

SALUDATA

BAJO PESO AL NACER EN BOGOTÁ D. C.

DIAGNÓSTICO PARA LA GENERACIÓN DE
RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

Alcaldía Mayor de Bogotá
Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81

Alcaldesa Mayor
Claudia López Hernández

Secretario Distrital de Salud
Alejandro Gómez López

Subsecretario de Salud Pública
Manuel Alfredo González Mayorga

Subsecretario de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía
Julián Alfonso Orjuela Benavides

Coordinadora del Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData
Natalia Carolina Rodríguez Moreno

Autores

Leonardo Salas Zapata
Alexandra Segura Rodríguez
Nancy Chacón Rodríguez
Natalia Rodríguez Moreno
Fredy Camelo Tovar

Colaboradores

Andrea Roza Villamil
Andrea Villamizar Monroy
Angela Cortés Morales
Angela Poveda Carreño
Catherin Rodríguez Barrera
Claudia Pacheco Prieto
Dary Ruiz Rojas
Diana Castro Archila
Diana Franco Pulido
Felipe Borraez Segura
Héctor Iván Lara Sanabria
María Juliana Castellanos Reyes
Martha Becerra Muñoz
Liliana Acevedo Arenas
Lilian Nuñez Forero

Diseño y diagramación
Héctor Iván Lara Sanabria

Bogotá, Noviembre de 2021

INTRODUCCIÓN

En el mundo han nacido anualmente alrededor de 20 millones de niños con bajo peso, una condición considerada como prioritaria en salud pública al ser una de las principales causas de morbilidad infantil a nivel mundial (Quiroga et al., 2017; Wardlaw et al., 2004).

De acuerdo con el volumen de Años de Vida Saludable Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVISAS), se ha estimado que para el año 2017 las condiciones derivadas del bajo peso al nacer (BPNAT) fueron el quinto factor de riesgo para la mortalidad prematura, solamente superadas por la hipertensión arterial, el tabaquismo y los niveles elevados de azúcar en la sangre (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018). En este sentido, muchos estudios han profundizado en la asociación entre el BPNAT y el desarrollo posterior de enfermedades crónicas.

Se ha descrito una fuerte relación entre el estatus socioeconómico y el riesgo de BPNAT (Leon, 1991; Pattenden et al., 1999). Algunos estudios han señalado que el BPNAT podría impactar negativamente indicadores macroeconómicos de las regiones donde su incidencia es mayor, a través de una carga acumulativa sobre el ingreso de los hogares, derivada principalmente del aumento de gasto en salud, asociado del incremento en la demanda de los servicios que se desprende de la necesidad de atención para tratar las condiciones originadas a partir de las situaciones asociadas con este evento (Blumenshine et al., 2010; M. S. Kramer et al., 2000). Así, en el BPNAT, al igual que otros problemas de salud pública, cuenta con multiplicidad de fenómenos que influyen en su ocurrencia, al tiempo que por sus características, se constituyen en un reto para la institucionalidad, por la complejidad que implica su abordaje y prevención desde el punto de vista intersectorial (Coubert, 2017).

Las brechas en la reducción del BPNAT se han mantenido en la región de Latinoamérica y en Colombia al igual que en buena parte del mundo; los resultados de poblaciones en posiciones sociales más aventajadas han sido históricamente mejores que los de sus contrapartes más vulnerables (Coubert, 2017; Leon, 1991). Esto concuerda también con la extrapolación de los resultados obtenidos por Vettore (2010) y Juárez (2013), que señalan que además de los factores propios de la madre, existen condiciones profundamente ligadas a la situación socioeconómica de los hogares tras la incidencia del BPNAT.

Las diferencias en la probabilidad de nacer con un peso < 2500 g no solamente se presentan en los niveles nacionales. Las desigualdades también se identifican a nivel subnacional en áreas geográficas más pequeñas, como las ciudades, municipios y en los barrios que las conforman. Existen reportes de que las condiciones maternas asociadas con el BPNAT como embarazos tempranos o no planeados, multiparidad, bajo nivel educativo, no contar con una pareja estable, dificultades financieras y no tener un seguro de salud son más comunes en los sectores más vulnerables de la sociedad (Cáceres-Manrique, 2009; Juárez & Revuelta Eugercios, 2013; Pattenden et al., 1999; Profamilia, 2018; Terán et al., 2018).

ENFOQUE Y RESULTADOS

El BPNAT dialoga con la política pública de seguridad alimentaria y nutricional para Bogotá, D.C: Construyendo Ciudadanía Alimentaria 2019-2031 que se encuentra circunscrita dentro del Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C 2020-2024 “un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del Siglo XXI” (Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital, 2019; Secretaría Distrital de Salud, 2020). El presente análisis propone ámbitos de indagación que pretenden ayudar a promover en la agenda pública, la articulación de una respuesta institucional organizada para prevenir y atender la morbilidad derivada del BPNAT a término en el Distrito.

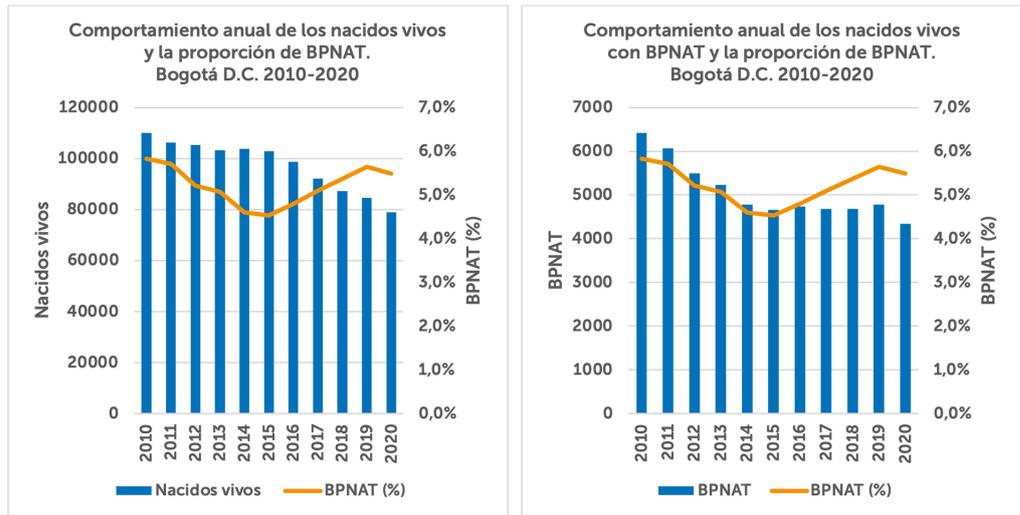
Adicionalmente, se plantea la necesidad de repensar el BPNAT no sólo desde el reconocimiento de los factores clínicos individuales que se encuentran en su génesis, sino que también pretende visibilizar, en el mediano plazo, algunas condiciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud de esta condición en Bogotá. El análisis que se presenta busca aproximarse a las características de las madres cuyos hijos pesan menos de 2.500 g y completan a término el periodo gestacional, a partir del análisis de las variables contextuales relacionadas en el registro de nacidos vivos de la Secretaría Distrital de Salud de manera que, al identificar los patrones relacionados con la incidencia de este evento, se pueda definir un punto de partida para articular los esfuerzos de los actores sociales e institucionales interesados en gestar las condiciones necesarias para mitigar esta situación.

Este análisis busca contribuir al posicionamiento del evento en la agenda pública, se pretende mostrar cómo el BPNAT también es una situación estructuralmente ligada a las formas en que los recursos se distribuyen en la sociedad y, cualquier intervención que desde política pública se desarrolle, tiene necesariamente que estar pensada y articulada para lograr una redistribución de estos factores.

RESULTADOS

A partir de datos preliminares, durante el año 2020 se registraron 78.987 nacidos vivos en Bogotá, de los cuales 4.339 nacieron con BPNAT para su edad gestacional, lo que corresponde al 5,5%. Esta proporción representa un aumento de un punto porcentual desde el año 2015, año que mostró la menor proporción en la última década (gráfica 1).

Gráfica 1. Proporción del bajo peso al nacer a término, Bogotá D.C. 2010-2020.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos de estadísticas vitales. Nacidos vivos. Datos preliminares.

De acuerdo con las características sociodemográficas, la mayor proporción del BPNAT ocurre en nacidos vivos femeninos y en madres con edades extremas (a mayor y menor edad), residentes en las localidades de San Cristóbal, Usme y Ciudad Bolívar, solteras, con nivel educativo bajo, extranjeras y pertenecientes a grupos étnicos (cuadro 1).

Asimismo, al comparar los años 2015 y 2020, los mayores aumentos en la proporción del BPNAT fueron de madres menores de 20 años, con bajo nivel educativo, pertenecientes a grupos étnicos, y extranjeras; es decir, en algunas de las características donde se ha observado que prevalece el BPNAT ha incrementado en mayor medida este indicador (cuadro 1). Por otro lado, en cuanto a las localidades, el mayor aumento se observó en: La Candelaria, Fontibón, Suba y Santa Fe (cuadro 1).

[1] La identificación de madres extranjeras se obtiene al reconocer el tipo de documento diferente a cédula de ciudadanía, registro civil y tarjeta de identidad; por lo anterior, no todos los registros corresponden necesariamente a extranjeras. todas las extranjeras.

Cuadro 1. Proporción del bajo peso al nacer a término según características sociodemográficas. Bogotá 2015, 2020.

Variable	2015			2020			Diferencia %
	BPN A término (n=4661)	Nacidos vivos (n=102788)	Prop. (%)	BPN A término (n=4339)	Nacidos vivos (n=78987)	Prop. (%)	
Sexo							
<i>Femenino</i>	2761	50041	5,5%	2582	38749	6,7%	1,1
<i>Masculino</i>	1900	52736	3,6%	1757	40230	4,4%	0,8
<i>Indeterminado</i>	0	1	0,0%	0	8	0,0%	0,0
Grupo de edad materna							
<i>10 a 14 años</i>	22	367	6,0%	14	181	7,7%	1,7
<i>15 a 19 años</i>	858	15379	5,6%	568	8358	6,8%	1,2
<i>20 a 24 años</i>	1327	27614	4,8%	1201	21016	5,7%	0,9
<i>25 a 29 años</i>	1030	25002	4,1%	1066	21239	5,0%	0,9
<i>30 a 34 años</i>	791	20601	3,8%	806	15937	5,1%	1,2
<i>35 a 39 años</i>	495	11052	4,5%	516	9704	5,3%	0,8
<i>40 a 44 años</i>	123	2564	4,8%	157	2388	6,6%	1,8
<i>45 a 49 años</i>	14	175	8,0%	11	145	7,6%	-0,4
<i>50 a 54 años</i>	1	24	4,2%	0	19	0,0%	-4,2
Localidad de residencia							
<i>Usaquén</i>	268	6366	4,2%	236	4570	5,2%	1,0
<i>Chapinero</i>	83	1927	4,3%	84	1499	5,6%	1,3
<i>Santa Fe</i>	64	1540	4,2%	87	1552	5,6%	1,4
<i>San Cristóbal</i>	299	6028	5,0%	246	4132	6,0%	1,0
<i>Usme</i>	304	5471	5,6%	290	4387	6,6%	1,1
<i>Tunjuelito</i>	120	2709	4,4%	113	2031	5,6%	1,1
<i>Bosa</i>	427	10436	4,1%	427	8464	5,0%	1,0
<i>Kennedy</i>	636	15009	4,2%	567	11005	5,2%	0,9
<i>Fontibón</i>	173	4262	4,1%	173	3063	5,6%	1,6
<i>Engativá</i>	430	9381	4,6%	368	7090	5,2%	0,6
<i>Suba</i>	660	14825	4,5%	664	11134	6,0%	1,5
<i>Barrios Unidos</i>	71	1572	4,5%	73	1288	5,7%	1,2
<i>Teusaquillo</i>	53	1302	4,1%	52	1134	4,6%	0,5
<i>Los Mártires</i>	50	1171	4,3%	47	1202	3,9%	-0,4
<i>Antonio Nariño</i>	53	1195	4,4%	39	974	4,0%	-0,4
<i>Puente Aranda</i>	124	3084	4,0%	112	2187	5,1%	1,1
<i>La Candelaria</i>	13	344	3,8%	13	220	5,9%	2,1
<i>Rafael Uribe Uribe</i>	241	5379	4,5%	228	4382	5,2%	0,7
<i>Ciudad Bolívar</i>	561	10321	5,4%	513	8558	6,0%	0,6
<i>Sumapaz</i>	3	37	8,1%	2	37	5,4%	-2,7
<i>Sin Información</i>	28	419	No aplica	5	78	No aplica	No aplica
Estado Civil							
<i>No está casada y lleva 2 años o más viviendo con su pareja</i>	1968	45890	4,3%	2180	40897	5,3%	1,0
<i>Está casada</i>	839	20888	4,0%	651	13218	4,9%	0,9
<i>No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja</i>	886	17856	5,0%	744	12529	5,9%	1,0
<i>Está soltera</i>	921	17063	5,4%	725	11651	6,2%	0,8
<i>Está Separada, Divorciada</i>	13	303	4,3%	7	131	5,3%	1,1
<i>Está viuda</i>	3	68	4,4%	1	37	2,7%	-1,7
<i>Sin información</i>	31	710	No aplica	31	524	No aplica	No aplica

Variable	2015			2020			Diferencia %
	BPN A término (n=4661)	Nacidos vivos (n=102788)	Prop. (%)	BPN A término (n=4339)	Nacidos vivos (n=78987)	Prop. (%)	
Nivel educativo materno							
Ninguno	7	127	5,5%	6	54	11,1%	5,6
Preescolar	3	60	5,0%	4	52	7,7%	2,7
Primaria	258	5361	4,8%	170	3248	5,2%	0,4
Secundaria	831	15435	5,4%	566	9046	6,3%	0,9
Media	1982	42879	4,6%	1958	35246	5,6%	0,9
Técnico/Tecnológico	605	14771	4,1%	712	12814	5,6%	1,5
Profesional	760	18896	4,0%	750	14789	5,1%	1,0
Posgrado	144	3636	4,0%	151	3369	4,5%	0,5
Sin dato	71	1613	No aplica	22	369	No aplica	No aplica
Etnia							
Indígena	6	86	7,0%	7	80	8,8%	1,8
Negro(A), Mulato(A), Afro Colombiano(A) O Afro Descendiente	23	456	5,0%	18	246	7,3%	2,3
Ninguno De Los Anteriores	4632	102225	4,5%	4314	78650	5,5%	1,0
Palenquero De San Basilio	0	5	0,0%	0	2	0,0%	0,0
Raizal Del Archipiélago De San Andrés Y Providencia	0	4	0,0%	0	4	0,0%	0,0
Rom (Gitano)	0	2	0,0%	0	5	0,0%	0,0
Madre extranjera (*)							
Extranjera	24	628	3,8%	688	12180	5,6%	1,8
Nacional	4635	102120	4,5%	3649	66721	5,5%	0,9
Sin información	2	30	No aplica	2	86	No aplica	No aplica

(*): Extranjera (Documento extranjero, Permiso especial de permanencia, Cédula de extranjería, Adulto sin identificación, Menor sin identificación, Pasaporte, Salvo conducto de permanencia y Carné diplomático) Nacional (Registro civil, Tarjeta de identidad y Cédula de ciudadanía).

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos de estadísticas vitales. Nacidos vivos. Año 2020 datos preliminares.

De acuerdo con características de aseguramiento y prestación de servicios de salud, se observó que la mayor proporción estuvo en el régimen especial y en los no asegurados; en gestantes que tuvieron más de 10 controles prenatales o no tuvieron alguno, en gestantes con multiplicidad del parto, y en nacidos cuyo parto fue cesárea, atendido fuera de una institución de salud y por personal diferente a un médico.

Cuadro 2. Proporción del bajo peso al nacer a término según características del aseguramiento y prestación de servicios de salud, Bogotá 2015, 2020.

Variable	2015			2020			Diferencia %
	BPN A término (n=4661)	Nacidos vivos (n=102788)	Prop. (%)	BPN A término (n=4339)	Nacidos vivos (n=78987)	Prop. (%)	
Régimen de seguridad social							
Contributivo	3253	74420	4,4%	2923	53280	5,5%	1,1
Subsidiado	1041	20536	5,1%	799	14398	5,5%	0,5
No Asegurado	266	4873	5,5%	538	9647	5,6%	0,1
Excepción	100	2920	3,4%	78	1644	4,7%	1,3
Especial	1	29	3,4%	1	18	5,6%	2,1
Número de consultas prenatales							
Ninguno	94	1536	6,1%	361	5996	6,0%	-0,1
1 a 3	440	8546	5,1%	451	7989	5,6%	0,5
4 a 10	3826	85881	4,5%	3327	61919	5,4%	0,9
11 a 25	301	6809	4,4%	199	3078	6,5%	2,0
Sin dato	0	6	No aplica	1	5	No aplica	No aplica
Sitio de atención							
Institución de salud	4639	102549	4,5%	4321	78773	5,5%	1,0
Domicilio	17	186	9,1%	11	165	6,7%	-2,5
Otro sitio	5	43	11,6%	7	49	14,3%	2,7
Personal atención							
Médico	4642	102586	4,5%	4321	78779	5,5%	1,0
Enfermero (A)	0	10	0,0%	2	30	6,7%	6,7
Auxiliar De Enfermería	1	6	16,7%	0	17	0,0%	-16,7
Partera	3	56	5,4%	1	8	12,5%	7,1
Otra Persona	15	120	12,5%	15	153	9,8%	-2,7

Variable	2015			2020			Diferencia %
	BPN A término (n=4661)	Nacidos vivos (n=102788)	Prop. (%)	BPN A término (n=4339)	Nacidos vivos (n=78987)	Prop. (%)	
<i>Cesárea</i>	2324	43601	5,3%	2250	34333	6,6%	1,2
<i>Espontáneo</i>	2290	56340	4,1%	2037	42667	4,8%	0,7
<i>Ignorado</i>	0	1	0,0%	0	1	0,0%	0,0
<i>Instrumentado</i>	47	2836	1,7%	52	1986	2,6%	1,0
Multiplicidad del embarazo							
<i>Simple</i>	4432	100890	4,4%	4161	77442	5,4%	1,0
<i>Doble</i>	229	1847	12,4%	178	1505	11,8%	-0,6
<i>Triple</i>	0	38	0,0%	0	32	0,0%	0,0
<i>Cuádruple o más</i>	0	3	0,0%	0	7	0,0%	0,0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos de estadísticas vitales. Nacidos vivos. Año 2020 datos preliminares.

Ante esta problemática, se han evidenciado avances en la implementación de acciones desde el sector salud, principalmente enfocadas a mitigar el efecto del BPNAT, entre ellas se encuentran las siguientes:

- Desde las subredes integradas de servicios de salud se realiza asistencia técnica a las Unidades Primarias Generadoras de Dato UPGD para el fortalecimiento de la notificación adecuada y oportuna de nacidos con BPNAT, proceso que ha permitido identificar baja oportunidad en la notificación.
- Se realizan visitas a los nacidos con BPNAT pretérmino y a término, haciendo énfasis en nacidos de mujeres menores de edad a quienes se les brinda educación en lactancia. En este proceso se atiende al menor y su entorno familiar, complementado con el seguimiento y monitoreo de la evolución del estado nutricional.
- Adicional a la caracterización de nacidos con BPNAT, también se tiene en cuenta a las gestantes con bajo y exceso de peso para la edad gestacional, se les brinda educación, y de acuerdo con las necesidades identificadas se realiza un proceso de canalización a la Entidad Administradora de Planes de Beneficio EAPB.
- El trabajo articulado con las EAPB ha permitido identificar la prioridad en la atención a población migrante. Cuando esta población logra entrar al aseguramiento, por lo general ingresan en su mayoría al régimen subsidiado y unas pocas al contributivo, con una edad gestacional avanzada donde ya la gestión del riesgo es mucho más complicada.

CONCLUSIONES

- El aumento del BPNAT en el Distrito Capital se ha visto reflejado en poblaciones con algunas características específicas, que permitiría aunar esfuerzos en la identificación y captación de las mismas para intervenirlas de manera oportuna.
- Se identificaron las características del aseguramiento y la prestación de servicios de salud con mayor proporción de BPNAT que, más allá de explicar la ocurrencia del evento, son el reflejo de otros factores determinantes como la pobreza, accesibilidad y migración.
- La Secretaría Distrital de Salud está aunando esfuerzos en la captación y atención de los menores con BPNAT; sin embargo, es prioritario integrar oportunamente a las gestantes en la ruta de atención como estrategia de prevención.
- La movilidad y portabilidad son un reto para la caracterización y seguimiento de la población por parte de las EAPB, lo que limita también la gestión del riesgo desde las mismas.
- El certificado de nacido vivo brinda información básica en relación con el BPNAT, por lo que es necesario complementar con otras fuentes la comprensión del comportamiento de este indicador en el Distrito.
- Análisis secundarios han mostrado la relación del BPNAT en el Distrito con otros factores; por ejemplo, madres fumadoras tienen dos veces la posibilidad de tener hijos con BPNAT. Por lo anterior, es importante profundizar en otros tipos de análisis que den cuenta de la relación del BPNAT con otros factores como la contaminación ambiental en el Distrito.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

- La Secretaría Distrital de Salud debe dar a conocer la prioridad del BPNAT en el Distrito ante la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), quien lidera la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional con el fin de generar estrategias para impactar positivamente grupos clave y factores de riesgo.
- Los comités locales que hacen parte de la CISAN son una oportunidad para focalizar las estrategias en la prevención y atención del BPNAT, principalmente en aquellas localidades donde la proporción es más alta.
- El BPNAT es una prioridad en el Distrito que compete a políticas como la de mujer, etnias y primera infancia, las cuales deberían involucrar en sus planes de acción procesos que conlleven a reducir el riesgo del BPNAT en sus poblaciones de influencia.
- El rol de las EAPB en la atención del BPNAT está enfocado en la atención postnatal del nacido y la madre, pero no en la prevención del evento y la captación temprana durante la gestación. La prevención debe iniciar desde la adolescencia en mujeres, y estar articulada con otras estrategias de las acciones colectivas y el PAI, que permitan identificar y alertar gestantes sin controles prenatales.
- En la gestión del riesgo individual debe implementarse alertas tempranas de BPNAT de acuerdo con los factores de riesgo identificados durante la atención.
- En los casos en que el BPNAT haya ocurrido es fundamental atender al neonato en el proceso de recuperación del peso, con el fin de prevenir posteriores eventos en salud relacionados con esta condición.
- Teniendo en cuenta el énfasis que se hace a estrategias de atención postnatal, sería importante evaluar su efectividad de las mismas analizando la mortalidad infantil por causas asociadas a la desnutrición o en menores que nacieron con bajo peso a término, la cual se esperaría sea baja o nula.
- El BPNAT exige desarrollar un análisis diferencial entre población nacional y población migrante, y entre aquellos que se dan por motivos nutricionales y por comorbilidades.
- La Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento comenzará el seguimiento trimestral a indicadores de implementación de la ruta de atención materno-perinatal por parte de las EAPB. Este proceso será una puerta para identificar oportunidades de mejora en la gestión del riesgo.

REFERENCIAS

- Blumenshine, P., Egerter, S., Barclay, C. J., Cubbin, C., & Braveman, P. A. (2010). Socioeconomic Disparities in Adverse Birth Outcomes. *Am J Prev Med*, 39(3), 263-272.
- Cáceres-Manrique, F. de M. (2009). El control prenatal: Una reflexión urgente
Prenatal care: An urgent reflection. 60(2), 6.
- Coubert, F. (2017). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre bajo peso al nacer (p. 8). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation. http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf
- Leon, D. A. (1991). Influence of birth weight on differences in infant mortality by social class and legitimacy. *BMJ: British Medical Journal*, 303(6808), 964-967.
- Quiroga, E. F., Alejo, Y. Z. V., & Ávila, G. S. (2017). Protocolo de vigilancia en salud pública: Bajo peso al nacer a término. 02, 15.