



# NAES

## Nutrición y atención en salud

*Fascículo 7, Junio 2021*

***Sección 1. Actualidad en nutrición***

***Sección 2. Regulación de interés***

## Nutrición y atención en salud (NAES)

● Fascículo 7, Junio 2021

### Crecimiento y desarrollo infantil ¿Qué debemos saber?

→ **El crecimiento y desarrollo infantil corresponden a procesos complejos y continuos** que integran tanto aspectos propios de individuo, como de su entorno, y determinan en gran medida la salud y el desempeño en la vida adulta tanto a nivel individual como social<sup>1</sup>.

En términos conceptuales el desarrollo es el “proceso que permite al ser humano alcanzar su autonomía y libertad”, y contempla 5 áreas: la motricidad fina o gruesa, el habla/lenguaje, cognitiva, social/personal y las actividades de la vida diaria; y el crecimiento que corresponde a “el incremento cuantitativo en masa y tamaño corporal”<sup>1</sup>.

La etapa de la vida más crítica con relación a estos dos procesos comprende desde el nacimiento hasta los 8 años, por ello alcanzar las metas de crecimiento y desarrollo del individuo y al final del capital humano, dependerá de identificar y abordar las alteraciones y desviaciones de estos procesos de manera temprana, lo cual corresponde a uno de los principales objetivos de las acciones de promoción y prevención en pediatría<sup>1</sup>.

El crecimiento y desarrollo de un niño, se puede ver afectado por factores genéticos psicosociales y biológicos, la alteración de uno o más factores puede dar lugar al retraso en crecimiento y/o desarrollo.

### ¿En que se diferencian estos dos conceptos?

→ **El retraso en desarrollo y el retraso del crecimiento (RC) son dos términos comúnmente utilizados en pediatría.** Sin embargo, es importante reconocer sus definiciones y particularidades diagnósticas para darle un uso adecuado a los conceptos.

El retraso en desarrollo contempla la alteración de una o varias de las áreas o dominios del desarrollo; cuando hay un retraso significativo en 2 o más de los 5 dominios del desarrollo mencionados anteriormente, hablamos del re-

traso global del desarrollo (RGD) y posiblemente desencadene un diagnóstico futuro de discapacidad intelectual (DI)<sup>2</sup>. Por otro lado, el retraso del crecimiento o retraso en talla se define por la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social cómo aquél que corresponde a un déficit en la talla con relación a la edad y se evidencia cuando el puntaje Z de este indicador se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar<sup>3</sup>.

La prevalencia del RGD según diferentes estudios varían desde el 2,5% al 3% de la población general<sup>2</sup> y se estima que 219 millones de niños <5 años en los países en vía de desarrollo no alcanzan su potencial de desarrollo<sup>4</sup>. Por el contrario, el retraso del crecimiento en Colombia para menores de 5 años se estima en 10.8%, con mayor prevalencia en las zonas más vulnerables del país<sup>5</sup>.

### ¿Cómo se identifican y diagnostican estas alteraciones?

→ **Para determinar si un niño o niña presenta retraso en desarrollo se deben aplicar diferentes métodos de diagnóstico.** El proceso de detección de las alteraciones se realiza mediante controles de salud generalmente a cargo de pediatras, médicos generales y enfermeras durante la primera infancia y los años preescolares. Para el cribado de estas alteraciones, en Colombia se lleva a cabo la aplicación de la Escala Abreviada del Desarrollo (EAD-3), cuyo objetivo es identificar de forma temprana el riesgo de rezagos en el desarrollo de niños y niñas colombianos hispano hablantes hasta los 7 años de edad cumplida<sup>6</sup>. Una vez identificado el riesgo de alteraciones en el desarrollo, es de vital importancia remitir a un profesional especializado para realizar las evaluaciones diagnósticas y confirmatorias pertinentes, y así establecer la etiología de la alteración, que puede comprender estimulación insuficiente, un aporte nutricional inadecuado, problemas psicosociales, genéticos, trastornos metabólicos, compli-

**Referencias:** 1. Granados C, et al. GPC crecimiento y desarrollo. MSP; 2014. 2. González-Castillo Z, et al. RMN. 2019;19(6):1641. 3. MPS. Res 2465 de 2016. 4. Grantham-McGregor S, et al. The Lancet. 2007;369(9555):60-70. 5. ICBF. ENSIN: 2015. Disponible: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional> 6. Luna SM, et al. Escala Abreviada de desarrollo - 3. Gobierno Nacional.

caciones pre o post natales, presencia de patología, entre otros<sup>1,2</sup>; para de esta manera realizar la intervención y tratamiento acorde a la misma.

Cuando hablamos del RC, se debe evaluar el indicador de talla para la edad, y es importante establecer la normalidad del crecimiento del niño (a), que no sólo está determinada por la edad, el sexo y la etnia (normalidad estándar), sino que también estará influenciada por rasgos genéticos y madurativos, por lo cual deberá analizarse también en el contexto familiar y el ritmo madurativo individual de cada sujeto<sup>7</sup>.

El conocimiento de las características normales del crecimiento y sus determinantes es imprescindible para poder valorar adecuadamente la normalidad o anormalidad en el crecimiento de un niño (a) y la derivación al profesional especializado. Si bien el crecimiento y desarrollo son procesos que van ocurriendo de manera simultánea en la infancia; sus alteraciones se identifican y diagnostican de manera independiente, y aunque pueden compartir algunos determinantes para su aparición, no siempre están relacionados ni guardan causalidad (ver ilustración 1).

## ¿Qué se conoce de la interacción nutrición, crecimiento y desarrollo?

→ **Cómo se describe previamente hay factores nutricionales como la presencia desnutrición y las deficiencias de micronutrientes específicos** (Zinc, Hierro, Vitamina A), que se asocian con alteraciones del crecimiento o del desarrollo, debido al impacto negativo de los déficits nutricionales en el desarrollo cerebral y el crecimiento lineal<sup>8-12</sup>. No obstante, estas deficiencias también son frecuentemente asociadas con condiciones socio-económicas precarias<sup>10,13,14</sup>, como es el caso de Colombia; en el país la presencia de un índice de pobreza elevado, desempleo, carencias de bienes y servicios (agua potable), crean el escenario propicio que aumenta la probabilidad de que los niños <5 años presenten retraso en el crecimiento<sup>13</sup>.

En relación a lo anterior, para la promoción de un adecuado crecimiento y desarrollo en la población infantil el abordaje debe ser multisectorial e interdisciplinar, por lo tanto, como parte de la intervención para la prevención y corrección de alteraciones del crecimiento y desarrollo

que se identifiquen de etiología nutricional, las recomendaciones están direccionadas hacia la necesidad del diseño de políticas públicas con enfoque en la promoción de la lactancia materna, en el incremento de la seguridad alimentaria, el favorecimiento de la diversificación de la dieta y a la suplementación con micronutrientes<sup>1,15</sup>, esta última está orientada hacia la corrección de deficiencias, apoyo a la prevención de infecciones, entre otros y no con el objetivo puntual de mejorar el crecimiento lineal o el desarrollo del niño(a), ya que no tiene un efecto significativo sobre ello y cuando ha demostrado cierta efectividad está acompañado de estimulación psicomotriz, es por ello que se debe propender un ambiente seguro y el correcto estímulo para el desarrollo<sup>14,16</sup>.

Para finalizar, retomamos que el crecimiento y desarrollo infantil es un proceso complejo en el que interactúan múltiples determinantes biológicos y del entorno, por lo tanto, se recomienda que el equipo interdisciplinario de salud realice una detección adecuada y temprana de las alteraciones e identifique su etiología, para dar el abordaje correcto.



**Referencias:** 8. Quino A, et al. Rev Fac Nac Salud Pública. 2015;33(1). 9. Khandelwal N, et al. PLoS ONE. 2020;15(6):e0233949. 10. Suárez Sanabria N, et al. Rev chil nutr. 2017;44(2):125-30. 11. Park H, et al. IJERPH. 2011;8(1):105-16. 12. Kar BR, et al. 2008;4:31. 13. Sudfeld CR, et al. The Journal of Nutrition. 2015;145(12):2705-14. 14. Botero-Meneses JS, et al. Heliyon. 2020;6(4):e03821. 15. Larson LM, et al. J Nutr. 2017;147(8):1578-85. 16. Bajalque Camana M. Lima-Perú Universidad Privada Norbert Wiener; 2018.

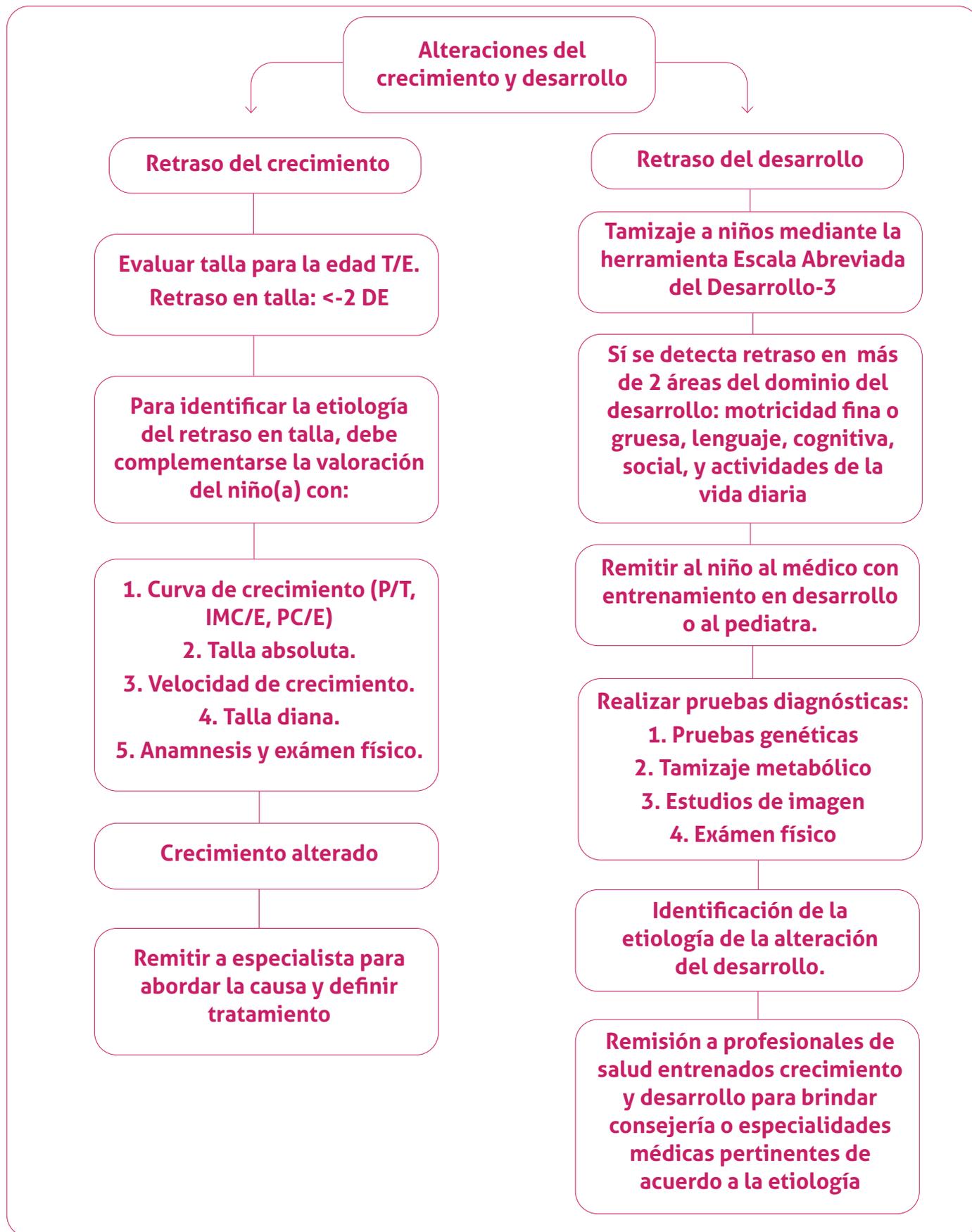


Ilustración 1. Conceptualización de las alteraciones del crecimiento y desarrollo. Fuente: Construcción propia.

## Presupuesto máximo 2021

→ **El pasado 7 de mayo de 2021 fue publicada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social la resolución 586.** En ella, se establecen las disposiciones para la gestión y financiación de las tecnologías No incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (No PBS) para los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado del país.

Dentro de los aspectos más relevantes para resaltar en este nuevo acto administrativo se encuentra la iniciativa del Ministerio de Salud de ajustar el valor del presupuesto máximo asignado de acuerdo con el cumplimiento de indicadores de gestión o de resultados en salud que establezca el Ministerio de Salud. Esta iniciativa, constituye un avance en la promoción de modelos de gestión clínica integrales orientados a resultados y efectividad clínica en los que se tendrá que profundizar en lo que resta del año.

Adicionalmente, el artículo 13 en su párrafo 5 hace referencia a la obligación que tienen las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de reportar de forma directa a la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) dentro de los 15 días calendario siguientes al pago de presupuestos máximos los montos girados a prestadores y proveedores de servicios permitiendo el adecuado seguimiento de los recursos a través de todos los actores involucrados en la prestación de los servicios No PBS.

En el artículo 15, el Ministerio de Salud y Protección Social recomienda a todos los actores del sistema de salud considerar los valores de referencia utilizados para el

calculado del presupuesto máximo con el fin de favorecer la adecuada gestión del recurso y la suficiencia de este<sup>17</sup>.

Posterior a esta norma, fue publicada la resolución 593 de mayo 11 de 2021<sup>18</sup>. En esta, se hace énfasis en la metodología utilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social para el cálculo del presupuesto asignado para cada EPS. Dentro de la metodología, se utiliza como fuente de información principal el reporte de suministro efectivo realizado a través del módulo proveedor – dispensador del Ministerio de Salud y cuya obligación de uso esta considerada desde el 2019.

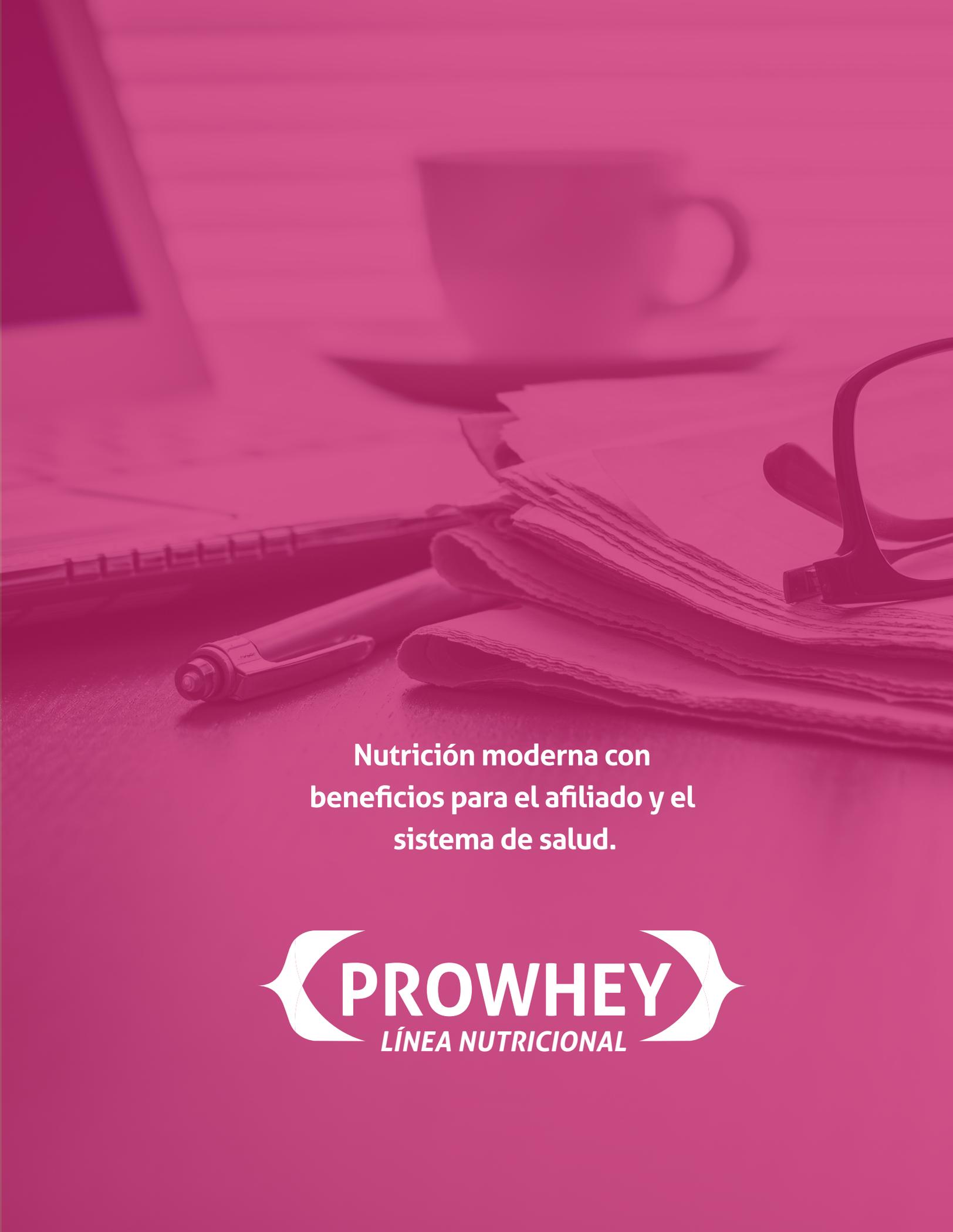
Es importante aclarar, que algunas EPS del país aún cuentan con reporte de información incompleto afectando directamente el presupuesto asignado para 2021.

Finalmente, en la resolución 594 de mayo de 2021 se conigna la información del presupuesto asignado a cada EPS del país por régimen de afiliación que será girado por la ADRES a cada EPS de forma mensual dentro de los primeros 15 días calendario del mes<sup>19</sup>.

En conclusión, el sistema de salud colombiano se encuentra en el segundo año de implementación de presupuestos máximos. Se sigue apostando a que a través de las herramientas tecnológicas y la normatividad emitida exista un mejor control del gasto en salud, en este caso específico: las tecnologías No PBS. Mientras tanto, desde aseguramiento y prestación, aún existe la duda si los presupuestos asignados son o no suficientes para la necesidad de los afiliados prescritos a través de Mipres.



**Referencias:** 17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 586 de 2021. 18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 593 de 2021. 19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 586 de 2021.



**Nutrición moderna con  
beneficios para el afiliado y el  
sistema de salud.**

**PROWHEY**  
*LÍNEA NUTRICIONAL*