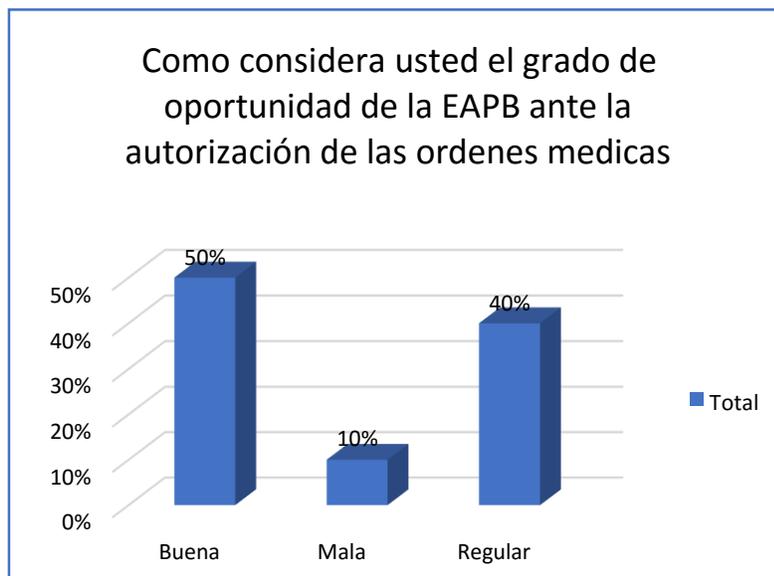
Un 50% percibe la oportunidad en la autorización de ordenes medicas como buena, un 40% como regular y un 10% como mala.

Tabla 23: Percepción de la Oportunidad de la EAPB ante la autorización de ordenes médicas

Buena	50%
Mala	10%
Regular	40%
Total general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 20: Percepción de la Oportunidad de la EAPB ante la autorización de ordenes médicas



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Reconocimiento de las instituciones para exigir el derecho a la salud del niño o niña:

El 100% de los cuidadores encuestados, manifestó el desconocimiento de las instancias ante las cuales se puede reclamar el derecho a la salud del niño con desnutrición aguda.

Tabla 24: Reconoce de las instancias para exigir el derecho a la salud del niño o niña

No	100%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Solicitud de apoyo a instituciones para exigir el derecho a la salud

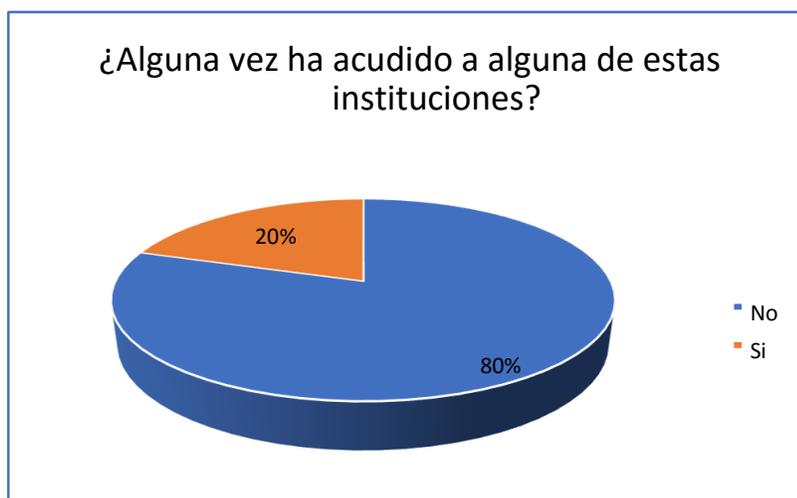
El 80% de los padres y cuidadores encuestados manifestó no haber acudido ante ninguna institución para exigir el derecho a la salud. El 20% manifestó haber asistido ante la personería del municipio, las demás instituciones relacionadas en la encuesta no son conocidas por los encuestados.

Tabla 25: Solicitud de apoyo a instituciones para exigir el derecho a la salud

No	80%
Si	20%
Total, general	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 21: Solicitud de apoyo a instituciones para exigir el derecho a la salud



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Tabla 26: Instituciones ante las cuales ha acudido

Personería Municipal;	20%
Oficinas de atención al usuario de la EAPB	0%

Defensorías o comisarías de familia	0%
Defensoría del pueblo	0%
Procuraduría	0%
Superintendencia nacional de salud	0%
Ninguna de las anteriores	80%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 22: Instituciones ante las cuales ha acudido



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Reconocimiento de los mecanismos para exigir una atención negada al niño con desnutrición aguda por el EAPB o IPS

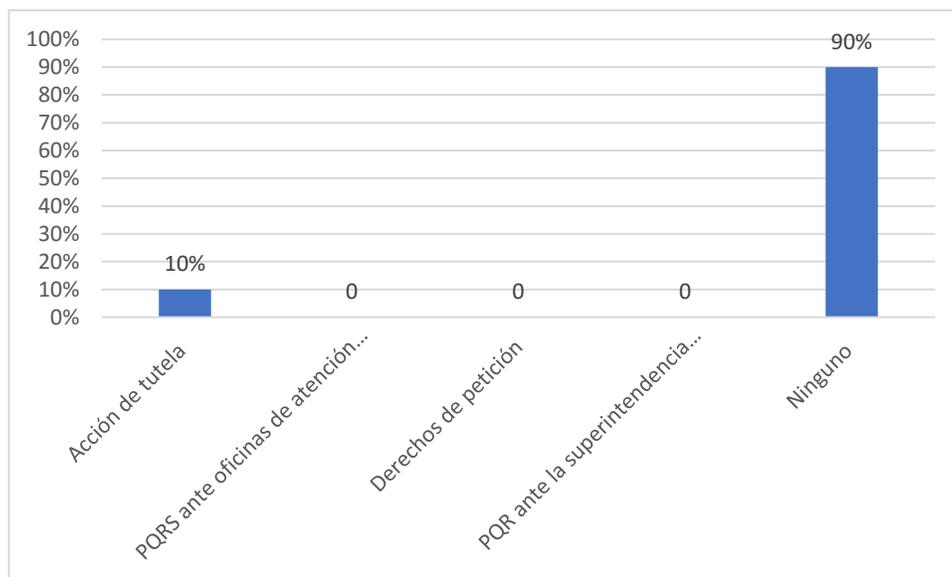
El 10% de los cuidadores encuestados ha acudido a la acción de tutela. El 90% desconoce los mecanismos.

Tabla 27: Mecanismos utilizados para exigir una atención en salud negada

Acción de tutela	10%
PQRS ante oficinas de atención al usuario de la EAPB	0
Derechos de petición	0
PQR ante la superintendencia nacional de salud	0
Ninguno	90%

Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Grafica 23: Mecanismos utilizados para exigir una atención en salud negada



Fuente: Encuesta aplicada a las familias de niños y niñas con desnutrición aguda del municipio de Chocontá, reportados al SIVIGILA en el periodo 2018 – 2019.

Reconocimiento de las barreras en salud que se presentan para la atención de los niños y niñas con desnutrición aguda en el municipio de Chocontá

Dentro de las barreras identificadas con la aplicación de la encuesta se pudo evidenciar:

El 50% de niños y niñas con desnutrición se encuentra a cargo solo de la progenitora. Respecto al nivel de estudios se encontró que el 60% cuenta con bachillerato, el 30% con primaria. Un 50 % con ingresos inferiores a un salario mínimo. Estas variables se asocian con riesgo de presentar desnutrición aguda en menores de 5 años, así como dificultades para el acceso a servicios sanitarios oportunos; lo anterior hace referencia a las causas de la desnutrición aguda, dentro de las cuales se mencionan como causas básicas la falta de conocimientos y educación, recursos existentes: económicos. (MIN Salud, 2016).

La Ley Estatutaria de la Salud (1751 de 2015) busca garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, con un enfoque colectivo de la salud tanto en acciones de promoción, como de prevención para todas las personas, y obliga al Estado a definir un modelo integral de atención que se adapte a las condiciones de los territorios y las poblaciones.

En la investigación realizada respecto a lo mencionado se encontró que un 90% de los niños y niñas reside en la zona rural, sin embargo, el 100% de la población se encuentra vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con atención primaria dentro del municipio.

Respecto a los tiempos de desplazamiento a la IPS primaria se encontró que un 50% tarda entre 30 y 60 minutos en llegar. El 20 % de la población analizada refiere no contar con recursos económicos para cubrir gastos de transporte a las citas médicas programadas donde muestra la relación que a menores ingresos económicos disminuye la garantía de asistencia del niño a controles médicos requeridos.

Es importante resaltar la relación de lo expuesto con los determinantes de la desnutrición, entre ellos la pobreza, lo cual se asocia con diagnóstico nutricional de retraso en talla, donde se genera desigualdad entre las poblaciones siendo estos dos factores de transmisión intergeneracional, influyentes en el desarrollo cognitivo, este tipo de desnutrición desde la primera infancia (0 a 5 años) limita la producción intelectual por tanto afectando la laboriosidad y la riqueza del país. (MIN Salud, 2016).

De los cuidadores encuestados el 100% considera que recibió una atención oportuna una vez identificada la desnutrición aguda en el niño o niña, sin embargo, el 70% manifiesta desconocer a que servicios médicos tiene derecho el niño diagnosticado con desnutrición aguda. De lo anterior se concluye que la falta de conocimiento por parte de los cuidadores es un factor de riesgo de vulneración del derecho a la salud por los mismos.

Frente a las atenciones médicas recibidas, un 100% fue remitido a pediatría un 90% a nutrición y dietética. Otras especialidades como urología, endocrinología, neurología y terapia respiratoria, lo cual indica que la atención del niño con desnutrición aguda es una oportunidad para la detección de otras alteraciones en la salud relacionadas o no con el estado nutricional, proporcionando un equilibrio entre el estado de salud y el estado nutricional dado que en la atención por otras especialidades se pueden diagnosticar otras comorbilidades asociadas con la desnutrición aguda.

Al respecto de la prescripción de la fórmula terapéutica lista para el consumo para el tratamiento ambulatorio de la desnutrición aguda, un 70% de los cuidadores encuestados manifestaron que esta fue prescrita por el pediatra o nutricionista tratante, sin embargo, un 30% manifestó no haber recibido esta prescripción. De lo anterior se concluye que la ruta de atención a la desnutrición establecida por la resolución 5406 de 2015 fue activada de forma oportuna.

Por otro lado, al indagar sobre la oportunidad en la entrega de la fórmula terapéutica lista para consumo el 42.86% de los cuidadores encuestados considera que la entrega no es oportuna y las situaciones que más se presenta es que es autorizada por la EAPB, pero esta no está disponible para su entrega inmediata, lo cual se

correlaciona con la demora en la recuperación nutricional del niño con desnutrición aguda.

En cuanto a la asignación de citas el método más utilizado por los cuidadores encuestados es la solicitud por ventanilla, con asignación de ficha de turno con un 70%, a su vez un 50 % considera que la asignación de citas es oportuna. Frente a la asignación inoportuna de citas las causas más frecuentes son la falta de agenda disponible con el profesional requerido con 80%, seguido del vencimiento de órdenes y trámites administrativos para su renovación con un 20%, así mismo en lo referente al grado de oportunidad de la EAPB ante la autorización de ordenes medicas un 50% de los cuidadores encuestados, la considera buena, el 40% regular y el 10% mala.

Ahora bien, frente al nivel de conocimiento de los cuidadores para dar trámite a las diferentes barreras en salud que se presentan en la atención de los niños con desnutrición aguda, se evidencio que el 100% de los cuidadores encuestados no reconoce las instancias ante las cuales puede exigir las atenciones en salud de los niños con desnutrición aguda, sin embargo un 20% reconoce a la personería municipal como una entidad para exigir el derecho a la salud y un 12% ha hecho uso de la acción de tutela para exigir servicios negados por la EAPB.

Conocimiento de los signos y síntomas de desnutrición aguda por parte de los cuidadores.

Con respecto al conocimiento de los signos y síntomas de desnutrición se evidencio que un 90% de los cuidadores encuestados reportaron haber sido remitidos por otras entidades para la atención de los niños con desnutrición y solo un 10% busco ayuda para su hijo con desnutrición aguda.

Frente a los signos y síntomas de desnutrición aguda el síntoma más identificado es la inapetencia con un 70%, seguido del bajo peso o el notar subjetivamente el niño más delgado con un 60%, otros síntomas identificados son el cabello delgado, opaco y fácilmente desprendible, extremidades delgadas y la palidez con un 20% cada uno. Ojos hundidos y rosario costal evidente con un 10% para cada uno. Un 30% de los

encuestados manifestó no tener conocimiento de ninguno de estos síntomas y signos de la desnutrición aguda.

Al indagar si al momento de las consultas médicas le explicaron sobre los signos y síntomas de la desnutrición aguda un 40% de los encuestados manifiesta no haber sido informado por parte del profesional tratante al respecto, lo cual evidencia que los cuidadores no reciben educación adecuada por parte del personal sanitario para generar conciencia sobre esta problemática.

4.1.2 Análisis de las tasas de incidencias de desnutrición aguda:

Tabla 26: Análisis de las incidencias de desnutrición

	# CASOS DE DESNUTRICION AGUDA REPORTADOS	POBLACION TOTAL MENOR DE 5 AÑOS *	TASA DE INCIDENCIA
CHOCONTÁ			
2018	13°	1442	9,1
2019	10°	1442	7,0
CUNDINAMARCA			
2018	282#	184.050	15,3
COLOMBIA			
2018	12.377∞	3.802.796	32,7

Fuente: tabla de elaboración propia.

*DANE, Censo nacional de población y vivienda 2018

°SIVIGILA Chocontá 2018 Y 2019

módulo de indicadores del aplicativo MANGO, componente web

∞ Boletín del Instituto Nacional de Salud.

De acuerdo con el total de la población de 0 a 5 años para el municipio de Chocontá se evidencia que para el año 2018 se notificaron al SIVIGILA 13 casos de desnutrición aguda con una incidencia de 9,1 por cada 1000 habitantes, para el año 2019 se realizó un reporte de 10 casos de desnutrición aguda al SIVIGILA con una tasa de incidencia de 7 por cada 1000 habitantes.

La tasa de incidencia para el municipio de Chocontá no supera la obtenida para el departamento de Cundinamarca y para Colombia. Sin embargo, se deben continuar aunando esfuerzos desde las diferentes Entidades Territoriales del municipio, para disminuir las barreras en salud en esta población con desnutrición aguda y por ende mitigar el riesgo de mortalidad a causa de la desnutrición en la primera infancia.

6. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Las barreras a los servicios en salud se entienden como aquellas dificultades u obstáculos que impide el acceso a diferentes atenciones médicas requeridas dada la necesidad individual, de lo anterior depende de la recuperación o desmejora del estado de salud, las cuales se pueden desarrollar en una IPS, EPS y también vincula las bajas coberturas de los servicios en salud, dificultades económicas, ubicación geográfica, nivel de estudios, ingresos económicos, transporte entre otros. Entre las investigaciones sobre barreras y facilidades del acceso se destaca a nivel internacional la revisión sistemática de Hirmas Aday et ál. En esta revisión se identificaron las siguientes barreras más recurrentes, que suelen afectar en mayor medida a personas de menor nivel socioeconómico: 1) costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; 2) temor o vergüenza al ser atendido en un servicio de salud; 3) desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, y 4) estigma social, creencias y mitos. Por su parte, los facilitadores más frecuentes fueron: 1) contar con redes de apoyo social; 2) valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones, 3) adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la enfermedad (Restrepo, Silva, Andrade, 2014).

Según los resultados obtenidos se evidencio que El 50% de niños y niñas con desnutrición se encuentra a cargo solo de la progenitora, respecto al nivel de estudios se encontró que el 60% cuenta con bachillerato, el 30% con primaria, lo cual tiene similitudes con un estudio realizado en Naranjos Venezuela donde indica que en relación con la escolaridad de los progenitores se encontró que el mayor porcentaje de niños desnutridos correspondió a los que tenían madres y/o padres con nivel educacional

primario o inferior, lo que indica que a menor nivel de estudio de progenitores o cuidadores aumenta la probabilidad que los niños y niñas presentes desnutrición.

También se evidencia dentro de los encuestados que un 50 % tiene ingresos económicos inferiores al salario mínimo, y un 90% residen en la zona rural, siendo esto una de las limitantes en cuanto a recursos económicos necesarios para garantizar el transporte del niño con desnutrición aguda a controles por especialistas, las cuales son autorizadas en el casco urbano del municipio o en la ciudad de Bogotá, lo que implica estancamiento en la recuperación nutricional, lo anterior se relaciona con lo indicado por la OMS/OPS, en América Latina y el Caribe, por ejemplo, la asequibilidad económica es uno de los principales determinantes del acceso a la atención de salud y a la cobertura sanitaria; es menos probable que las personas procedentes de comunidades pobres busquen o consigan atención debido al costo directo o indirecto del tratamiento(OMS/OPS, SF), en lo mencionado alude con los resultados obtenidos en el estudio con los niños y niñas con Desnutrición reportados al SIVIGILA, que el 20 % de la población analizada refiere no contar con recursos económicos para cubrir gastos de transporte a las citas médicas programadas donde muestra la relación que a menores ingresos económicos disminuye la garantía de asistencia del niño a controles médicos requeridos.

El 70% manifiesta desconocer a que servicios médicos tiene derecho el niño o niña diagnosticado con desnutrición aguda, lo cual es una brecha para el ejercicio pleno del derecho a la salud, el cual está catalogado como un derecho fundamental de acuerdo a lo estipulado en la Constitución Política Colombiana de 1991 en su artículo 44, además el hecho que el progenitor o cuidador tenga desconocimiento al respecto la gestión frente a las atenciones en salud obstaculiza que los niños no accedan a diferentes controles como pediatría , nutrición y dietética, control de crecimiento y desarrollo siendo una limitante para obtener el tratamiento a la desnutrición aguda de acuerdo a lo indicado en la resolución 5406 del 2015.

Al respecto de la prescripción de la formula terapéutica lista para el consumo para el tratamiento ambulatorio de la desnutrición aguda, un 70% de los cuidadores encuestados manifestaron que esta fue prescrita por el pediatra o nutricionista tratante,

sin embargo, un 30% manifestó no haber recibido esta prescripción, aunque muestra que la mayor proporción de la población objeto se activó la ruta de atención integral teniendo en cuenta a resolución 5406 del 2015 pero sin embargo hay menor proporción que no ordenaron la FTLC, Por otro lado, al indagar sobre la oportunidad en la entrega de la formula terapéutica lista para consumo el 42.86% de los cuidadores encuestados considera que la entrega no es oportuna y las situaciones que más se presenta es que es autorizada por la EAPB, pero esta no está disponible para su entrega inmediata, lo anterior en mención indica que el niño no tenga una recuperación nutricional significativa y como consecuencia la afectación de su estado de salud, aumentando el riesgo de presentar comorbilidades asociadas a las desnutrición aguda por ende el aumento de la carga de morbimortalidad.

En cuanto a la asignación de citas el método más utilizado por los cuidadores encuestados es la solicitud por ventanilla, con asignación de ficha de turno con un 70%, a su vez un 50 % considera que la asignación de citas es oportuna, por tanto esto coincide con la investigación en Medellín Antioquía en las localidades analizadas como San Cristóbal, Belén y Manrique se presentan barreras al acceso a los servicios de salud para la solicitud de cita médica ya sea por especialista o atención de primer nivel se presentan inconvenientes como: la solicitud por fichas (tiquete por turno), vía telefónica donde las líneas se congestionan y las personas de estadísticas aun no tienen claro el tema de citas prioritarias.

Frente al nivel de conocimiento de los cuidadores para dar trámite a las diferentes barreras en salud que se presentan en la atención de los niños con desnutrición aguda, se evidencio que el 100% de los cuidadores encuestados no reconoce las instancias ante las cuales puede exigir las atenciones en salud de los niños con desnutrición aguda, lo cual es un riesgo en la vulneración al derecho a la salud de los niños, acuerdo a la legislación Colombiana la población puede hacer uso de tutela, derecho de petición, quejas, reclamos los cuales se pueden realizar mediante la Personería municipal, Defensoría de Familia, Superintendencia de Salud.

Frente al conocimiento por parte de los cuidadores de los signos y síntomas asociados a la desnutrición aguda los signos físico mayormente identificados por los

encuestados fueron la inapetencia, el bajo peso, las extremidades delgadas y la presencia de cabello delgado opaco y fácilmente desprendible, sin embargo es de anotar que solo el 10% de la población encuestada acudió al servicio médico por sus propios medios, el 90% restante fue remitido por otras entidades como programas de atención a la primera infancia, gestoras de calidad de vida, vacunadoras extramurales etc., ante lo cual se puede concluir que el nivel de conocimiento de los padres de familia frente a los casos de desnutrición es bajo. Por otra parte, el 40% de las familias encuestadas refirió no haber recibido información en las consultas médicas frente a estos signos y síntomas asociados a la desnutrición aguda.

CONCLUSIONES

Principales barreras identificadas:

- **Determinantes sociales:**
 - El bajo nivel de escolaridad, el bajo nivel de ingresos y los hogares a cargo de madres cabeza de hogar son determinantes sociales asociados al riesgo de padecer desnutrición aguda en menores de 5 años y a las condiciones de inseguridad alimentaria en el municipio.
 - El nivel de ingresos y el hecho de vivir en la zona rural se asocia al menor acceso a los servicios de salud y a la atención oportuna de la desnutrición.
- **Barreras frente al diagnóstico y tratamiento de la desnutrición aguda:**
 - **Desconocimiento y baja adherencia al lineamiento de atención a la desnutrición aguda:** Los profesionales de salud encargados de la atención de los niños y niñas con desnutrición deben apropiar aún más la ruta de atención a la desnutrición, ya que no toda la población encuestada manifestó haber recibido el tratamiento con la fórmula terapéutica lista para el consumo a pesar de haber sido diagnosticado con desnutrición aguda.
 - **Mecanismos de asignación de citas:** se pudieron establecer dos mecanismos para la asignación de citas a través de línea telefónica y solicitud por ventanilla, siendo esta última más utilizada por ser más efectiva y más oportuna. Sin embargo, se debe fortalecer el mecanismo de la línea telefónica,

- pues en la mayoría de los casos analizados la solicitud por ventanilla en la IPS implica costos de desplazamiento, afectando la economía del hogar.
- **Respuesta inoportuna de las EAPB frente a la entrega de fórmulas especializadas y complementos nutricionales:** se identificaron barreras administrativas como la demora en autorizaciones y fallas en las prescripciones por MIPRES, así como casos en los cuales se autorizaron los complementos nutricionales, pero estos no fueron entregados al niño. Los usuarios perciben la oportunidad en la autorización y entrega de complementos nutricionales como regular y mala. En todo caso estas situaciones encontradas terminan retrasando la recuperación nutricional de los niños afectando su calidad de vida.
 - **Tramite de barreras en salud:**
Desconocimiento de las instancias y mecanismos para el trámite de barreras en salud: por parte de las familias la instancia más reconocida fue la personería municipal, pero por solo el 20% de los participantes en el estudio y solo un participante refirió haber acudido a la tutela.

Nivel de conocimiento de las familias frente a los signos y síntomas de la desnutrición aguda:

A través del estudio se pudo identificar un bajo nivel de conocimiento de los cuidadores frente a los signos y síntomas de desnutrición aguda, los más identificados son el bajo peso, la inapetencia y las extremidades delgadas. Esto se convierte en un factor de riesgo para mortalidad por desnutrición, ya que esta no es percibida como una enfermedad, ni como una urgencia médica, retrasando el diagnóstico y tratamiento oportuno de los niños, lo cual puede afectar también su crecimiento y desarrollo además de la ocurrencia de enfermedades asociadas como la enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias entre otras.

RECOMENDACIONES

- Fortalecimiento de oportunidades laborales de las mujeres cabeza de hogar en el área rural y urbana del municipio a fin de contribuir a garantizar las condiciones de seguridad alimentaria en los hogares y disminuir las brechas en la erradicación del hambre y la desnutrición infantil.
- Fortalecimiento de la articulación con las EAPB con presencia en el municipio con el fin de prevenir eventos de barreras en salud y gestionar de manera oportuna los eventos existentes.
- Creación y fortalecimiento de las veedurías ciudadanas para el control social de las EAPB e IPS del municipio frente a la defensa de los derechos del paciente.
- Fortalecer el proceso de canalización oportuna de los casos de desnutrición aguda a las entidades municipales competentes.
- Fortalecimiento de la atención extramural a los niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda
- Implementación y monitoreo de la Ruta integral en salud reglamentada por la resolución 3280 de 2018 con el fin de prevenir eventos de desnutrición aguda y de mortalidad en menores de 5 años por esta causa.
- Generar mecanismos alternativos para agendar citas médicas ofrecidas en el municipio a fin de disminuir el tiempo entre la solicitud y la atención real, así como los costos que ello implica para las familias.
- Generar procesos de capacitación a los profesionales de la salud y profesionales encargados de la atención de los niños menores de 5 años en la ruta de atención a la desnutrición resolución 5406 del 2015.
- Brindar educación nutricional a las familias frente a la identificación temprana de los signos y síntomas de desnutrición aguda a través de las consultas médicas, crecimiento y desarrollo, programas de atención a la primera infancia y atenciones extramurales.
- Mejorar la calidad de los datos reportados al SIVIGILA.
- Generar investigaciones referentes a las barreras en salud en menores de 5 años ya que en la literatura no se encontraron estudios de este tipo en Colombia.

REFERENCIAS

Ministerio Salud y de la Protección Social, (2016), ABECÉ de la Atención Integral a la Desnutrición Aguda, Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-desnutricion-aguda.pdf>

UNICEF (2020), ¿Cómo se diagnostica la desnutrición infantil?, Recuperado de: <https://www.unicef.es/blog/como-se-diagnostica-la-desnutricion-infantil>

Instituto Nacional de Salud, (2018). Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años Boletín Epidemiológico del recuperado de: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2042.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2017). Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>

Unicef. (2017) Evaluación de adherencia y costo-efectividad del lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad, Departamento de La Guajira (2016-2017). Recuperado de https://www.unicef.org/evaldatabase/index_102719.html

Ministerio de Salud y de la Protección Social, (2016). Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se

dictan otras disposiciones, recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=4909

Ministerio de Salud y de la Protección Social (S.F.) Glosario de términos.
Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx>

Ministerio de Salud y de la Protección Social, (2018). Plan decenal de salud pública <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

Ministerio de Salud y de la Protección Social (S.F.) Plan decenal de salud pública. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-seguridadalimentariaynutricional.pdf>

Gobernación de Cundinamarca (S.F.) Ordenanza 0261 de 2015 <http://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/7214ff2b-022d-41f7-b9fe-2b7e3d3686a8/Ordenanza-0261-2015-Politica-Publica-Seguridad-alimentaria.pdf?MOD=AJPERES&CVID=kTpfNUt>

Organización Mundial de la salud (2016). ¿Qué es la malnutrición? Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>

Cepal (2018). Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>

Organización Mundial de la salud (2020). Malnutrición. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Ministerio de salud. (2016). Desnutrición infantil en Colombia: Marco de referencia. Papeles en Salud. Edición No 3. recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-salud-n3.pdf>

Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (2007) CONPES 113. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SEGURIDAD%20ALIMENTARIA%20Y%20NUTRICIONAL.pdf>

Franco, A. Ramirez, S. et al (2010). Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. Revista CES Odontología. Vol. 23 No 2 2010 pg. 43 -48. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1258>

Ministerio de Salud (2015). Resolución 5406 Por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=4911

Ministerio de Salud (2105) Encuesta de Situación Nutricional ENSIN recuperado de <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin2>

Restrepo-Zea Jairo Humberto, Silva-Maya Constanza, Andrade-Rivas Federico, VH-Dover Robert, (2014), Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la salud, inquietudes y barreras en los sistemas de salud recuperado de: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t es&p=312&lang=es

Rodríguez Melián, Annette, Álvarez González, Luis Miguel, García Melián, Maricel, & Mariné Alonso, María de los Ángeles. (2012). Evaluación del estado nutricional en niños de la comunidad "Los Naranjos", Carabobo, Venezuela. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 50(3), 268-277. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000300002&lng=es&tlng=es.

Ministerio de salud (1993) Resolución 8430, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado de: https://urosario.edu.co/EscuelaMedicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf

Imbachi, L. Ibañez, L. & Hurtado P. Estado de salud y barreras en la atención de niños con defectos congénitos nacidos entre el 2011 y 2017 en dos instituciones de salud en Cali. Biomédica 2020; 40:31-9. Recuperado de <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4906>

Vargas, I (2009) Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>

DANE (2018), Censo nacional de población y vivienda 2018- Colombia. Recuperado de <https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#/>

Datos abiertos (2020). Indicadores aplicativo MANGO. Recuperado de <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Indicadores/bbrt-86n9/data>

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de información, incluye ficha técnica de la encuesta diseñada.
2. Información recolectada en la encuesta
3. Oficio de gestión con la alcaldía de Chocontá para el acceso a bases de datos del SIVIGILA.
4. Correo de respuesta de la alcaldía de Chocontá.