

Situación de salud y nutrición en la población menor de 18 años de Providencia y Santa Catalina

Margarita María Pabón Pinto *, Jaime Aurelio Céspedes Londoño†

Resumen

Las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria continúan teniendo una prevalencia significativa en la comunidad. Con los resultados del estudio hecho en torno a esta problemática se pretende evaluar la situación de salud y nutrición de la población infantil de las Islas de Providencia y Santa Catalina. *Metodología:* durante un período de seis días se realizó una brigada de salud. Se valoraron médicamente los niños entre cero y 18 años de edad. Se clasificaron los pacientes de acuerdo con las patologías más frecuentes, con los grupos étnicos, con el estado nutricional y con la afiliación a seguridad social. *Resultados:* se valoraron 366 pacientes, 164 niñas y 202 niños. La infección respiratoria aguda fue la tercera causa de consulta de la población menor de cuatro años de edad. La condición de malnutrición predominante fue la de sobrepeso. Más de la mitad de la población infantil pertenece al régimen subsidiado. El consumo de frutas y verduras es deficiente. *Conclusión:* las estrategias en salud en la población de Providencia deben estar encaminadas hacia la disminución de la prevalencia de sobrepeso y de enfermedades transmisibles dentro de la población infantil mediante programas de atención básica.

Palabras clave: desnutrición, salud pública, zonas rurales, salud infantil, Colombia.

Abstract

Obligatory report contagious illnesses still have a significant prevalence in the community. The present study evaluates the health and nutrition status of Providencia and Santa Catalina Island's children population. *Methodology:* A health campaign was carried out over a period of 6 days. Children between 0 and 18 years were medically evaluated. Patients were classified according to frequent pathologies, age groups, nutritional status, and affiliation to social security. *Results:* 366 patients were evaluated, 164 girls and 202 boys. Respiratory acute disease was the third cause of consult among children younger than 4 years. The predominant condition of malnutrition was overweight. More than half of the children population belongs to the subsidiary system. Fruit and vegetable intake is deficient. *Conclusions:* Public health strategies in Providencia's population must be directed towards reduction of contagious diseases and overweight prevalence through basic attention programs.

Key words: Malnutrition, public health, rural health, child health, Colombia.

Recibido: julio de 2004

Aceptado: septiembre de 2004

*Residente de Pediatría de la Universidad del Rosario.
mmpabonpinto@universia.net.co

† Coordinador del Posgrado de Pediatría de la Universidad del Rosario.

INTRODUCCIÓN

En la *Encuesta nacional de demografía y salud*, de Profamilia (1-2), se encuentra que la situación nutricional de la población del país ha mejorado en los últimos años, así como ha sucedido en otros países del área andina; no obstante, para el año 2000 el porcentaje de niños menores de cinco años de edad con desnutrición crónica en el país era de un 14% y de un 7% para desnutrición global, sin datos acerca de malnutrición, entendida como sobrepeso y obesidad.

De acuerdo con los análisis del Ministerio de Salud (3), en el Departamento de San Andrés las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria (enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda e hipertensión arterial) continúan teniendo una prevalencia significativa en la comunidad. En cuanto a seguridad social, en el 2000 se calculó que el 58% de la población general se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De éste, un 22% está en el régimen subsidiado; un 32%, en el régimen contributivo, y un 4%, en regímenes especiales (2).

El archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se encuentra ubicado a 711 kilómetros al noroeste de la costa colombiana, en el mar Caribe (4). La población actual de Providencia y Santa Catalina, año 2004, está calculada en unos 6.171 habitantes y aproximadamen-

te el 25% se encuentra entre los 5 y los 18 años de edad. Esto, de acuerdo con la proyección hecha por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), basándose en el censo de 1995. En el centro poblado viven 3.845 personas y en la cabecera municipal 2.326 (5).

De acuerdo con las conclusiones del censo piloto (4), desarrollado en el archipiélago en 1999, se consideró que las características del crecimiento poblacional y las condiciones de evolución socioeconómica son causales de problemas de diversa naturaleza que conllevan al deterioro del entorno ecológico, a la contaminación de las aguas, a la degradación de las tierras y el medio ambiente, a dificultades en la prestación de servicios básicos (agua, luz, aguas residuales), al manejo inadecuado de basuras, al desempleo, a la pobreza y al aumento de los problemas sociales y económicos.

En el archipiélago, la tasa de mortalidad infantil es de 39 por 1.000 nacidos vivos, mientras que la tasa para Colombia es de 22,47 por 1.000. Además, se ha encontrado un aumento en la mortalidad, especialmente en los menores de un año, secundario al deterioro de las condiciones de vida de la población (4). En 1999, el 16,6% no contaba con servicios sanitarios y el 88% de los hogares utilizaba el agua lluvia como fuente principal de agua. De acuerdo con un estudio de la Corporación Carolina, existe un déficit de agua lluvia entre enero y mayo y un exceso entre junio y noviembre, por lo

cual la población se ve obligada a almacenar el líquido para las temporadas de escasez en condiciones no higiénicas, lo cual podría representar riesgo para el deterioro en el estado de salud (4). En el departamento sólo el 14,8% de las viviendas cuenta con energía, acueducto y alcantarillado (4, 6).

En el segundo semestre del 2003, la afiliación de la población al SGSSS, en el ámbito nacional era de un 61,8%, mientras que en el archipiélago fue de un 83,7%, que es una de las más altas tasas de afiliación del país (6). Las coberturas de vacunación muestran para San Andrés y Providencia ser cercanas al 100% durante el 2003 (2, 7). Para enfermedades de notificación obligatoria, en el ámbito local se encontró un alto índice de infecciones respiratorias agudas (tasa 1.759-4.776/100.000), enfermedad diarreica aguda (2.010-2.865/100.000) e hipertensión arterial (519-1.999/100.000). Estas últimas se catalogaron como de muy alta incidencia (3).

Las tasas más altas de incidencia acumulada para infección por virus de inmunodeficiencia humana se han localizado en: Bogotá, San Andrés, Risaralda, Quindío y Valle del Cauca (3). La prevalencia de desnutrición crónica se ha calculado en 14% entre los niños menores de cinco años, aunque el grupo de edad más afectado es el ubicado entre los 12 y los 23 meses (2).

Considerando la inconformidad manifiesta de la población con respecto a sus condiciones de salud, se decidió llevar a

cabo este estudio descriptivo, con el cual se pretendió evaluar, describir y analizar cuál es la situación actual de salud, nutrición, afiliación al SGSSS, tipo de alimentación de la población menor de 18 años de edad. Asimismo, se buscó identificar los problemas de salud pública prioritarios y las condiciones socioculturales, con el fin de planear intervenciones y generar soluciones a corto, mediano y largo plazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

En marzo de 2004 se llevó a cabo una brigada de salud en Providencia y Santa Catalina, liderada por la Presidencia de la República, la Red de Solidaridad Social y el Ministerio de la Protección Social, con la colaboración de la Patrulla Aérea Civil Colombiana, la Fuerza Armada Colombiana y la Fuerza Aérea Colombiana. Esta brigada se planteó teniendo en cuenta que las condiciones de salud de estas dos poblaciones son insuficientes, tal y como lo manifestaron sus pobladores durante el consejo comunal de gobierno realizado en el archipiélago ese mismo mes.

- Sujetos de estudio: población infantil de cero a 18 años de edad que asistió a la brigada de salud organizada en la isla.
- Criterios de inclusión: todo paciente con edad menor de 18 años que asistió a la brigada de salud realizada durante el período de duración.
- Criterios de exclusión: niños cuyos datos antropométricos no se correlacionaran de

una manera coherente con sus datos de nacimiento. Niños que se encontraran hospitalizados en el momento de la encuesta. Niños con datos insuficientes tanto antropométricos como de evaluación nutricional que impidieran un adecuado análisis.

- Tipo de estudio: estudio observacional descriptivo, que buscaba explorar las variables que reflejaran la situación de salud y nutrición de la población menor de 18 años que asistió a la brigada.

Para lograr una asistencia masiva, toda la población de Providencia y Santa Catalina fue convocada varios días antes de realizarse la brigada, con ayuda de los medios de comunicación locales disponibles. El proceso se iniciaba con una preconsulta a los pacientes seleccionados, en la cual se consignaban, en el encabezamiento del formato de la historia clínica, el nombre, el sexo, la edad, la fecha de nacimiento y el tipo de afiliación al sistema de seguridad social.

A su vez, empleando técnicas estandarizadas, se tomaron los datos antropométricos de peso, talla y perímetro braquial, mediante el uso de un infantómetro, un tallímetro, una báscula de pie y un metro. Luego, el paciente ingresaba a la consulta pediátrica, donde se interrogaba a los padres acerca del consumo de los diferentes grupos de alimentos. Esta información se consignó en la ficha designada para tal fin.

Después se realizaba la historia clínica y un examen físico completo para ubicar al paciente en las curvas de evaluación antropométrica (NCHS). Dichas medidas se consignaron junto con los datos de identificación en una base de datos para su posterior análisis.

Instrumentos: formato de historia clínica pediátrica y tablas de crecimiento del Center for Disease Control and Prevention (CDC), cuyos datos se registraron en *software* estadístico Nutstat (EPI 2000) y en Excel®. Asimismo, se empleó el formato de encuesta de valoración global subjetiva (VGS) y se utilizaron los pasos de los módulos uno y dos de la herramienta de tecnología informática *Working Together for a Better Nutrition*, para determinar el estado de salud y nutrición de la comunidad y priorizar los problemas que requieran intervención.

La VGS es una técnica clínica que valora rápidamente el estado nutricional de un individuo, de acuerdo con las características encontradas en el interrogatorio y en el examen físico, y que evalúa tanto el cambio de peso como el cambio en la alimentación, los síntomas digestivos, la capacidad funcional y la relación entre enfermedad y requerimientos nutricionales del individuo en determinado momento. Se ha desarrollado especialmente en investigación de adultos —del TNT (*total nutrition therapy*)— (8).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo con la prevalencia de la variable desnutrición aguda para la población menor de cinco años en Colombia, tomada de la ENDS 2000 (2). Se utilizó el procedimiento cálculo de tamaño de muestra para estudios descriptivos con variables cualitativas del paquete estadístico *Tamaño de la muestra*, versión 1.1, y se obtuvo una de 65 niños. Se aplicó un análisis exploratorio descriptivo de los datos, el cual permite mostrar las tablas de frecuencia, los gráficos y los resultados estadísticos preliminares de las variables, para observar su comportamiento.

En el programa Nutstat (de EPI 2000) se realizó el análisis estadístico para los datos antropométricos y se obtuvieron los percentiles y el puntaje zeta, que permitieron clasificar a los pacientes en el grupo respectivo, según las definiciones para cada caso. Se calcularon: sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo, valor predictivo positivo y cocientes de probabilidades de la evaluación global subjetiva, para realizar diagnóstico de desnutrición aguda, utilizando como patrón de referencia la evaluación antropométrica. Se emplearon los programas estadísticos *Tamaño de la muestra versión 1.1*, SPSS versión 10.0, hoja de cálculo Excel Office 2003 y Nutstat de EPI 2000.

RESULTADOS

En total, el grupo de pediatría valoró 366 pacientes durante los seis días de consulta, lo cual corresponde aproximadamente a una cuarta parte de la población pediátrica de las islas (no se tuvieron en cuenta los niños valorados por otras especialidades). De éstos, 324 tuvieron todos los datos antropométricos y de identificación suficientes para poder realizar una adecuada valoración nutricional. No se pudo revisar el estado de vacunación, porque los padres no presentaron el carné. De los menores valorados, un 55% correspondieron a niños y un 45% a niñas.

En el diagnóstico por patologías se encontró, en general, que el 73% de los niños poseía alguna (267 individuos), y de ellos el grupo etéreo con mayor afectación fue el de cinco a diez años de edad, con un 31,4% (115 individuos); seguido del grupo de uno a cuatro años, con 28,1% (103 individuos). Los grupos con menor aporte están dados por los mayores de diez años y los menores de un año, con 37 y 12 individuos, respectivamente.

En la comparación sanos y enfermos, el grupo etéreo con mayor proporción de sanos respecto al total de evaluados fue el de uno a cuatro años, con el 54,5%. En cuanto al grupo que mayor número de individuos aportó al estudio fue el de edades entre uno a cuatro años, que corresponde al 43% (157 individuos). En segundo lugar, el grupo de

cinco a diez años, con 38% (138 individuos). Los dos últimos grupos fueron los mayores de diez años y los menores de un año con 12% (44 individuos) y 7% (27 individuos), respectivamente.

Se encontró que en el grupo de menores de un año las patologías quirúrgicas ocuparon el primer lugar, con un 25%, en igual porcentaje que con las ortopédicas. Siguió en igual valor el asma, la obesidad, la enfermedad cardiovascular y la infección respiratoria aguda.

En el grupo de uno a cuatro años las patologías que con mayor frecuencia se presentaron fueron las dermatológicas (14,5%), las quirúrgicas (13,6%) y las infecciones respiratorias agudas (8,7%). Los dos lugares siguientes son ocupados por el asma y el estreñimiento (7,8%, cada una).

En el grupo etáreo de cinco a diez años, las principales patologías en frecuencia fueron la rinitis alérgica (13%), las enfermedades cardiológicas (9,6%), las dermatológicas (8,7%) y las otorrinolaringológicas y quirúrgicas (7%, respectivamente).

En el grupo de niños mayores de diez años se obtuvo un orden similar al del grupo anterior: rinitis alérgica (35,1%), enfermedades cardiológicas (16,2%), dermatológicas (10,8%), otorrinolaringológicas (5,4%) y quirúrgicas (5,4%).

En la población pediátrica, en general, las patologías dermatológicas fueron las más frecuentes dentro del grupo de patologías no quirúrgicas, seguidas muy de

cerca por los problemas nutricionales y la rinitis alérgica.

Se encontraron 22 pacientes con posible insuficiencia cardíaca, que fueron remitidos para valoración por cardiología y realización de ecocardiograma. El asma fue otra patología de presentación frecuente, pero leve en la mayoría de los casos. Las patologías de afectación otorrinolaringológica también fueron frecuentes, entre ellas, sinusitis, otitis media y epistaxis. Los casos de estreñimiento y obesidad probablemente estén relacionados con el tipo de alimentación, que incluye gran variedad de carbohidratos y pocas frutas y verduras. La anemia de células falciformes es una patología frecuente en la población adulta, aunque sólo se reportaron dos casos en la población infantil atendida (ya diagnosticados y en tratamiento). Se encontró un caso probable de hipotiroidismo en un lactante con estreñimiento, fontanela amplia y hernia umbilical, a quien se le solicitaron pruebas de laboratorio, con carácter urgente, para confirmarlo.

Asistió a valoración una paciente con diagnóstico previo de neurofibromatosis, a quien se le solicitó tomografía axial computarizada (TAC) cerebral y de órbitas, ecocardiograma, ecografía abdominal, y se envió a valoración por dermatología. Se hospitalizó a una paciente para manejo antibiótico endovenoso por un impétigo sobreinfectado en las manos y se dejó a un paciente en observación durante seis horas por cuadro de fiebre y dolor abdominal.

Se realizó una valoración en un colegio especial, y se encontraron principalmente adolescentes con trastornos del aprendizaje o trastorno del comportamiento, mezclado con pacientes con parálisis cerebral, retardo mental y un paciente con síndrome Down.

El 37,50% (121 niños) se clasificaron como eutróficos para los parámetros antropométricos y ocuparon el primer lugar en el diagnóstico nutricional; seguido por el grupo de niños y niñas con sobrepeso, con 12,6% (41 niños); en el tercer, cuarto y quinto lugar se encuentran los niños y niñas con riesgo de desnutrición global, crónica y aguda, con 11,7% (38 niños), 10,18% (33 niños) y 9,25% (30 niños), respectivamente. El diagnóstico de obesidad ocupó el sexto lugar de frecuencia, con el 8,9% (29 niños). Los últimos tres grupos fueron desnutrición aguda, global y crónica, con sus respectivos puntajes de 4,62% (15 niños), 2,77% (9 casos) y 2,46% (8 niños).

De los niños evaluados, el 12% pertenece al régimen contributivo (el Seguro Social es la única EPS referida por los pobladores encuestados). Al régimen subsidiado están afiliados un 63% de los niños valorados, un 17,1% se encuentra como vinculados y un 3,9% pertenece a otros regímenes especiales. En un 3% no se encontró información acerca del tipo de afiliación.

Tipo de alimentación predominante en la isla

El 78% de las familias tiene posibilidad de consumir alimentos del grupo proteico (res, pollo y pescado) todos los días de la semana. El 7,6% lo consumen entre cuatro y seis días a la semana y el 13% de las familias sólo pueden hacerlo menos de tres días a la semana.

El consumo de huevo es diario en un 30% de las familias, un 58% lo hace entre dos y cuatro días a la semana, el 9,5% lo come una vez por semana y un 3% no lo consume. El 90% de las familias usa uno o dos alimentos del grupo de los carbohidratos en cada una de sus comidas. El 33% de las familias consume frutas todos los días; el 38%, entre tres y seis veces a la semana, y el 29%, menos de dos veces por semana. En cuanto a las verduras, en el 57% de las familias se preparan verduras diariamente, pero predomina la cebolla, el tomate y la lechuga; el 21% las prepara entre tres y seis veces a la semana y un 22% las cocina menos de dos veces por semana. El consumo de granos diario es de un 33%, mientras que un 54% lo consumen menos de dos veces por semana.

Valoración global subjetiva (VGS)

Se aplicó la encuesta de VGS a 75 niños para evaluar posibles estados de riesgo o de desnutrición aguda. Mediante los cálculos respectivos se obtuvieron los siguientes resultados:

$$\begin{aligned} \text{Sensibilidad} &= VP / (VP + FN) \\ &= 10 / (10 + 12) = 0,45 \end{aligned}$$

Interpretación: la VNS clasifica correctamente como desnutridos a 45 niños de cada 100 pacientes con dicho estado nutricional.

$$\begin{aligned} \text{Especificidad} &= VN / (VN + FP) \\ &= 32 / (32 + 3) = 0,91 \end{aligned}$$

Interpretación: la VNS clasifica correctamente a 91 niños sanos de cada 100 eutróficos.

$$\begin{aligned} \text{Cociente de probabilidad positivo} &= \text{sensibilidad} / (1 - \text{especificidad}) \\ &= 0,45 / (1 - 0,91) = 5 \end{aligned}$$

Interpretación: es cinco veces más probable que la VNS identifique a un niño con desnutrición, corroborado por evaluación antropométrica, a que esto pase en un niño eutrófico.

$$\begin{aligned} \text{Cociente de probabilidad negativo} &= (1 - \text{sensibilidad}) / \text{especificidad} \\ &= (1 - 0,45) / 0,91 = 0,6 \end{aligned}$$

Interpretación: es 0,6 veces más probable que la VNS arroje un diagnóstico de niño eutrófico en niños sanos por valoración antropométrica, a que esto ocurra en un niño con desnutrición.

$$\begin{aligned} \text{Valor predictivo positivo} &= VP / (VP + FP) \\ &= 10 / (10 + 3) = 0,76 \end{aligned}$$

Interpretación: ante un resultado positivo para desnutrición, de un 45% de probabilidad preexamen, hay una probabilidad del 76% de que el diagnóstico corresponda realmente a presencia de

enfermedad y una probabilidad del 24% de que corresponda a un falso positivo.

$$\begin{aligned} \text{Valor predictivo negativo} &= VN / (VN + FN) \\ &= 32 / (32 + 12) = 0,72 \end{aligned}$$

Interpretación: hay una probabilidad del 72% de que el diagnóstico de eutrófico corresponda realmente a la ausencia de desnutrición con una probabilidad preexamen del 91%. Ante un diagnóstico de eutrófico aún existe una probabilidad del 28% de que el niño sea desnutrido.

DISCUSIÓN

A pesar de que la cobertura en salud en el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ha mejorado en los últimos años, pues es una de las mejores del país (6), durante el desarrollo de la brigada de salud, la comunidad se quejó de no tener un adecuado servicio local de salud y de que son insuficientes los recursos, especialmente para la atención de segundo nivel (especialistas). Por ello, tienen, incluso, que desplazarse no sólo hacia San Andrés, sino también a otras ciudades como Barraquilla, Medellín, Bogotá y Panamá, para poder acceder a mejores condiciones de salud.

La población también manifestó su inconformidad hacia la aplicación de los programas de promoción y prevención, que deben buscar crear hábitos saludables y disminuir la morbimortalidad. El desarrollo de estos programas en la po-

blación adulta buscaría mejorar los índices de obesidad y las patologías derivadas de ella —cardiovasculares (hipertensión arterial) y endocrinológicas (diabetes)—, que tienen un impacto positivo en la morbilidad y en la reducción de los costos de la atención de salud, pues se cree que éstas constituyen unas de las primeras causas de mortalidad en las islas (3).

Para las madres asistentes a la brigada la mayor preocupación con respecto a la salud de los niños se centró en la falta de médicos especialistas, sobre todo de pediatras, y manifestaron que en muchos de los casos estos niños nunca habían tenido la oportunidad de acceder a una consulta especializada. Esto, si se tiene en cuenta que de manera general son varios los niños afectados por problemas respiratorios, como el asma.

Dentro del grupo de niños valorados durante la brigada de salud desarrollada en Providencia y Santa Catalina, la infección respiratoria aguda se encontró dentro de las primeras cinco causas de consulta de la población menor de cuatro años. Esto concuerda con los datos del Ministerio de Salud (3) y del programa “Un País para los Niños”, del Plan Decenal 2004-2015 (9), en los cuales se reporta cómo a pesar de la disminución general en las tasas de mortalidad infantil en el país, aún la enfermedad respiratoria aguda continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad dentro de la población

menor de cuatro años. Otras causas importantes son los problemas respiratorios en el período neonatal, la enfermedad diarreica aguda, las malformaciones congénitas, las deficiencias nutricionales y los accidentes para este grupo de edad (9). De igual manera, la infección respiratoria aguda continúa siendo una de las enfermedades de notificación de más alta prevalencia en la población de la isla (10). Cabe anotar que durante la elaboración de las historias clínicas no se hizo hincapié en la presencia de síntomas respiratorios (tos) en las dos semanas anteriores a la brigada, con lo cual se habría podido determinar con mayor exactitud la prevalencia de esta enfermedad, tal como se realizó en la ENDS de Profamilia (2).

En el grupo de cinco a diez años y en el de mayores de diez años las causas más frecuentes de consulta fueron rinitis alérgica, soplos cardíacos y patologías dermatológicas, que requirieron la intervención de otros especialistas que acudieron a la brigada. De acuerdo con el Plan Decenal (8), la mayor morbilidad dentro de estos grupos la constituyen la helmintiasis, seguida por la caries dental. Cabe anotar que la frecuencia de enfermedades se determinó basándose en el diagnóstico principal consignado en el registro diario de atención, sin tener en cuenta los diagnósticos secundarios. De todas maneras, durante el desarrollo de la brigada de salud se contó con la presencia de personal del área de odontología, que

realizó todas las valoraciones de las patologías de la cavidad oral (estas estadísticas no se incluyeron dentro de este estudio), y a los pacientes mayores de dos años se les formuló desparasitación cuando no la habían recibido en los doce meses anteriores.

Llamó la atención la alta prevalencia de enfermedades dermatológicas, que podría estar relacionada con las características de abastecimiento y conservación del agua, ya que —de acuerdo con el Censo Piloto de 1999 (4)— la población se ve obligada a almacenar el agua en las épocas de invierno para asegurar su suministro en verano. A su vez, el cubrimiento por parte del acueducto es muy precario, y sólo el 7,8% tiene alcantarillado (6).

La condición de malnutrición predominante fue la de sobrepeso (12,6%), similar a la encontrada en países desarrollados, como Inglaterra y Escocia, donde el porcentaje varía de un 9% a un 15,8% (11). Esto corresponde claramente con el aumento de la prevalencia de obesidad y sobrepeso, que está haciendo que los organismos internacionales de salud dirijan sus miradas y estrategias a esta nueva epidemia mundial (10-11).

De acuerdo con Chopra, Galbraith y Damton-Hill (11), para el año 2020 dos terceras partes de la carga mundial por enfermedad estarán dadas por aquel grupo de enfermedades no transmisibles, relacionadas con la dieta e influenciadas por un entorno

obesogénico. En estos países se está abandonando la alimentación tradicional (rica en fibra y granos), por dietas ricas en azúcar, aceites y grasas animales, con aumento en el consumo de tentempiés y refrescos.

Según James (10), la probabilidad de que un niño continúe en rango de obesidad o sobrepeso en la edad adulta aumenta en la medida en que los niños tengan más edad. Así, un niño obeso a los cinco años tiene una probabilidad de 0,3 de ser obeso a los 35 años, de 0,5 a los diez años y de 0,7 a los 18 años. De ello se concluye que ser obeso a los cinco años edad conlleva un mayor riesgo para que esta situación perdure hasta la edad adulta. En la población valorada en Providencia y Santa Catalina se encontró que el 5,4% de los niños mayores de cinco años tiene sobrepeso, mientras que un 3,86% son obesos y mayores de cinco. Por esta razón se dio mucha importancia al resultado encontrado de porcentaje de sobrepeso, pues de alguna manera podría prever su aparición, así como la obesidad en la edad adulta, con las consecuencias ya conocidas sobre el sistema cardiovascular. Para corroborar esta afirmación teórica se podría realizar un estudio de cohortes a largo plazo.

Se ha encontrado una mayor incidencia de sobrepeso y obesidad en aquellos niños hijos de madre obesas y que durante su infancia tuvieron condiciones económicas bajas (12). En este momento, los índices de obesidad y sobrepeso en las mu-

jeros de Latinoamérica son similares a los de las mujeres de Estados Unidos (11).

En cuanto al porcentaje de niños en el rango de riesgo de desnutrición aguda (peso para la edad entre -1 y 1,9 desviación estándar), se consideró que probablemente exista un factor de error al realizar la clasificación, ya que la talla en la población nativa tiende a ser alta, en especial dentro de los grupos de familias en las que menos mezclas raciales se presentan, por lo tanto, podría corresponder más con un grupo de niños altos y delgados constitucionalmente, más que un grupo en riesgo de desnutrición. Cabe anotar que se esperaba encontrar una prevalencia de desnutrición similar a la reportada en las estadísticas nacionales, sin embargo, se halló que la población en general goza de un adecuado estado nutricional.

Con respecto a la cobertura en afiliación al SGSSS, de acuerdo con lo estimado en el ICER, cerca del 85% de la población de San Andrés estaba afiliada a alguno de los diferentes regímenes para el segundo semestre de 2003 (6). Se encontró que más de la mitad de la población infantil pertenece al régimen subsidiado, el cual está destinado para la atención de las familias más pobres y con menores condiciones económicas (2). Sin embargo, la cobertura total continúa siendo mayor que la lograda en el país (6) y se corresponde con los patrones de afiliación que predominan en el ámbito rural (2). Los datos también son comparables con los

de las regiones Atlántica y Pacífica, donde el mayor porcentaje de la población está afiliada en el régimen subsidiado (2). De todas maneras, aún un 20% de la población pediátrica no ha ingresado al SGSSS, lo cual los coloca dentro de una condición de vulnerabilidad y riesgo.

En relación con la calidad de la alimentación dentro de las familias, se encontró que aunque el consumo de alimentos que se encuentran dentro de grupo de las proteínas es adecuado en la mayoría de los hogares (esto, por la mayor disponibilidad de consumo de pescado), el de frutas y verduras (diferentes a cebolla, lechuga y tomate) es deficiente, por los altos costos que conlleva el abastecimiento de este grupo de alimentos a la isla. A esto se suma el incremento en el consumo de carbohidratos y azúcares refinados, especialmente en tentempiés (*snack*) y en refrescos o bebidas gaseosas, que son preferidas dentro de la población infantil.

Al aplicar la herramienta de VGS a la población, se evidenció que dicha prueba diagnóstica presentó una baja sensibilidad y una alta especificidad (permitiría descartar con una alta probabilidad el riesgo nutricional en los niños eutróficos, pero fallaría en diagnosticar estados de desnutrición en niños que realmente lo están), con lo cual se corrobora su utilidad como prueba de tamizaje en paralelo, es decir, es útil asociada con la aplicación de otras pruebas consecutivamente y no como prueba de

tamizaje única. Para poderle dar una mayor validez externa a esta afirmación se deben realizar otros tipos de estudios, en los cuales se aplique la prueba a una población más heterogénea racialmente.

El plan de trabajo propuesto para Providencia y Santa Catalina —luego de identificar las principales patologías y las condiciones socioculturales y de salud— consiste en ofrecerle a la población acceso directo a especialistas, vinculando a grupos de trabajo universitario e institucional. En este orden de ideas, se propone implementar una rotación opcional para residentes de último año de pediatría, medicina familiar, medicina interna, cirugía general y ginecología, nutricionista y especialista en salud pública, con el ánimo de centralizar los problemas. El residente se encargaría de priorizar las principales necesidades que se deben intervenir, durante quince o treinta días de rotación, y se daría solución inmediata a los problemas que así puedan resolverse, para concentrar en los últimos cinco días a un grupo seleccionado de subespecialistas que puedan resolver las necesidades, de acuerdo con la demanda.

Se puede concluir que la condición nutricional de la población infantil nacional ha presentado una tendencia hacia la mejoría en los últimos años; sin embargo, el por-

centaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica para el año 2000 aún era significativo. Igualmente, la prevalencia de enfermedades transmisibles ha venido disminuyendo con respecto a las últimas décadas del siglo pasado, por la implementación de programas de promoción y prevención en salud. En el mundo, las miradas y las estrategias se están enfocando hacia el control de una situación emergente dentro de la población pediátrica: la obesidad y el sobrepeso, como nuevos indicadores de pobreza para los países en desarrollo, producto de la globalización.

La población de Providencia y Santa Catalina no escapa a esta problemática y sus habitantes comentan cómo el servicio de salud actual es insuficiente para sus demandas. En este sentido, las estrategias deben estar encaminadas a fortalecer los programas básicos de atención para disminuir las altas prevalencias de enfermedades transmisibles y de mortalidad por enfermedades vasculares asociadas con el sobrepeso y la obesidad (12). El trabajo enfocado en promover unos saludables hábitos de alimentación desde la infancia probablemente conlleve a una eficaz disminución de la morbimortalidad de los adultos y la reducción en los costos en atención en salud (13).

BIBLIOGRAFÍA

1. Profamilia. Lactancia y nutrición de niños y madres. En: Encuesta nacional de demografía y salud. Bogotá: Profamilia; 2000. p. 137-54.
2. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. En: Encuesta nacional de demografía y salud 2000. Bogotá: Profamilia; 2000. p. 175-84.
3. Ministerio de Salud de Colombia. La salud en Colombia: diez años de información. 1983-1993. Bogotá: Ministerio; 1994.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Ministerio del Interior, República de Colombia. Dirección Técnica de Censos. Registro de población y vivienda (Censo Piloto) Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Informe Final. Bogotá, 15 de Septiembre de 1999. Bogotá: DANE; 1999.
5. Dane.gov.co. [página inicial en internet]. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. [Actualizado 2004 Ene 10, consultado 2004 Ene 14]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Banco de la República, ICER. Informe de Coyuntura Económica Regional. San Andrés, II semestre de 2003. Bogotá: DANE; 2004.
7. Globnut.net. [página inicial en internet]. Suecia: Global Nutrition programme. c2002. [Consultado 2004 Feb 10]. Disponible en: <http://www.globnut.net>.
8. Martínez MI. Monitoreo nutricional. En: Quevedo A, Martínez Y, Duque JI, editores. Fundamentos de pediatría: el niño en estado crítico. Medellín: CIB; 2001. p. 305-13.
9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. [página inicial en internet]. Bogotá: El Instituto; c2004 [Actualizado 2004 Ene 15, Consultado 2004 Feb 1]. Plan País. Programa "Un país para los niños" Plan Decenal 2004-2015. [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co>.
10. James P. Tendencias a nivel mundial en la obesidad infantil: consecuencias a largo plazo. *Anales Nestlé* 2001;59(2):51-61.
11. Chopra M, Galbraith S, Damton-Hill I. A global response to a global problem: the epidemic of over nutrition. *Bull World Health Organ* 2002;80(12):952-8.
12. Blanco JH, Maya JM. Fundamentos de salud pública. Epidemiología básica y principios de la investigación. Tomo III. Medellín: CIB; 1999.
13. Gokhale R, Kirschner B. Assesment of growth and nutrition. Best practice and research clinical gastroenterology [en línea]. 2003 [citado 2004 Ene 31];17(2):153-62. Disponible en: <http://www.elsevier.com/locate/jnlabr/ybega>.
14. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe Epidemiológico Nacional Quincenal 2003;8(6):89-97.