

## Descripción de las acciones comunitarias en población de primera infancia en condición de vulnerabilidad, priorizada por las Unidades de Planeación Zonal (UPZ) con mayor mortalidad en menores de 5 años, en Bogotá D. C. durante el 2019

Paula Ávila-Celis.

Médica residente de pediatría. Universidad de La Sabana, Facultad de Medicina.

[paulaavce@unisabana.edu.co](mailto:paulaavce@unisabana.edu.co)

ORCID ID 0000-0001-7899-3063

Jeniffer Amín Perafán.

Médica residente de pediatría. Universidad de La Sabana, Facultad de Medicina.

[jenifferampe@unisabana.edu.co](mailto:jenifferampe@unisabana.edu.co)

ORCID ID 0000-0001-8039-2945

Carmen Graciela Zamora.

Médica pediatra, profesional especializada de la Secretaría Distrital de Bogotá. Docente de Pediatría Social en la Universidad de La Sabana.

[cgzamora@saludcapital.gov.co](mailto:cgzamora@saludcapital.gov.co)

Filiación institucional: Pediatría Social, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C.

### Resumen

Desde 2007 Bogotá presentó descenso en mortalidad infantil, sin embargo en 2019 este indicador asciende. Objetivo: describir las condiciones de vulnerabilidad y acciones comunitarias de atención primaria en salud (APS) realizadas en menores de 5 años en localidades bogotanas con mayor índice de mortalidad,

orientadas a disminuir el riesgo identificado en esta población. Metodología: estudio descriptivo. Se priorizó localidades y la Unidad de Planeación Zonal (UPZ) con mayor prevalencia de mortalidad en menores de 5 años. Se programaron jornadas de salud, se diligenció el instrumento de recolección de datos (caracterización poblacional), diagnósticos y acciones intersectoriales realizadas (desparasitación, hábitos saludables, vacunación, canalización a programas de prevención y promoción de salud, captación de casos para seguimiento o remisión urgente).

**Población:** niños menores de 5 años, identificados por el equipo de entorno y vivienda, en la caracterización familiar, con algún factor de riesgo y población por libre convocatoria.

**Grupos de respuesta intersectorial:** Subdirección de Determinantes en Salud de la Secretaría Distrital de Salud Bogotá D. C. (SDS), subredes de atención integral en salud, Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Secretaría Integración Social.

**Resultados:** en localidades con incremento y concentración de mortalidad en menores de 5 años, se detectaron condiciones de vulnerabilidad a las cuales se les generó acción inmediata.

**Conclusión:** la importancia de la vinculación del sector salud y gestión de redes de apoyo, basado en acciones de coordinación intersectorial, permite la atención integral e integrada, promoción de salud, prevención de enfermedad, acciones que impactan en determinantes sociales en salud y disminución del riesgo.

**Palabras clave:** pediatría, atención primaria de salud, mortalidad infantil, poblaciones vulnerables, promoción de la salud, factores protectores, factores de riesgo.

## 1. Introducción

El indicador de mortalidad en menores de 5 años (incluye la mortalidad infantil), brinda información de un país o ciudad acerca de las condiciones de salud de los niños. (1) El análisis de mortalidad en determinada población, basados en necesidades o requerimientos de atención (prestación de servicios, prevención de la enfermedad, promoción de la salud), permite analizar los efectos acumulativos relacionados con la morbilidad y las intervenciones en salud pública que deben estar orientadas a estas (2).

En Bogotá, la mortalidad infantil presenta una tendencia en descenso, pasando de 13,8 muertes en el año 2007 a 9,2 en el 2018 por cada 1000 nacidos vivos; esta disminución muestra un cambio anual de 3,9 %. Según la base de datos Sivigila, para el 2019, en Bogotá D. C., las principales causas de mortalidad en menores de 5 años están relacionadas con factores biológicos como prematuridad, malformaciones y otros, que representan causas de muerte en el niño menor de un año, lo cual hace su manejo más complejo y se dificulta la reducción de la mortalidad. Es importante tener en cuenta que el descenso observado en mortalidad puede verse afectado por variables como la caída en el número de nacidos vivos, ya que ha presentado durante los últimos años una velocidad de descenso mayor a la disminución en el número de muertes (3,4).

En el año 2019, el comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años en Bogotá presentó un cambio de tendencia. Para el grupo de niños menores de 1 año presentó un aumento de 8 casos y el grupo de 1 a 4 años aumentó la mortalidad en 12 casos. De manera que, en menores de 5 años, para el año 2019, se registró un aumento en la mortalidad de 20 casos, cuestión que cambia la tendencia a la baja que se venía observando en este indicador (3,4).

En el primer semestre de 2019 se registraron 401 muertes en menores de 1 año en la ciudad, para una tasa estimada de 9,6 muertes por cada 1000 nacidos vivos. El 48 % de los casos se concentran en las localidades de Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar y Bosa. Las tasas de mayor aumento se encuentran en Santa Fe, Tunjuelito, Fontibón y Chapinero. Respecto a las UPZ, aquellas con mayor número de casos son Lucero, Tibabuyes, Ismael Perdomo, Bosa Central y Engativá. Es de destacar que, para el año 2019, el 8,8 % de casos de mortalidad (23 casos) fueron hijos de mujeres extranjeras. Además, se observa un aumento de casos en población no asegurada. Con respecto a las causas de mortalidad, en el grupo de menores de 1 año se destacan las malformaciones congénitas, situándose como la primera causa de mortalidad, seguido de la infección respiratoria aguda y trastornos respiratorios de origen perinatal. También se destacan otras causas como sepsis bacteriana del recién nacido, complicaciones obstétricas, traumatismo del nacimiento y meningitis (3,4).

Por otro lado, el indicador de mortalidad en población de 1 a 4 años mostró un aumento para los meses de febrero, marzo y abril, con respecto al año anterior. Durante el primer semestre de 2019, todas las Subredes reportaron un aumento de casos de mortalidad, de las cuales la subred sur fue la que presentó mayor incremento. Se observa un aumento de casos en la población con régimen de afiliación contributivo; sin embargo, se destaca que existe un importante número de casos no asegurados. En cuanto a la discriminación por localidades del Distrito, Ciudad Bolívar, Bosa y Suba muestran el mayor incremento en casos durante este periodo, seguido de Rafael Uribe Uribe, Engativá, San Cristóbal y Usme. La UPZ con mayor número de casos fue Bosa Occidental y las que presentaron aumento de casos con respecto al año anterior fueron: Bosa Occidental, Boyacá Real, Suba, El Rincón, Marruecos, Jerusalén y Bosa Central. En cuanto a las causas de mor-

talidad registradas se encuentran: infección respiratoria, enfermedades del sistema nervioso central, tumores malignos, leucemia, accidentes de tránsito y ahogamientos (3,4).

Dado el incremento de la mortalidad en la población menor de 5 años en Bogotá D. C., con el presente trabajo se pretende describir las condiciones de vulnerabilidad de esta población en localidades y UPZ con reporte de mayor número de casos de muertes en la ciudad durante el primer semestre del 2019, y realizar acciones por medio de estrategias de APS de forma intersectorial orientadas a disminuir el riesgo identificado.

## 2. Métodos

**Diseño del proyecto:** estudio descriptivo, corte transversal.

**Metodología:** de acuerdo con los informes sobre mortalidad en menores de 5 años en Bogotá, se realizó una priorización por localidades y UPZ que tuvo en cuenta el mayor número de casos e incremento de mortalidad. Se seleccionaron en total 9 localidades y 14 UPZ. Se realizó un cronograma durante un mes y se programaron visitas comunitarias bajo la figura de *brigadas de salud*, lideradas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, a través de las subredes de atención integral en salud, en el marco de acciones del PSPIC. Se llevó a cabo el proceso de caracterización familiar, actividad realizada por el equipo de entorno vivienda. Para las jornadas de salud se seleccionó al personal con habilidades académicas y competencias prácticas: médico pediatra, residentes de pediatría, nutricionista, auxiliares de enfermería y terapeuta respiratorio.

**Las variables de caracterización poblacional incluyeron:** localidad y UPZ de residencia, fecha del abordaje, edad, sexo, nacionalidad,

escolaridad, estado de aseguramiento en salud. Se llevó a cabo la identificación de factores de riesgo, como: no afiliación al sistema de seguridad social, condiciones de malnutrición, no escolarización, condiciones de salud inadecuadas (esquema de vacunación incompleto, problemas de salud oral, respiratorio, gastrointestinal), no adherencia a programas de salud, población migrante en condiciones de irregularidad. También se realizó la valoración médica, evaluación de condiciones de salud, incluyendo toma de medidas antropométricas (de acuerdo con lineamientos de resolución 2465 de 2016 e instrumentos indicados), examen físico completo y diligenciamiento de impresión diagnóstica. (5) Las acciones por realizar durante las jornadas incluyeron desparasitación, educación en salud (hábitos saludables, salud oral, etiqueta respiratoria, prescripción de ejercicio físico), vacunación, canalización a programas de prevención y promoción de salud, captación de casos para seguimiento o remisión a servicios de urgencias en caso de compromiso del estado general del niño, remisión a programas sociales, se gestionó la captación para ingreso a jardines de integración social, ICBF, apoyo nutricional, asesoría y gestión para inscripción al sistema de seguridad social en salud (SGSSS).

Para la recolección de datos se diseñó un instrumento tipo planilla ejecutada en Excel, el cual contiene información de caracterización de la población, diagnósticos e intervenciones realizadas. El tiempo de recolección de datos se dio desde octubre a diciembre de 2019.

**Análisis de información:** se realizan análisis descriptivos usando medidas de tendencia central (media o mediana) para las variables cuantitativas.

**Población:** se incluyeron todos los niños menores de 5 años canalizados por el entorno vivienda con factores de riesgo, identificados en la caracterización familiar y niños que fueron llevados por sus cuidadores a la jornada.

**Muestreo:** se toma una muestra no probabilística que incluye los niños que consultan libremente o direccionados por el entorno vivienda a la jornada de salud que se realizó en 9 localidades y 14 UPZ priorizadas por presentar mayor número de casos de mortalidad en menores de 5 años. El muestreo no es probabilístico, dado que no se estima tamaño de muestra.

**Consideraciones éticas:** investigación de riesgo mínimo, ya que se evaluará a la población que acepte participar de forma voluntaria. Se realizará recolectando información y no se realizará ninguna intervención o modificación intencional de las variables fisiológicas, psicológicas o emocionales de la población del estudio. La autorización para la recolección y análisis de los datos se obtuvo durante las actividades de campo con el consentimiento del padre, madre o cuidador del lactante o preescolar, y el asentimiento verbal de los preescolares con capacidad de lenguaje. Esta investigación se rige teniendo en cuenta las normas nacionales e internacionales de investigación en seres humanos (declaración de Helsinki) y la Resolución 8430 de 1993. Con este trabajo se busca aportar al conocimiento de los factores de riesgo y condiciones de vulnerabilidad en menores de 5 años en Bogotá que, por medio de su intervención, permitan impactar en la morbilidad y mortalidad de esta población.

### 3. Resultados

Se realizó un análisis situacional acerca de la mortalidad en menores de 5 años en la ciudad de Bogotá, en donde se identificaron localidades y UPZ con el mayor número de casos de mortalidad en dicha población, se seleccionaron 9 localidades y 14 UPZ para realizar la intervención.

Esta intervención fue liderada desde Salud Pública con los líderes de gobernanza,

quienes realizaron la articulación con el ICBF y la Secretaría de Integración Social. Los referentes de entorno vivienda realizaron la caracterización familiar identificando los niños en riesgo y desde el equipo de espacio público, a través de las acciones itinerantes (lavado de manos, etiqueta de tos, alimentación saludable, actividad física) durante la jornada, fortalecieron los procesos de prevención y promoción.

En las jornadas participó un total de 444 niños menores de 5 años con sus cuidadores. Bosa, Ciudad Bolívar y Kennedy fueron las localidades con mayor participación (figura 1). Respecto a las UPZ, las de mayor participación, en su orden, correspondieron a: Lucero, Patio Bonito, Bosa Central, Tibabuyes y Bosa Occidental (figura 2).

En cuanto a las edades del grupo valorado, el mayor porcentaje de participación fue la edad de 3 años con el 19 % de valoraciones, mientras que, el grupo con menor porcentaje de participación correspondió a la categoría 5 años con el 10 % de valoraciones (figura 3).

Con respecto a la nacionalidad de los niños valorados por UPZ, se encontró que la mayoría eran colombianos con 252 participantes, 160 niños de nacionalidad venezolana y en 32 casos en los cuales, por dificultades en el registro de la información, no se registró esta característica (figura 4).

Otro de los aspectos a valorar correspondió al aseguramiento en salud de la población participante. Se encontró que la mayoría de la población contaba con algún régimen de afiliación al SGSSS (238 participantes), bien sea contributivo o subsidiado. Por otro lado, un grupo de población no se encontró asegurada (152 participantes) y en una minoría no fue posible conocer el estado de aseguramiento (54 participantes). En caso de no aseguramiento o el desconocimiento de este, se reorientó y

canalizó cada caso para que el referente en esta área diera la asesoría necesaria (figura 5).

Teniendo en cuenta este contexto, se indagó la nacionalidad de la población no asegurada, dado el fenómeno migratorio que se ha presentado en los últimos años en Colombia. Del total de participantes, un conjunto de 152 niños valorados no contaban con aseguramiento en salud, la mayoría (124 participantes) de nacionalidad venezolana y 28 colombianos (figura 6).

Se realizó la valoración antropométrica en los niños menores de 5 años, se observó a la mayoría de niños valorados (51,8 %) en adecuado estado nutricional por indicador peso/talla entre  $>-1DS$  y  $<+1DS$ . Se identificaron menores de 5 años con malnutrición, ya sea por exceso o por defecto de ganancia de peso y, en algunos casos, con compromiso de talla. Se detectaron casos de desnutrición aguda por indicador peso/talla  $<-2 DS$  en 28,6 % y alteración en talla por el indicador talla/edad  $<-2 DS$  en 10,1 %. Se detectó 8 % de casos correspondientes a riesgo de sobrepeso y sobrepeso por indicador peso/talla  $>+1 DS$ . No se encontró ningún caso correspondiente a obesidad (figura 7).

En casos de desnutrición, se realizó la intervención por parte de la SDS que consistió en: canalización del caso a la empresa administradora de planes de beneficios (EAPB) para su atención inmediata por parte del médico especialista (pediatra). Simultáneamente, se hizo la intervención con nutricionista, quien realizó el abordaje familiar consistente en valoración de ingesta nutricional de acuerdo con el diario de nutrición en 24 horas, socialización de hábitos alimentarios saludables, distribución de grupos de alimentos en el plato en comidas principales y asesoría en alimentación entre comidas principales (onces) y lonchera escolar. Además, se socializó el concepto de *alimentos ultraprocesados y disruptores* del

crecimiento y se brindó la asesoría nutricional para cada caso.

De forma intersectorial, con Secretaría de Integración Social e ICBF, se brindó asesoría y vinculación a los programas sociales de cada sector. En total, recibieron asesoría por ICBF el 38 % de niños con sus respectivos cuidadores, quienes recibieron micronutrientes en polvo y educación respecto a este producto, específicamente en temas de preparación y administración. Estos casos se registraron en las jornadas para poder llevar a cabo un seguimiento ulterior en conjunto con el sector salud, SDS, ICBF y Secretaría de Integración Social. Esta población también fue incluida en programas sociales de soporte nutricional o vinculación a jardín de bienestar, de acuerdo con cada caso. De esta forma se aseguró el reestablecimiento de derechos (cuarto derecho de niños, niñas y adolescentes Unicef: alimentación saludable, servicio de salud y vivienda).

En caso del requerimiento de valoración urgente por alguna condición detectada que pusiera en riesgo la vida del niño, se llevó a cabo inmediatamente la remisión para valoración por el servicio de urgencias en instituciones de la subred en la cual se identificó el caso. Del total de niños evaluados, se remitieron 7 casos, de los cuales 6 fueron por desnutrición aguda, 1 caso por otitis media crónica supurativa.

Es importante mencionar que, durante las jornadas, se realizó la valoración médica por parte de pediatría (médico pediatra y residentes de pediatría), en las cuales se llevaron a cabo intervenciones como desparasitación a niños mayores de 2 años, de acuerdo con lineamientos incluidos en la estrategia de Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), educación en alimentación con énfasis en: lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación balanceada, recomendaciones de prácticas para el cuidado

y mantenimiento de la salud oral, importancia de vacunación, prescripción de juego activo o actividad física. Estas acciones se llevaron a cabo en el 100 % de la población evaluada. Acorde con la edad, se hizo énfasis en las intervenciones preventivas correspondientes a cada etapa. En todos los casos, se brindó educación a la familia o cuidadores, principalmente madres y padres de familia, se gestionó la resolución de dudas e inquietudes en puericultura y crianza de los niños.

En todos los casos se revisaron los esquemas de vacunación. En caso de no contar con esta información, se remitieron al grupo de vacunación, quiénes revisaron y diligenciaron el PAI WEB y aplicaron las vacunas en aquellos casos en los cuales se encontraban incompletos los esquemas. En el presente estudio, esta información no se encuentra disponible.

Mediante estas jornadas se logró identificar factores de riesgo como: no afiliación al Sistema de Seguridad Social, condiciones de malnutrición, no escolarización, condiciones de salud inadecuadas (esquema de vacunación incompleto, problemas de salud oral, respiratorio, gastrointestinal, entre otros), no adherencia a programas de salud, población migrante en condiciones de irregularidad.

Las acciones realizadas de forma inmediata incluyeron desparasitación, educación en salud (hábitos saludables, acciones itinerantes, prescripción de ejercicio físico), vacunación, canalización a programas de prevención y promoción de salud, captación de casos para seguimiento o remisión a servicios de urgencias en caso de compromiso del estado general del niño. Adicionalmente, se gestionó la remisión a programas sociales como: captación para ingreso a jardines de integración social, ICBF, apoyo nutricional, asesoría y gestión para inscripción al SGSSS.

## 4. Discusión

Bogotá, desde el año 2007, presentó un descenso paulatino en la tendencia de mortalidad infantil. Sin embargo, en el año 2019, específicamente en el periodo comprendido entre enero a abril, este indicador viró hacia el ascenso; se observó el mayor número de casos en 9 localidades y 14 UPZ, situación que preocupa a las autoridades locales en salud. (3,4) Bajo este panorama, se realizó una investigación de campo con el fin de caracterizar la población menor de 5 años, detectar las condiciones de vulnerabilidad y en caso de existir riesgo aminorarlo bajo estrategias e intervenciones propias de APS.

Se reconoce que las primeras causas de mortalidad en menores de 5 años, además de las situaciones mencionadas en el periodo perinatal, incluyen procesos de malnutrición, infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales; sin embargo, se destaca que estas situaciones pueden ser modificadas cuando se realizan acciones de APS, estrategias que fueron desarrolladas en las jornadas de salud en las diferentes UPZ. Los factores de riesgo identificados que están relacionados con estas causas fueron: no aseguramiento en salud, condiciones de malnutrición, no vacunación, inadecuados hábitos nutricionales. Estos determinantes sociales en salud fueron intervenidos de forma sectorial e intersectorial que, en caso de llevarse de manera continua y permanente, podrían disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional.

Respecto a la valoración antropométrica, la población valorada cuenta con un adecuado estado nutricional en el 51,8 % de los casos, definido por el indicador peso/talla  $-1$  a  $+1$  DS, de acuerdo con la Resolución 2465 de 2016. (5) Sin embargo, llama la atención que el 27,2 % de población valorada se encuentra en riesgo de desnutrición y el 1,4 % de casos se identificaron

como casos de desnutrición aguda moderada y severa que, por las condiciones de riesgo, requirieron remisión para valoración por el servicio de urgencias de inmediato.

En cuanto al aseguramiento en salud, se detectó que la mayoría de la población se encuentra asegurada, lo cual es beneficioso para la población, en la medida en que tiene acceso continuo a servicio de salud, bien sea de urgencia o aquellos requeridos por la consulta externa, así como el seguimiento de casos o consejerías, acceso a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Cabe resaltar que estos programas son pilares que contribuyen tanto al tamizaje como a la detección temprana de diversas condiciones y, por lo tanto, ofrecen un manejo oportuno de diversas patologías y contribuyen al mantenimiento del estado de salud.

Durante algunas entrevistas a familiares y acompañantes, se detectó que existe un temor en torno a la declaración de no encontrarse inscrito al SGSSS. Por una parte, se logró intervenir mediante la eliminación de barreras, principalmente de información, como consejería sobre este tema, dudas respecto a la afiliación, se explicó los trámites que se deben realizar y se direccionó a las sedes correspondientes. Por otra parte, el hecho de realizar una actividad comunitaria, hizo a la brigada visible y accesible a la población, razón que contribuyó a la asistencia por libre convocatoria.

Con respecto a las jornadas de salud efectuadas, si bien la mayoría de los niños son colombianos, el 36 % de los menores evaluados corresponde a población venezolana. De hecho, en la UPZ Pardo Rubio y La Sabana, la mayoría de los niños valorados corresponde a dicha nacionalidad (figura 4). Esta situación es importante porque el fenómeno de la migración debe entenderse desde una mirada holística. En esta medida, es un acontecimiento que repercute

en varias esferas de la sociedad, como son la salud, a nivel social, económico, político, etc. Esta población relató las múltiples dificultades para encontrar empleo por parte de los padres cabeza de familia, situaciones de mantenimiento extremas, viviendas en hacinamiento, pobreza, dificultades para el abastecimiento del alimento y, en algunos otros casos, cursaban con enfermedades de tipo viral que debían resolver bajo estas condiciones.

Se intentó ahondar en este aspecto y se logró dilucidar que el migrante venezolano conoce parcialmente, y en algunos casos desconoce completamente, el procedimiento para regularizar su situación en el país. Se detectó, especialmente en el caso de aquellos migrantes en situación irregular, un temor a esclarecer dudas, dado que, al asociar la institucionalidad de las brigadas de salud, incurren en miedos a expresar su condición de vida actual y situación migratoria.

Las familias migrantes venezolanas, cuyos hijos nacieron en territorio colombiano, mostraron un claro desconocimiento de los derechos y deberes en salud que tiene esta población especial, razón por la cual se realizaron intervenciones como consejería, acompañamiento, educación, revisión de inmunizaciones.

Esta situación denota que, por una parte, el fenómeno migratorio que se vive en la actualidad en Colombia genera repercusiones en la sociedad en múltiples niveles y, por otro lado, demuestra que, aunque existen mecanismos e intervenciones claramente estipulados por las instituciones distritales, aún no se cuenta con una adecuada comunicación. Por lo tanto, aunque se han dispuesto los recursos y se han explicado por diferentes medios los derechos y deberes que tiene esta población, aún no parece claro el mensaje, dados los hallazgos. Estas condiciones suponen que la población migrante venezolana se encuentra en un riesgo

mayor, por una condición de vulnerabilidad y confluencia en factores de riesgo y, por tanto, la intervención comunitaria es fundamental en este punto.

Es claro que esta población presenta, en general, múltiples factores de riesgo, pero la intervención comunitaria basada en estrategias de APS, encaminada a la búsqueda y fomento de factores protectores que permita establecer una adecuada red de apoyo para vencer las adversidades multidimensionales a las cuales se encuentran expuestos, es una potente herramienta de impacto para contrarrestar la vulnerabilidad social. Atendiendo a lo anterior, la formación de una red de apoyo desarrollada para esta población vulnerable se comporta como un factor protector porque busca reducir los efectos negativos que generan los factores de riesgo presentes en su cotidianidad.

Es importante resaltar que las redes de apoyo contribuyen al mantenimiento de la salud de las personas, en la medida en que alivia una serie de conductas y comportamientos que surgen ante una situación de riesgo. De aquí la importancia de la vinculación del sector salud y la vinculación en la gestión de redes de apoyo sociales, por medio de estrategias como la APS, que comprende acciones de coordinación intersectorial y permite la atención integral e integrada, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acciones que impactan en los determinantes de la salud, promoción de cultura del autocuidado, participación de la comunidad, entre otros.

Este estudio descriptivo permitió caracterizar e identificar situaciones de riesgo en niños menores de 5 años que representan factores de vulnerabilidad y, por ende, mayor riesgo de enfermar y morir. Las intervenciones realizadas fueron de carácter inmediato, según el riesgo identificado, que incluyó condiciones de aseguramiento, vacunación, orientación a

planes y servicios sociales, desparasitación, educación en hábitos saludables, canalización a programas de prevención y promoción de salud. Igualmente, se realizaron acciones desde una perspectiva intersectorial que involucraron diversos actores sociales e institucionales, con el fin de aminorar factores de riesgo y poder actuar efectivamente ante estas situaciones.

En este sentido, se plantean intervenciones sociales dirigidas a gestionar inversiones en educación, recursos y oportunidades, al igual que evaluar los determinantes sociales y su influencia en los estilos de vida de niños menores de 5 años y sus familias, como estrategias de prevención y marco de acción para impactar en la salud de la población y, por tanto, influir en marcadores de impacto, como la morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional, al igual que aminorar múltiples riesgos de exposición en personas vulnerables.

## 5. Limitaciones y sugerencias para futuros estudios

En este estudio no fue posible profundizar en los resultados que las intervenciones generaron, ya que solo permitió caracterizar, identificar e intervenir de manera inmediata. En el presente documento, no se cuenta con los datos de vacunación que se llevó a cabo en las jornadas, dado que se realizó directamente el diligenciamiento a la plataforma virtual y no se registró en la base de datos de este estudio.

Se sugiere continuar con estas intervenciones en el futuro para determinar el impacto de las vacunas y se debe realizar un estudio de seguimiento a mediano plazo. Se recomienda obtener un mayor tamaño muestral en futuras evaluaciones teniendo en cuenta otras localidades y UPZ. Además, debido a la importancia de la salud, de condiciones sociales, de vivienda, etc. de los niños, es importante continuar con

la investigación e incluir de manera intersectorial acciones coordinadas desde diversos sectores, con el fin de disminuir condiciones de vulnerabilidad y prevenir la mortalidad en esta población.

## Agradecimientos

Agradecemos a los equipos técnicos de Gobernanza, al grupo del Plan de Intervenciones Colectivas (entorno vivienda, entorno público de las Subredes Integradas de Servicios de Salud y del nivel central de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, al grupo de colaboración del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (talento humano de los centro zonales de las localidades priorizadas) y al grupo de Integración Social (talento humano subdirecciones locales de Integración Social de las localidades priorizadas), por su activa participación y gestión intersectorial para lograr el objetivo planteado y el actual producto.

## Declaración de Conflictos de interés

Los autores de este trabajo no tienen conflictos de interés por declarar diferentes a realizar aportes a la comunidad científica, actores sociales e institucionales que promuevan el componente de acción intersectorial para mejorar y mantener la salud de los niños. Esta investigación se realiza sin fuentes de financiación externa, no existe ninguna relación financiera relevante para divulgar este artículo.

## Referencias

1. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Integración Social, Sistema de Monitoreo de las Condiciones de Vida de la Infancia y la Adolescencia de Bogotá D. C. [Internet]. Bogotá: Comité Distrital de Infancia y Adolescencia (Codia); 2018. Disponible en: <https://n9.cl/9ah94>
2. Ministerio de Salud. Reporte Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2019 [Internet]. Bogotá: Dirección de Epidemiología y Demografía; 2019. Disponible en: <https://n9.cl/zutx>
3. Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. Datos de salud. Demografía y salud. Mortalidad infantil. [Internet]. Bogotá: Observatorio de Bogotá. Disponible en: <https://n9.cl/ftp25>
4. Instituto Nacional de Salud. Sivigila. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Aplicativo-RUAF; 2019.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016. [Internet]; 2016. Disponible en: <https://n9.cl/zvjft>

## Apéndices y anexos

**Figura 1. Niños menores de 5 años valorados por localidades desde octubre a diciembre de 2019 en Bogotá D. C. Número de niños menores de 5 años valorados**

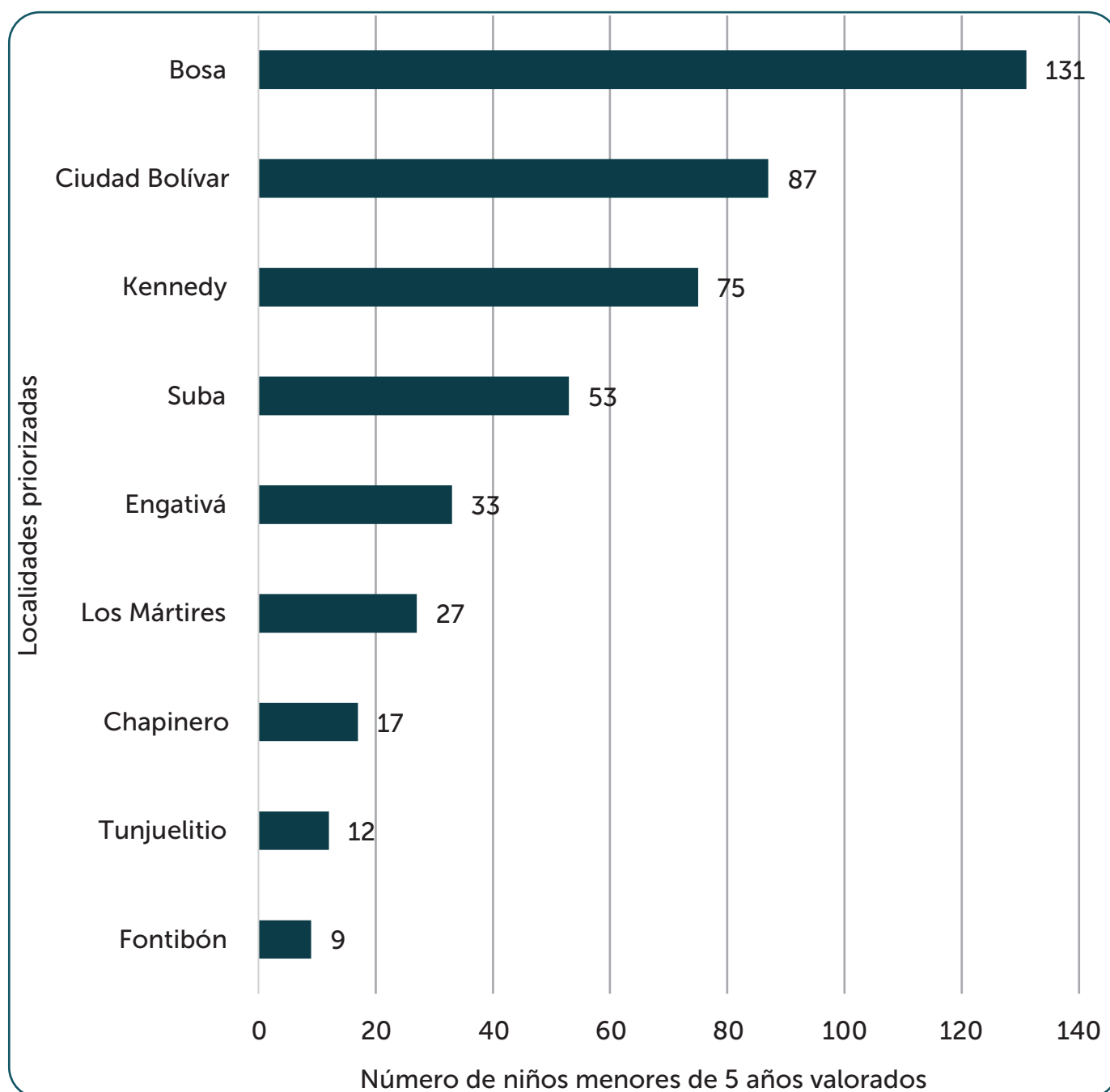


Figura 1. Frecuencia de niños menores de 5 años valorados por localidades desde octubre a diciembre de 2019, priorizados por mayor tasa de mortalidad en esta población en Bogotá. D. C.

Fuente: Base de datos jornada UPZ priorizadas por mortalidad infantil, grupo infancia Subdirección de Determinantes en salud SDS

**Figura 2. Niños menores de 5 años valorados por Unidades de Planeación Zonal desde octubre a diciembre de 2019 en Bogotá D. C.**

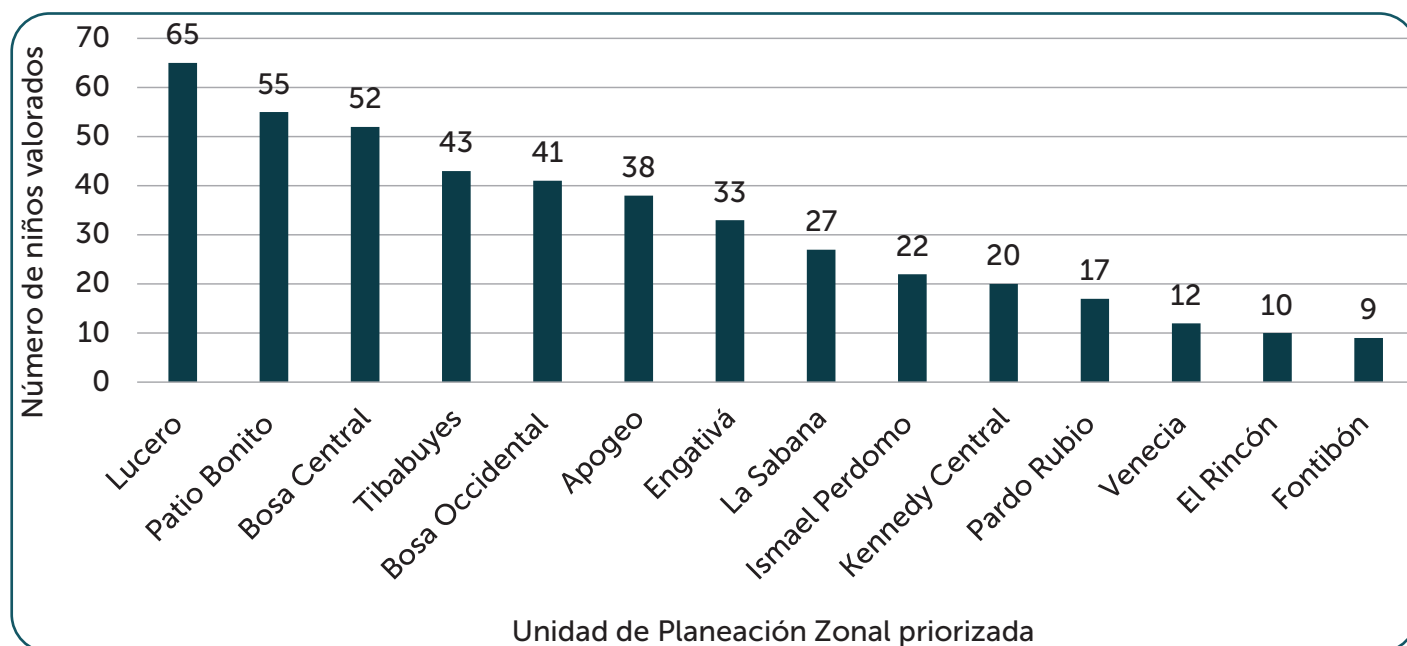


Figura 2. Frecuencia de Niños menores de 5 años valorados por Unidad de Planeación Zonal, seleccionados por mayor número de casos de mortalidad desde octubre a diciembre de 2019.

Fuente: Base de datos jornada UPZ priorizadas por mortalidad infantil, grupo infancia Subdirección de Determinantes en salud SDS

**Figura 3. Edades de niños valorados en localidades y UPZ priorizadas por mayor mortalidad en Bogotá D. C. desde octubre a diciembre de 2019**

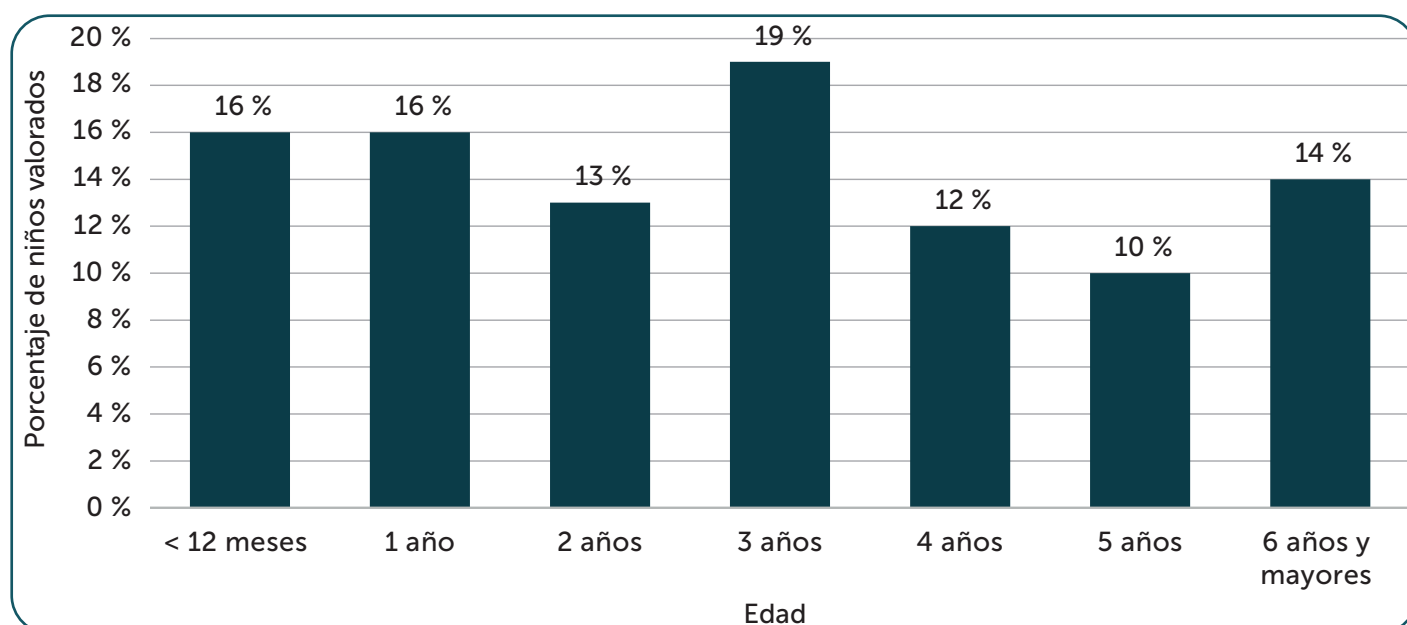


Figura 3. Porcentaje de grupos de edades de niños valorados en localidades y Unidades de Planeación Zonal en Bogotá D. C., desde octubre a diciembre de 2019, priorizadas por mayor tasa de mortalidad en menores de 5 años. La mayoría de los niños valorados corresponde al grupo de 3 años. La menor cantidad de niños valorados corresponde al grupo de 5 años. La muestra de niños menores de 5 años corresponde a 444 participantes. Debido a que las brigadas se dirigieron a la población pediátrica en general, se valoraron niños mayores de 5 años, representados en el gráfico. Sin embargo, esta población no es objeto del presente estudio.

Fuente: Base de datos jornada UPZ priorizadas por mortalidad infantil, grupo infancia Subdirección de Determinantes en salud SDS

**Figura 4. Frecuencia de nacionalidad de niños menores de 5 años valorados por UPZ priorizadas por mayor mortalidad en Bogotá D. C. desde octubre a diciembre de 2019**

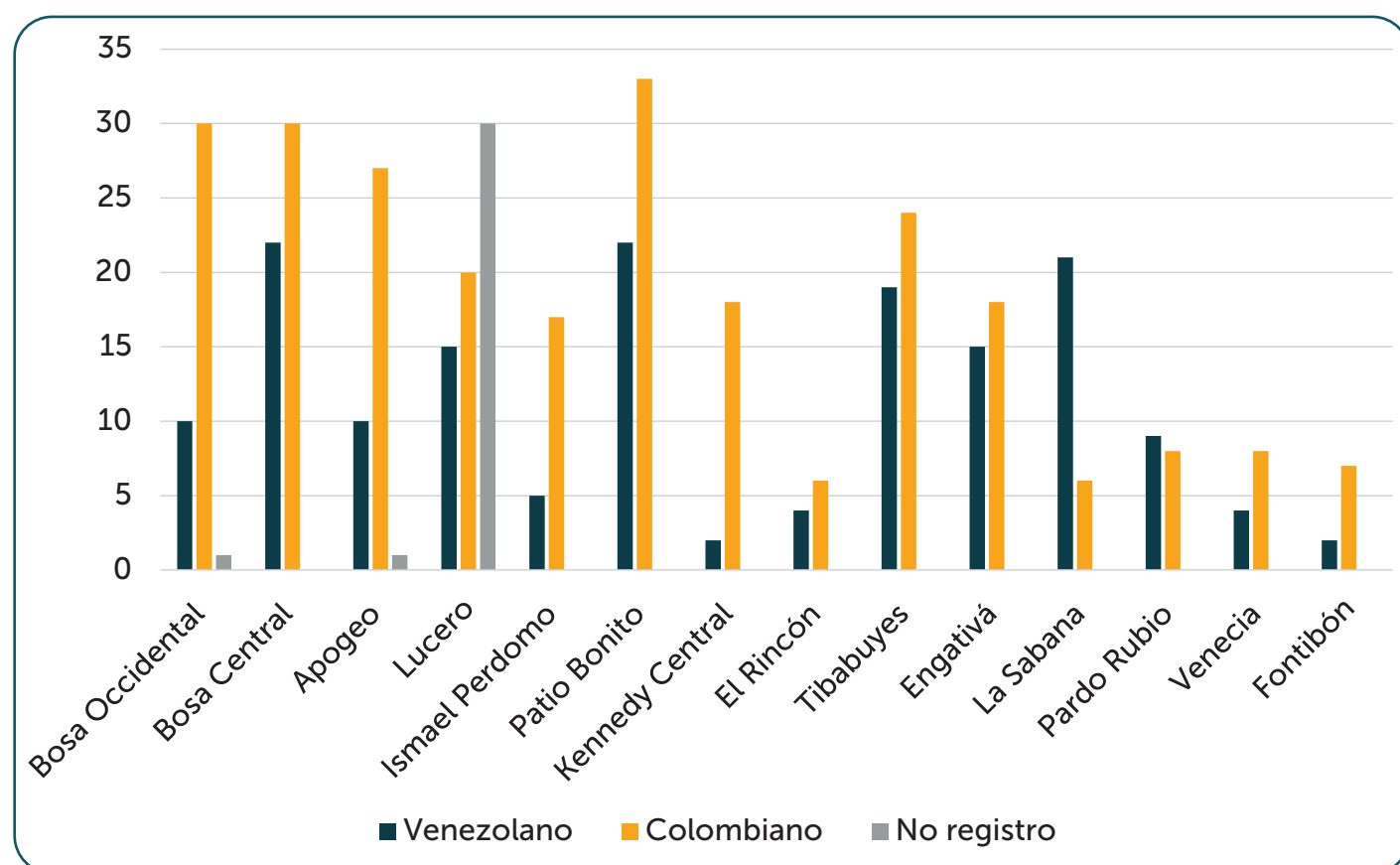


Figura 4. Frecuencia de niños menores de 5 años valorados por Unidades de Planeación Zonal desde octubre a diciembre de 2019 en relación con la nacionalidad. Se observa el predominio de la nacionalidad colombiana, seguido de un grupo de niños de nacionalidad venezolana. En los casos en los que no se contó con el registro, ocurrió porque no fue expresada la nacionalidad.

Fuente: Base de datos jornada UPZ priorizadas por mortalidad infantil, grupo infancia Subdirección de Determinantes en salud SDS

**Figura 5. Aseguramiento en salud de niños menores de 5 años valorados por UPZ priorizadas por mayor mortalidad en Bogotá D. C. entre octubre a diciembre de 2019**

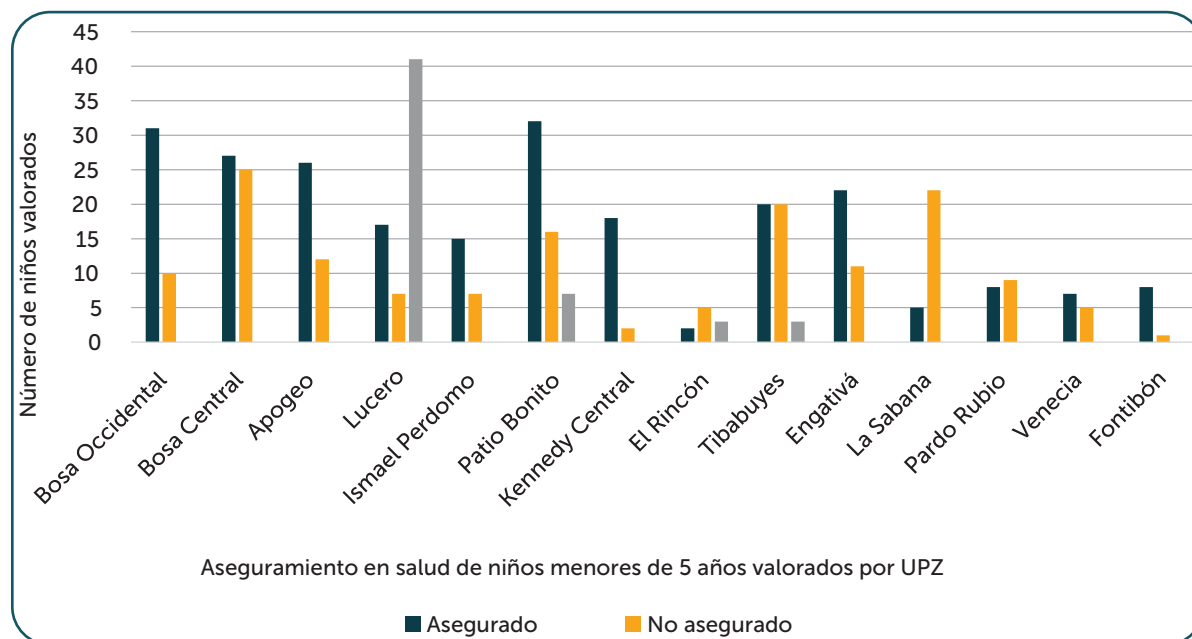


Figura 5. Frecuencia de aseguramiento en salud de niños menores de 5 años valorados por UPZ priorizadas por mayor mortalidad en Bogotá, entre octubre a diciembre de 2019. En los casos en los que no se contó con aseguramiento, ocurrió porque no fue expresado este aspecto.

Fuente: Base de datos jornada UPZ priorizadas por mortalidad infantil, grupo infancia Subdirección de Determinantes en salud SDS

**Figura 6. Nacionalidad de niños menores de 5 años no asegurados en salud valorados por localidades priorizadas por mayor mortalidad en Bogotá D. C. entre octubre a diciembre de 2019**

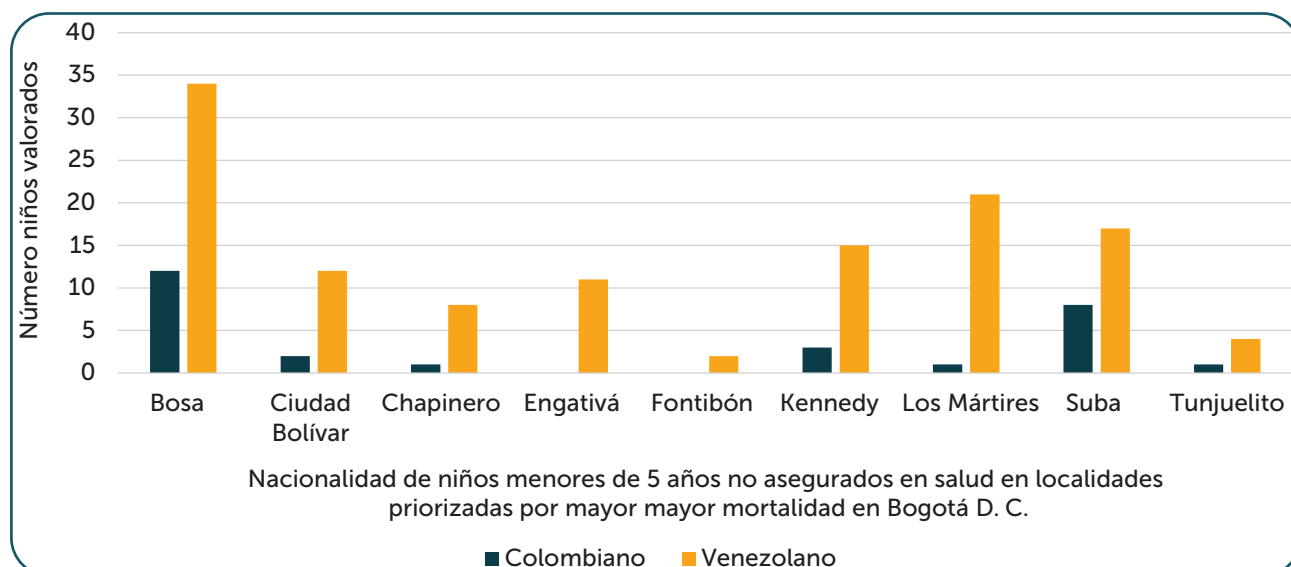


Figura 6. Frecuencia de nacionalidad de población no asegurada en salud de niños menores de 5 años, los cuales fueron valorados por localidades priorizadas por mayor mortalidad en Bogotá entre octubre a diciembre de 2019.

Fuente: Base de datos jornada UPZ priorizadas por mortalidad infantil, grupo infancia Subdirección de Determinantes en salud SDS

**Figura 7. Distribución de diagnósticos nutricionales en niños y niñas menores de 5 años en Unidades de Planeación Zonal priorizadas por mayor mortalidad durante octubre a diciembre de 2019**

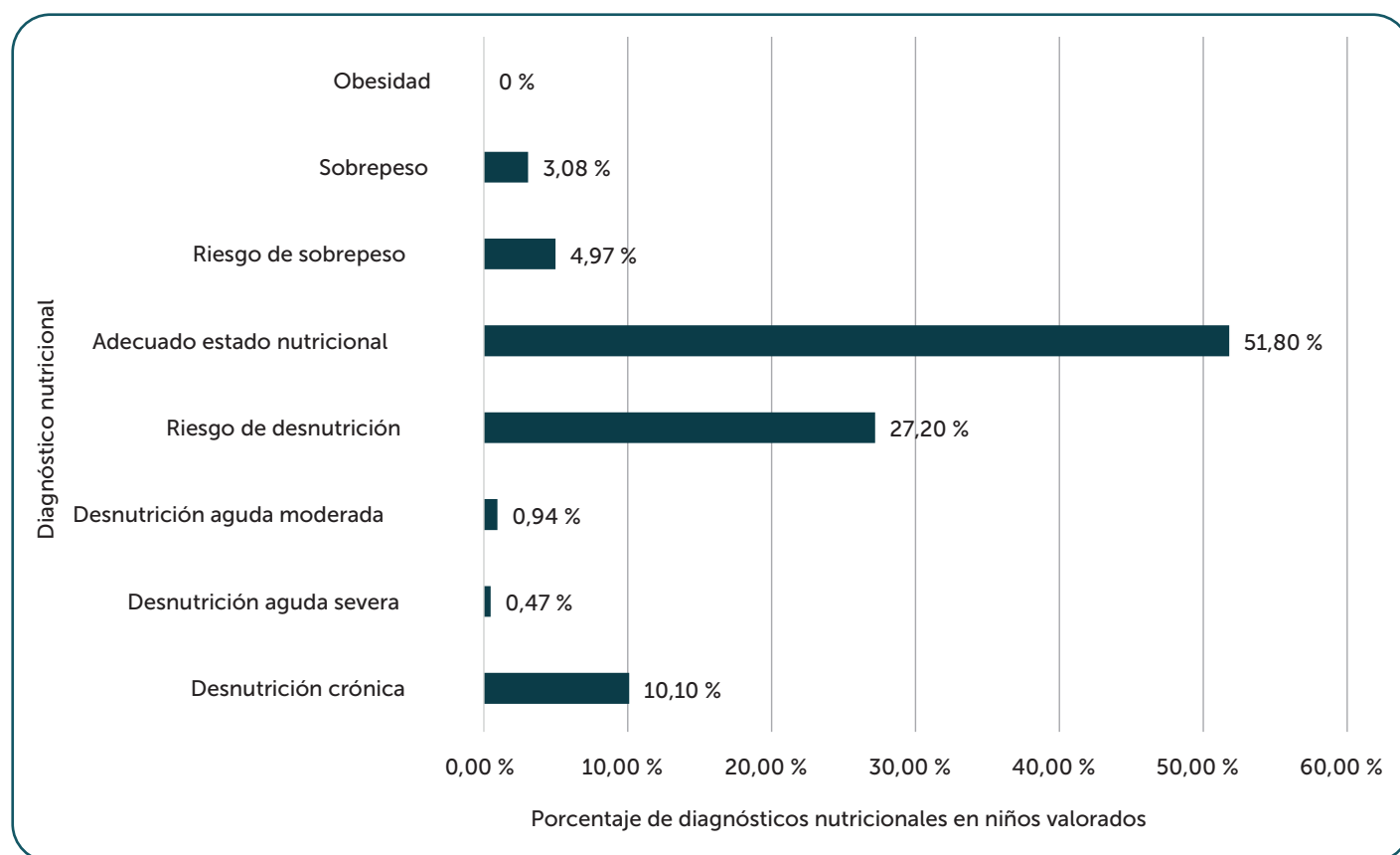


Figura 7. Distribución porcentual de diagnósticos nutricionales en niños menores de 5 años en Unidades de Planeación Zonal priorizadas por mayor mortalidad durante octubre a diciembre de 2019.

Fuente: Base de datos jornada UPZ priorizadas por mortalidad infantil, grupo infancia Subdirección de Determinantes en salud SDS