

**EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS PERTENECIENTES A
LOS HOGARES COMUNITARIOS DEL BIENESTAR FAMILIAR DE NEIVA.
NOVIEMBRE DE 2006 A NOVIEMBRE DE 2007**



**OSCAR GEOVANNY PEREZ PEREZ
DANIEL OZAETA EIDELMAN**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
NEIVA – HUILA
2009**

**EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS PERTENECIENTES A
LOS HOGARES COMUNITARIOS DEL BIENESTAR FAMILIAR DE NEIVA.
NOVIEMBRE DE 2006 A NOVIEMBRE DE 2007**

**OSCAR GEOVANNY PEREZ PEREZ
DANIEL OZAETA EIDELMAN**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de
Especialista en Pediatría**

**Asesor
RAFAEL GARCÍA MURCIA
Medico Pediatra
JORGE E MANRIQUE
Medico Pediatra**



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA
NEIVA – HUILA
2009**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Mayo de 2009

DEDICATORIA

À nuestras familias y esposas por ser pacientes y permitirnos ausentarnos por mucho tiempo de nuestros hogares, permaneciendo siempre con cariño hacia nosotros; a nuestros docentes quienes día tras día nos dan las pautas para abrir las puertas del conocimiento y nos dan la fortaleza moral para seguir con nuestra labor sin importar los inconvenientes que aparecen a diario.

*Oscar Geovanny
Daniel Saeta*

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

La elaboración de este proyecto de grado no hubiera sido posible, sin la amable colaboración prestada por todas la madres de los hogares comunitarios de bienestar familiar de la ciudad de Neiva, quienes sin esperar nada a cambio abrieron las puertas de sus casas y nos permitieron conocer a fondo una realidad que antes de la elaboración de este trabajo era desconocida para todos los residentes del área de pediatría de nuestra institución, es por esto que esperamos de la mejor manera, que los datos obtenidos en este estudio ayuden de alguna forma a mejorar las condiciones de vida de un gran número de niños de la ciudad y les permita disfrutar de tal vez, la mejor etapa de sus vidas.

A los docentes de la especialización por facilitar este sueño de convertirnos en especialistas en el área de pediatría.

A la Universidad Sur colombiana, por ofrecernos esta especialización.

A todos mil gracias.....

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	17
1. JUSTIFICACIÓN	19
2. ANTECEDENTES	21
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
3. OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GENERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
4. MARCO TEORICO	25
4.1 HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR FAMILIARES 0-6 AÑOS - MEDIO TIEMPO y TIEMPO COMPLETO	25
4.2 ESTADO ACTUAL DE LA SALUD INFANTIL EN COLOMBIA UNA APROXIMACIÓN EN CIFRAS	30
4.3 ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	34
4.3.1 Enfermedades infecciosas intestinales	35
4.3.2 Enfermedades crónicas	35
4.3.3 Infección respiratoria aguda	36

	pág.
4.3.4 VIH / SIDA y otras infecciones de transmisión sexual	36
5. DEFINICION DE VARIABLES	40
6. METODOLOGÍA	47
6.1 TIPO DE ESTUDIO	47
7. UNIVERSO Y MUESTRA	48
7.1 UNIVERSO	48
7.2 MUESTRA	48
8. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	49
9. RESULTADOS	51
10. ANALISIS DE RESULTADOS	72
11. CONCLUSIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXOS	87

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Grafica 1. Tiempo de funcionamiento en años de cada uno de los hogares comunitarios de bienestar encuestados	51
Grafica 2. Edad de las madres comunitarias	52
Grafica 3. Grado maximo alcanzado por las madres comunitarias en educacion formal	53
Grafica 4. Estudios de educación no formal que han realizado las madres comunitarias para el mejoramiento de la atención de los menores	54
Grafica 5. Tiempo que han ejercido el cargo de madres comunitarias de bienestar, las personas encuestadas	55
Grafica 6. Número de visitas de control por parte del ICBF que recibieron en el último año cada uno de los hogares comunitarios de la ciudad de Neiva	56
Grafica 7. Distribución del género del total de niños evaluados	56
Grafica 8. Clasificación de los menores evaluados por grupo erario	57
Grafica 9. Causas de ingreso de los menores a los hogares comunitarios de bienestar	58
Grafica 10. Motivo primordial por el cual los menores egresan del programa de hogares comunitarios de bienestar	59

	pág.
Grafica 11. Seguridad social de los 227 menores pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar	59
Grafica 12. Servicios públicos de los hogares comunitarios de bienestar	60
Grafica 13. Problemas sociales más relevantes de las madres usuarias del programa de hogares comunitarios del bienestar familiar	61
Grafica 14. Total de niños hospitalizados en el último año pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar y su distribución por sexo	62
Grafica 15. Prevalencia de la patología respiratoria alta de los menores pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar	63
Grafica 16. Prevalencia de patología del tracto respiratorio inferior en los niños de los hogares comunitarios de Neiva	64
Grafica 17. Otras patologías que presentan los niños de los hogares comunitarios	64
Grafica 18. Prevalencia de enfermedades neurológicas de los menores de los hogares comunitarios de bienestar de Neiva	65
Grafica 19. Prevalencia de enfermedades de notificación pública por parte de los menores de los hogares comunitarios de bienestar de Neiva	66

	pág.
Grafica 20. Estado del carnet de crecimiento y desarrollo al momento de la evaluación de los menores de los hogares	67
Grafica 21. Estado del carnet de vacunación de los menores de los hogares comunitarios de bienestar, todos tenían carnet de vacunación	67
Grafica 22. Prevalencia del maltrato infantil por parte de los padres o cuidadores de los menores en casa, se realizó la diferenciación entre si el maltrato ocurrió antes o después del ingreso al programa de hogares comunitarios del bienestar familiar	68
Grafica 23. Prevalencia de anomalías en la talla de los menores de los hogares comunitarios de bienestar de la ciudad de Neiva	69
Grafica 24. Prevalencia de los trastornos nutricionales con peso bajo en los niños de los hogares comunitarios de bienestar de Neiva	70
Grafica 25. Prevalencia de las alteraciones nutricionales con peso alto en los niños de los hogares comunitarios de bienestar de la ciudad de Neiva	70

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Interpretación tablas de z score según organización mundial de la Salud 2007	38
Tabla 2. Operacionalización de variables	44
Tabla 3. Cronograma de actividades visitas a hogares comunitarios	50
Tabla 4. Comparación de la mortalidad encontrada en los hogares comunitarios y la prevalencia a nivel nacional	77
Tabla 5. Número total de casos y prevalencia de las 10 enfermedades más comunes de los hogares comunitarios de bienestar	78
Tabla 6. Trastornos del peso y la talla en número y porcentaje, y su comparativo con datos nacionales. Recordar el total fue de 227 pacientes evaluados	79
Tabla 7. Número total de niños con esquema de vacunación completa en número y prevalencia y su comparación con datos nacionales	81
Tabla 8. Comparación entre los datos obtenidos de la prevalencia de maltrato infantil en los hogares comunitarios y los datos a nivel nacional	82
Tabla 9. Número de hogares comunitarios que cuentan con los servicios de saneamiento básico y su comparación con el porcentaje de cobertura a nivel nacional	84

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE SALUD DE LOS NIÑOS DE LOS HOGARES COMUNITARIOS EN LA CIUDAD DE NEIVA NOVIEMBRE DE 2006 A NOVIEMBRE DE 2007	88

RESUMEN

En las diversas rotaciones que se llevan a cabo a través de la residencia de pediatría, resulta factible percibir como los factores socioambientales (nivel económico, desplazamiento, acceso a los servicios de salud, entre otros), influyen de manera notable en su estado de salud, esto es especialmente cierto en el paciente pediátrico, el cual por su condición de relativa indefensión, resulta más vulnerable a cualquier agresión por parte de su entorno, llevándolo en forma frecuente a una alteración en su complejo salud-enfermedad.

Esta premisa aunada a la rotación de pediatría social, nos planteó la necesidad de evaluar la situación real de salud de un grupo de niños especialmente vulnerables, como lo son los niños de los hogares comunitarios de bienestar, y dar a conocer a nuestra población médica y administrativa en salud las bondades y falencias de estos sitios, en donde se concentran un gran número de niños, y de donde la solución de algunas problemáticas concretas, pueda derivar en el mejoramiento de la salud de esta población, motivo por el cual se planteó la elaboración de este proyecto.

Cabe resaltar que al realizar el proyecto de grado para una especialización clínica, resulta para algunos más interesante abordar temas específicos de patologías, sin embargo no fue difícil sensibilizarnos hacia la problemática social de nuestra población infantil; primero por que el contacto directo con los niños nos mostró una realidad de la cual en muchas ocasiones nos alejamos, por estar inmersos en la academia y tratar a los pacientes como eventos y no con la integralidad que nos exige el paciente pediátrico; en segunda instancia el conocimiento derivado de este tipo de investigaciones, puede ser objeto de profundización por parte de otros grupos de trabajo (universitarios, administrativos, políticos), del cual pueden derivar estrategias académicas y gubernamentales que lleven al mejoramiento de

la salud y la calidad de vida de los niños más vulnerables de nuestra ciudad; lo que en última instancia podría resultar mas útil que solucionar problemáticas específicas que benefician tan solo a un pequeño grupo de pacientes con patologías concretas.

Palabras claves: Estados de salud infantil, salud enfermedad infantil

SUMMARY

In the diverse rotations that are carried out through the pediatrics residence, it is feasible to perceive as the factors socioambientales (economic level, displacement, access to the services of health, among other), they influence in a remarkable way in their state of health, this is specially certain in the pediatric patient, the one which for their condition of relative indefensión, it is more vulnerable to any aggression on the part of their environment, taking it in frequent form to an alteration in their complex health-illness.

This premise joined to the rotation of social pediatrics, outlined us the necessity to evaluate the real situation of health of a group of specially vulnerable children, as they are it the children of the community homes of well-being, and to give to know our medical and administrative population in health the kindness and falencias of these places where concentrate a great number of children, and of where the solution of some concrete problems, it can derive in the improvement of this population's health, reason for which thought about the elaboration of this project.

It is necessary to stand out that when carrying out the grade project for a clinical specialization, it is for some more interesting one to approach specific topics of pathologies, however it was not difficult to sensitize us toward our infantile population's social problem; first for that the direct contact with the children showed us a reality of which go away in many occasions, to be inmersos in the academy and to treat the patients as events and not with the integralidad that the pediatric patient demands us; in second instance the constructive knowledge of this type of investigations, you/he/she can be deepening object on the part of other working groups (university students, administrative, political), of which you/they can derive academic and government strategies that take to the improvement of the health and the quality of the most vulnerable children's in our city life; that that ultimately

could be but useful that to solve problems specifies that they benefit so alone to a small group of patient with concrete pathologies.

Passwords: States of infantile health, health infantile illness

INTRODUCCIÓN

Durante las diversas rotaciones que se llevan a cabo a través de la residencia de pediatría, resulta factible percibir como los factores socioambientales (nivel económico, desplazamiento, acceso a los servicios de salud, entre otros), influyen de manera notable en su estado de salud, esto es especialmente cierto en el paciente pediátrico, el cual por su condición de relativa indefensión, resulta más vulnerable a cualquier agresión por parte de su entorno, llevándolo en forma frecuente a una alteración en su complejo salud-enfermedad.

Esta premisa aunada a la rotación de pediatría social, nos planteó la necesidad de evaluar la situación real de salud de un grupo de niños especialmente vulnerables, como lo son los niños de los hogares comunitarios de bienestar, y dar a conocer a nuestra población médica y administrativa en salud las bondades y falencias de estos sitios, en donde se concentran un gran número de niños, y de donde la solución de algunas problemáticas concretas, pueda derivar en el mejoramiento de la salud de esta población, motivo por el cual se planteó la elaboración de este proyecto.

Cabe resaltar que al realizar el proyecto de grado para una especialización clínica, resulta para algunos más interesante abordar temas específicos de patologías, sin embargo no fue difícil sensibilizarnos hacia la problemática social de nuestra población infantil; primero por que el contacto directo con los niños nos mostró una realidad de la cual en muchas ocasiones nos alejamos, por estar inmersos en la academia y tratar a los pacientes como eventos y no con la integralidad que nos exige el paciente pediátrico; en segunda instancia el conocimiento derivado de este tipo de investigaciones, puede ser objeto de profundización por parte de otros grupos de trabajo (universitarios, administrativos, políticos), del cual pueden derivar estrategias académicas y gubernamentales que lleven al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los niños más vulnerables de nuestra ciudad; lo

que en última instancia podría resultar mas útil que solucionar problemáticas específicas que benefician tan solo a un pequeño grupo de pacientes con patologías concretas.

1. JUSTIFICACIÓN

Los hogares comunitarios de bienestar de la ciudad de Neiva y en general de toda Colombia, son sitios ideados por el instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con el propósito de brindar apoyo familiar en el cuidado de niños, en sitios de la ciudad especialmente vulnerables, como son los estratos 1 y 2; de esta manera los padres que por diversas razones no pueden hacerse cargo de los menores todo el día, se valen de estos hogares para que los apoyen en la vigilancia y manutención de sus hijos de una forma económica.

La creación de estos hogares resulta loable en el sentido que cumplen una gran función social y resuelven de manera práctica una problemática actual muy frecuente como es el de los padres trabajadores, o las madres-padres cabeza de familia; sin embargo, lugares de tanta importancia para la comunidad, no cuentan con un sistema de evaluación periódico eficaz, para verificar la calidad de la atención de los mismos, y dejan a las madres comunitarias toda la responsabilidad de ser actores y veedores de su propio hogar, lo que sin duda nos generó una gran inquietud y motivó a la realización de este trabajo, intentando contestar el siguiente interrogante; *es un factor protector para la salud de un menor encontrarse en un hogar comunitario de bienestar?*

Por otra parte el contacto durante la rotación de pediatría social con estos grupos de niños, nos dio la posibilidad de ampliar el rango de acción investigativo de nuestra especialización y explorar un terreno hasta ahora árido como lo es el área social en pediatría, lo que esperamos sea de utilidad para futuras investigaciones que pueden sustentarse epidemiológicamente en esta investigación, teniendo en cuenta que el volumen de paciente que son objeto del estudio, dan significancia estadística al proyecto; por lo cual los hallazgos encontrados tienen diversas utilidades no solo en el saber médico si no en el ámbito administrativo.

Es lógico pensar que en un corto tiempo sea imposible evaluar las condiciones reales de salud de un grupo numeroso de niños, sin embargo el proyecto tiene una ventaja especial, y es que desde el principio de su elaboración, contamos con el apoyo de nuestros maestros que dirigen la rotación de pediatría social, gracias a ellos fue posible realizar la recolección de un gran número de datos, debido a que ellos permitieron espacios durante sus rotaciones para esta labor y nos apoyaron, dándole fortaleza al trabajo.

2. ANTECEDENTES

Resulta muy difícil para cualquier país, lograr una cobertura en salud universal de los niños entre los 3 y los 6 años a través de modalidades formales, puesto que éstas requieren elevadas inversiones en infraestructura, personal muy calificado y altos costos de funcionamiento.

El programa de Hogares Infantiles (CAIP) llegó a su agotamiento institucional en 1987. Es entonces cuando, dentro del mareo del Programa de Erradicación de la Pobreza Absoluta y respondiendo a la preocupación por la baja cobertura de la atención al menor en los citados Hogares, el ICBF creó los Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar, basados en la experiencia adquirida en la modalidad de atención al menor entre 2 y 7 años de edad, proporcionada por madres o personas de la comunidad, el número de Hogares Comunitarios aumentó y la cobertura de atención de los niños también creció en términos proporcionales.

Para superar las limitaciones que presentaban los CAIP (centros formales), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) inició en 1987 el programa no convencional de los Hogares Comunitarios de Bienestar – HOBIS, como parte de la política del gobierno del presidente Virgilio Barco, entre los años 1986 y 1990 que definió como uno de los programas específicos el Bienestar y Seguridad Social.

Era la primera vez que se planteaba en el país el establecimiento de un servicio masivo no formal para atender a los niños. Comenzó así un cambio radical en la concepción de la atención al menor en Colombia que se basó en los siguientes elementos estratégicos:

Apoyarse en la organización y participación comunitaria, para mejorar la vida diaria de la población y mejorar la relación entre adultos y niños; Motivar la

participación de los padres en el programa con miras a favorecer su propio desarrollo; Buscar la coordinación con organismos gubernamentales y no gubernamentales; Introducir la capacitación, asesoría y seguimiento permanentes.

Estas estrategias buscaban tres transformaciones críticas; la primera consiste en la optimización de los recursos para lograr mayores coberturas a menores costos, en segunda medida, obtener una mayor y más profunda permanencia de los efectos al extender la educación a los padres y a la comunidad y por último La transformación del entorno social circundante a favor de la infancia.

Es así como siempre ha existido la necesidad de masificar el cuidado y la atención de los menores de 6 años para lo cual el estado ha involucrado a la propia comunidad para aliviar esta necesidad.

En la ciudad de Neiva existen 20 hogares comunitarios de los cuales fueron evaluados en total 16, cada hogar está conformado por una madre comunitaria su capacidad máxima es de 14 niños; su acción está dirigida a la población de estratos 1 y 2 del SISBEN, para niños entre los 6 meses y los 6 años. La atención en los hogares se presta de lunes a viernes durante 8 horas diarias, algunos menores pueden asistir media jornada, y dependiendo de las necesidades particulares de las familias, se flexibiliza el servicio.

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Es un factor protector para la salud de un menor de 5 años, pertenecer al programa de hogares comunitarios de bienestar?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estado general de salud de los niños pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar de la ciudad de Neiva, en el periodo comprendido entre noviembre de 2006 a noviembre de 2007.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la prevalencia de mortalidad de los niños de los hogares comunitarios de Neiva en el periodo comprendido entre noviembre de 2006 a noviembre de 2007.

Establecer las patologías más frecuentes que producen morbilidad en los niños de los hogares comunitarios de Neiva en el periodo comprendido entre noviembre de 2006 a noviembre de 2007.

Evaluar el estado nutricional de los niños pertenecientes a los hogares comunitarios de Neiva en el periodo comprendido entre noviembre de 2006 a noviembre de 2007.

Cuantificar el porcentaje de niños, que tienen su esquema de vacunación PAI completo para su edad de los hogares comunitarios de Neiva en el periodo comprendido entre noviembre de 2006 a noviembre de 2007.

Determinar en los niños que asisten a los hogares el numero de niños que han sido victimas de maltrato infantil, en el periodo comprendido entre noviembre de 2006 a noviembre de 2007.

Establecer el porcentaje de niños que son llevados a control de crecimiento y desarrollo en los hogares comunitarios de bienestar en la ciudad de Neiva.

Comparar los datos de los objetivos anteriores con datos de población general de Colombia y determinar diferencias entre los mismos.

4. MARCO TEORICO

Los hogares Comunitarios de Bienestar son espacios diseñados en conjunto por el estado y la comunidad, encaminados a propiciar el desarrollo psicosocial, moral y físico de los niños menores de seis años, pertenecientes a los sectores de extrema pobreza, mediante el estímulo y apoyo a su proceso de socialización y el mejoramiento de la nutrición y de las condiciones de vida. Está dirigido también a fortalecer la responsabilidad de los padres, en la formación y cuidado de sus hijos, con su trabajo solidario y el de la comunidad en general. (1)

Existen diversas modalidades de prestación del servicio, entre las cuales encontramos:

Hogares comunitarios de Bienestar Familiares 0 a 6 años; hogares comunitarios de bienestar grupales; hogares múltiples y los hogares empresariales. En la ciudad de Neiva operan principalmente hogares comunitarios de bienestar familiares 0-6 años medio tiempo y tiempo completo.

4.1 HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR FAMILIARES 0-6 AÑOS - MEDIO TIEMPO y TIEMPO COMPLETO

Las actividades que desarrolla en este tipo de hogares se pueden dividir, de acuerdo al integrante de la familia al que está dirigido así:

EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

Alimentación. Suministro de un complemento alimentario que cubre el 73% de las recomendaciones de calorías y nutrientes.

En nutrición y salud:

- Vigilancia del estado nutricional
- Fomento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Promoción de la inscripción de los niños en los programas de crecimiento y desarrollo de los organismos de salud.
- Fomento de la higiene del niño para prevenir enfermedades infectocontagiosas.
- Fomento de la vacunación completa.
- Promoción del uso de otros servicios de salud a los cuales tiene derecho el niño.
- Coordinación entre los organismos de salud y el hogar comunitario para el desarrollo de acciones específicas requeridas por el niño(a).
- Identificación oportuna de la enfermedad diarreica aguda. (1)

En desarrollo psicosocial:

- Realización de actividades pedagógicas que posibiliten las relaciones del niño consigo mismo, con los demás y con el mundo que los rodean.
- Vigilancia del desarrollo infantil a través de la aplicación de la escala de valoración cualitativa del desarrollo.

CON LOS PADRES DE FAMILIA

- Promoción y desarrollo de procesos educativos tendientes al fortalecimiento de las relaciones con los niños, la familia y la comunidad.
- Formación a través de su vinculación a las Escuelas para los padres
- Promoción para la vinculación de las familias a los servicios de salud.
- Promoción para que todos los niños obtengan el Registro Civil de nacimiento.

CON LAS MADRES COMUNITARIAS:

Realización de procesos de formación-capacitación permanente, para cualificar su acción en el Hogar comunitario

- Suministro de una ración alimentaria, durante los días hábiles de funcionamiento de la modalidad.
- Otorgamiento de préstamos para el mejoramiento de la vivienda.
- Promoción para la vinculación de las madres comunitarias al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Promoción para la vinculación de las madres comunitarias a la educación formal para alfabetización, nivelación en educación básica y media.

CON LAS ASOCIACIONES:

- Realización de procesos de formación capacitación permanente para cualificar su función en el desarrollo de la modalidad.
- Fomento de la participación comunitaria para el mejoramiento de sus condiciones de vida.

CON ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES:

- Promoción de la vinculación de diferentes entidades que tienen objetivos comunes para el desarrollo de la modalidad.
- Articulación efectiva con las secretarías de educación para el ingreso de los niños al grado de transición.
- Articulación efectiva con los organismos de salud más cercanos para garantizar el esquema de vacunación completa para la edad, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los niños que asisten a los Hogares.

CON ENTES TERRITORIALES:

Apoyo a los municipios en el diagnóstico de la situación del menor y las familias de los sectores de extrema pobreza.

Tipos de atención. Modalidad Familiar: funcionan en las casas de las Madres Comunitarias

- Hogares familiares tiempo completo
- Hogares familiares medio tiempo
- Cada hogar de bienestar en estas modalidades atiende entre 12 y 14 niños, menores de 6 años, de los cuales solo 2 pueden tener edades entre 3 meses y 2 años, quienes se atenderán previa comprobación de desprotección transitoria.
- Entre 12 y 14 niños y niñas menores de 6 años de los cuales 1 solo niño/a puede ser discapacitado, en cuyo caso solo se podrá atender un niño/a menor de 2 años.

El programa de hogares comunitarios de bienestar está dirigido a niños y niñas menores de 7 años, con vulnerabilidad económica, idealmente que pertenezcan a los niveles 1 o 2 del SISBEN, vulnerados social, cultural, nutricional y psicoafectivamente, en los municipios donde no funciona el grado de transición de la Secretaría de Educación. Cuando funcione el grado de transición, atiende niños y niñas hasta los 5 años. Por este motivo en la ciudad de Neiva estos hogares disminuyen su rango de población hasta los 5 años. (1)

Para acceder al servicio, el centro zonal les informa a los interesados en qué sector o barrio se ubican los hogares. Allí se solicita el cupo a través de las Asociaciones de padres de familia, o directamente en el Hogar de Bienestar. La responsabilidad de la administración y funcionamiento del Hogar recae en las familias de los niños, quienes se constituyen en asociaciones de padres. (1)

Los Hogares Comunitarios de Bienestar pueden ser administrados por diferentes entidades a enumerar 1. Asociaciones de padres de familia; 2 Asociaciones de padres de familia y madres comunitaria; 3 Entidades privadas sin ánimo de lucro, de reconocida idoneidad y cuyos objetivos sean congruentes con los de la modalidad; 4. Organizaciones de formas asociativas de carácter empresarial y/o cooperativo. Esto nos muestra que la administración de un hogar comunitario puede recaer sobre cualquier persona natural o jurídica que desee entablar un vínculo de ayuda con su comunidad mas necesitada. (2)

Los padres de familia o los responsables del cuidado de los niños que asistan a los Hogares Comunitarios de Bienestar, deben pagar una cuota mensual de participación por cada niño atendido equivalente hasta el 57.7% del salario diario mínimo legal vigente, para los Hogares de 0-5 años o menores de 2 años. Las cuotas serán recaudadas en los primeros diez (10) días hábiles de cada mes por cada unidad de servicio. La falta de pago de la cuota de participación en ningún caso podrá afectar la permanencia del niño o la niña en el Hogar Comunitario de Bienestar.(2)

Financiamiento. El financiamiento es compartido entre el ICBF, ejecutor del programa, otras instituciones del Estado que colaboran con él, el sector empresarial, el sindical, los organismos no gubernamentales y la comunidad.

El ICBF financia sólo el 47% del valor total del programa, una parte de los recursos del programa proviene del 3% de la nómina que deben pagar todas las entidades públicas o privadas. Los hogares usuarios deben pagar por cada niño el 25% de un jornal mínimo.

El programa HCB es entonces un servicio subsidiado. El subsidio neto recibido por los hogares a través del programa HCB es altamente distributivo: los hogares en los estratos bajos de la distribución del ingreso reciben un subsidio neto per cápita entre 3 y 4 veces mayor que lo que reciben los hogares en los estratos más altos.

Así, la distribución del subsidio por HCB contrarresta la desigual distribución del ingreso, haciendo que el programa HCB sea una herramienta útil para disminuir la pobreza a través de un mejoramiento en la distribución del ingreso, especialmente en las ciudades ya que se observa que el subsidio neto es más distributivo en las ciudades que en la zona rural. Sin embargo, la baja cobertura del programa en los estratos bajos hace que su impacto sobre la distribución del ingreso sea mínimo. Las cualidades distributivas del programa y las bajas tasas de cobertura de los hogares pobres llevan a plantear la necesidad de ampliar la cobertura del programa HCB. (3)

Actualmente se están buscando nuevas fuentes de recursos, tal como el impuesto sobre los juegos de suerte y azar que, mediante la ley 10 de 1990, prevé la recaudación del 40% del producto de las apuestas en juegos deportivos con destino exclusivo al programa. (3)

4.2 ESTADO ACTUAL DE LA SALUD INFANTIL EN COLOMBIA UNA APROXIMACIÓN EN CIFRAS.

Según datos de la organización panamericana de la salud, en su publicación Salud De Las Américas, en Colombia, en 2005 para la población de niños menores de 5 años, este grupo de edad representó 10,3% del total de la población.

Los datos de la encuesta nacional de salud en 2005 revelan que, durante el período 2000-2005, la tasa de mortalidad infantil fue de 19 por 1000 nacidos vivos (17 por 1000 en las zonas urbanas y 24 por 1.000 en las zonas rurales). Los Departamentos con la más alta tasa de mortalidad infantil en 2005 fueron Chocó y Cauca (54 por cada 1000) y La Guajira (33 por 1000), mientras que el más bajo tasas se registraron en el Atlántico (14 por 1000) y Santander (19 por 1.000).

La tasa de mortalidad infantil entre las mujeres sin educación formal fue de 43 por 1000 nacidos vivos, en comparación a 14 por 1000 nacidos vivos para las mujeres con niveles superiores de educación. La tasa de mortalidad neonatal se redujo de 23 por 1000 nacidos vivos en 1980-1985 a 12 por 1000 nacidos vivos en 2005, lo que corresponde a una disminución del 48%. La mortalidad luego del periodo neonatal se redujo de 18 a 6 por 1000 nacidos vivos durante este mismo período, lo que representa una reducción del 66%. La mortalidad durante los cinco primeros años de vida disminuyó en un 60% durante 1980 - 1985, pasando de 51 a 22 por 1000 nacidos vivos.

En 2005, la Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición consideró que 6% de los recién nacidos tenían bajo peso al nacer. En Colombia, no se dispone de estadísticas por lo que se mantiene la mortalidad fetal tardía, para calcular la mortalidad perinatal. De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la mortalidad neonatal precoz fue de 8 por cada 1000 nacimientos en 2002).

La principal causa de muerte neonatal fue la hipoxia, que representó el 60% de todas las muertes, seguido por trauma obstétrico y prematuridad.

Las siguientes causas principales de muerte de los niños menores de 1 año: las enfermedades respiratorias específicas para el período perinatal (396 mujeres y 306 para el caso de los hombres por 100.000 habitantes, respectivamente), malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (246 y 230, respectivamente); otros trastornos originados en el período perinatal (116 y 90, respectivamente); y las infecciones respiratorias agudas (101 y 84, respectivamente).

Niños y niñas entre 1-4 años de edad, las principales causas de mortalidad fueron las infecciones respiratorias agudas (8,5 y 8,2 por 100.000 habitantes, respectivamente) el ahogamiento y sumersión accidentales (8,4 y 4,6, respectivamente), y enfermedades infecciosas intestinales (6,0 y 6,1, respectivamente).

Lactancia materna exclusiva aumentó de un promedio de 0,5 meses a una media de 2,2 meses entre 2000 y 2005. Prevalence de la lactancia materna exclusiva a los seis meses fue 47%, y la media de duración de la lactancia fue de 14,9 meses. (9)

Según el DANE estos son algunos datos epidemiológicos relevantes en nuestro estudio; entre los años 2005-2007.

Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos. en Colombia 2005	15,9
Dengue % de pacientes que presentan la enfermedad en zonas endémicas 2006	38%
Prevalencia de talla baja, 2005 Colombia en menores de 5 años	12%
Prevalencia de desnutrición 2005 Colombia en menores de 5 años	7%
Prevalencia de delgadez 2005 Colombia en menores de 5 años	1,3%
Prevalencia de sobrepeso menores de 5 años Colombia	3,1%
% de cobertura de vacunación para todos los biológicos en Colombia 2005 e menores de 5 años	94,2%
% cobertura de acueducto en población colombiana 2005	83%

% Cobertura del servicio de alcantarillado Colombia 2005	73%
% cobertura del servicio de aseo Colombia 2005.	93%
Prevalencia de asma 2006 en todas las edades Colombia.	10,5%
Infección por VIH por 1000 habitantes Colombia 2006	35,4

Fuente: Datos obtenidos de (5-6-7-8)

En 2004, se reportaron en Colombia 24.460 casos de dengue (54 por 100.000 habitantes) Se informó que, 2.261 de ellos (10 por 100.000 habitantes) fueron catalogados como dengue hemorrágico, con 23 muertes. En 2005, hubo 43.257 casos (187 por 100.000 habitantes); 4322 correspondientes a dengue hemorrágico (17 por 100.000 habitantes), con 48 muertes.

En los últimos años, la circulación de los cuatro serotipos del virus del dengue ha sido confirmada. En 2005, la edad de los grupos poblacionales más afectados estuvo entre los 45-84 años (48%) y 5-14 años (26%).

Hay focos de fiebre amarilla selvática, principalmente en el Amazonas, Catatumbo, Orinoco, las cuencas fluviales y zonas de las colinas de la Sierra Nevada de Santa Marta, sobre los últimos cinco años, 179 casos se han reportado, con un 47% de letalidad.; en 2003, hubo una epidemia con 102 casos, que afecto particularmente al departamento de Norte de Santander, la mayoría de los casos afectaron trabajadores agrícolas hombres entre 15-44 años.

Hubo 15.000 casos de leishmaniasis en 2004 y 22.000 en 2005; 99% de los casos de leishmaniasis cutánea. Casi el 80% de los casos ocurrieron entre los 15 a 44 años de edad, siendo los hombres el grupo más afectado. En 2005, aproximadamente el 75% de la leishmaniasis cutánea y mucocutánea se

concentro en los departamentos de Antioquia, Caquetá, Guaviare, Meta, Nariño, Santander y Tolima. Los casos confirmados de leishmaniasis visceral se concentran principalmente en los departamentos de Bolívar, Córdoba, Sucre y Tolima.

En 1999, un estudio nacional sobre seroprevalencia y factores de riesgo de Enfermedad de Chagas reportó una prevalencia de infección de 35 por 1000 en niños menores de 15 años, especialmente en la parte oriental del país. (9)

4.3 ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

La erradicación de la poliomielitis en 1991, la eliminación de sarampión en 2002, y la eliminación del tétanos neonatal y difteria como problemas de salud pública, así como la iniciativa actual para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en el 2010, hace a Colombia ocupar un lugar importante entre los países de América Latina al alcanzar estos objetivos.

Desde agosto de 2005 a junio de 2006, 17.697.717 personas entre las edades de 14 y 39 años (96,9% de la meta) fueron vacunadas contra el sarampión y la rubéola, lográndose la interrupción de la circulación del virus de la rubéola y no se informó de casos de recién nacidos con el síndrome de rubéola congénita.

En 2005, hubo 139 casos notificados de tos ferina, 2366 casos clínicos de parotiditis, 84 casos de rubéola (53 casos fueron confirmados por laboratorio), 5 casos de síndrome de rubéola congénita (todos se comunicaron antes de la Jornada Nacional de Vacunación contra el sarampión y la rubéola), y 19 casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b.

En 2005, la vacuna contra la gripe estacional se dio a adultos de más de 65 años de edad en residencias geriátricas y hospitales, y los niños entre 6-18 meses de edad con enfermedades respiratorias. En total se administraron, 423.648 dosis de vacuna. (9)

4.3.1 Enfermedades infecciosas intestinales. Sobre la base de la vigilancia de las enfermedades diarreicas agudas llevada a cabo por el Instituto Nacional de Salud, de Colombia, los datos obtenidos del análisis de 1335 muestras en 2003 mostró: que 17,5% fueron positivos para los siguientes microorganismos; Rotavirus (7%), Giardia duodenalis (6%), Cryptosporidium sp. (3%), Shigella sp. (0,8%), y Salmonella sp. (0,7%). La corroboración de los resultados de la prueba entre el instituto Nacional de Salud y puestos centinela varió de 66% a 100%. No Se detectaron casos de cólera. (9)

4.3.2 Enfermedades crónicas. La tasa de incidencia para todas las formas de tuberculosis fueron 26,2 por 100.000 habitantes en 2001, 26 en 2002, 28,5 en 2003, 24,8 en 2004, y 22,5 en 2005. El Amazonas y la cuenca del río Orinoco fueron las zonas más afectadas, el 53% de los departamentos se clasifican como de muy alto riesgo (incidencia por encima del tercer cuartil) o de alto riesgo (incidencia superior a la media nacional). Los grupos más afectados son personas entre 25-34 años de edad. Con base en información parcial con respecto a la cohorte que reciben tratamiento en 2003, la tasa de curación fue del 72%, la tasa de finalización de tratamiento del 9%, tasa de abandono del tratamiento, del 8%; tasa de mortalidad de 5%, tasa de transferencia del 5%, y tasa de fracaso del tratamiento, el 1%. La cobertura de la estrategia de Terapia, acortada supervisada, fue del 35% en promedio para el año 2004, El porcentaje de muertes por tuberculosis entre 1991 y 2000 fue de 0,7%. Entre los pacientes con VIH / SIDA, las muertes por tuberculosis fueron en promedio de 10,8% durante el período 1997-2001. (9)

La prevalencia de la lepra ha disminuido de (3,0 por 10.000 habitantes) en 1990 a (0,3 por 10.000 habitantes) en 2004 gracias a la mayor facilidad de acceso a los medicamentos. La lepra también mostro una incidencia con tendencia a la baja, de 2,90 por 100.000 habitantes en 1990 a 1,31 por 100.000 habitantes en 2004. En 2004, sólo dos departamentos mostraron tasas de prevalencia por encima de la meta de eliminación 1 por cada 10.000 habitantes: Amazonas (1,4) y Arauca (1,1).

la mayor proporción de casos se produjo en hombres (66%), la mediana de edad fue de 46 años, y las personas de edad 15-44 años fueron los más afectados.

4.3.3 Infección respiratoria aguda. En 1990, la tasa de mortalidad de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años fue de 48,5 por 100.000, mientras que en 2002 fue de 34,7 por 100.000. Años potenciales de vida perdidos (APVP) por 100.000 niños menores de 5 años ascendió a 3.225 en 1990, pero en 2002 APVP se redujo a 1.803. Los factores de riesgo relacionados con la mortalidad por las infecciones respiratorias agudas son la ausencia o el bajo porcentaje de la lactancia materna, bajo peso al nacer, parto prematuro, fumar, el uso de los combustibles domésticos como la leña y keroseno, y otros factores predisponentes, como el hacinamiento y los cambios climáticos. En lo que respecta a la vigilancia de las enfermedades respiratorias, la distribución por agente etiológico en el 2005 fue de 33% para el virus sincitial respiratorio, el 31% para virus parainfluenza, y 15% para el virus de la influenza tipo A. (9)

4.3.4 VIH / SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Después de que el VIH surgió en Colombia en 1984, su prevalencia aumentó al 0,6% en 2003. En 2005, se estima que 171.504 personas de 15-49 años estaban viviendo con el VIH, con una prevalencia estimada del 0,7%. Entre 1983 y 2005, un total de 40.809 casos de VIH / SIDA se notificaron al Sistema de Vigilancia de Salud Pública. En el 53,7% de estos casos la transmisión es heterosexual, en el 27,1% homosexual; en 15,1% bisexual en el 2,9% perinatal y en el 0,6% a través de transfusión de sangre.

Otros análisis de los casos por sexo revelan una feminización de la epidemia durante el período 1985-1989, el 8,2% de casos correspondían a mujeres, mientras que en el periodo 2000-2004, esta cifra alcanzó el 26,6%. La razón hombre-mujer pasó de 9,4 en 1990 a 2,3 en 2005. De acuerdo a los datos del

Ministerio de Protección Social y del Observatorio de Gestión Nacional del VIH / SIDA, hubo 13.195 muertes por SIDA durante el período 1995-2002. Actualmente, el 78,5% de todos los casos de VIH pacientes pertenecientes a la Dirección General de Salud y Sistema de Seguridad Social (SGSSS) están recibiendo tratamiento antirretroviral.

La incidencia de sífilis congénita está en aumento, de 0,75 por 1000 nacidos vivos en 2000 a 1,25 por nacidos vivos en 2005. Datos del Instituto Nacional de Salud indican que la sífilis gestacional aumentó de 0,89 por cada 1000 mujeres embarazadas en 2003 a 2,51 en 2005. Este es un amplio panorama acerca de la problemática en salud de nuestro país útil para tratar de comparar estas cifras con las halladas en el grupo poblacional objeto del estudio. (9)

La evaluación del estado nutricional de los menores se realizó de acuerdo a los parámetros dados por la OMS para la interpretación de las tablas de Z score como vemos a continuación.

Tabla 1. Interpretación tablas de z score según organización mundial de la Salud 2007.

Puntaje z	Talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la talla	IMC para la edad
Sobre 3	Nota 1	Nota 2	Obeso	Obeso
Sobre 2	Normal	Nota 2	Sobrepeso	Sobrepeso
Sobre 1	Normal	Nota 2	Riesgo de sobrepeso (nota3)	Riesgo de sobrepeso (nota3)
0 media	Normal	Normal	Normal	Normal
Debajo de -1	Normal	Normal	Normal	Normal
Debajo de -2	Talla baja (nota4)	Desnutrido	Emaciado	Emaciado
Debajo de -3	Talla baja severa (nota)	Desnutrido severo (nota5)	Emaciado severo	Emaciado severo

- Un niño en este rango es muy alto. La talla alta es un problema poco frecuente; a menos que sea excesiva, debe descartarse un desorden endocrino, como una neoplasia productora de hormona del crecimiento, este menor debe ser valorado por especialista en la materia, se debe valorar a su vez, la talla de los padres y ver si estos están en rangos de normalidad.
- Este ítem es mejor valorarlo con la curva de talla para la edad o índice de masa corporal (IMC) para la edad, para precisar el diagnóstico de su alteración en el peso.
- Un paciente cercano a línea z (1) tendrá un riesgo posible, pero si el punto está muy cerca de la línea z (2), este riesgo es definitivo.

- Es posible que un paciente clasificado como talla baja o talla baja severa, tenga a su vez sobrepeso.
- Este paciente debe ser referido a un centro de atención con experiencia en manejo de pacientes desnutridos. (10)

5. DEFINICION DE VARIABLES

Tiempo de funcionamiento del hogar: cantidad de tiempo expresada en años durante la cual el hogar comunitario de bienestar ha estado en funcionamiento.

Edad de la madre comunitaria: número de años cumplidos por la madre comunitaria al momento de la evaluación del hogar.

Escolaridad de la madre comunitaria: título máximo alcanzado por la madre comunitaria durante su educación formal.

Títulos adicionales de la madre comunitaria: títulos alternos a su educación formal alcanzados por la madre comunitaria, que le facilitan su desempeño como cuidadora de un grupo de niños.

Tiempo de servicio de la madre comunitaria: cantidad de años que la madre comunitaria ha servido en esta labor.

Número de visitas institucionales al hogar comunitario: cantidad de visitas realizadas en el año inmediatamente anterior a la recolección de los datos, por parte de personal veedor del ICBF.

Número de niños ingresados en el último año: cantidad total de niños que ingresaron al programa de hogares comunitarios de bienestar en el año inmediatamente anterior a la recolección de los datos, para los hogares que tenían menos de 1 año de funcionamiento, se asumió que el total de niños pertenecientes a ese hogar ingresó en el último año.

Número de niños egresados en el último año: cantidad total de niños que salieron del programa de hogares comunitarios de bienestar en el año inmediatamente anterior a la recolección de los datos.

Causa de ingreso a la institución: motivo primordial por el cual cada niño es vinculado al hogar comunitario de bienestar, para efectos del estudio se consideraron 5 causas (abandono paterno, falta de tiempo, maltrato infantil, falta de recursos, solicitud expresa de los padres).

Causa de egreso de la institución: motivo primordial por el cual cada niño es retirado del hogar comunitario de bienestar, para efectos del estudio se consideraron 4 causas (cumplimiento de edad límite, regreso con la familia, salida a otra institución, falta de recursos, muerte).

Ingreso mensual por niño: cantidad de dinero en pesos, que es aportada mensualmente por cada niño usuario del programa de hogares comunitarios de bienestar.

Estrato social del hogar: nivel socioeconómico al que pertenece el recinto donde funciona el hogar comunitario de bienestar.

Seguridad social del menor: régimen de seguridad social al cual pertenece cada menor del hogar.

Servicios públicos: presencia de los diferentes servicios de uso público con el que cuenta cada hogar comunitario.

Madres con problemas sociales graves: número de madres de los menores pertenecientes al hogar comunitario que tienen alguna problemática de salud o social especial, para efectos del estudio se consideraron 3 (madre drogadicta, madre con enfermedades de transmisión sexual y madre adolescente).

Número de niños fallecidos: cantidad de menores que al estar vinculados al programa de hogares comunitarios de bienestar fallecen, se realizó la diferenciación por sexo, y grupo etario.

Causa de muerte: evento o patología que condicionó en mayor parte la defunción del menor institucionalizado, para efectos del estudio se consideraron las

siguientes. (Accidente no tránsito, Accidente de tránsito, Causas externas, Malaria, Neoplasias, Dengue, TBC, SIDA, Tos ferina, EDA, Neumonía, Desnutrición, Neonatal, Cardiopatías, Otras, Desconocida).

Número de niños hospitalizados: cantidad de niños que requirieron tratamiento intrahospitalario por cualquier causa en el último año previo a la evaluación del hogar, se realizó diferenciación por sexo.

Número de niños con patologías específicas: cantidad de niños pertenecientes al hogar comunitario de bienestar que presentan o presentaron una patología específica, en el año previo a la evaluación del hogar, para efectos del estudio se consideraron como relevantes las siguientes patologías:

Patología Respiratoria Alta (IRA alta): Otitis Media Aguda (OMA), Faringitis, Sinusitis, Resfriado, rinitis.

Patología Respiratoria Baja (IRA baja): Bronquiolitis, Neumonía, asma.

Otras enfermedades: enfermedad diarreica aguda (EDA), Dermatitis, Patología ocular, Patología oral, Anemia, Trastornos de la marcha, Parasitismo.

Trastornos Neurológicos: Epilepsia, Retardo mental, Parálisis cerebral.

Enfermedades de Notificación: Sarampión, Difteria, Tos ferina, Meningitis, Tétanos, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Cólera, Rabia humana, Fiebre amarilla, Dengue, Malaria, Tuberculosis (TBC), Lepra.

Niños con carnet de crecimiento y desarrollo actualizado: cantidad de niño que tenían al menos 1 visita a control médico o de enfermería para evaluar crecimiento y desarrollo registrado en su carnet personal en el último año.

Niños con carnet de crecimiento y desarrollo desactualizado: cantidad de niño que no tenían al menos 1 visita a control médico o de enfermería para evaluar crecimiento y desarrollo registrado en su carnet personal en el último año.

Niños sin carnet de crecimiento y desarrollo: cantidad de niños que no poseían carnet individual de crecimiento y desarrollo.

Número de visitas anuales al médico: cantidad de visitas en el último año a valoración médica del menor sin que este se encuentre con alguna patología específica.

Número de visitas anuales al odontólogo: cantidad de visitas en el último año a valoración odontológica del menor sin que este se encuentre con alguna patología oral específica.

Esquema de vacunación completo: número de niños que poseían carnet actualizado de vacunas a la fecha de la evaluación del hogar.

Esquema de vacunación incompleto: número de niños que poseían carnet desactualizado de vacunas a la fecha de la evaluación del hogar.

No inicio de esquema de vacunación: número de niños que no poseen carnet de vacunas a la fecha de la evaluación del hogar.

Niños con vacunas fuera del plan ampliado de inmunizaciones (PAI): número de niños a los que se les ha administrado una vacuna no contemplada en el PAI para efectos del estudio consideramos las siguientes: (rotavirus, neumococo, varicela, vacuna contra el papiloma virus, hepatitis A, influenza)

Maltrato infantil: número de niños reportados en el hogar con sospecha de maltrato infantil por parte de algún familiar, se hizo la diferenciación entre, maltrato previo a pertenecer al programa de hogares comunitarios de bienestar o posterior a su ingreso al hogar.

Tabla 2: Operacionalización de variables

VARIABLE	UNIDAD	INTERVALOS/ CARACTERÍSTICAS
Tiempo de funcionamiento del hogar	Años	(<1) (1-3) (>3)
Edad de la madre comunitaria	Años	(< 18) (18-35) (35-50) (>50)
Escolaridad de la madre comunitaria	Título alcanzado máximo	(Primaria)-(Básica secundaria)-(Bachiller) (Técnico)-(Universitario)
Títulos adicionales de la madre comunitaria	Título alcanzado total	(Nutrición)-(Pedagogía) (Salud)-(Psicología)- (Otros)
Tiempo de servicio de la madre comunitaria	Años	(<1 año) - (1-3 años) -(>3 años)
Número de visitas institucionales al hogar comunitario	Número total	1-2-3-4-5-6.....
Número de niños ingresados en el último año	Número total	1-2-3-4-5-6.....
Número de niños egresados en el último año	Número total	1-2-3-4-5-6
Causa de ingreso a la institución	Número total	(Abandono)-(Maltrato infantil)-(falta de tiempo)- (Falta de recursos)- (solicitud de los padres)- (otros)
Causa de egreso a la institución	Número total	(cumplimiento de edad límite)-(regreso con la familia)-(Salida a otra institución)-(falta de recurso)-(muerte)
Ingreso mensual por niño	Promedio en	Cifra total EJ: 7000

	Pesos colombianos	pesos
Estrato social del hogar	Numero	1-2-3-4-5-6
Seguridad social del menor	Número total de menores	(Subsidiado)-(Vinculado)-(Contributivo)-(Régimen de excepción)-(No tienen seguridad social)
Servicios públicos	Si o No	(Acueducto)-(Alcantarillado)-(Aseo)-(Luz)-(Teléfono)-(Gas)-(Internet)
Madres con problemas sociales graves	Número total por hogar	(adolescente)-(drogadicta)-(ETS)-(Otras)
Número de niños fallecidos	Número total	1-2-3-4-5-6.....
Causa de muerte	Evento primordial que la causó, se tomaron las siguientes variables	Accidente no transito, Accidente de tránsito, Causas externas, Malaria, Neoplasias, Dengue, TBC, SIDA, Tos ferina, EDA, Neumonía, Desnutrición, Neonatal, Cardiopatías, Otras, Desconocida
Número de niños hospitalizados	Número total	1-2-3-4-5-6.....
Patología Respiratoria Alta	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Patología Respiratoria Baja	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Otras enfermedades	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Trastornos Neurológicos	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Enfermedades De Notificación	Número total de	1-2-3-4-5-6.....

	niños	
Niños con carnet de crecimiento y desarrollo actualizado	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Niños con carnet de crecimiento y desarrollo desactualizado	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Niños sin carnet de crecimiento y desarrollo	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Número de visitas anuales al médico	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Número de visitas anuales al odontólogo	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Esquema de vacunación completo	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Esquema de vacunación incompleto	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
No inicio de esquema de vacunación	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Niños con vacunas fuera del plan ampliado de inmunizaciones (PAI)	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....
Niños víctimas de Maltrato infantil	Número total de niños	1-2-3-4-5-6.....

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño de nuestra investigación, corresponde al tipo cohorte no concurrente, por que se analiza las relaciones existentes entre el estado de salud de un grupo poblacional y una variable como es el pertenecer a un hogar comunitario de bienestar. Y fue escogido este método porque es ideal para evaluar factores de riesgo para la salud. El diseño Transversal fue escogido, porque facilita determinar la relación existente entre un factor externo a la salud como es el pertenecer a un hogar comunitario de bienestar familiar, medido en un momento definido del tiempo. Nos ayuda a conocer cómo coexisten en los niños sus problemas de salud en un entorno social diferente. Para algunos autores este tipo de estudio se denomina estudios de prevalencia. Cabe aclarar que por definición los estudios de cohorte requieren un seguimiento de la misma, pero en este caso el corte transversal fue necesario por razones logísticas de los investigadores que hizo imposible el seguimiento formal de la población estudiada.

7. UNIVERSO Y MUESTRA

7.1 UNIVERSO

Todos los menores vinculados al programa de hogares comunitarios de bienestar en la ciudad de Neiva entre noviembre de 2006 y noviembre de 2007. Pertenecientes a los estratos 1 y 2, que para la fecha de la recolección de los datos correspondían a 525 menores aproximadamente según información del ICBF regional Neiva.

7.2 MUESTRA

Todos los menores vinculados al programa de hogares comunitarios de bienestar en la ciudad de Neiva entre noviembre de 2006 y noviembre de 2007. Pertenecientes a los estratos 1 y 2. Que se encontraban para esa fecha en los siguientes hogares; (Travesuras, EL Kiosco, Niños Felices, La Alegría, Mi caracolito, Mis primeros pasos, Los Guamitos, La Orquídea, Mi segunda madre, Los Pajaritos, Mi Pequeñín, Los Nomos, El Divino Niño, Los Ositos, El Edén y Las Palomitas). El total de la muestra analizada fue de 227 menores.

8. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Los recursos necesarios para la investigación fueron:

- **Recurso Humanos:** residentes de tercer año de pediatría, Oscar Geovvany Perez y Daniel Ozaeta Eidelman. Tutores, Dr Rafael Garcia y Dr Jorge E Manrique docentes de la especialización de pediatría en el área de pediatría social.

- **Recursos Locativos:** hogares comunitarios de bienestar de la ciudad de Neiva a continuación: (Travesuras, EL Kiosco, Niños Felices, La Alegría, Mi caracolito, Mis primeros pasos, Los Guamitos, La Orquídea, Mi segunda madre, Los Pajaritos, Mi Pequeñin, Los Nomos, El Divino Niño, Los Ositos, El Edén y Las Palomitas)

- **Materiales:**

- Ficha de recolección de datos previamente elaborada.
- Tallimetro
- Bascula

- **Económicos:**

- Transporte: 50.000 pesos
- Tallimetro: 100.000 pesos
- Bascula: 200.000 pesos
- Refrigerios: 320.000 pesos
- Video: 250.000 pesos
- Papelería: 200.000 pesos
- Donación a madre guía: 50.000 pesos
- Asesoría epidemiólogo: 100.000 pesos

TOTAL 1.270.000 pesos

Tabla 3: Cronograma de actividades visitas a hogares comunitarios

ACTIVIDAD	HORARIO
Hora de llegada	8:00 am
Recolección de datos del hogar	8:00-12:00 am
Refrigerio	10:00-10:30 am
Toma de peso y talla	02:00-04:00 pm

Las visitas se realizaron en las fechas comprendidas en los 16 primeros días hábiles del mes de noviembre de 2007.

Se visitaron 16 hogares comunitarios de bienestar de los estratos 1 y 2 de la ciudad de Neiva, a cada uno de estos hogares se aplicó un formato de evaluación del hogar diligenciado directamente por el entrevistador (médico residente); dicho formato fue aprobado previamente por el director del proyecto Dr Rafael García pediatra docente en el área de pediatría social de la universidad surcolombiana; a cada uno de los niños que pertenecientes a los hogares, se les tomo el peso y la talla como medidas antropométricas para la evaluación del estado nutricional. El peso fue tomado por medio de una bascula digital marca (EAST WINDSOR modelo ww 35) calibrada previo al inicio de las evaluaciones y la talla fue tomada por medio de un tallimetro, elaborado exclusivamente para la elaboración del proyecto.

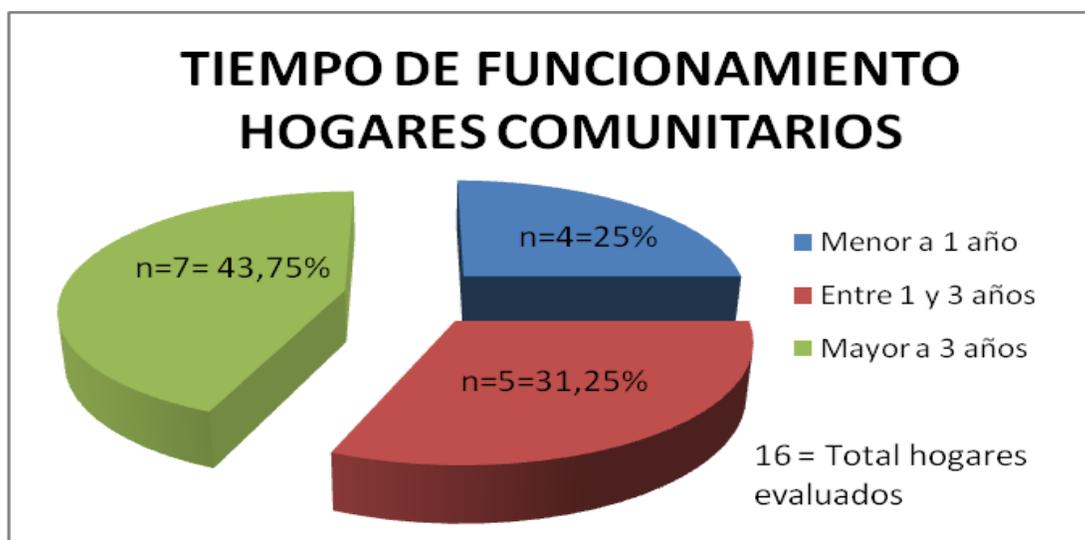
Posteriormente estos datos fueron analizados a través del programa estadístico EPI-INFO 2001 para la elaboración de resultados y conclusiones. Algunos gráficos fueron elaborados en una hoja de cálculo realizada en Microsoft Office Excel 2007. Para percentilar a los pacientes se utilizo un programa realizado en una hoja de cálculo en Microsoft Office Excel 2007.

El formato de recolección de datos se encuentra en el anexo 1 pagina 74.

9. RESULTADOS

En total se evaluaron durante el periodo de noviembre 2006 a noviembre de 2007, 16 hogares comunitarios de bienestar familiar, en cabeza de 16 madres comunitarias, el total de la población de menores fue de 227, iniciamos con la evaluación general de los hogares comunitarios y su respectiva madre comunitaria, encontrando que 7 (43,7%) de los 16 hogares llevan más de 3 años funcionando (grafico 1), y los hogares mas nuevos es decir los que tienen menos de 1 año de funcionamiento fueron en total 4 (25%).

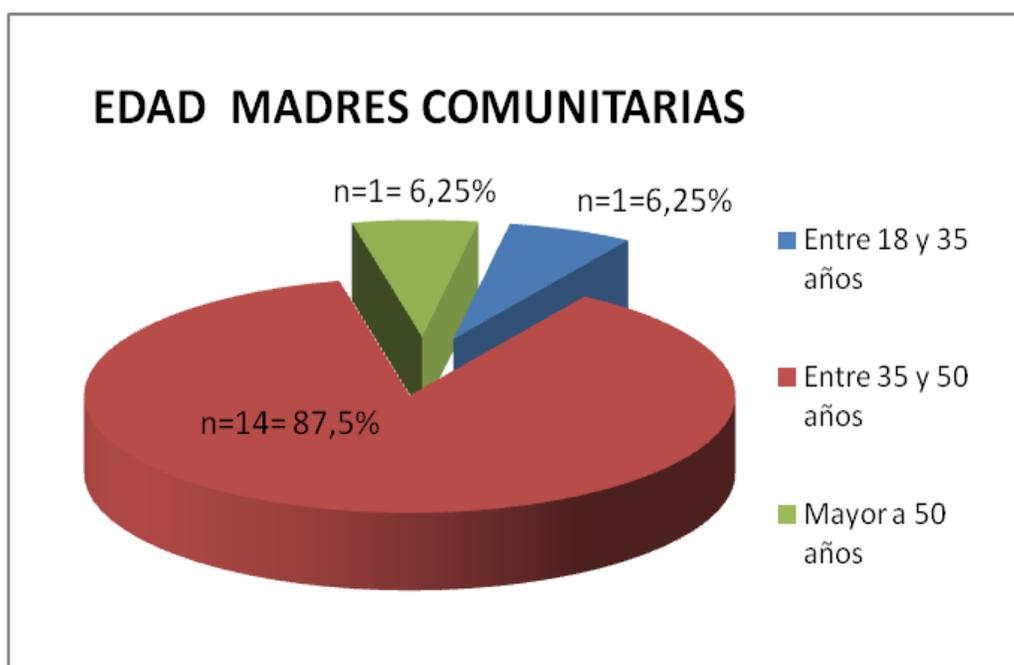
Grafico 1. Tiempo de funcionamiento en años de cada uno de los hogares comunitarios de bienestar encuestados.



En lo que respecta a la edad de las madres comunitarias de la ciudad de Neiva, en general, el mayor porcentaje 87,5% (n=16) se encuentran dentro del grupo de adultez media (GRAFICO 2), que es el periodo comprendido entre los 30-50 años, este periodo representa la etapa de mayor productividad la boral de un ser humano por lo tanto resulta para efecto de los hogares comunitarios un grupo

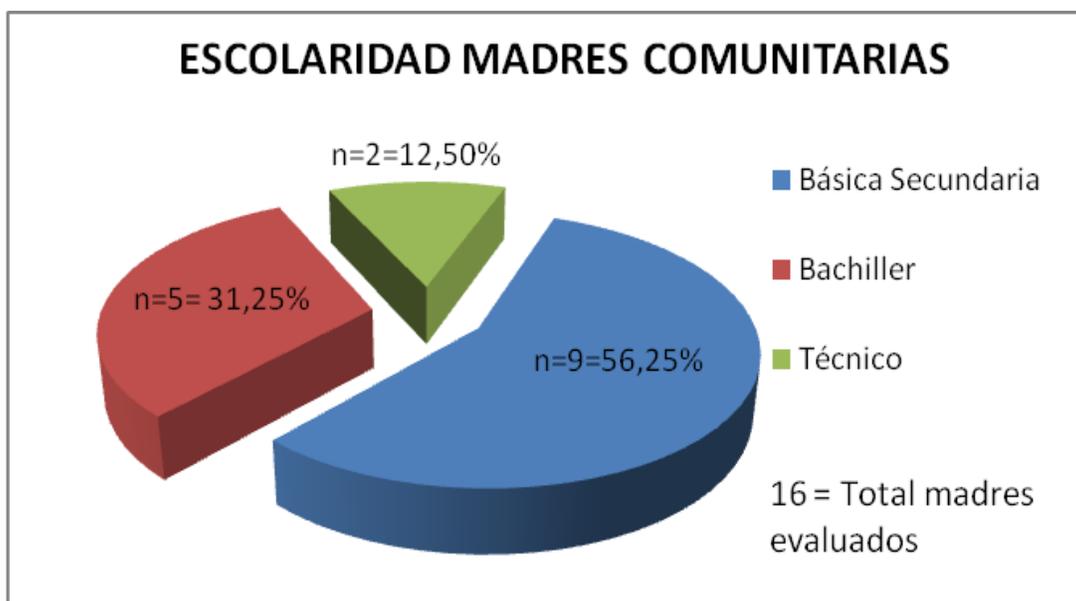
etareo de madres muy prolijo en la resolución de problemas con los menores y sus familia, tan solo el 12,5 % (n=2) se salieron de este rango de edad, en un hogar una mujer de menos de 35 años y en otra una madre de mas de 50 años.

Grafico 2. Edad de las madres comunitarias.



En lo que respecta a la educación formal de las madres comunitarias de la ciudad de Neiva tenemos que tan solo 7 (43,7%) de ellas habian completado sus estudios de secundaria, esto nos deja que 9 (56,25%) de las 16 madres tiene el grado de basica secundaria, es decir han aprobado hasta noveno grado de secundaria lo que refleja tal vez la poca facilidad que tienen las personas de estratos bajos para alcanzar niveles superiores de educacion, esto tambien se demuestra en que ninguna de las madres comunitarias tiene estudios universitarios. (grafica 3)

Grafico 3. Grado maximo alcanzado por las madres comunitarias en educacion formal.



La educación no formal de las madres comunitarias se encuentra apoyada por el ICBF y esto se refleja en que las 16 madres, han realizado un total de 15 cursos extra a su educación formal, lo que corresponde en promedio al 93,7% de las madres comunitarias, es decir que el 93.7% de las madres han realizado al menos una capacitación extra de su educación formal. Llama la atención que ninguna madre de las encuestadas ha realizado algún tipo de estudio en el área de la salud, es por esto que las visitas periódicas a estos hogares por parte de los estudiantes de medicina y de pediatría para reforzar conductas saludables en este grupo poblacional se hacen tan necesarias. En cuanto al grupo de otros cursos realizados por las madres comunitarias tenemos, culinaria y costura, estos con un total de 37,5%, las capacitaciones de sicología y pedagogía dan cuenta cada una de un 25% de los cursos extra y tan solo el 6,25% han realizado estudios en nutrición. (Grafica 4)

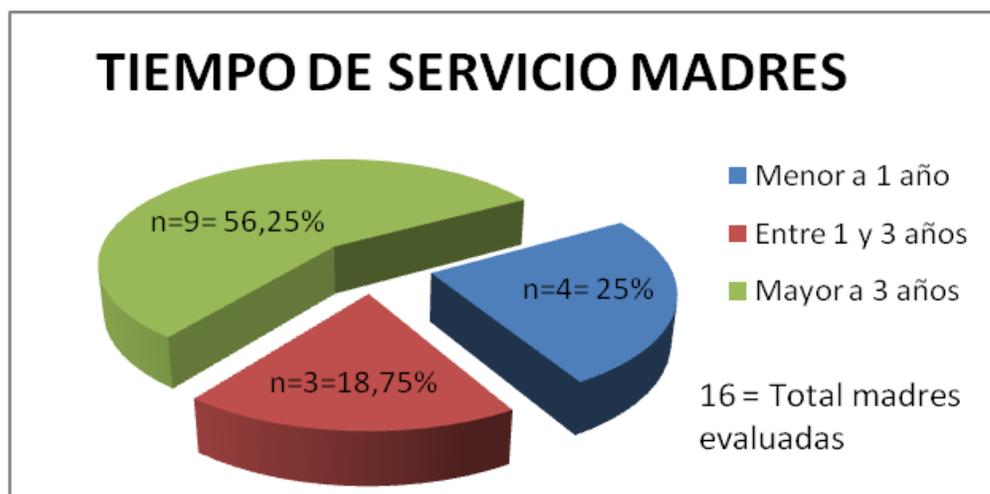
Grafico 4. Estudios de educación no formal que han realizado las madres comunitarias para el mejoramiento de la atención de los menores.



El tiempo de servicio como madres comunitarias de un hogar se caracterizo porque de las 16 madres, 9 (56,2%) tenían más de 3 años de experiencia, tan solo 4 (25%) tenían menos de 1 año de experiencia esto nos sigue confirmando que la mayoría de personal a cargo de los hogares, está constituido por madres con cierto recorrido en su labor. (Grafica 5).

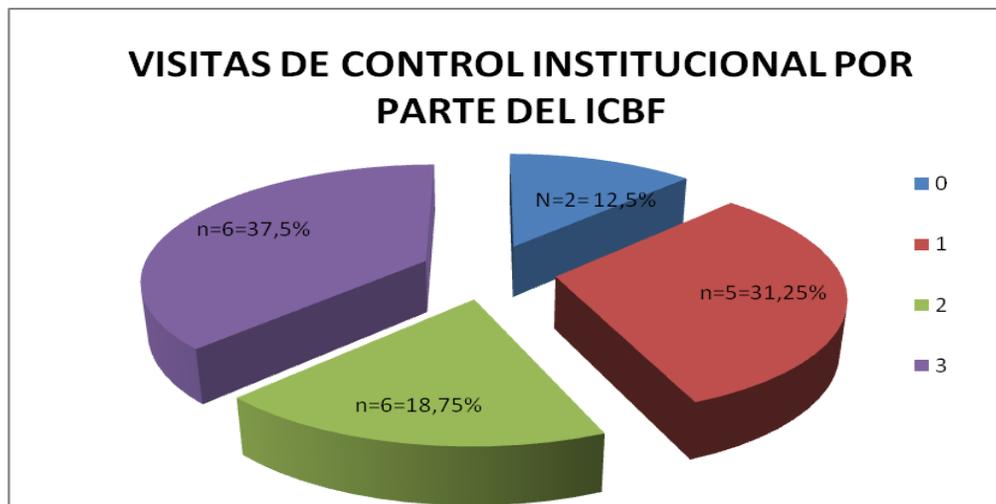
Como último punto de la evaluación general de los hogares, se tuvo en cuenta el número total de visitas anuales por parte de veedores del ICBF, los cuales tienen como labor primordial, siendo el ente a cargo de estos hogares, el de vigilar que las actividades llevadas a cabo por parte de la madre comunitaria con los niños a su cargo se realizan de la manera las adecuada posible, esto sin otro animo que el de corregir posibles errores en el funcionamiento del hogar y velar por la atención integral de los menores.

Grafico 5. Tiempo que han ejercido el cargo de madres comunitarias de bienestar, las personas encuestadas



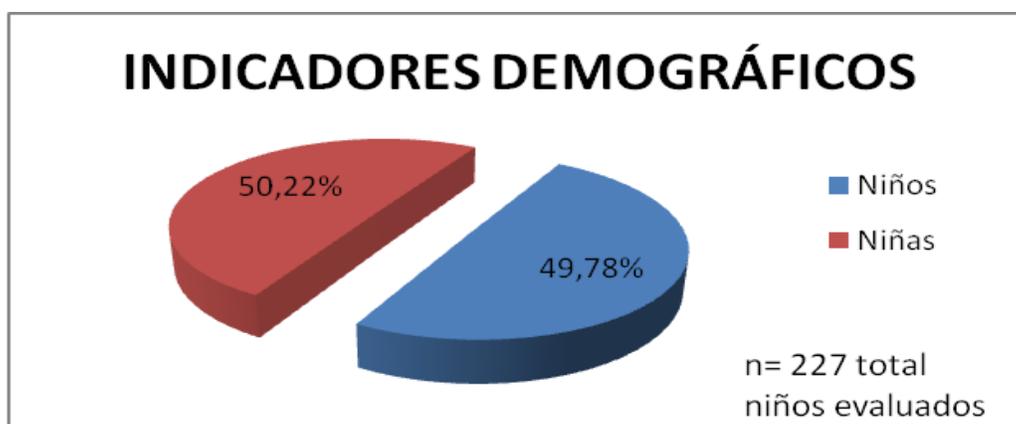
A este respecto encontramos que 2 (12,5%) de los hogares encuestado no habían tenido ninguna visita institucional durante el último año, esto podría esperarse por ejemplo en el hogar de nombre la alegría debido a que este tenía solo 3 meses de funcionamiento al momento de la visita, pero el otro hogar (el edén) lleva más de 3 años de funcionamiento lo cual indica en cierta forma un grado de distanciamiento por parte del ente regulador ICBF en estos hogares, lo cual consideramos no debería ocurrir en un programa tan importante para la salud de nuestros menores en la ciudad de Neiva, el resto de hogares tuvieron entre 1 y 3 visitas anuales lo cual es lo contemplado en la organización del programa de hogares comunitarios de bienestar familiar. (Grafica 6)

Grafico 6. Número de visitas de control por parte del ICBF que recibieron en el último año cada uno de los hogares comunitarios de la ciudad de Neiva.



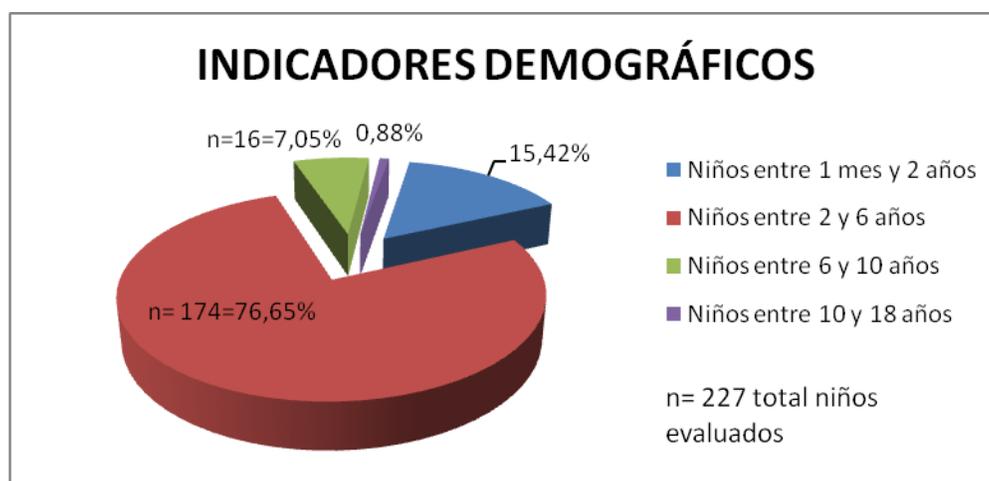
En lo que respecta a los indicadores demográficos de esta población de menores, tenemos que en cada hogar comunitario hay entre 14 y 15 niños, en total el número niños que hicieron parte del estudio son 227, resultando en una división por género muy proporcional, ya que del total de menores, 113 (49,78%) eran niños y 114 (50,22%) niñas. (Grafico 7.)

Grafico 7. Distribución del género del total de niños evaluados.



Continuando con los datos demográficos de los menores, tenemos que por definición del programa la mayoría de niños 174 (76,6%) se encuentran entre las edades de los 2 a los 6 años, pero llama la atención que el 7,93% de los niños que asisten a los hogares comunitarios sobrepasan el límite de edad que dictan los lineamientos de estos hogares, lo que demuestra una vez más de forma fehaciente que la necesidad de instituciones que apoye el cuidado de los menores debe crecer en forma considerable, no solo en número sino ampliar los rangos de edad para aumentar la cobertura del servicio. No se encontró ningún menor en el periodo neonatal. (Grafico 8)

Grafico 8. Clasificación de los menores evaluados por grupo etario.

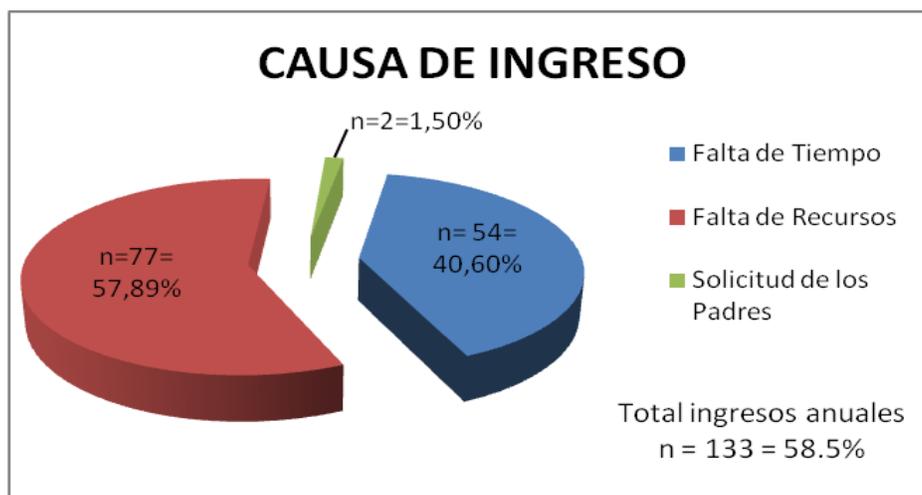


Pasando a la dinámica poblacional del último año en los hogares comunitarios de bienestar de la ciudad de Neiva, tenemos que del total de 227 menores, 133 (58.5%) ingresaron en el año inmediatamente anterior, esto nos da un promedio de 8,3 ingresos anuales por hogar, más adelante veremos las causas de esos egresos gráfico 10.

En lo que atañe a los motivos por los cuales ingresan los menores a estos hogares, tenemos que la falta de recursos económicos por parte de los padres de los evaluados constituyó la primera causa de ingreso en el último año a los hogares con un total de 77 (57,8%) niños, seguido por la falta de tiempo de los

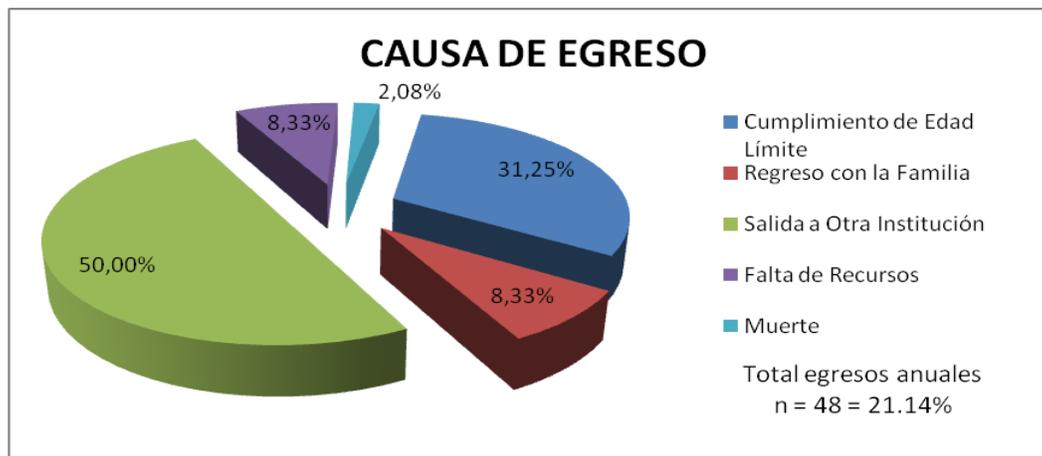
padres para un total de 54 menores (40,6%), tan solo 2 menores de los que habían ingresado en el último año no tenían una causa aparente clara del porque ingresaron al programa, y se incluyeron dentro del grupo de solicitud de los padres para mejorar el cuidado de sus hijos. Grafico 9.

Grafico 9. Causas de ingreso de los menores a los hogares comunitarios de bienestar.



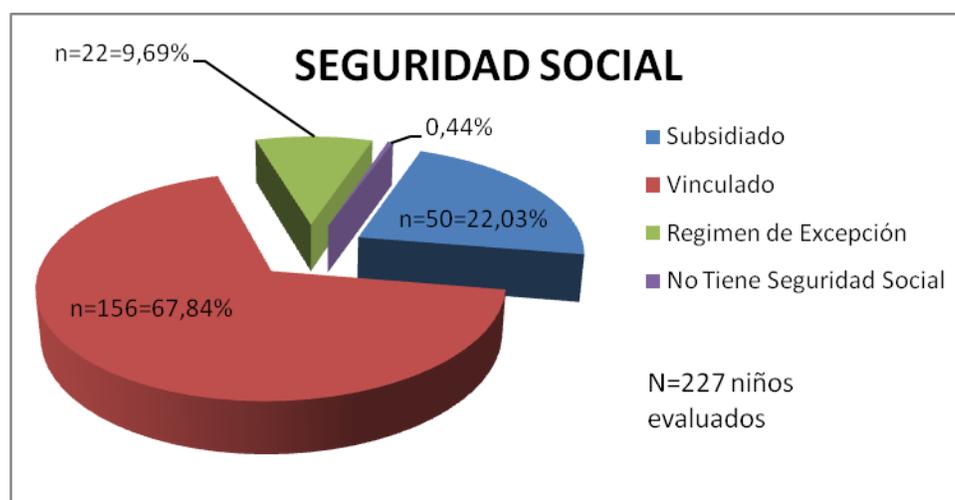
El total de egresos como ya mencionamos fue de 48 en el año inmediatamente anterior a las evaluaciones del hogar. La principal causa de egreso fue el traslado a otra institución entre las cuales tenemos jardines infantiles, inicio de educación formal, e incluso traslado a otros hogares de bienestar por cercanía, estos constituyeron la mitad de los egresos 44 niños (50%), seguido por el cumplimiento de la edad límite para permanecer en el hogar en un 31% (44 niños), es de anotar que 4 de los niños egresados tuvieron como causa principal la falta de recursos económicos lo cual dentro del reglamento de los hogares está completamente prohibido. En el reglamento de funcionamiento de los hogares se cita “La falta de pago de la cuota de participación en ningún caso podrá afectar la permanencia del niño o la niña en el Hogar Comunitario de Bienestar”. Esto tal vez refleje el desconocimiento de la normatividad por parte de las madres comunitarias y de los padres usuarios del servicio que no hacen valer sus derechos. (Grafico 10)

Grafico 10. Motivo primordial por el cual los menores egresan del programa de hogares comunitarios de bienestar.



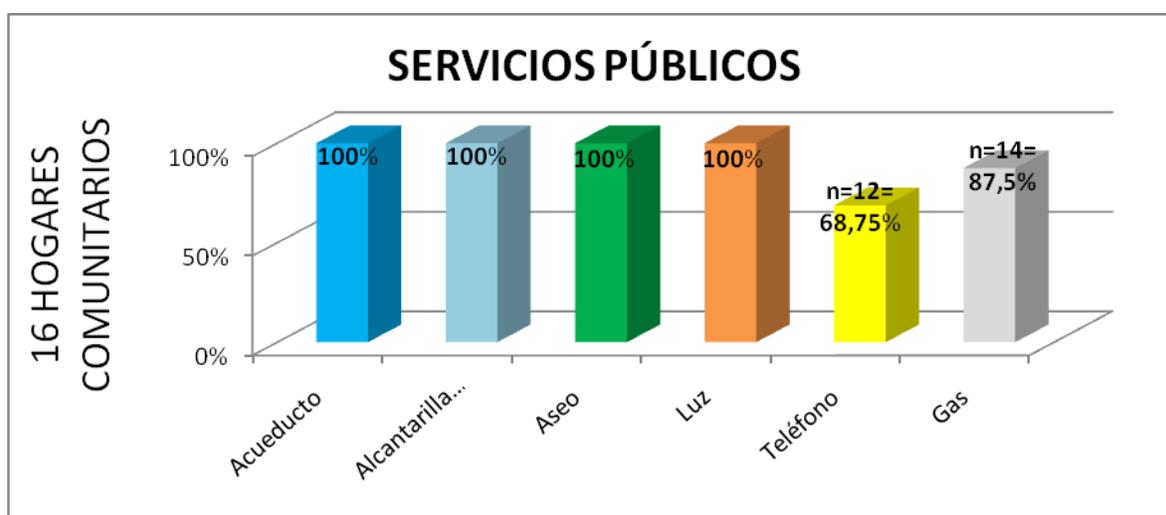
Pasando a la evaluación socioeconómica, la seguridad social de estos menores como era de esperarse pertenece primordialmente al amplio grupo de los vinculados para un total de 154 (67,84%) menores, seguido por el régimen subsidiado con 50 (22,03%) niños, (Grafico 11)

Grafico 11. Seguridad social de los 227 menores pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar.



Los servicios públicos de los hogares comunitarios, reflejan condiciones mínimas de salubridad para atender a las necesidades de los menores, como podemos ver en la grafica 12, el 100% (n=16) de los hogares comunitarios, poseen los servicios básicos como son: agua, luz, alcantarillado y aseo; de los otros servicios públicos existentes, ningún hogar cuenta con servicio de internet, 14 (87,5%) hogares tienen gas domiciliario y 12 (68,7%) cuentan con servicio telefónico.

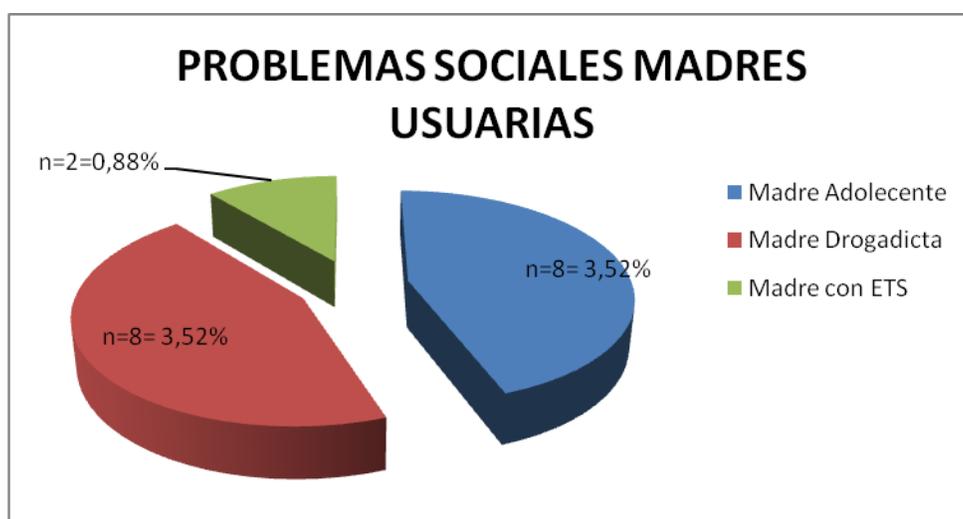
Grafico 12. Servicios públicos de los hogares comunitarios de bienestar.



Los problemas sociales graves de las madres de los menores, que tuvimos en cuenta para efectos del estudio fueron, la drogadicción, las enfermedades de transmisión sexual y las madres adolescentes. Arrojándonos que 8 (3,52%) de ellas, son adolescentes o presenta problemas de drogadicción, el 0,8% (n=2) madres de los menores se encuentran con enfermedades de transmisión sexual, estos datos analizados con cautela, demuestran que en este aspecto hubo fallo en el método de recolección de datos, por que definitivamente estas cifras deben ser muy inferiores a los realmente presentadas por el grupo de madres de los menores de los hogares comunitarios de bienestar, esto debido a que las madres comunitarias, no poseen datos fidedignos de las patologías de las madres de los

menores; además para el análisis de estos datos, se tuvo en cuenta el número total de niños, pudiendo perfectamente no ser igual al número de madres de los menores por poder presentarse el caso de madre con más de 1 menor inscrito al programa, por lo cual estos datos carecen de relevancia para efectos del análisis. (Gráfico 13)

Gráfico 13. Problemas sociales más relevantes de las madres usuarias del programa de hogares comunitarios del bienestar familiar.

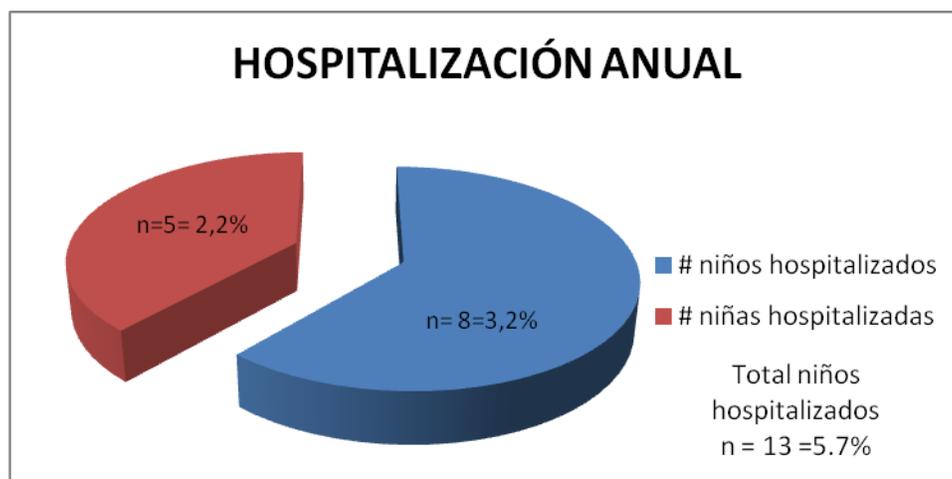


Pasando a la parte central del estudio, encontramos que dentro de los hogares encuestados, en el último año una sola menor falleció siendo usuaria del programa, de esta menor no fue posible obtener una historia clínica y según la madre comunitaria que controla este hogar, la causa de la muerte al parecer fue una enfermedad metabólica; esto nos deja que la mortalidad de los hogares comunitarios evaluados fue del 0.44%, o para hacer la cifra más comparable con las estadísticas internacionales, podemos decir que la tasa de mortalidad de los hogares comunitarios fue de 4,4 por cada 1000 niños. La menor se encontraba en el grupo etario de los lactantes (entre 1 mes y 2 años) al momento del suceso.

El otro aspecto a evaluar de la morbilidad de los menores de los hogares comunitarios de bienestar es el porcentaje de pacientes hospitalizados el año

previo a la encuesta esto nos dejó como resultado que en total hubo 13 (5,7%) niños hospitalizados en ese año. De estos 13 niños fueron 8 niños y 5 niñas, (3,5% y 2,2%) respectivamente. (Grafico 14)

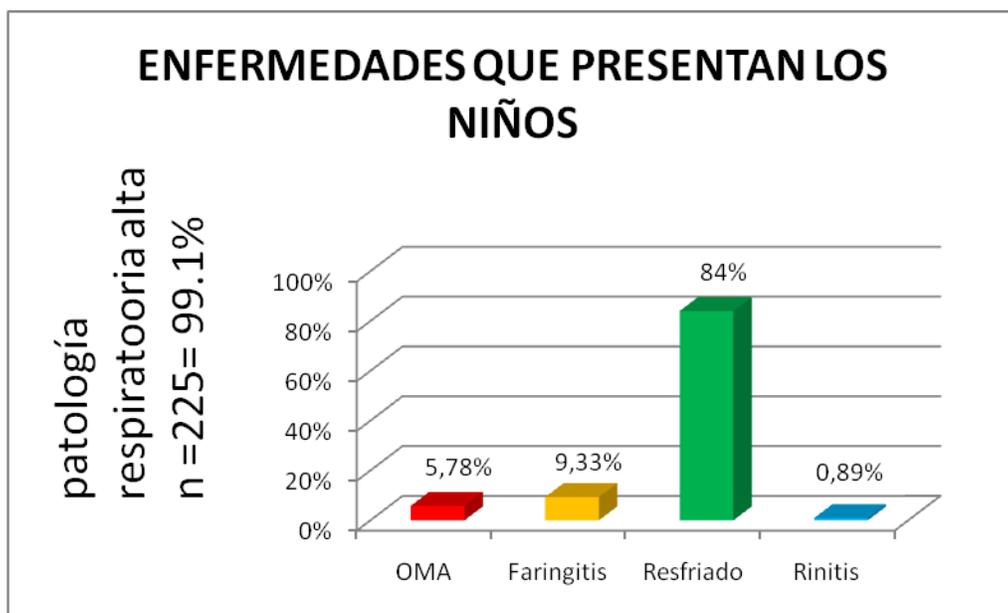
Grafico 14. Total de niños hospitalizados en el último año pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar y su distribución por sexo.



Pasando a enfermedades específicas de los menores, tenemos que la patología respiratoria alta como era de esperarse, constituye la principal causa de morbilidad de los menores dando como resultado que el 99,1% de los pacientes habían tenido al menos 1 entidad nosológica que comprometía sus vías aéreas superiores, de este 99,1% el mayor porcentaje se lo llevó el resfriado común con un total de 189 (84%) casos, seguido por la faringitis 21 casos (9,3%) y la otitis 13 (5,7%). (Grafico 15.)

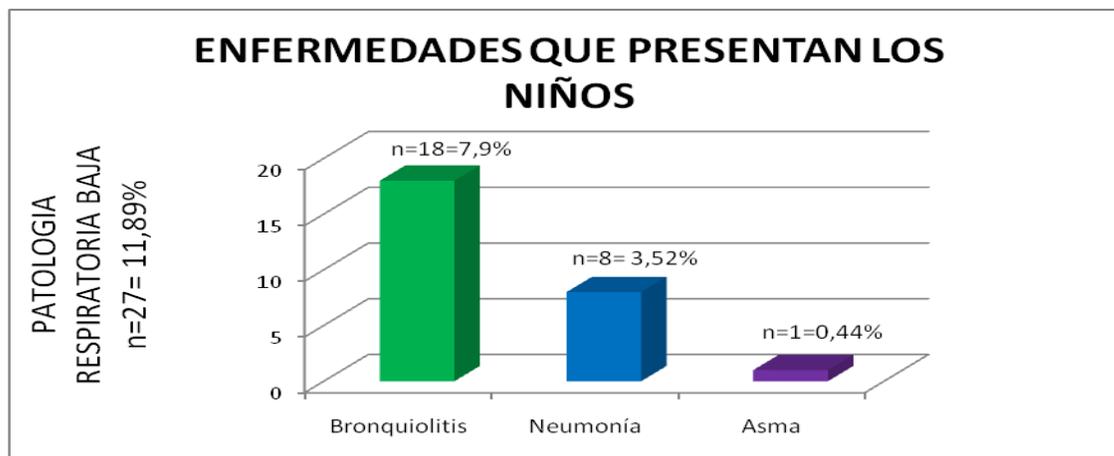
Cabe anotar que patologías que sabemos tienen una mayor prevalencia a nivel mundial como lo es la rinitis alérgica, que oscila entre un 20-30% de la población colombiana, el tener en esta encuesta una cifra menor al 10 % probablemente revelan sesgo en la recolección de los datos, debido a que las madres comunitarias subestiman probablemente el padecimiento de esta entidad por parte de los menores, es por esto, que esta prevalencia en especial se encuentra muy subestimada.

Grafico 15. Prevalencia de la patología respiratoria alta de los menores pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar.



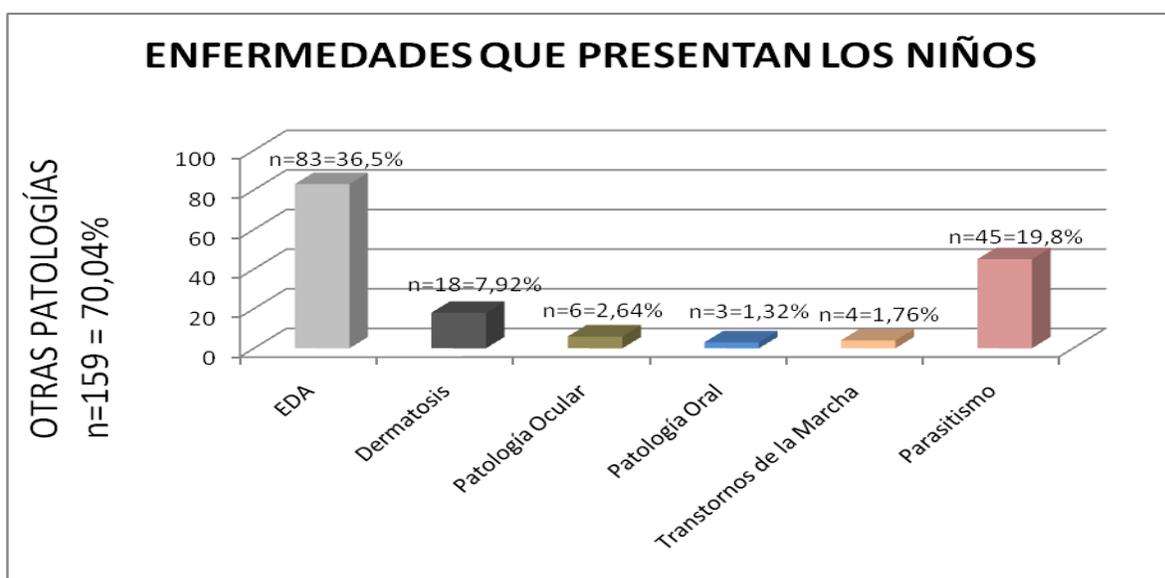
En lo que respecta a la patología respiratoria del tracto inferior, el total de casos presentados de estas entidades, en el año fue de 27 (11,89%); las 3 patologías más frecuentes en su orden, fueron la bronquiolitis con un total de 18 (7,9%) casos, la neumonía con 8 casos (3,52%) y 1 (0,44%) paciente con diagnóstico de asma, esto deja entrever al igual que la grafica anterior que la baja percepción por parte de las madres comunitarias probablemente sea inferior a lo que realmente padezcan los menores. Además es la bronquiolitis la patología respiratoria baja más prevalente. (Grafico 16)

Grafico 16. Prevalencia de patología del tracto respiratorio inferior en los niños de los hogares comunitarios de Neiva.



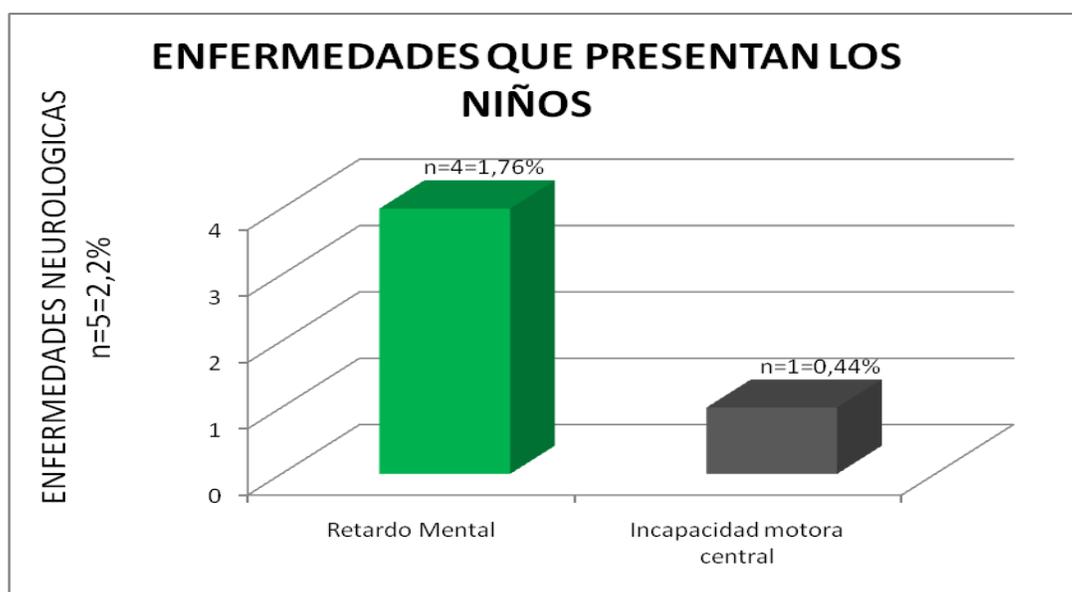
Pasando a otras patologías diferentes a las del tracto respiratorio, tenemos que la enfermedad diarreica aguda ocupó el primer lugar dentro de este grupo de enfermedades con un total de 83 casos (36,5%), luego se encontró el parasitismo intestinal, con 45 casos (19,8%), a continuación el grafico 16 que nos muestra la incidencia de estas otras entidades.

Grafico 17. Otras patologías que presentan los niños de los hogares comunitarios.



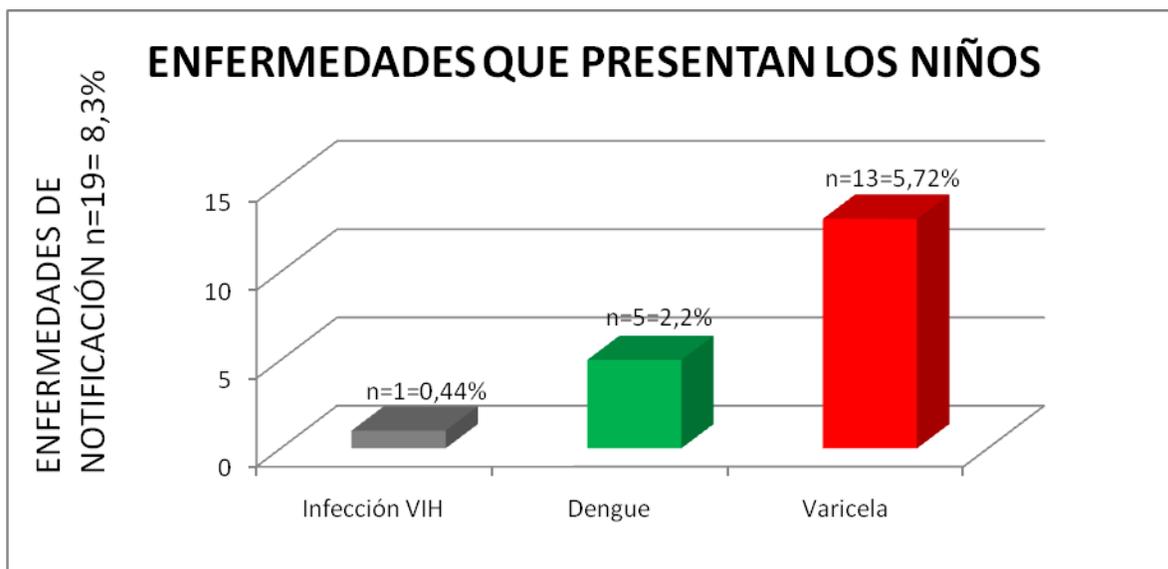
Un grupo de patologías al que quisimos resaltar fueron las enfermedades neurológicas debido a que estas condicionan gran demanda de esfuerzo tanto para las madres como para los padres de los menores, en este punto, se encontró que ningún niño de los hogares padecía de epilepsia, se encontraron 4 (1,76%) casos de retardo mental, y 1 caso (0,44%) de incapacidad motora de origen central. (Grafico 18)

Grafico 18. Prevalencia de enfermedades neurológicas de los menores de los hogares comunitarios de bienestar de Neiva.



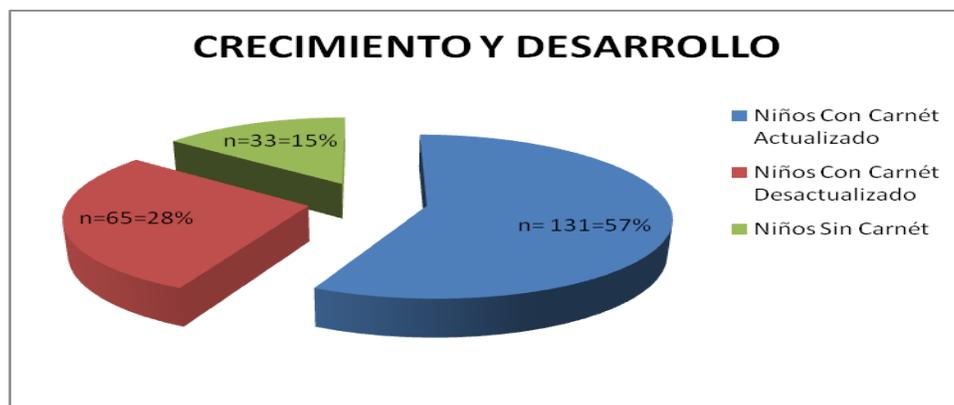
Las otras patologías de interés particular, fueron las de notificación obligatoria en donde encontramos, a destacar 3, varicela, dengue e infección por HIV. El primer lugar lo ocupó la varicela con 13 casos (5,72%) cabe anotar que hubo una epidemia en un hogar comunitario con 12 de los 13 casos registrados, en segundo lugar una patología muy prevalente en nuestra región como es el dengue, con un total de 5 casos (2,2%), tan solo 1 paciente al momento de la encuesta tenía diagnóstico confirmado de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (0,44%). (Grafico 19).

Grafico 19. Prevalencia de enfermedades de notificación pública por parte de los menores de los hogares comunitarios de bienestar de Neiva.



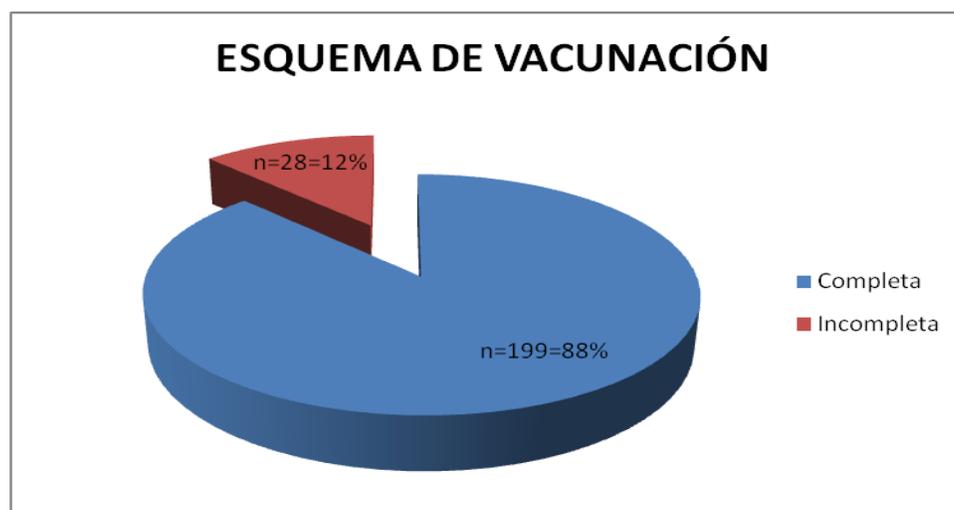
Trasladandonos a otra importante area de la salud infantil como lo es el control de crecimiento y desarrollo y la vacunacion infantil que en colombia estan incluidas dentro del programa de promoción y prevención de las enfermedades (PYP), tenemos que del total de los 227 menores evaluados, 131 menores (57%) poseian su carnet y este estaba actualizado a la fecha de la evaluación de los hogares, 33 de ellos (15%) no tenian carnet de crecimiento y desarrollo y 65 (28%) tenian su carnet pero este no estaba actualizado a la fecha de la visita. (Grafico 20)

Grafico 20. Estado del carnet de crecimiento y desarrollo al momento de la evaluación de los menores de los hogares.



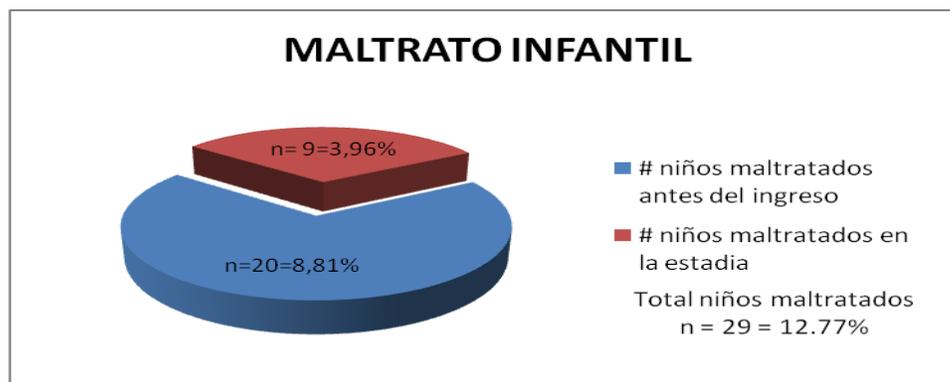
En lo que respecta a la población vacunada de los hogares comunitarios de bienestar, tenemos que 199 niños tenían su carnet de vacunación completo a la fecha de la evaluación (88%), los 27 menores restantes (12%) tenían su carnet de vacunas desactualizado, (Grafico 21)

Grafico 21. Estado del carnet de vacunación de los menores de los hogares comunitarios de bienestar, todos tenían carnet de vacunación.



La percepción de las madres comunitarias hacia el maltrato infantil, coincide en que los niños antes de entrar al hogar son mas victimas de maltrato infantil, e por esto que se encontro un total de 29 (12,77%) niños maltratados fisicamente de los cuales 20 (8,81%) habian sido previo a la entrada al programa y 9 posterior a la vinculacion del mismo (3,96%) esto deja ver que la colaboracion en el cuidado de los niños probablemente sea un factor protector para el maltrato infantil. (Grafico 22)

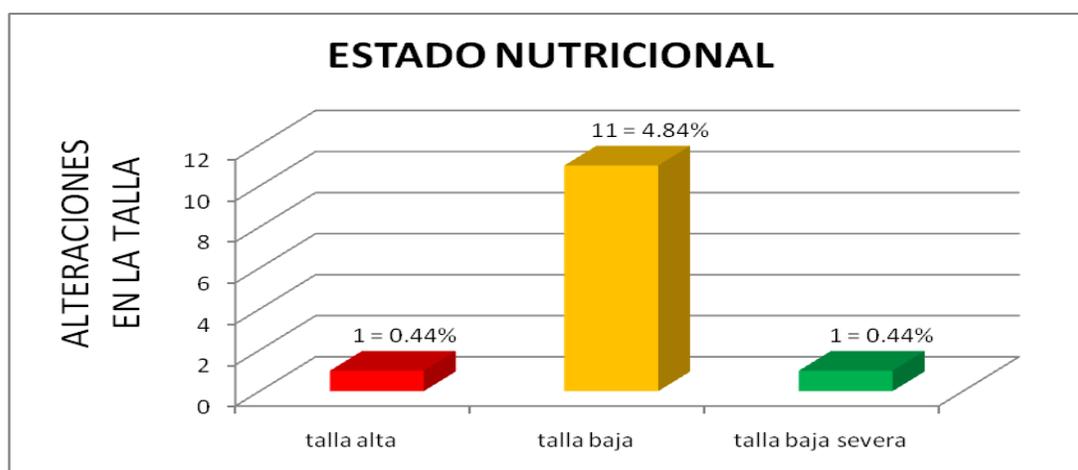
Grafico 22. Prevalencia del maltrato infantil por parte de los padres o cuidadores de los menores en casa, se realizo la diferenciacion entre si el maltrato ocurrio antes o despues del ingreso al programa de hogares comunitarios del bienestar familiar.



Para terminar la evaluacion del estado de salud de esta población, se realizo la valoracion del estado nutricional de estos minore, obteniendose simultaneamente con la visita al hogar,el peso y la talla de todos ellos, los datos se analizaron de acuerdo a la clasificacion actual del estado nutricional propuesta por la organización mundial para la salud, adjunta en el marco teorico del proyecto, estos fueron los resultados.

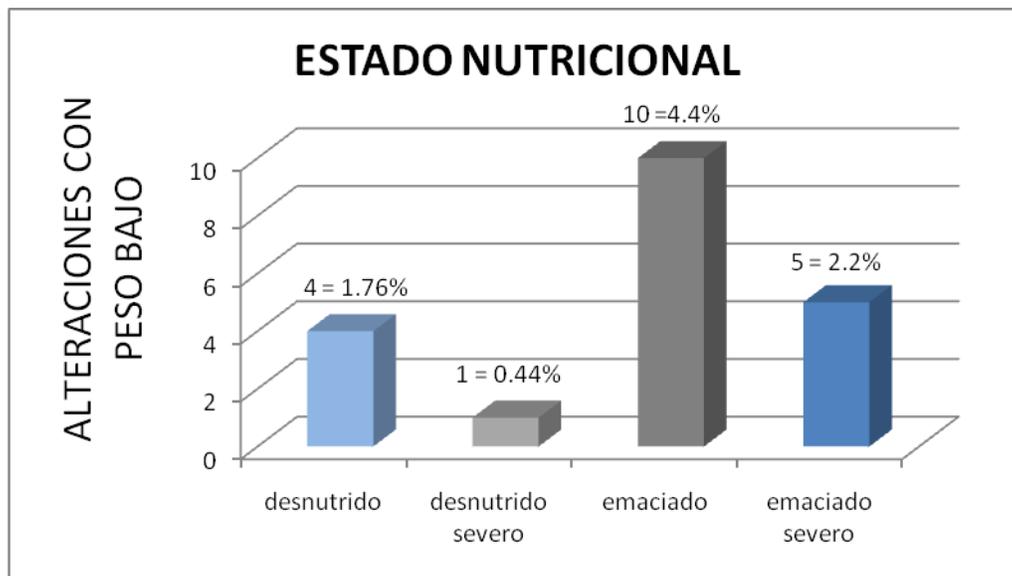
Los trastornos del peso y de la talla para facilitar su estudio se dividen en 3, trastornos de la talla, trastornos con peso bajo y trastornos con peso alto; en el primer grupo, tenemos que la talla baja fue el problema mas frecuentemente encontrado en este grupo poblacional, con un total de 11 casos (4,84%) se guidos por 1 pacientes con talla baja severa y 1 paciente con talla alta (0,44%) cada uno, (Grafico 23)

Grafico 23. Prevalencia de anomalias en la talla de los menores de los hogares comunitarios de bienestar de la ciudad de Neiva.



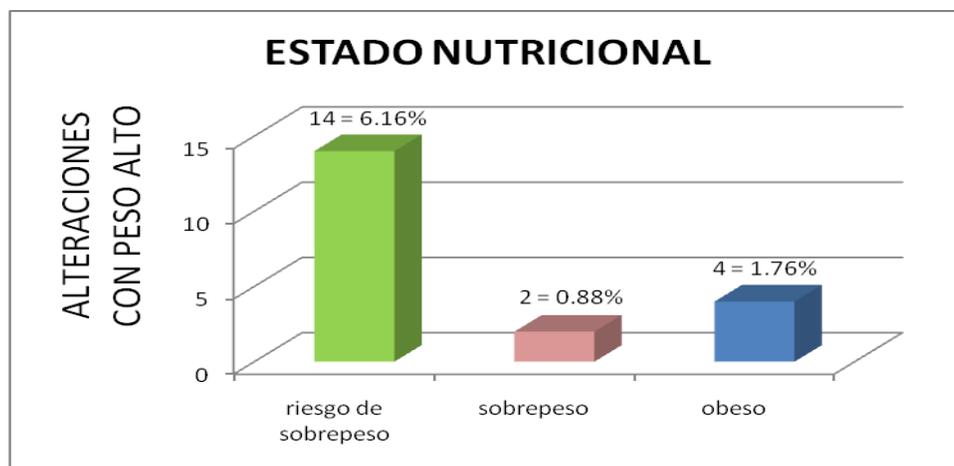
En cuanto a las alteraciones con peso bajo, es necesario recordar que cuando hablamos de desnutrición en la nueva clasificación de la OMS se refiere a un peso por debajo de la desviación estandar -2 para la edad, y el paciente emaciado, es aquel con un peso por debajo de la desviación estandar -2 para la talla. En este punto se encontró, que 4 pacientes quedaron clasificados como desnutricion (1,76%), tan solo 1 paciente (0,44%) fue clasificado como desnutrido severo, en cuanto al diagnostico de paciente emaciado, 10 menores (4,4%), quedaron en esta categoria diagnostica, y 5 pacientes (2,2%) fueron clasificados como emaciados severos. (Grafico 24)

Grafico 24. Prevalencia de los trastornos nutricionales con peso bajo en los niños de los hogares comunitarios de bienestar de Neiva.



Pasando por ultimo a los trastornos con peso alto, se encontró que 14 pacientes estaban en riesgo de sobrepeso (6,16%), 2 pacientes tenían sobrepeso (0,88%) y los mas llamativo es que el numero de pacientes con obesidad supero al de pacientes con sbrepeso con un total de 4 pacientes (1,76%) (Grafico 25)

Grafico 25. Prevalencia de las alteraciones nutricionales con peso alto en los niños de los hogares comunitarios de bienestar de la ciudad de Neiva.



Para realizar una interpretación de estos datos más acorde a nuestra realidad colombiana y valorar si realmente los niños pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar tienen un factor protector para su salud estando vinculado a estos hogares, nos dimos a la tarea de comparar los resultados que realmente fueron objetivos de nuestro estudio con la estadística nacional en los siguientes aspectos (alteraciones del peso y la talla, esquema de vacunación, valoración del carnet de crecimiento y desarrollo, porcentaje de hospitalización anual, servicios públicos de los hogares comunitarios)

10. ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se analizarán los datos obtenidos del estudio que no fue pertinente comparar con cifras a nivel nacional; empezamos con la valoración del tiempo de funcionamiento de los 16 hogares que si recordamos, 7 de ellos (43,7%) llevan más de 3 años funcionando, y los hogares más nuevos es decir los que tienen menos de 1 año de funcionamiento fueron en total 4 (25%), un análisis práctico de este punto sería que la mayoría de los hogares comunitarios evaluados tienen cierto grado de experiencia en el manejo de este programa específico, sin embargo un buen número de ellos 25% tienen menos de 1 año de funcionamiento, lo que podría significar que la apertura de estos hogares constituye una necesidad sentida de las comunidades y que constituye en una forma de empleo más para una persona como lo es la madre comunitaria, esto tal vez sean las primordiales causas de la apertura de nuevos hogares comunitarios en nuestra ciudad.

Pasando a los resultados obtenidos de el grupo etario al que pertenecían las madres comunitarias, cabe anotar que, el mayor porcentaje 87,5% (n=16) se encuentran dentro del grupo de adultez media (GRAFICO 2), que es el periodo comprendido entre los 30-50 años, este periodo representa la etapa de mayor productividad la boral de un ser humano por lo tanto resulta para efecto de los hogares comunitarios un grupo etareo de madres muy prolijo en la resolución de problemas con los menores y sus familia, tan solo el 12,5 % (n=2) se salieron de este rango de edad, en un hogar una mujer de menos de 30 años y en otra una madre de mas de 50 años. Siendo este punto muy relevante en el funcionamiento de cualquier estamento, vale la pena recalcar que no solo el grupo etareo al que pertenecen las madres comunitarias es valioso si no tambien el grado de compromiso mostardo por ellas durante las evaluaciones a sus hogares ya que ellas con el animo de mejorar la claidad de la atencion de los menores, permitieron y faciliataorn la recoleccion de los datos para este estudio.

Esto contrasta un poco con el hecho visto en lo que respecta a la escolaridad de las madres comunitarias en donde observamos que, tan solo 7 (43,7%) de ellas habían completado sus estudios de secundaria, y 9 (56,25%) de las 16 madres tiene el grado de básica secundaria, analizando estos datos en forma aislada daría la impresión de que las madres comunitarias cuentan con muy poca capacitación formal para dar una instrucción sólida a niños en los que se encuentran en una etapa decisiva para fortalecer hábitos saludables y corregir patrones de conducta erróneos que tienen en ocasiones los padres, sin embargo su experiencia personal como madres de sus propios hijos aunado al hecho de que el 93,7% de ellas han realizado al menos una capacitación extra de su educación formal, da cierto grado de tranquilidad en la medida que se evidencia compromiso por parte de ellas de tener un mejor entrenamiento para desempeñar de una manera más acertada su labor diaria, y que las dificultades económicas percibidas durante las visitas, constituye en una dificultad más no en la incapacidad de la capacitación de estas mujeres; como anotamos en los resultados, llama la atención que ninguna madre de las encuestadas ha realizado algún tipo de estudio en el área de la salud, es por esto que las visitas periódicas a estos hogares por parte de los estudiantes de medicina y de pediatría para reforzar conductas saludables en este grupo poblacional se hacen indispensables.

Las visitas de control institucional por parte del ICBF a los hogares comunitarios de bienestar son una forma acertada de veeduría acerca del funcionamiento de los mismos y vimos con gran alivio como en la mayoría de los hogares se lleva esta regulación en forma correcta, sin embargo uno de ellos (6,25%) a pesar de llevar más de 3 años de funcionamiento no había recibido ninguna visita en el año previo al estudio, esto nos parece que no debe suceder en sitios con tanta importancia para una comunidad en especial teniendo en cuenta la complejidad del manejo de menores de 5 años, recayendo toda la responsabilidad del adecuado funcionamiento del hogar en las madres comunitarias, quienes si bien están con la disposición de realizar su trabajo en forma adecuada, debido a su escolaridad

básica pueden caer en errores de tipo logístico y administrativo del programa lo que podría llevar al detrimento del correcto marchar de dichos hogares, por lo que una recomendación muy respetuosa para el ente regulador de estas instituciones, ICBF sería que llevara a cabo un control más periódico de los hogares y apoyara en forma proactiva el desarrollo de este programa.

Pasando a la dinámica poblacional e indicadores demográficos de la población estudiada como vimos anteriormente, en cada hogar comunitario hay entre 14 y 15 niños, en total el número de menores que hicieron parte del estudio son 227, resultando en una división por género muy proporcional, ya que del total, 113 (49,78%) eran niños y 114 (50,22%) niñas. Cabe anotar que a pesar de que el reglamento de funcionamiento de los hogares no permite tener más de 14 menores por hogar no fue infrecuente ver 15 niños por cada uno de los hogares, 3 (18,75%) de los 16 hogares y vale aclarar que en ocasiones el dato dado por la madre comunitaria no era fiel al número de niños que realmente hacían parte del programa, lo que probablemente haya producido una subestimación de la población general de menores, todo con el afán de las madres de los hogares en evitar cuestionamientos al respecto por parte de los entrevistadores y así evitar problemas que pudieran originar el cierre de estas entidades.

Aunque por definición del programa de hogares comunitarios de bienestar el grupo etario que estos deben manejar, son niños entre los 2 meses y los 5 años, esto llevaría a que el realizar una división por grupos etarios en esta población fuera irrelevante, pero como observamos en el gráfico 8, el 7,93% de los niños que asisten a los hogares comunitarios sobrepasan el límite de edad que dictan los lineamientos de estos hogares, esto no es sorprendente teniendo en cuenta la gran demanda que tienen el servicio que prestan estos hogares en su comunidad, sin embargo como punto positivo no se registro ningún menor de 1 mes lo cual sería una falta grave a los lineamientos de los hogares, debido a que el cuidado de este grupo de menores resulta en gran demanda de trabajo, en este punto debemos recalcar la necesidad de apoyar este tipo de programas por parte de

instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para así ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención de este tipo de hogares.

La dinámica de la población observada deja como conclusión que existe una alta tasa de recambio poblacional en los menores pertenecientes a los hogares comunitarios de bienestar, si recordamos 227 menores, 133 (58.5%) ingresaron en el año inmediatamente anterior, esto nos da un promedio de 8,3 ingresos anuales por hogar, y en total hubo 48 egresos de los hogares lo que corresponde en promedio a 3 egresos por hogar en el último año por hogar, mas adelante veremos las causas de esos egresos, esta alta tasa de recambio obliga a estos hogares a ser centros dinámicos para la atención de menores; las causas más probables este rápido recambio poblacional, se debe a 2 factores primordiales, el primero es que cada año, hay niños que por diferentes motivos egresan y permiten el espacio para que otro nuevo ingrese lo que hace que anualmente queden cupos para un nuevo menor, el otro punto a considerar es que durante el año 2007 se crearon al menos 4 hogares que para efectos del estudio representaron en promedio 56 niños nuevos que ingresaron al programa (14 niños por hogar) por apertura reciente de los hogares,. En total hubo 48 egresos de los hogares lo que corresponde en promedio a 3 egresos por hogar en el último año por hogar, siendo la causa primordial del egreso el paso a una institución formal de educación, esto deja la sensación de que los hogares comunitarios son un puente de transición entre el hogar y el inicio a la educación formal de los menores en edad preescolar.

La seguridad social de estos menores, pertenece primordialmente al grupo de los vinculados para un total de 154 (67,84%) menores, seguido por el régimen subsidiado con 50 (22,03%) niños, estos datos reflejan la realidad de este numeroso grupo de menores quienes en su mayoría están afiliados al régimen de seguridad social en forma de vinculados.

Fue gratificante ver que en medio de las dificultades económica que padecen los hogares de los estratos 1 y 2 de nuestra ciudad, todos los hogares comunitarios de bienestar, poseen los servicios básicos como son: agua, luz, alcantarillado y aseo; de los otros servicios públicos, ningún hogar cuenta con servicio de internet, 14 (87,5%) hogares tienen gas domiciliario y 12 (68,7%) cuentan con servicio telefónico, estos dan una visión general de las condiciones socioeconómicas de estos hogares, que si bien cuentan con los servicios de saneamiento básico de toda la población, los servicios extra como el teléfono o el gas no hacen parte de la mayoría, siendo una vez más el reflejo de la situación real que afronta la gran mayoría de los hogares de estratos 1 y 2 de nuestra ciudad; el resto de los datos obtenidos en el presente estudio son analizados con detalle en las conclusiones en donde aparte de hallar la prevalencia de algunas entidades específicas, se realizó la comparación con las prevalencias a nivel nacional para comparar, como objetivo primordial de este estudio, las condiciones de salud de los menores con respecto a nuestra población nacional.

11. CONCLUSIONES

La tasa de mortalidad encontrada entre los menores usuarios del programa de hogares comunitarios de bienestar familiar, en el último año fue de una sola, no fue posible obtener una historia clínica de la niña y según la madre comunitaria que controla este hogar, la causa de la muerte al parecer fue una enfermedad metabólica; esto nos deja que la mortalidad de los hogares comunitarios evaluados fue del 0.44%, o para hacer la cifra más comparable con las estadísticas internacionales, podemos decir que la tasa de mortalidad de los hogares comunitarios fue de 4,4 por cada 1000 niños. La menor se encontraba en el grupo etario de los lactantes (entre 1 mes y 2 años) al momento del suceso. Si recordamos los datos nacionales en donde la tasa de mortalidad por 1000 habitantes asciende a 15,9 podemos asegurar que el estar en un hogar comunitario de bienestar no constituye un riesgo de mortalidad para cualquier menor.

Tabla 4. Comparación de la mortalidad encontrada en los hogares comunitarios y la prevalencia a nivel nacional.

	Número de casos	Prevalencia	Prevalencia en Colombia	P	IC
Mortalidad	1	0,44%	1,59%	0.08	95%(-0.076 a 0.133)

Al hacer el análisis estadístico de la mortalidad de los hogares comunitarios se encuentra que existe un menor riesgo de fallecer al encontrarse como usuario de este tipo de hogares, con una diferencia no significativa $P = (0,08)$. IC del 95% (-0.076 a 0.133). Esto para efectos de los objetivos del estudio es útil teniendo en cuenta que este dato refleja, que no es un factor de riesgo para la muerte de un

menor el estar vinculado a un hogar de bienestar familiar por tanto esto se podría considerar como un punto a favor de la estancia de los menores al cuidado de las madres comunitarias.

En cuanto a las patologías que mas produjeron morbilidad en los menores de los hogares comunitarios de bienestar, vamos a hacer el listado de las 10 patologías más frecuentes con su respectiva prevalencia cabe recordar que la prevalencia de hospitalización de los menores fue de 5,72% lo que indica que mucho del cuidado que requiere el menor durante una patología determinada es soportado con la colaboración de las madres comunitarias de bienestar. A continuación las 10 patologías más prevalentes. Cabe recordar que esta prevalencia está hecha sobre el total de 227 menores evaluados.

Tabla 5. Número total de casos y prevalencia de las 10 enfermedades más comunes de los hogares comunitarios de bienestar.

PATOLOGIA	NUMERO TOTAL DE CASOS	PREVALENCIA
Rinofaringitis	189	84%
Diarrea aguda	83	36,5%
Parasitismo intestinal	45	19,8%
Faringitis bacteriana	21	9,33%
Bronquiolitis	18	7,92%
Dermatosis	18	7,92%
Otitis media aguda	13	5,72%
Varicela	13	5,72%
Neumonía	8	3,52%
Patología ocular	6	2,64%

En este punto hay que tener en consideración, que los datos obtenidos de las patologías de los menores fue dado por personal sin entrenamiento en el área de la salud, es por esto que resulta inútil comparar con las estadísticas nacionales y mundiales, motivo por el cual obviamos esa comparación que a nuestro modo de ver no va a tener influencia sobre las conclusiones por las falencias ya descritas.

A pesar de que la evaluación nutricional se hizo en un solo momento por ser un estudio transversal, estos datos aquí encontrados tienen la validez de haber sido objetivizados por parte de los examinadores, y de haber seguido el modelo propuesto actualmente por la organización mundial para la salud en cuanto a la valoración nutricional de un menor, esto implicó usar las nuevas tablas de puntaje z, que tienen como característica primordial la pluralidad de su población; estos datos aquí hallados fueron los que a nuestro modo de ver tienen más validez a la hora de ser comparados con los datos a nivel nacional por las características anotadas anteriormente. A continuación la lista de todas la anomalías encontradas en el estudio, con su prevalencia y con sus datos a nivel nacional.

Tabla 6. Trastornos del peso y la talla en número y porcentaje, y su comparativo con datos nacionales. Recordar el total fue de 227 pacientes evaluados.

Trastorno	# de casos	Prevalencia	Prevalencia Colombia	P	IC
Talla alta	1	0,44%	No datos	NHD	NHD
Talla baja	12	5,28%	12%	0.001	95%(1.75-3.82)
Desnutrición	5	2,2%	7%	0.046	95% (0.06 a 1.08)
Emaciación (delgadez)	15	6,6%	1,3%	0.02	95% (0,9-1,6)
Riesgo de sobrepeso	14	6,16%	No datos	NHD	NHD

Sobrepeso	2	0,88%	4,3%	0.053	95%(-0,13 a 0,33)
Obesidad	4	1,76%	3,1%	0.08	95%(-0.031 a 0,576)

Con respecto a la talla alta, como vemos solo 1 paciente 0,44% presento este trastorno, pero no fue posible encontrar datos fidedignos de este trastorno a nivel nacional, por lo cual no se evaluó el intervalo de confianza; el segundo trastorno evaluado que fue la talla baja, tuvo una prevalencia en la población estudiada, de 5,28% y el dato encontrado al respecto en la población colombiana fue del 12% con una P estadísticamente significativa (0.001) con un IC del 95% (1.75 - 3.82) esto evidencia que la población estudiada tiene en forma significativa menos talla baja que la población nacional estándar, lo que para interpretarse tendríamos que tener en cuenta que la principal causa de talla baja en Colombia, es la talla baja familiar seguida de los trastornos nutricionales lo que se correspondería con un mejor estado nutricional en la población estudiada al menos en forma crónica.

Pasando a la desnutrición como ítem individual y recordando que la OMS lo define como un peso por debajo de la línea Z -2 para la edad, se encontró una prevalencia del 2,2% con respecto al dato nacional de 7% esto analizado en conjunto con el dato de delgadez, definido por la OMS como un peso por debajo de la línea Z (-2) para la talla, no tuvo relevancia estadística por su intervalo de confianza a pesar de una P significativa, esto es interpretable como que el pertenecer a un hogar comunitario de bienestar no constituye en un factor de riesgo para ser desnutrido o tener un peso bajo para la talla.

Algo similar ocurrió con los trastornos que involucran peso alto (obesidad, sobrepeso y riesgo de sobrepeso), aunque este último no tuvo representación de un dato fidedigno a nivel nacional como los 2 primeros, estos nos arrojaron que hubo una diferencia no significativa a favor de los hogares de bienestar para presentar esos trastornos (Obesidad P=0.08 IC 95% [-0.031 a 0,576]) lo que al

final da como resultado que el estar vinculado al programa de madres comunitarias de bienestar, no constituye un factor de riesgo para presentar un trastorno con peso aumentado.

Los resultados que arrojó el estudio en cuanto a los esquemas de vacunación no fue el más alentador, a pesar de que gran parte de la población de menores tenía su esquema de vacunación completo, como lo vimos en la grafica 17, 199 niños tenían su carnet de vacunación completo a la fecha de la evaluación (88%), los 27 menores restantes (12%) tenían su carnet de vacunas desactualizado, a continuación la tabla 4 nos muestra estos datos en comparación con las estadísticas nacionales.

Tabla 7. Número total de niños con esquema de vacunación completa en número y prevalencia y su comparación con datos nacionales.

Esquema de vacunación	Número de niños	Prevalencia	Prevalencia en Colombia	P	IC
Completo	199	88%	94,2%	0.03	95%(-2,4 a 6.44)
Incompleto	27	12%	5,8%	0.031	95% (3,41-9,8)

En la tabla 7 podemos ver en forma desalentadora como existe una diferencia a favor de la población nacional tanto en tener completo su esquema de vacunación como en tener carnet de vacunación incompleto (P= 0.031 IC 95% [3,41-9,8]) lo cual constituye un claro factor de riesgo para la salud de los menores, a este respecto es necesario trabajar arduamente con el grupo de madres comunitarias para que exijan a los padres de los menores usuarios adelantar su carnet de vacunas antes de ingresar a sus hogares, con lo cual las madres que realmente

requieran del servicio se verían en la obligación de tener el carnet de vacunación de sus hijos completos.

El análisis del dato obtenido de la prevalencia de maltrato infantil debe ser visto con cautela debido a que el número estimado de niños maltratados obtenidos a través de la encuesta, están centrados en la percepción personal de la madre comunitaria, lo que hace que probablemente esta entidad este subregistrada en nuestro, sin embargo esto también sucede a nivel nacional sin embargo se hizo la comparación con los datos a nivel nacional y estos fueron los resultados, 29 (12,77%) niños fueron maltratados físicamente de los cuales 20 (8,81%) habían sido previo a la entrada al programa y 9 posterior a la vinculación del mismo (3,96%), a continuación la comparación de los datos obtenidos con las cifras de maltrato infantil a nivel nacional.

Tabla 8. Comparación entre los datos obtenidos de la prevalencia de maltrato infantil en los hogares comunitarios y los datos a nivel nacional.

	Número de casos	Prevalencia del estudio	Prevalencia en Colombia	P	IC
Maltrato infantil	29	12,77%	24,8%	0.0007	95%(12.7-17.2)

La tabla 5 deja ver como en forma significativa el maltrato infantil es menos frecuente en este grupo de menores P 0.0007 IC 95% [12,7-17,2] que en la población colombiana general, lo que resulta fácil de explicar porque la colaboración y vigilancia de los menores hace que sus padres biológicos sientan respaldo en el cuidado de sus menores, esto genera sin duda una motivación para continuar una labor de crianza con pautas positivas que fomenten el buen trato entre las familias usuarias del programa.

Para terminar, creemos que se deben analizar 2 aspectos más que revelan las implicaciones que tiene para un menor estar vinculado a un programa de hogares comunitarios del bienestar familiar y son el estado de control de crecimiento y desarrollo, además de las condiciones de saneamiento mínimas de los hogares comunitarios.

Para el primer aspecto, recordemos que de nuestra población de estudio, 131 (57%) menores poseían su carnet de crecimiento y desarrollo y este estaba actualizado a la fecha de la evaluación de los hogares, 33 de ellos (15%) no tenían carnet de crecimiento y desarrollo y 65 (28%) tenían su carnet pero este no estaba actualizado a la fecha de la visita, esto nos demuestra que el 15 % de la población estudiada, siendo población en general menor de 5 años no acude a su control de crecimiento y desarrollo lo que deja a una gran parte de estos menores sin acceso a este servicio prestado por médicos y enfermeras del primer nivel de atención, esta falta de control de niño sano, genera una gran desventaja en salud para estos menores por que sin el contacto oportuno con este programa específico, muchas alteraciones propias del grupo etareo serán pasadas por alto.

Lo que refleja que la consulta médica de los menores solo se realizan en los servicios de urgencia o consulta externa por patologías específicas, es por esto que se debe insistir en que sea un requisito para la permanencia de los menores en los hogares el estar inscrito y asistir a las citas de control de crecimiento y desarrollo; lastimosamente no hay datos fidedignos a nivel nacional que nos aproximen a la cobertura real de este programa en Colombia, lo que no nos permite tener un dato comparativo que estime la magnitud de este problema de una forma más objetiva.

La segunda parte que tiene que ver con los servicios de saneamiento básico de los hogares comunitarios, fue grato encontrar que a pesar de que estos hogares, pertenecen en su mayoría al estrato 1 cuentan con los servicios públicos mínimos para el funcionamiento de cualquier institución como son alcantarillado, acueducto y

aseo, de estos 3 aspectos tenemos datos nacionales por lo que se realizó su comparación respectiva con el reflejo a nivel nacional.

Tabla 9. Número de hogares comunitarios que cuentan con los servicios de saneamiento básico y su comparación con el porcentaje de cobertura a nivel nacional.

Servicio público	Número de hogares	Porcentaje cobertura de hogares comunitarios	Porcentaje nacional de cobertura	P	IC
Acueducto	16	100 %	83%	0.0009	95%(2.1-6.7)
Alcantarillado	16	100 %	73%	0.0005	95% (2.0-6,3)
Aseo	16	100 %	93%	0.00003	95%(2.3 - 7.1)
Electricidad	16	100%	No datos fiables	NHD	NHD

La tabla 6 deja ver como en forma significativa los hogares comunitarios de bienestar, tienen más acceso a los servicios públicos básicos esto a pesar de que no garantiza una mejor atención a los menores usuarios, si permite que las necesidades básicas de estos sean suplidas en forma oportuna durante el tiempo que se encuentran con la madre comunitaria además, esto contribuye a que muchas enfermedades infecciosas que son propagadas por no contar con servicios básicos como el agua o el alcantarillado en muchas de nuestras poblaciones sea obviado en la población estudiada.

El análisis global de todos los datos obtenidos deja en el ambiente que la vinculación de un menor al programa de hogares comunitarios de bienestar no constituye por si un factor de protector para la salud de los niños debido a que los

datos más relevantes para extraer las conclusiones, como son mortalidad y trastornos con bajo o alto peso siempre estuvieron a favor de los niños pertenecientes a los hogares comunitarios sin embargo es de anotar que el estado de vacunación de los menores a pesar de estar al cuidado de las madres comunitarias, no es el mejor y en forma significativa hay más probabilidad de encontrar a uno de estos niños con su carnet de vacunas del PAI incompleto lo que si estaría en detrimento potencial de la salud de los menores y mas si tenemos en cuenta que este plan de vacunación es totalmente gratis para cualquier menor sin importar su estado socioeconómico.

BIBLIOGRAFIA

1. SOLICITUD DE INGRESO A UN HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR EN LÍNEA EN http://www.icbf.gov.co/tramites/primer_a_infancia.html#I
2. SOLICITUD PARA CREAR UN HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR EN LÍNEA EN http://www.icbf.gov.co/tramites/primer_a_infancia.html#V
3. LINEAMIENTO PARA DETERMINAR LAS CUOTAS DE PARTICIPACIÓN PARA EL PROGRAMA HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR EN LÍNEA EN: http://www.icbf.gov.co/Madres_comunitarias/documentos/RESOLUCION-cuotas-de-participacionHCB.pdf.
4. PUBLICACIONES DE MADRES COMUNITARIAS DISPONIBLE EN LÍNEA EN http://www.icbf.gov.co/Madres_comunitarias/publicaciones_madres.html
5. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas vitales. Registro de nacimientos y defunciones del año 2005.
6. ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD - ENDS - 2005.
7. ENCUESTA NACIONAL DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA - ENSIN - 2005.
8. MINISTERIO DE SALUD: II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFREC II) y III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III), 1998.
9. HEALTH IN THE AMERICAS, 2007.volumell–countries pags 220-231. En línea en <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf#search=colombia>
10. TRAINING COURSE ON CHILD GROWTH ASSESSMENT. World Health Organization, department of nutrition for Health and Development. WHO Library Cataloguing-in-Publicación Data. 2008.

ANEXOS

Anexo A. FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE SALUD DE LOS NIÑOS DE LOS HOGARES COMUNITARIOS EN LA CIUDAD DE NEIVA NOVIEMBRE DE 2006 A NOVIEMBRE DE 2007.

DATOS DEL HOGAR

Nombre: _____

Dirección: _____

Tiempo de funcionamiento: <1 año___ 1-3 años ___ >3 años___

DATOS DE LA MADRE COMUNITARIA

Nombre:_____

Edad años: < 18 ___ 18-35___ 35- 50___ >50___

Escolaridad: Primaria:___ Básica secundaria:___ Bachiller:___

Técnico:___ Universitario:___

Cursos o capacitaciones útiles para desempeñar su cargo: Nutrición: ___

Pedagogía:___ Salud:___ Psicología:___ Otros:___

Tiempo de servicio como madre comunitaria: <1 año___ 1-3 años ___

>3 años___

Sufre de alguna patología importante: Si ___ No___

Cuál_____

Vinculación laboral: independiente___ contrato directo___ contrato indirecto___

Número de visitas anuales de control institucional:_____

INDICADORES DEMOGRAFICOS

Número de niños del hogar <5__ 5-10__ 11-15__ >16__
 Número total__

Numero de niños: Número de niñas:

Número de niños según edad: 0-1 mes__ 1mes-2 años__ 2-5 años__

5 a10 años__ 10-18 años__

DINAMICA POBLACIONAL DEL ÚLTIMO AÑO

Numero de niños que ingresa anualmente a la institución _____

Numero de niños que egresan anualmente al hogar _____

Causas de ingreso a la institución (No.): abandono__ Maltrato infantil
 __ falta de tiempo__ Falta de recursos __ solicitud de los padres__
 otros__

Causas de egreso de la institución: cumplimiento de edad límite__ regreso
 con la familia__ Salida a otra institución__ falta de recurso__
 muerte__

EVALUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

Obtención de recursos por parte del hogar:

Estatal: __ Privados: __ cuales _____

Propios: __ Cuota por niños: __ Otros: __

Ingreso aproximado por niño: (pesos): _____

Gasto mensual aproximado por niño (pesos): _____

Ingreso mensual promedio de la familia: _____

Promedio de personas miembros de la familia: _____

Estrato social del hogar: _____

Seguridad social de los niños (No.)

Subsidiado___ Vinculado___ Contributivo___ Régimen de excepción___ No tienen seguridad social___

Acceso a servicios públicos: (si o no) Acueducto: _____

Alcantarillado___ Aseo: _____ Luz: _____ Teléfono: _____

Gas: _____ Internet: _____

Hijo de madre: adolescente___ drogadicta___

ETS___ Otras___

EVALUACIÓN DE MORTALIDAD ULTIMO AÑO

Numero de niños fallecidos vinculados al hogar: (No). _____

niños___ niñas___

Causas de mortalidad: Accidentes no transito___ accidentes transito___

Homicidio___ otras causas externas___ Malaria: _____

Neoplasias___ Dengue___ TBC___ SIDA___

Sarampión___ Tétanos___ Difteria___ Tos ferina___

EDA___ Neumonía___ Desnutrición___ Neonatal___

Cardiopatías___ Otras___ Desconocida___

Edad de la muerte del menor: 0-1 mes___ 1mes-2 años___ 2-5 años___

5 a10 años___ 10-18 años___

EVALUACIÓN DE MORBILIDAD ULTIMO AÑO

Número de niños hospitalizados en el último año: _____ niños___

niñas___

Enfermedades en los niños del hogar (No.): IRA alta____ OMA____
 Faringitis__ Sinusitis____ Resfriado____ IRA baja:____
 Bronquiolitis__ Neumonía____ Asma__ Rinitis____
 EDA____ Dermatitis____ Patología ocular____
 Patología oral____ Trastornos neurológicos:____
 Epilepsia____ Retardo mental____ Parálisis
 cerebral____ Anemia____ Trastornos de la marcha____
 Parasitismo____ Otras____

Enfermedades de notificación (No.): Sarampión__ Difteria__ Tos ferina____
 Meningitis____ Tétanos__ Sífilis congénita____ Tétanos
 neonatal____ SIDA____ Cólera__ Rabia humana__ Fiebre
 amarilla__ Dengue__ Malaria____ TBC____ Lepra____

NUTRICIÓN

Niño Peso Talla edad sexo P Vs T Z() T Vs E Z() P Vs E Z()
 IMC Z()

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11 _____

12 _____

13 _____

14 _____

15 _____

Número de niños con peso bajo para la talla _____

Número de niños con talla baja para la edad _____

Número de niños con bajo peso para la edad _____

Número de niños con sobrepeso _____

Numero de niños con obesidad _____

Duración de la lactancia materna global (No.): < 6 meses ____ 6 meses-1
año ____ >1 año ____

Duración de la lactancia materna exclusiva (No.): 0-2meses ____ 3-4 meses ____ 5-
6 meses ____

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Número de niños con carnet de crecimiento y desarrollo: Actualizado ____
desactualizado ____ no tiene carnet ____

Número de visitas anuales al medico (niño sano): 0 ____ 1-2 ____
>2 ____

Visitas anuales al odontólogo (niño sano) >2años: 0 ____ 1-2 ____ >2 ____

VACUNACIÓN ANUAL

Número de niños con esquema de vacunación: Completa___
 incompleta___ No ha iniciado___

Número de niños que ingresan sin vacunas al hogar: <5___ 5-10___ 11-15___

Numero de niños con vacunas fuera del PAI: Rotavirus___Neumococo___
 Varicela___ Influenza___ Pápiloma___ Polio EV___ Hepatitis
 A___

SOSPECHA DE MALTRATO (según madre comunitaria)

Número de niños maltratados antes del ingreso al hogar_____

Número de niños maltratados durante la estadía en el hogar_____

NOMBRE DEL EVALUADOR: _____

FECHA DE EVALUACIÓN DEL HOGAR: -----