

PREVALENCIA DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER

SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN AFRO EN COLOMBIA Y RECOMENDACIONES PARA EL CIERRE DE BRECHAS



Noviembre, 2024

© Centro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para América Latina y el Caribe

Las posturas expresadas en el presente informe no reflejan los puntos de vista de ninguna organización, agencia o programa de Naciones Unidas. Este informe fue preparado por un equipo de expertos del Centro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para América Latina y el Caribe (CODS) de la Universidad de los Andes, en Bogotá, Colombia, en colaboración con el equipo del Sustainable Development Solutions Network. (SDSN en inglés). Este proyecto se ha podido desarrollar gracias a financiación por parte del Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe (CAF).

Los escritores principales de este reporte fueron Juan Camilo Cárdenas, María José Jinete y Catalina Barrios.

Citar el Informe como: CODS, 2024. Prevalencia de nacidos vivos con bajo peso al nacer: situación de la población afro en Colombia y recomendaciones para el cierre de brechas. Centro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para América Latina y el Caribe. Bogotá, Colombia.

Introducción

Este documento da una mirada más detallada de la “Prevalencia de nacidos vivos con bajo peso al nacer”, como uno de los indicadores más importantes para medir el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 (Hambre Cero), y en particular en las brechas que la población afrodescendiente sufre con respecto a otros grupos de referencia en la población general. Para ello, este documento se compone de las siguientes secciones: primero, se muestran las metas de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible asociadas al tema de análisis; segundo, se resaltan mensajes clave relacionados al tema; tercero, se presentan estadísticas clave a nivel nacional, departamental y municipal; cuarto, se muestra un análisis de brechas entre la población afro y quienes no se autorreconocen dentro de ningún grupo étnico; y por último, se exponen las recomendaciones de política pública para el cierre de brechas.

Metas para 2030¹

De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación² de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

Mensajes claves

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «bajo peso al nacer» como un peso al nacer inferior a 2500 gramos.

La Prevalencia de Bajo Peso al Nacer es el número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos medidos al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida por 100 nacidos vivos, en un determinado país, territorio o área geográfica (Nutrition and Food Safety - NFS, 2014). Para este estudio, el indicador presenta la prevalencia de bajo peso al nacer a nivel municipal desagregado por autorreconocimiento étnico: Negro, mulato, afrodescendiente, afrocolombiano, y Ningún grupo étnico.

El objetivo para 2025 es reducir un 30% el número de niños con un peso al nacer inferior a 2500 g.

El nacimiento prematuro es la causa directa de mortalidad neonatal más frecuente. Cada año, 1.1 millones de neonatos fallecen por las complicaciones asociadas al nacimiento prematuro (OMS, 2017).

Existen numerosas causas del bajo peso al nacer, como pueden ser la inducción prematura del parto o las cesáreas (por causas médicas o no médicas), los embarazos múltiples, las infecciones y enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial (OMS, 2017).

Entre las consecuencias del bajo peso al nacer figuran la morbilidad fetal y neonatal, las deficiencias en el desarrollo cognitivo y el aumento del riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida (OMS, 2017).

Reducir la incidencia del bajo peso al nacer requiere una estrategia mundial de carácter integral, que debe incluir múltiples elementos: mejorar el estado nutricional de la madre, tratar las enfermedades asociadas al embarazo como la preeclampsia, y proporcionar unos cuidados maternos, servicios clínicos perinatales y apoyo social adecuados (OMS, 2017).

Una asistencia que resulte adecuada al entorno cultural y unas intervenciones sensibles al género son esenciales para llegar a las mujeres que se enfrentan a mayores barreras en el acceso a la atención sanitaria (OMS, 2017).

Estadísticas clave de Colombia

General

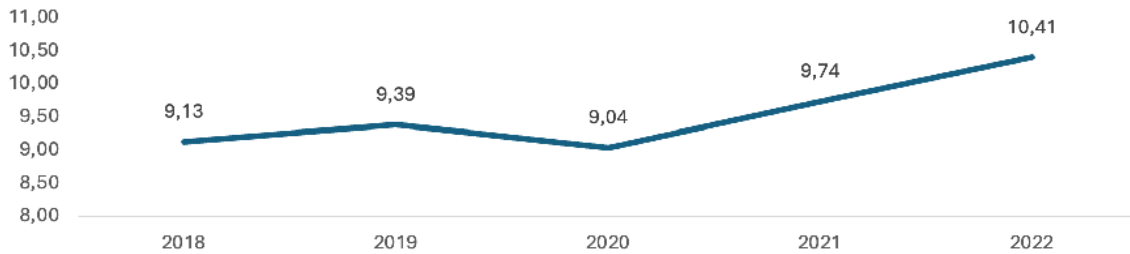
Según los registros más recientes de las Estadísticas Vitales del DANE³ la prevalencia de bajo peso al nacer para Colombia en el año 2018 fue de 9.13, mientras que para 2021 la prevalencia fue de 9.74 y para 2022 fue de 10.41 (Figura 1) (DANE- EEVV, 2018-2022). En particular, se evidencia un aumento en la prevalencia

¹ El 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron 17 objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años. Metas ODS 2 – Hambre Cero: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>

² Emaciación se refiere a un bajo peso dada la estatura de una persona.



Figura 1. Prevalencia de bajo peso al nacer Colombia 2018-2022



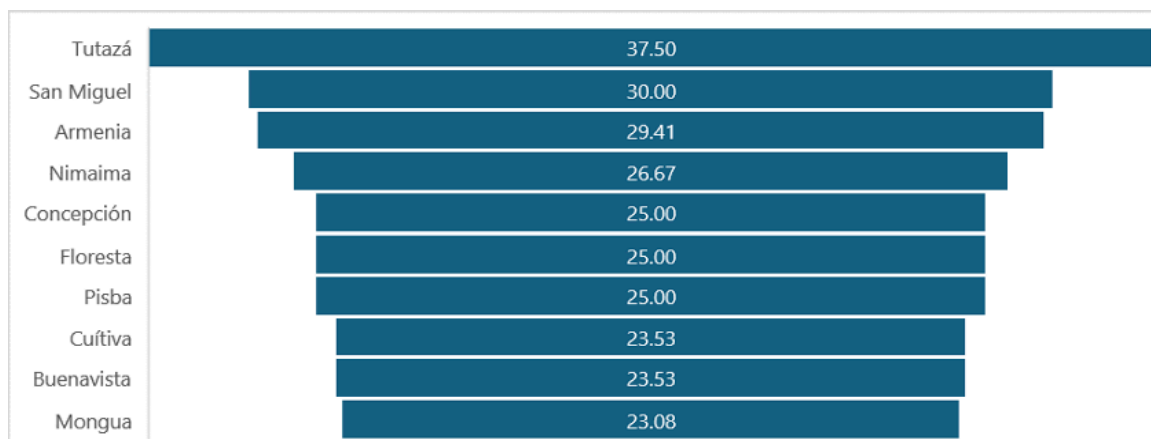
Fuente: Estadísticas vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

entre 2018 y 2022 de 14.01%. Lo anterior, denota un incremento en este indicador en Colombia, en contravía al objetivo de la OMS de reducir en 30% los casos de bajo peso al nacer para el 2025.

Los departamentos con los resultados más altos en este indicador en el 2022 fueron Bogotá D.C., Cundinamarca, Nariño, Boyacá y Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina con una prevalencia de 15.22, 13.45, 12.16, 11.47, 11.01, respectivamente.

Por otro lado, los municipios con mayor prevalencia en el 2022 fueron: Tutazá (Boyacá), San Miguel (Santander), Armenia (Antioquia), Nimaima (Cundinamarca), Concepción (Antioquia), Floresta (Boyacá), Pisba (Boyacá), Cuítiva (Boyacá), Buenavista (Quindío), Mongua (Boyacá). La prevalencia en dichos municipios es superior a la nacional (10.41) (Figura 2).

Figura 2. Municipios con mayor prevalencia de bajo peso al nacer Colombia 2022



Fuente: Estadísticas vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

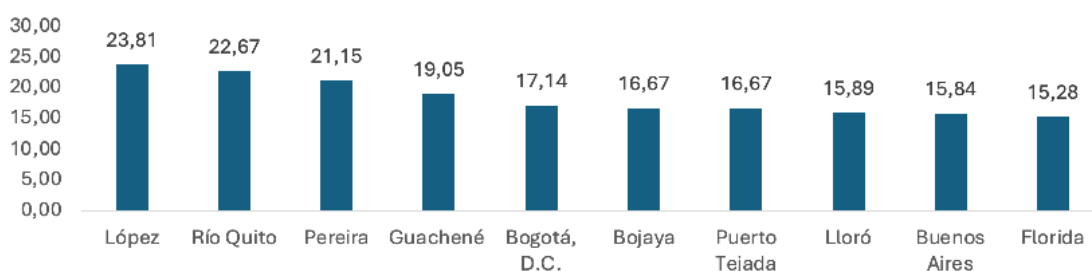
³ Para el estudio se tomaron los registros de las Estadísticas Vitales del DANE entre 2018 y 2022.

Población afro

Por su parte, los diez municipios⁴ con mayor prevalencia de bajo peso al nacer de nacidos vivos pertenecientes a la población afro para 2022 están ubicados principalmente en los departamentos del

Cauca y Chocó. Estos son: López (Cauca), Río Quito (Chocó), Pereira (Risaralda), Guachené (Cauca), Bogotá D.C., Bojaya (Chocó), Puerto Tejada (Chocó), Lloró (Chocó), Buenos Aires (Cauca) y Florida (Valle del Cauca) (Figura 2). La prevalencia en dichos municipios es superior a la prevalencia nacional (10.41).

Figura 3. Municipios con mayor prevalencia de bajo peso al nacer de nacidos vivos afro 2022



Fuente: Estadísticas vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Puntualmente para la población afro, se evidencia para 2022 que la mayor proporción de casos notificados de bajo peso al nacer corresponde a hijos de madres con edad entre los 20 y 24 años con 25.24% (n=562), seguido de las madres con edades entre los 15 y 19

años con 22.36% (n=498), y madres entre 25 y 29 años con 22% (n=490). Según el número de nacidos vivos afro en 2022, los resultados más altos de este indicador ocurren en hijos de madres entre los 10 y 14 años.

Tabla 1. Proporción de bajo peso al nacer población afro a término según edad de la madre 2022

Grupo de edad	Casos	%	Nacidos vivos	Prevalencia
10-14 años	40	1.80%	287	13.94
15-19 años	498	22.36%	4276	11.65
20-24 años	562	25.24%	6061	9.27
25-29 años	490	22.00%	5284	9.27
30-34 años	354	15.90%	3580	9.89
35-39 años	215	9.65%	1812	11.87
40-44 años	65	2.92%	531	12.24
45-49 años	3	0.13%	34	8.82
50-54 años		0.00%	3	0.00
Total	2227	100.00%	21868	10.18

Fuente: Cálculos según Estadísticas vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Por otro lado, para 2022 el 77.81% de las madres de nacidos vivos con bajo peso al nacer pertenecientes a la población afro manifestaron no tener educación superior (técnico, tecnólogo, profesional). El 75.75% de las madres pertenecen al régimen subsidiado de

salud y el 20.70% al régimen contributivo. Dichas madres residen el 74,40% en la cabecera municipal, 10% en centros poblado (inspección, corregimiento o caserío), y 15.53% en zona rural dispersa.

⁴ Los municipios en mención son aquellos donde el número de nacidos vivos pertenecientes a la población afro es superior a 61, que hace referencia al décimo decil, según el cálculo de los deciles del número de nacidos vivos afro para 2022.



Afro vs. Ningún grupo étnico

Teniendo en cuenta la relación existente entre la prevalencia de bajo peso al nacer y el nivel de asistencia a consultas prenatales, se evidencia que para 2022 el porcentaje de madres de nacidos vivos con bajo peso al nacer de población afro y de ningún grupo étnico que tuvieron menos de tres consultas prenatales fue de 30.94% y 19%, respectivamente (Tabla 2). Esto refleja que una proporción significativa de madres gestantes afro no asisten a consultas prenatales conforme a lo estipulado por la OMS.

Tabla 2. Número de consultas prenatales de madres con nacidos vivos con bajo peso al nacer Afro vs. Ningún grupo étnico 2022

Número de consultas	Afro		Ningún grupo étnico	
	Casos	%	Casos	%
0 a 3 consultas	689	30.94%	10.303	19%
4 o más consultas	1535	68.93%	43.903	80.98%
Sin información	3	0.13%	11	0.02%
Total	2227	100%	54.217	100%

Fuente: Estadísticas vitales – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Análisis de brechas

Por otra parte, según la metodología planteada (ver Anexo) para el análisis de brechas entre las poblaciones Afro vs. Ningún grupo étnico, se evidencia en la Tabla 3 que los municipios con mayor brecha relativa se ubican principalmente en los departamentos del Valle del Cauca y Cauca. Los municipios con mayor brecha relativa son: Guachené (Cauca), Pereira (Risaralda), Suarez (Cauca), Apartadó (Antioquia) y Candelaria (Valle del Cauca).

Por otra parte, se resalta a Pereira (Risaralda), Cali (Valle del Cauca), Bogotá D.C. y Cartagena (Bolívar), ciudades principales dentro del listado, que adicionalmente, en estas ciudades la prevalencia de nacidos vivos con bajo peso al nacer es superior a la nacional (10.41). Particularmente, se identifica que en Río Quito (Chocó) y López (Cauca), ambos grupos poblacionales presentan una alta prevalencia de bajo peso al nacer. Por último, cabe señalar que la mayoría de los municipios en la Tabla 3 son de sexta categoría⁵.

Tabla 3. Municipios con mayor brecha relativa (Afro vs. Ningún grupo étnico)

Departamento	Municipio	PBN Afro (%)	PBN Ningún Grupo Étnico (%)	Brecha relativa
Cauca	Guachené	19.05	7.75	2.46
Risaralda	Pereira	21.15	11.42	1.85
Cauca	Suárez	14.94	8.26	1.81
Antioquia	Apartadó	14.61	9.13	1.60
Valle del Cauca	Candelaria	15.25	9.62	1.59
Valle del Cauca	Tuluá	12.99	8.25	1.57
Valle del Cauca	Florida	15.28	10.17	1.50
Cauca	Buenos Aires	15.84	11.11	1.43
Valle del Cauca	Jamundí	13.64	10.19	1.34
Valle del Cauca	Pradera	13.70	10.43	1.31
Cauca	Patía	14.52	11.17	1.30
Cauca	Puerto Tejada	16.67	13.60	1.23
Valle del Cauca	Cali	11.54	9.96	1.16
Cauca	Santander de Quilichao	10.83	9.35	1.16
Chocó	Río Quito	22.67	20.00	1.13
Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	17.14	15.21	1.13
Cauca	López	23.81	21.43	1.11
Bolívar	Cartagena	10.74	9.96	1.08

Fuente: Cálculos propios basado en el Anexo

⁵ Aquellos distritos o municipios con población igual o inferior a diez mil (10.000) habitantes y con ingresos corrientes de libre destinación anuales no superiores a quince mil (15 000) salarios mínimos legales mensuales* (Ley 617 de 2000).



¿Cómo reducir la prevalencia de nacidos vivos con bajo peso al nacer?

1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención prenatal en los municipios con baja cobertura

Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, se requiere establecer un modelo de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos recomendado para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención. En este sentido, Anthony Costello⁶ señala que “un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud”.

De acuerdo con las estadísticas clave se evidencia que cerca del 31% de las madres afro de nacidos vivos con bajo peso al nacer en Colombia asistieron a menos de cuatro consultas prenatales, lo que señala la necesidad de promover estrategias para reducir las barreras de acceso a asistencia prenatal. De igual manera, se requiere mejorar la calidad de la atención prenatal brindada, en la medida que, pese a que el 69% de dichas madres recibieron más de cuatro atenciones, no se logró mitigar la prevalencia de bajo peso al nacer en esta población.

Asimismo, además del mejor acceso a la asistencia y de la calidad de esta, es necesario abordar otros factores determinantes del bajo peso al nacer. En este orden ideas, la OMS (2017, p.3) señala que una asistencia que resulte adecuada al entorno cultural y unas intervenciones sensibles al género son esenciales para llegar a las mujeres que se enfrentan a mayores barreras en el acceso a la atención sanitaria. Por ende, la OMS (2016) propone las siguientes intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal:

- Notas clínicas en manos de la mujer: se recomienda que cada embarazada lleve sus propias notas clínicas durante la gestación para mejorar la continuidad y calidad de la atención y su experiencia del embarazo.
- Intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo: se recomienda implantar la movilización comunitaria por medio de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales.
- Intervenciones para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de salud perinatal: se recomienda la aplicación de conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades, y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios asistenciales.
- Delegación de componentes de la prestación de atención prenatal: se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal en un amplio abanico de profesionales, como trabajadores sanitarios no especializados, auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.
- Contratación y retención de personal en zonas rurales y remotas: los encargados de la elaboración de políticas deberían tomar en consideración la aplicación de intervenciones educativas, normativas, financieras y de apoyo personal y profesional para contratar y retener a profesionales sanitarios cualificados en zonas rurales y remotas.
- Ecografía: Para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del parto de las mujeres, se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana).

⁶ Director del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS.

2. Promover intervenciones nutricionales para grupos específicos de mujeres

De acuerdo con las estadísticas clave, se evidencia que alrededor del 70% de las madres afro con bajo peso al nacer están en edades entre 10 y 29 años, y el 77.81% tienen bajos niveles de escolaridad. Por ende, se deben generar intervenciones orientadas a brindar asesoramiento sobre los hábitos de alimentación saludables y el mantenimiento de la actividad física durante el embarazo. De igual forma, proporcionar administración de suplementos para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro. Con base a las recomendaciones de la OMS, las intervenciones nutricionales más apropiadas son:

- Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo.
- Administración diaria de suplementos de calcio a las mujeres en entornos con bajo consumo de calcio.
- En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños de tamaño pequeño para su edad gestacional.

3. Promover intervenciones comunitarias adecuadas al entorno cultural

Con base a las recomendaciones de la OMS (2016) en torno a la generación de intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo a las madres gestantes, una de las formas que podría ser conveniente es vincular a los consejos comunitarios⁷, que pueden contribuir mediante la educación y concientización sobre la importancia de la atención prenatal. A través de talleres, charlas y visitas domiciliarias, los líderes comunitarios pueden informar a las mujeres embarazadas sobre la necesidad de recibir controles médicos regulares durante el embarazo, una nutrición adecuada y evitar prácticas perjudiciales para la salud del bebé. La confianza y la cercanía que estos líderes tienen con la comunidad facilitan la transmisión de información y el cambio de comportamiento.

Además, los consejos comunitarios pueden colaborar con las instituciones de salud para asegurar que los servicios de atención prenatal sean accesibles y de calidad. Esto incluye la abogacía para mejorar la infraestructura sanitaria, la capacitación de personal médico en competencias interculturales y la provisión de suplementos nutricionales y medicamentos esenciales. La mediación de estos puede ayudar a superar barreras culturales que a menudo impiden que las mujeres afrodescendientes accedan a los servicios de salud.

La promoción de prácticas tradicionales y la integración de conocimientos ancestrales en los programas de salud también es vital. Pueden facilitar la incorporación de parteras tradicionales y curanderos en el sistema de salud formal, promoviendo un enfoque holístico que combine lo mejor de ambos mundos. Esta integración no solo enriquece la atención médica, sino que también fortalece la identidad cultural y el respeto por las tradiciones locales.

Por otro lado, la asociación con consejos comunitarios permite un enfoque más integral para abordar los determinantes sociales de la salud que influyen en el bajo peso al nacer. La mejora de las condiciones de vida, como el acceso a agua potable, saneamiento, vivienda adecuada y educación son aspectos que estos consejos pueden gestionar y promover a través de proyectos comunitarios y la gestión de recursos. La creación de huertas comunitarias, programas de alimentación y actividades generadoras de ingresos son ejemplos de iniciativas que pueden mejorar la nutrición y el bienestar general de las mujeres embarazadas y sus familias.

⁷ Los Consejos Comunitarios son la autoridad étnica encargada de administrar los Territorios Colectivos de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.



Priorización de políticas

Inicialmente, se propone implementar las recomendaciones dadas en municipios de los departamentos de Cauca, Valle del Cauca, Chocó y en la ciudad de Pereira, donde se evidencia una alta prevalencia de nacidos vivos con bajo peso al nacer y una brecha significativa entre afro y quienes no se autorreconocen dentro de ningún grupo étnico. En Cauca se recomienda en los siguientes municipios: Guachené, Suárez, Buenos Aires, Patía, Puerto Tejada, Santander de Quilichao y López. En el Valle del Cauca, los municipios de Candelaria, Tuluá, Florida, Jamundí, Pradera, Cali y Palmira. En el Chocó en Río Quito, que la intervención debería estar dirigida a ambos grupos poblacionales, que tienen un prevalencia igual o superior al 20%⁸. Por último, se recomienda priorizar las medidas propuestas en Pereira, donde se evidencia una alta prevalencia de nacidos vivos afro con bajo peso al nacer (21.15%).

Referencias

Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer* (WHO/NMH/NHD/14.5). Organización Mundial de la Salud.

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (7 de noviembre de 2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado \(who.int\)](http://www.who.int)

⁸ 22.67% para la población Afro y 20% para Ningún Grupo Étnico.

Anexo

Análisis de brechas por grupos étnicos (Afro vs. Ningún grupo étnico)

Para el análisis de brechas entre grupos étnicos (afro vs. Ningún grupo étnico), inicialmente se procedió a determinar si los indicadores tienen una distribución normal a través de una serie de pruebas estadísticas, incluyendo asimetría estadística y prueba de curtosis para comprobar la normalidad de los datos. Para los indicadores analizados se rechaza la hipótesis de normalidad a un nivel de significancia estadística del 5%, lo que limita realizar pruebas inferenciales de comparación de medias para medir la brecha entre Afro y de ninguna pertenencia étnica. Por ende, para medir la diferencia entre dichos grupos poblaciones se calculó para cada municipio la brecha relativa de la siguiente manera:

$$Brecha\ Relativa = \frac{Indicador_{Afro_i}}{Indicador_{Ningún\ grupo\ étnico_i}} \quad \forall i \in Municipios$$

Teniendo en cuenta que las proporciones de población afro varía para cada municipio, se procedió a realizar una agrupación de municipios por quintiles, considerando el porcentaje de esta población en cada municipio. En el primer quintil se agrupan los municipios con bajo porcentaje de población Afro, mientras que en el quintil 5 se agrupan los municipios con mayor porcentaje de población Afro (Tabla 4).

Tabla 4. Quintiles de agrupación de municipios por porcentaje de población Afro

Quintil	Límite - Porcentaje de población Afro	Número de municipios
1	0,69%	232
2	1,09%	222
3	1,92%	222
4	5,48%	223
5	99,33%	223

Fuente: Elaboración propia

Con relación a la Tabla 4, se identifica que los municipios con población mayormente Afro se agrupan en el quintil 5. Por ende, se procede a analizar exclusivamente este quintil. Para ello, se realizó una agrupación de municipios por deciles, considerando el porcentaje de población Afro en cada municipio (Tabla 5).



Tabla 5. Deciles de agrupación de municipios por porcentaje de población Afro del quintil 5

Decil	Límite - Porcentaje de población Afro
1	6,41%
2	7,89%
3	10,66%
4	18,46%
5	27,69%
6	35,85%
7	51,69%
8	77,32%
9	91,47%
10	99,33%

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la tabla 5, los municipios con una población Afro superior al 30% se concentran en los deciles 7, 8, 9 y 10. Para el análisis se tendrán en cuenta los 86 municipios agrupados en dichos deciles.



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Cr. 1 # 18a - 12, RGA 201
Bogotá, Colombia

Tel +57 (1) 3394949 Ext. 5469