

REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

Meta Universal 5

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.

Metas Colombia

- ❖ Reducir a 17 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de 5 años
- ❖ Reducir a 14 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de 1 año
- ❖ Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en 95%, con el Plan ampliado de inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país.

REDUCIR LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

La mortalidad de la niñez es un indicador de las condiciones de vida de la población y de las oportunidades sociales de desarrollo¹. En Colombia ha disminuido de manera significativa la mortalidad de menores de 5 años, al pasar de cifras cercanas a 60 por mil nacidos vivos (n.v) en el quinquenio 1975–1980 a menos de la mitad en el quinquenio 1995–2000. Sin embargo, hoy la mitad de las muertes se relacionan con afecciones perinatales, enfermedades infecciosas, accidentes y otros. La desnutrición representa 13% de la muerte de niños con más de 28 días. Muchas de estas causas son evitables con la tecnología disponible. A pesar de los esfuerzos realizados, aún persiste la brecha rural-urbana tanto en la mortalidad infantil (menores de 1 año) como en la de menores de 5 años, en cuanto reflejo de la inequidad en la posibilidad de vida y desarrollo de los niños.

En la actualidad, se cuenta con herramientas técnico-científicas de bajo costo para prevenir, detectar y resolver la mayor parte de los problemas de salud de la mujer y de los infantes, pero las oportunidades de las madres para acceder a la educación, la alimentación y los servicios de salud, sus condiciones materiales de vida, acceso al mercado de trabajo, carga y condiciones de trabajo, y el poder de decisión sobre su cuerpo en su familia y en la sociedad, definen, en conjunto con factores biológicos su perfil de salud y el de sus hijos (Szasz, 1998).

Diagnóstico y tendencias

• Mortalidad en menores de 5 años

La tasa de mortalidad en menores de 5 años expresa la probabilidad que tiene un recién nacido de morir entre el nacimiento y antes de cumplir los 5 años de edad. Se presenta como una tasa por cada mil nacidos vivos (UNDP, 2003:357 y Szasz Pianta, 1998).

La tasa de mortalidad en menores de 5 años para 2000 muestra una reducción de casi 10 puntos frente a la estimación realizada en 1995 con informa-

¹ En el mundo “millones de niños siguen muriendo sin necesidad cada año por falta de atención sanitaria, agua salubre, un entorno seguro en sus hogares o nutrición adecuada. Si bien el mundo se ha comprometido a reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil entre 1990 y 2015, la actual tasa de progreso apunta a una reducción de tan sólo una cuarta parte. La tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años oscila entre 4 por mil nacidos vivos en algunos países a más de 300 en otros (Naciones Unidas, 2002).

ción de las Encuestas de demografía y salud (ENDS); esta disminución se ajusta a la tendencia observada para el período 1975-1980 cuando la tasa fue de 59 por mil nacidos vivos (Profamilia, 2000:96-98). Las mayores tasas de mortalidad en el período 1990-2000 se presentan en la zona rural, en las regiones Oriental, Pacífica y Atlántica, y entre las madres sin educación o con educación primaria, diferencias que evidencian brechas injustas que deben ser reducidas (Cuadro 4.1). Aunque, entre los dos periodos 1985-1995 y 1990-2000, se registra una reducción de las tasa de mortalidad en menores de 5 años, en el total nacional, por zonas, regiones y nivel educativo, es extraño el aumento entre los dos periodos que reportan las cifras en la encuesta de Profamilia en la región oriental y en las madres con educación superior².

Entre 1998 y 2001, las cifras departamentales de mortalidad en menores de 5 años³ se mantuvieron estables. En el orden nacional las cifras tampoco presentan cambios significativos. No obstante, las diferencias departamentales siguen siendo amplias. Vichada, Chocó, Caquetá, Vaupés y Guainía superan en más del doble la tasa nacional. Además, 20 de 33 departamentos se ubican por encima del total nacional. Estas desigualdades expresan distin-

tos niveles de desarrollo y hacen necesario definir estrategias diferenciales que respondan de manera adecuada a las condiciones regionales (Gráfico 4.1 y Cuadro D.1).

El análisis de la mortalidad de menores de 5 años en 2000 permite concluir que:

- La proporción de niños muertos es superior a la observada entre las niñas. En 2000 esta tasa era de 32 para niños y 23 para niñas.
- La muerte del 65% de los últimos hijos nacidos vivos ocurrió durante el primer mes de vida
- La proporción de hijos fallecidos es mayor entre las mujeres sin control prenatal y entre aquellas que terminan su control prenatal antes del séptimo mes. Cuando la madre ha tenido cuidados prenatales y en el parto, la mortalidad infantil es de 15 por mil n.v, en tanto que cuando no ha tenido ningún cuidado, la mortalidad se triplica hasta 44 por mil (Profamilia, ENDS, 2000)
- La proporción de niños fallecidos es mayor entre las mujeres que consumen cigarrillo durante el embarazo

CUADRO 4.1 TASAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN ZONA, REGIÓN Y NIVEL EDUCATIVO TASA POR MIL NACIDOS VIVOS

Subgrupos	Período 1985 - 1995			Período 1990 - 2000		
	Tasa	Intervalo de confianza*		Tasa	Intervalo de confianza*	
		-2 EE	+2 EE		- 2 EE	+2 EE
Total país	37,4	32,9	41,9	28,0	24,2	31,8
Zona						
Urbana	34,1	28,8	39,3	24,1	20,0	28,2
Rural	43,2	35,0	51,5	36,1	28,2	44,2
Región						
Atlántica	41,0	32,5	49,5	33,5	26,2	40,7
Oriental	26,2	16,0	36,4	30,2	19,9	40,4
Central	36,3	28,0	44,6	23,8	17,0	30,7
Pacífica	48,9	36,4	61,4	31,7	21,6	41,7
Bogotá	31,6	20,5	42,6	18,6	9,8	24,4
Nivel educativo						
Sin educación	48			44		
Primaria	43			33		
Secundaria	33			24		
Universidad	11			15		

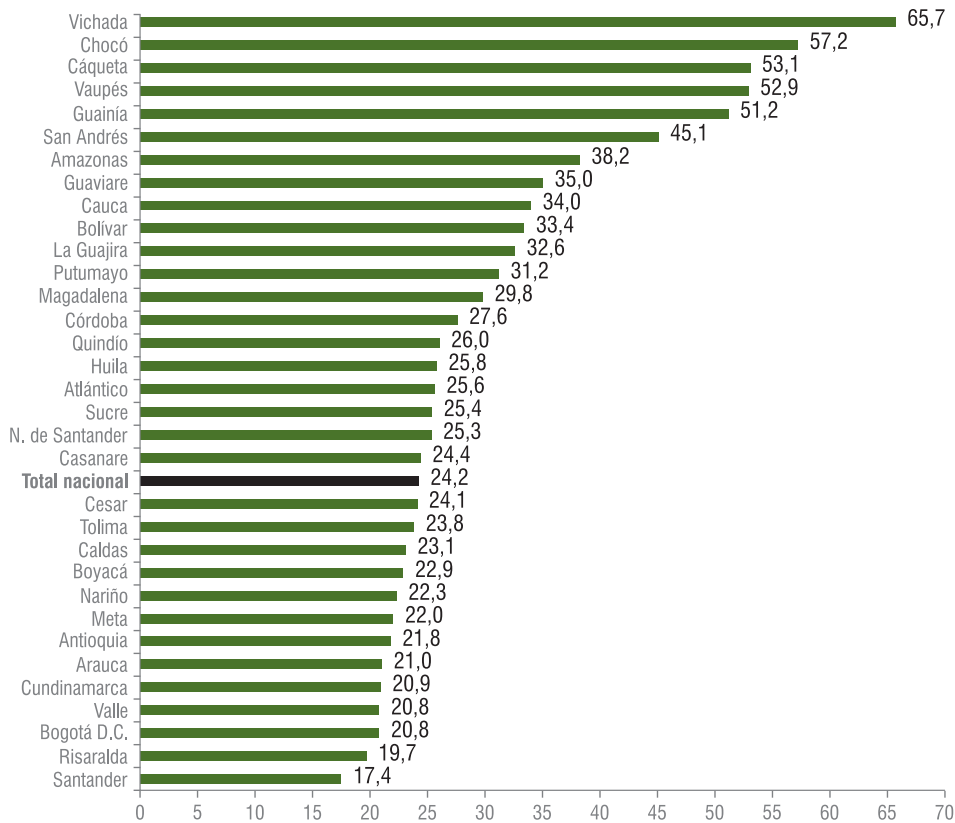
* El intervalo de confianza de la estimación es del 95% (se encuentra entre -2 desviaciones estándar (EE) o límite inferior, y +2 EE o límite superior). Esto significa que el valor estimado, o media poblacional, oscila en este intervalo.

Fuente: Profamilia, Encuesta nacional de demografía y salud, 1995:98. Encuesta, 2000:98.

² La región oriental tiene la mayor razón de riesgo entre las madres menores de 18 años, los nacimientos de orden 3 o mayor y los nacimientos con intervalos mayores a 24 meses. Además, en esta región se presentó el mayor consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas durante el embarazo (ENDS, 2000).

³ Cálculos a partir de información sobre nacimientos y defunciones reportados por el Dane. Las tasas se calculan con los nacidos vivos como denominador. Para el período 1990-1997 no se dispone de una buena estimación del denominador, que haga comparables las dos series. Esta cifra es inferior a la presentada en el Cuadro 4.6, calculada con base en la Encuesta nacional de demografía y salud (2000). No son comparables, porque la estimación del Dane se hace con datos registrados sin ajuste por cobertura para los últimos cuatro años, y la basada en la encuesta de Profamilia se hace para diez años, por método indirecto.

GRÁFICO 4.1 MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR DEPARTAMENTO PROMEDIO. 1998-2001
TASA POR MIL NACIDOS VIVOS



Fuente: Dane, Sistema de estadísticas vitales, 1998-2001.

- La mortalidad es mayor cuando las madres presentan complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio
- La mortalidad es mayor entre los hijos que nacen en el hogar, entre los nacidos por cesárea (Ordóñez y Murad, 2002:67-69) y entre los hijos no primogénitos. Cuando los hijos son de orden 4 a 6, la mortalidad es de 41 por mil n.v.
- La mortalidad es mayor entre aquellos con menor intervalo intergenésico. Cuando el espaciamiento entre un embarazo y otro es menor de dos años, la mortalidad asciende a 44 por mil n.v, mientras que para los niños nacidos en intervalos de cuatro o más años esta cifra es de 23 por mil n.v.

En relación con las características de la madre, el hogar y la vivienda, se encuentran las siguientes diferencias:

- La mortalidad de los hijos es mayor en el caso de madres menores de 20 años (33 por mil n.v). La

menor tasa de mortalidad en niños menores de 5 años se observa en madres entre 20 y 29 años (24 por mil n.v), y asciende cuando superan los 30 años (31 por mil n.v para las madres entre 30 y 39 años)

- La mortalidad de menores es mayor en el caso de las madres sin afiliación a la seguridad social y de las beneficiarias del régimen subsidiado
- La mortalidad de menores es mayor entre las mujeres con menor nivel educativo. Entre las madres sin educación la mortalidad es de 44 por mil n.v, mientras que para las mujeres con educación superior es de 15 por mil n.v.
- Las mujeres con antecedentes de hijos muertos tienen una alta proporción de “últimos hijos nacidos vivos” que fallecen

En cuanto a la distribución por sexo de la mortalidad en menores de 5 años, en 2001 cerca de 56,2% de los fallecidos fueron niños y 43,8% niñas⁴. Por

⁴ Según las cifras de defunción de menores de 5 años suministradas por el Dane en 2001.

zonas de residencia, el mayor porcentaje de muertes corresponde a residentes de zonas urbanas (Cuadro 4.2). Además, una mayor proporción de muertes se presenta en el caso de familias no afiliadas a la seguridad social en salud.

El 50,2% de las muertes son neonatales, 82,2% de menores de un año y el resto muertes de mayores a un año (Cuadro 4.2). La mayor parte de las muertes en menores de 5 años se relaciona con afecciones de origen perinatal, 18% con enfermedades infecciosas, 15% en malformaciones congénitas y 14% se originaron en enfermedades nutricionales, metabólicas y de otros sistemas⁵ (Cuadro 4.3).

Por zonas, en la parte rural se encuentra un menor porcentaje de muertes por afecciones originadas en el período perinatal y malformaciones. Existen diferencias en cuanto a la causa de las muertes, entre la población afiliada al régimen contributivo, los beneficiarios al subsidiado o la población vinculada (población

que no se encuentra afiliada en los regímenes contributivo, subsidiado o especiales). En este último grupo y en el régimen subsidiado es mayor el porcentaje de muertes por enfermedades infecciosas y por otras enfermedades nutricionales, metabólicas y crónicas de otros sistemas (Cuadro 4.4).

Las causas de muerte por grupos de edad presentan variaciones importantes. En la etapa neonatal temprana, 82% de las muertes se relacionan con afecciones perinatales y 16% con malformaciones. Si bien es cierto que estas causas de muertes siguen siendo importantes en la etapa neonatal tardía, se observa un incremento marcado de muertes asociadas con cuadros infecciosos. En la etapa posneonatal son los cuadros infecciosos y otras enfermedades nutricionales, metabólicas y no infecciosas las que determinan más de la mitad de las muertes. Finalmente, en la etapa posinfantil cobran gran relevancia las muertes asociadas a accidentes y lesiones (Cuadro 4.5).

La meta

Para 2000 la mortalidad de menores de 5 años se había reducido a 28 por mil n.v. Una proyección de las muertes con base en los datos de defunción del Dane y en los de mortalidad de las Encuestas de demografía y salud, muestra que en 2015 la tasa de mortalidad para menores de 5 años sería de 21 por mil n.v.

La meta para Colombia es reducir para 2015 la mortalidad en menores de 5 años a 17 por mil n.v, tomando como línea base 37 muertes por mil n.v en 1990, reportado por la Encuesta de demografía y salud de Profamilia. Dado que la meta es más ambiciosa que lo esperable en una tendencia lineal, el cumplimiento de la meta exige actuar en forma sinérgica para propiciar mejores condiciones de vida a las mujeres en edad reproductiva, a las gestantes y a la población menor de 5 años. Esto en forma simultánea con los avances en el acceso a salud, oportunidad en la atención a la madre y al recién nacido en los servicios integrales de salud (aumento de cobertura, calidad de los servicios e implementación de campañas educativas) y en el mejoramiento de las condiciones de vida.

• Mortalidad en menores de un año

La tasa de mortalidad infantil o en menores de un año expresa la probabilidad de morir entre el nacimiento y al cumplir exactamente un año de edad, expresada por mil nv. (UNDP, 3003:357).

⁵ Las enfermedades diarreicas y respiratorias siguen siendo causas importantes de mortalidad, muchas de ellas relacionadas con deficiencias en el saneamiento básico. Una sinergia positiva entre salud y ambiente se presenta en el Objetivo 7.

CUADRO 4.2 MUERTES DE MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, GRUPO DE EDAD Y AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL. 2001 PORCENTAJE

Zona de residencia	%	Grupos de edad	%	Afiliación a seguridad social	%
Cabecera	70,7	Menores de 7 días	36,4	Contributivo	18,0
Centro poblado	8,6	De 7 a 28 días	13,8	Subsidiado	26,3
Rural dispersa	15,5	De 29 días a 11 meses	32,0	Vinculado	30,4
Ignorado	5,3	De 1 año a 4 años	17,8	Ignorado	15,9
Total	100,0	Total	100,0	Otro	0,1
				Sin información	9,2

Fuente: Dane, datos de defunción, 2001.

CUADRO 4.3 MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS, SEGÚN CAUSAS Y ZONA. 2001 PORCENTAJE

Grupo de causas	Total	Urbano	Centro poblado	Rural dispersa
Afecciones perinatales	40,9	42,6	36,0	31,9
Infecciosas	18,3	17,1	21,0	23,6
Malformaciones	14,9	16,2	11,3	11,6
Otras enfermedades	14,0	13,4	17,0	15,8
Accidentes y lesiones	7,3	6,1	9,6	11,4
Signos y síntomas mal definidos	2,1	1,7	2,7	3,6
Tumores	1,4	1,6	1,3	1,0
Cardiovasculares	1,3	1,3	1,2	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Dane, datos de defunción, 2001.

La mortalidad en menores de un año se ha venido reduciendo. Pasó de 39 por 1.000 n.v en el período 1976-1986 a 31 entre 1985-1995 y a 24,2 entre 1990-2000 (Cuadro 4.6). Como en el caso de mortalidad de menores de 5 años, la mortalidad infantil también es más alta en la zona rural, en las regiones costeras y entre los hijos de mujeres con menor nivel educativo. Entre 1990-2000 y 1985-1995 se observa una disminución de la tasa de mortalidad en el total nacional por zonas, por regiones y por escolaridad de la madre, con excepción de la región oriental y entre las madres sin educación que registran un inexplicable aumento. Los cuidados prenatales y del parto se asocian con la sobrevivencia de los menores, la mortalidad infantil se triplica entre los hijos de mujeres que no tienen estos cuidados (Profamilia, 2000:98). La mortalidad neonatal (en el primer mes de vida) es de 15 por mil n.v para el agregado nacional y la posneonatal (entre un mes y menos de un año) 8 por mil n.v.

La tasa de mortalidad infantil para el período 1998-2001 fue del 19,9 por mil n.v⁶ para el total nacional. Los departamentos de Vichada, Caquetá, Chocó, San Andrés, Guainía, Vaupés y Amazonas presentan las tasas más altas, superiores a 30 por mil n.v; otros doce departamentos presentaron tasas superiores a la nacional (Gráfico 4.2 y Cuadro D.2).

La meta

La meta para Colombia consiste en reducir la mortalidad en menores de un año a 14 por mil n.v, tomando como línea base el dato de la Encuesta de demografía y salud de Profamilia de 1990, que corresponde a 30 muertes por mil n.v.

Al proyectar la tasa de mortalidad infantil estimada con base en los registros de defunción del Dane entre 1998-2001, y los datos de las Encuestas de demografía y salud, Colombia tendría en 2015 una tasa de mortalidad de 18 por mil n.v, superior a la de la meta propuesta (14 por mil n.v). Es urgente entonces reorientar la acción del Estado en el corto plazo, para mejorar las condiciones de salud y nutrición de las mujeres gestantes en el momento del parto y proteger al niño recién nacido para reducir la mortalidad perinatal, que corresponde a un alto porcentaje de las infantiles.

• Vacunación de la población infantil

Para el monitoreo de la vacunación en el país, se han seleccionado dos tipos de vacunas: la *vacuna triple viral*, que se aplica en una dosis al cumplir un año de edad; y protege contra el sarampión, la parotiditis y

CUADRO 4.4 MUERTES DE MENORES DE 5 AÑOS POR GRUPOS DE CAUSAS, SEGÚN AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. 2001
PORCENTAJE

Grupo de causas	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Vinculados
Infeciosas	13,2	18,8	21,4
Tumores	2,5	1,8	0,9
Cardiovasculares	2,0	1,6	0,9
Afecciones perinatales	45,4	39,4	42,0
Accidentes y lesiones	3,9	6,0	5,2
Otras enfermedades	9,0	14,0	16,3
Malformaciones	23,1	16,9	11,7
Signos y síntomas mal definidos	1,0	1,6	1,7
Total muertes	100,0	100,0	100,0

Fuente: Dane, datos de defunción, 2001.

CUADRO 4.5 MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR GRUPOS DE CAUSAS, SEGÚN EDAD. 2001
PORCENTAJE

Grupo de causas	Muertes neonatales tempranas	Muertes neonatales tardías	Muertes post neonatales	Muertes post infantiles
	(< 7 días)	(7 a 29 días)	(1 y 11 meses)	(1 a 4 años)
Infeciosas	0,9	9,0	37,8	26,7
Tumores	0,1	0,3	0,7	6,2
Cardiovasculares	0,0	0,5	2,2	2,8
Afecciones perinatales	81,8	65,8	5,2	0,3
Accidentes y lesiones	0,6	1,0	6,8	26,7
Otras enfermedades	0,2	2,4	27,9	26,8
Malformaciones	16,2	20,1	15,5	6,8
Signos y síntomas mal definidos	0,2	1,0	3,9	3,5
Total muertes	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Dane, datos de defunción, 2001.

la rubéola, y la *DPT*, que se aplica en multidosis a partir de los dos meses de edad y confiere protección contra la difteria, el tétanos y la tosferina.

En Colombia las coberturas de vacunación con la triple viral han permanecido por debajo del 95% desde 1990 (Gráfico 4.3). En 1995 y 2002 se lograron los niveles más altos de cobertura, mientras que entre 1998 y 2000 fueron críticos. Existen diferencias en los rangos de cobertura por departamentos. En 2002 los porcentajes más bajos de vacunación con triple viral se presentaron en Amazonas, Guaviare, Boyacá, Nariño, Meta, Magdalena, Arauca y Vaupés, lo que supone una alta proporción de susceptibles y un alto riesgo de transmisión de estos eventos (Cuadro D.3).

Las coberturas de vacunación con DPT son históricamente más bajas que las observadas para triple viral en la mayoría de departamentos. En 1998 se

⁶ Las tasas se calcularon teniendo como denominador los nacidos vivos registrados de acuerdo con la información de estadísticas vitales del Dane. Para el período 1990-1997 no se dispone de una buena estimación del denominador, que haga comparables las dos series. Esta cifra es inferior a la presentada en el Cuadro 4.6, calculada con base en la Encuesta nacional de demografía y salud de 2000. No son comparables, porque la estimación del Dane se hace con datos registrados sin ajuste por cobertura para los últimos cuatro años, y la basada en la encuesta de Profamilia se hace para diez años por método indirecto.

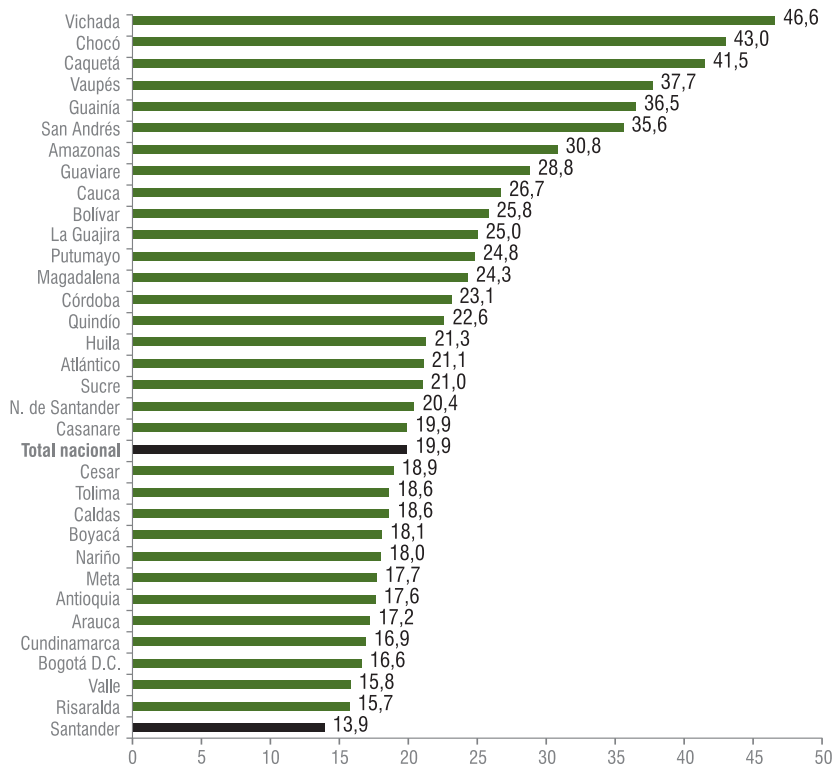
CUADRO 4.6 TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL. TOTAL NACIONAL. POR REGIONES Y NIVEL EDUCATIVO TASA POR MIL NACIDOS VIVOS

Subgrupos	Período 1985 - 1995			Período 1990 - 2000		
	Tasa	Intervalo de confianza*		Tasa	Intervalo de confianza*	
		-2 EE	+2 EE		- 2 EE	+2 EE
Total país	30,8	26,7	35,0	24,4	20,8	28,0
Zona						
Urbana	28,3	23,4	33,3	21,3	17,3	25,3
Rural	35,2	27,6	42,7	31,1	23,8	38,3
Región						
Atlántica	33,4	25,8	41,1	29,4	22,6	36,2
Oriental	29,8	21,9	37,6	19,9	13,4	26,3
Central	36,3	28,0	44,6	23,8	17,0	30,7
Pacífica	39,0	27,5	50,5	28,7	19,4	38,0
Bogotá	26,3	16,2	36,3	17,1	8,4	25,7
Nivel educativo						
Sin educación	27			42		
Primaria	37			28		
Secundaria	29			21		
Universidad	7			14		

* El intervalo de confianza de la estimación se hace al 95% (se encuentra entre -2 desviaciones estándar (EE) o límite inferior, y +2 EE o límite superior). Esto significa que el valor estimado, o media poblacional, oscila en este intervalo.

Fuente: Profamilia, Encuesta nacional de demografía y salud, 1995: 98 y Encuesta, 2000: 98 y 256.

GRÁFICO 4.2 MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO. POR DEPARTAMENTO PROMEDIO. 1998-2001 TASA POR MIL NACIDOS VIVOS



Fuente: Dane, Sistema de estadísticas vitales, 1998- 2001.

reportó el nivel más bajo y posteriormente éste se incrementó (Gráfico 4.3). En 2002 las coberturas más bajas se presentaron en Guainía, Amazonas, Vaupés, Guaviare, Nariño, Norte de Santander, Cauca y Bolívar. Es importante anotar que en los departamentos hay desigualdades en los niveles de cobertura, esto significa que existen grupos de población en alto riesgo de transmisión de estos eventos (Cuadro D.4).

POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS

El Objetivo 4 se refiere a la reducción en dos terceras partes de la mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015, meta a la que se comprometieron la totalidad de los países firmantes. Teniendo en cuenta las condiciones específicas de Colombia, el país definió tres metas:

- Reducir la mortalidad en menores de 5 años de 37 a 17 muertes por mil n.v
- Reducir la mortalidad en menores de un año de 31 a 14 muertes por mil n.v
- Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en menores de 5 años en 95% en todos los municipios y distritos del país.

Para el cumplimiento de estas metas, el Conpes No. 91 “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio” plantea las siguientes estrategias:

1. Incrementar de manera progresiva la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud, promoviendo la focalización de los subsidios para la población menor de 5 años, las mujeres gestantes y las mujeres en edad fértil, tanto en zonas rurales como urbanas
2. Mejoramiento en el acceso y la calidad de la atención de los servicios materno infantiles
3. Fortalecer la vigilancia en salud pública sobre los eventos que afectan la salud infantil
4. Implementar, evaluar y fortalecer las iniciativas intersectoriales y sociales en el ámbito municipal, para mejorar la nutrición de la población infantil y de las mujeres gestantes y lactantes.

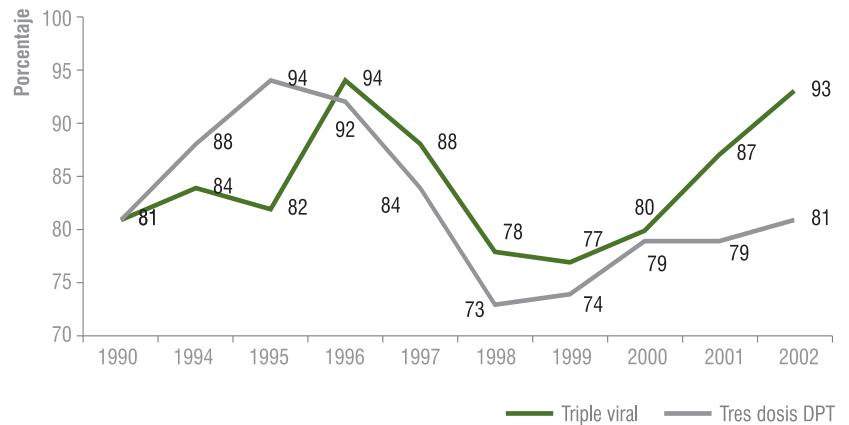
La primera estrategia fundamental consiste en incrementar de manera progresiva la cobertura de la afiliación a la seguridad social de salud, promoviendo la focalización de los subsidios para la población menor de 5 años, las mujeres gestantes y aquellas en edad fértil.

En la medida en que se garantiza la protección financiera a través del seguro de salud, resulta esencial la segunda estrategia para mejorar el acceso efectivo a las atenciones que garantizan la protección de su salud o su mejoramiento. Para ello se deberá impulsar:

- Adecuada, oportuna y continua atención del embarazo, parto y puerperio
- Información efectiva y permanente para la población sobre los contenidos de los planes de beneficios, a los que tienen derecho los afiliados a la seguridad social en salud
- Eliminación de barreras funcionales y administrativas para el acceso a los servicios de salud
- Desarrollo y mejoramiento de la atención materno-infantil, de acuerdo con el régimen de afiliación
- Vigilancia y control sobre el cumplimiento y calidad de las intervenciones definidas como básicas para esta población
- Acceso efectivo e inclusión de la población menor de 5 años a las intervenciones de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, de acuerdo con los esquemas de intervención definidos en las normas
- Estrategias que reduzcan las oportunidades perdidas en el acceso, y permitan la intervención oportuna de la población infantil, con énfasis en la afectación de las primeras causas de mortalidad en la niñez
- Articulación de estrategias nutricionales de intervención con la inmunización y el manejo eficaz de las enfermedades prevalentes en la infancia, incorporando la participación comunitaria en su implementación.

De igual modo, y en segundo lugar, con el fin de mejorar la calidad de la atención para población materno-infantil, se buscará:

GRÁFICO 4.3 NIÑOS DE UN AÑO VACUNADOS CON TRIPLE VIRAL Y TRES DOSIS DE DPT PORCENTAJE



Fuente: Los datos de 1990 son estimaciones realizadas con base en la Encuesta nacional de demografía y salud de Profamilia. Los datos corresponden a estimaciones subregionales. En la serie de triple viral, los datos de 1990, 1994 y 1995 corresponden a vacuna contra el sarampión, para los demás años se calcula con base en dosis de la triple viral. Los datos de 1994 al 2002 fueron reportados por el Instituto Nacional de Salud, con base en la información histórica del programa y el PAISOFT.

- Mejorar la capacidad del recurso humano en la atención integral y el manejo de los riesgos asociados con la mortalidad infantil
- Inducir la demanda de intervenciones de mayor impacto y costo-efectividad probada
- Seguir con la adhesión a los esquemas de detección de alteraciones, así como de los procesos terapéuticos en curso
- Diseñar mecanismos y promover la disposición oportuna y suficiente de insumos críticos para la atención, incluyendo medicamentos para el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia
- Coberturas de vacunación útiles, con los biológicos del Plan ampliado de inmunizaciones (PAI).

En tercer lugar, con el fin de fortalecer la vigilancia en salud pública sobre los eventos que afectan la salud infantil, el acceso y la calidad de las intervenciones, se propone:

- Generar y consolidar modelos para la vigilancia en salud pública de las coberturas de vacunación y de las demás intervenciones de protección específica y detección temprana

- Generar mecanismos de vigilancia de la calidad de la atención a la población infantil, así como de sus condiciones de acceso
- Implementar estrategias de seguimiento a los compromisos del país en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Asimismo, con este mismo fin, se promoverán iniciativas que permitan mejorar la competencia de la familia para proteger la vida y la salud del recién nacido y generar las condiciones necesarias para su adecuado desarrollo durante la infancia. Para ello, se buscará:

- Desarrollar iniciativas de enfoque comunitario orientadas a mejorar las competencias de las familias en la prevención y manejo primario de las enfermedades diarreica, respiratoria aguda y el cuidado integral del desarrollo
- Acciones intersectoriales a favor de la capacidad de intervención autónoma y el *empoderamiento* de las mujeres y madres en el contexto familiar y social, que repercuten de manera directa en la salud y desempeño de la población infantil
- Políticas públicas conducentes a mejorar la seguridad vial y a fortalecer la protección de la población infantil en las vías públicas para la prevención de accidentes viales en la infancia
- Estrategias de información y educación para la prevención de accidentes en el hogar durante la primera infancia
- Implementar y evaluar iniciativas intersectoriales y sociales en el ámbito municipal para reducir el maltrato infantil.
- Promover la acción decidida y permanente de la sociedad para proteger la vida de los niños.

La cuarta estrategia se propone implementar, evaluar y fortalecer las iniciativas intersectoriales y sociales en el ámbito municipal, para mejorar la nutrición de la población infantil y de las mujeres gestantes y lactantes. En este campo se hará:

- Promover, proteger y apoyar a la lactancia materna temprana y exclusiva en los ámbitos laborales, institucionales, hospitalarios y comunitarios

- Implementar y evaluar estrategias de seguridad alimentaria y apoyo nutricional, condicionada a logros efectivos en el estado nutricional de los menores de 5 años
- Adelantar acciones mejoradas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con las competencias institucionales y territoriales, con el fin de incidir en las causas de mortalidad.

Finalmente, fortalecer el registro de estadísticas vitales, como se expresa con más amplitud en el Objetivo 5 sobre salud sexual y reproductiva.

II COSTOS Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

Las estrategias planteadas para el cumplimiento de este objetivo, se incluirán en los planes nacionales de desarrollo y se promoverá su inclusión en los planes territoriales, de forma que se asegure la inversión del presupuesto nacional y territorial en el cumplimiento de este objetivo⁷.

Los costos para alcanzar los objetivos de salud se derivan de:

- Incrementar el aseguramiento en salud
- Mantener en niveles constantes el gasto en programas de salud pública y campañas de prevención, protección y promoción
- Priorizar el gasto disponible en subsidios de oferta para la atención materno infantil.

La fuente de financiación de este objetivo proviene de los recursos ordinarios de la nación, parafiscales, fondos especiales, recursos propios, Sistema general de participaciones y los recursos de las entidades territoriales aprobados en el Conpes No. 091.

El financiamiento programado (cuadros 4.7 y 4.8) corresponde al gasto en el PAI y otras acciones de promoción y prevención.

⁷ Las metas y las fuentes de financiación fueron proyectadas bajo el supuesto de un crecimiento anual de la economía de 4%, en 2005 y 2006, y de 6% anual a partir de 2007.

CUADRO 4.7 FINANCIAMIENTO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE MORTALIDAD INFANTIL
MILLONES DE PESOS A PRECIOS DEL 2005

Financiamiento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Recursos ordinarios de la nación	81.806	94.508	92.035	96.616	97.088	97.563	98.039	98.518	98.999	99.483	99.969	1.054.626

Fuente: DNP, Conpes No. 91 marzo de 2005.

CUADRO 4.8 FINANCIAMIENTO PROGRAMADO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS EN SALUD. ESTRATEGIA TRASVERSAL
MILLONES DE PESOS A PRECIOS DEL 2004

Financiamiento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Ampliación de cobertura en el régimen subsidiado	2.864.653	2.991.759	3.143.484	3.296.527	3.448.987	3.569.433	3.394.445	3.212.767	3.024.209	2.828.575	2.625.664	34.400.501
Recursos ordinarios de la nación	241.162	285.373	322.614	329.053	335.492	341.931	130.427	-	-	-	-	1.986.051
Parafiscales/fondos especiales/recursos propios	714.410	686.131	641.982	632.981	626.523	225.786	73.101	73.101	73.101	73.101	73.101	3.893.317
Sistema general de participaciones	1.695.354	1.828.873	1.987.506	2.143.111	2.295.590	2.810.335	2.999.535	2.948.284	2.759.726	2.564.092	2.361.181	26.393.587
Recursos de las entidades territoriales	213.728	191.382	191.382	191.382	191.382	191.382	191.382	191.382	191.382	191.382	191.382	2.127.547
Equiparación de los planes de beneficio	-	-	36.111	153.858	169.374	580.056	990.769	1.124.052	1.445.191	1.777.311	1.962.549	8.239.272
Parafiscales/fondos especiales/recursos propios	-	-	36.111	153.858	169.374	580.056	990.769	981.067	983.566	986.181	830.738	5.711.720
Sistema general de participaciones	-	-	-	-	-	-	-	142.985	461.625	791.130	1.131.811	2.527.552

Fuente: DNP, Conpes No. 91 marzo de 2005.

ANEXO ESTADÍSTICO D

CUADRO D.1 TASAS DE MORTALIDAD Y NÚMERO DE CASOS DE MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS POR DEPARTAMENTOS

Departamento	Número de muertes				Tasa de mortalidad (por mil nacidos vivos)				Período
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	
Vichada	69	61	66	52	83,9	60,4	63,4	57,5	65,7
Chocó	252	166	239	250	76,0	41,9	55,4	58,3	57,2
Caquetá	358	338	367	349	61,2	50,3	51,3	50,8	53,1
Vaupés	15	28	42	25	50,7	47,9	67,5	43,2	52,9
Guainía	24	32	37	15	51,4	70,4	59,7	26,2	51,2
San Andrés	19	133	21	17	16,7	124,7	20,1	17,5	45,1
Amazonas	51	48	36	51	43,8	42,2	27,8	39,9	38,2
Guaviare	31	38	71	68	23,9	25,3	45,5	42,7	35,0
Cauca	636	684	620	597	32,6	35,3	34,3	33,5	34,0
Bolívar	890	969	1.177	1.037	31,6	30,5	35,8	35,3	33,4
La Guajira	294	279	326	349	32,9	28,9	33,8	34,7	32,6
Putumayo	117	142	142	126	35,3	33,1	31,5	26,1	31,2
Magdalena	476	470	569	567	28,4	26,7	31,2	32,7	29,8
Córdoba	607	607	736	691	27,2	24,9	29,0	29,1	27,6
Quindío	260	270	223	228	27,8	29,5	22,8	23,8	26,0
Huila	544	592	540	548	27,2	26,2	24,7	24,9	25,8
Atlántico	902	911	1.151	1.198	23,8	21,8	26,5	30,0	25,6
Sucre	278	308	374	326	25,7	23,7	28,3	23,8	25,4
Norte de Santander	599	555	604	629	26,5	22,6	24,6	27,4	25,3
Casanare	162	133	121	125	34,6	22,5	20,9	21,4	24,4
Total nacional	17.612	17.724	18.492	17.564	24,4	23,7	24,5	24,2	24,2
Cesar	285	352	442	515	20,1	22,3	24,9	27,9	24,1
Tolima	652	587	683	617	25,8	21,1	25,3	23,2	23,8
Caldas	362	391	406	367	20,8	23,2	25,1	23,3	23,1
Boyacá	543	528	518	471	25,1	22,9	22,5	21,0	22,9
Nariño	390	455	462	450	21,2	23,6	22,6	21,8	22,3
Meta	334	297	334	296	25,1	20,3	23,0	19,8	22,0
Antioquia	2.136	2.184	2.371	2.119	21,4	21,2	22,9	21,4	21,8
Arauca	107	101	119	115	20,7	19,0	22,3	21,6	21,0
Cundinamarca	751	774	722	689	25,0	21,6	19,1	18,6	20,9
Valle	1.313	1.359	1.289	1.329	20,9	21,1	19,3	21,8	20,8
Bogotá	2.747	2.827	2.611	2.324	20,1	22,4	21,2	19,4	20,8
Risaralda	336	335	272	285	20,8	21,5	17,2	19,0	19,7
Santander	659	612	617	569	19,0	17,0	16,9	16,4	17,4

Fuente: Dane, Registro de estadísticas vitales, 1998- 2001.

CUADRO D.2 TASA DE MORTALIDAD Y NÚMERO DE MUERTES EN MENORES DE UN AÑO POR DEPARTAMENTOS

Departamento	Número de muertes				Tasa de mortalidad (por mil nacidos vivos)				Período
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	
Vichada	47	46	48	35	57,2	45,6	46,2	38,8	46,6
Caquetá	283	280	310	271	48,4	41,7	43,4	39,5	43,0
Choco	163	135	178	182	49,2	34,1	41,3	42,5	41,5
San Andrés	17	109	17	16	15,0	102,3	16,3	16,5	37,7
Guainía	14	29	25	9	30,0	63,9	40,4	15,8	36,5
Vaupés	9	17	28	20	30,4	29,1	45,0	34,6	35,6
Amazonas	41	40	31	38	35,2	35,2	23,9	29,8	30,8
Bolívar	754	850	1030	878	26,8	26,8	31,4	29,9	28,8
Guaviare	20	25	57	57	15,4	16,7	36,5	35,8	26,7
La Guajira	228	219	270	270	25,5	22,7	28,1	26,9	25,8
Cauca	455	506	466	441	23,3	26,2	25,8	24,8	25,0
Magdalena	388	386	484	472	23,1	22,0	26,6	27,3	24,8
Putumayo	90	108	119	94	27,2	25,2	26,5	19,5	24,3
Córdoba	504	513	618	579	22,6	21,1	24,4	24,4	23,1
Atlántico	772	810	1036	1061	20,4	19,4	23,9	26,6	22,6
Huila	433	506	442	458	21,6	22,5	20,3	20,8	21,3
Quindío	217	189	190	203	23,2	20,7	19,5	21,2	21,1
Sucre	231	259	308	268	21,4	20,0	23,3	19,6	21,0
Norte de Santander	450	452	505	522	19,9	18,4	20,6	22,8	20,4
Cesar	221	289	374	432	15,6	18,4	21,1	23,5	19,9
Total nacional	14178	14621	15367	14430	19,7	19,6	20,4	19,9	19,9
Tolima	520	459	549	480	20,6	16,5	20,4	18,1	18,9
Caldas	289	313	328	303	16,6	18,6	20,3	19,2	18,6
Casanare	117	109	94	94	25,0	18,4	16,2	16,2	18,6
Boyacá	416	418	414	383	19,2	18,2	18,0	17,1	18,1
Bogotá	2376	2458	2267	1997	17,4	19,5	18,5	16,7	18,0
Nariño	305	370	373	344	16,6	19,2	18,2	16,7	17,7
Antioquia	1691	1764	1951	1699	17,0	17,2	18,9	17,2	17,6
Cundinamarca	601	645	591	575	20,0	18,1	15,7	15,6	17,2
Meta	247	222	267	231	18,5	15,2	18,4	15,5	16,9
Valle del Cauca	1025	1105	1041	1066	16,3	17,2	15,7	17,5	16,6
Risaralda	271	260	215	243	16,8	16,7	13,7	16,2	15,8
Arauca	81	75	88	88	15,7	14,1	16,6	16,6	15,7
Santander	518	491	492	468	15,0	13,7	13,5	13,5	13,917,4

Fuente: Dane, archivo de defunción, 1998 - 2001.

CUADRO D.3 PORCENTAJE DE NIÑOS DE UN AÑO VACUNADOS CON TRIPLE VIRAL POR DEPARTAMENTOS

Departamento	1990			1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	VE %	-2 EE*/	+2EE*/	Porcentaje								
Amazonas	s.i.	s.i.	s.i.	81,0	80,0	81,0	76,7	57,5	50,6	34,4	48,9	72,8
Guaviare	78,7	s.i.	s.i.	93,0	47,0	137,7	85,2	109,8	118,1	48,1	85,9	74,0
Boyacá	78,4	0,54	100	86,0	86,0	58,6	82,0	68,9	70,9	73,3	77,4	74,9
Nariño	87,4	77,9	96,8	87,0	79,0	75,0	87,4	22,6	62,1	78,8	58,6	75,6
Meta	78,4	0,54	100	77,0	78,0	86,9	93,4	44,2	58,1	74,3	66,9	75,7
Magdalena	77,8	64,7	91	84,0	87,0	88,5	107,3	89,0	69,8	78,1	82,8	76,0
Arauca	78,7	s.i.	s.i.	43,0	90,0	83,8	83,1	49,7	61,7	74,5	56,3	77,5
Vaupés	78,7	s.i.	s.i.	62,0	16,0	53,3	47,7	77,6	62,5	64,4	59,7	77,6
Cauca	87,4	77,9	96,8	80,0	76,0	90,1	91,6	65,5	65,0	62,4	70,9	80,0
Guainía	s.i.	s.i.	s.i.	89,0	50,0	80,4	49,3	37,5	39,2	26,8	114,5	80,2
Santander	94,7	89	100	97,0	88,0	93,0	79,3	42,5	61,2	67,8	80,9	81,7
Vichada	s.i.	s.i.	s.i.	52,0	64,0	56,3	84,3	29,3	80,8	100,7	38,6	82,1
Casanare	78,7	s.i.	s.i.	92,0	94,0	85,5	86,3	85,8	79,9	84,4	77,2	82,7
Bolívar	79,1	71,3	86,9	81,0	90,0	73,6	83,6	103,9	57,4	77,8	73,2	83,6
Sucre	79,1	71,3	86,9	31,0	85,0	92,0	86,5	69,3	87,4	71,2	91,2	84,9
Choco	87,4	77,9	96,8	90,0	73,0	128,0	91,3	100,6	69,6	65,5	75,4	85,6
Norte de Santander	94,7	89	100	83,0	97,0	92,6	85,9	55,5	81,7	77,3	80,7	85,9
Caquetá	87,4	75,5	99,4	99,0	101,0	91,1	105,3	81,1	80,9	85,6	105,6	86,6
Bogotá	74,7	66,5	82,8	86,0	84,0	67,5	85,3	98,4	87,9	71,0	89,6	87,0
Putumayo	78,7	s.i.	s.i.	69,0	55,0	61,1	79,7	64,8	73,8	51,7	60,5	91,8
Quindío	75,7	65,9	85,4	82,0	92,0	89,3	106,5	74,5	80,8	87,0	97,1	93,1
Total nacional	81,2	77,1	85,3	84,0	82,0	93,5	88,0	78,0	76,8	79,5	87,4	93,3
Huila	87,4	75,5	99,4	80,0	0,0	174,6	94,4	99,6	71,5	92,3	103,9	96,5
Risaralda	75,7	65,9	85,4	80,0	76,0	83,6	96,4	67,3	59,1	74,2	78,8	98,0
Antioquia	86,1	74,1	98,2	109,0	92,0	98,5	97,0	93,4	80,6	95,3	92,3	102,0
Valle	77,9	57	98,7	67,0	78,0	109,4	88,0	68,4	61,5	82,5	106,0	102,3
Cesar	77,8	64,7	91	73,0	56,0	102,0	96,3	71,3	85,4	80,3	86,7	102,7
Cundinamarca	78,4	0,54	100	93,0	87,0	109,9	82,9	84,7	87,1	87,6	94,7	103,0
Tolima	87,4	75,5	99,4	80,0	86,0	130,3	89,1	93,1	77,2	105,8	100,8	103,8
Atlántico	80,2	69,5	90,9	82,0	60,0	69,4	84,1	142,7	64,6	80,7	94,3	106,8
La Guajira	77,8	64,7	91	84,0	84,0	0,0	65,2	56,3	53,7	76,6	93,0	111,7
Caldas	75,7	65,9	85,4	92,0	92,0	93,3	91,5	88,3	94,2	76,2	86,0	112,8
San Andrés	s.i.	s.i.	s.i.	74,0	72,0	0,0	57,8	52,5	100,2	99,1	72,8	114,2
Córdoba	79,1	71,3	86,9	60,0	84,0	90,8	105,5	76,4	95,3	86,9	89,2	133,0

s.i.: sin información.

* El intervalo de confianza de la estimación se hace al 95% (se encuentra entre -2 desviaciones estándar (EE) o límite inferior, y +2 EE o límite superior). Esto significa que el valor estimado, o media poblacional, oscila en este intervalo.

Fuente: Los datos de 1990 son estimaciones realizadas con base en la Encuesta nacional de demografía y salud de Profamilia. Los datos corresponden a estimaciones subregionales. Los datos de 1990, 1994 y 1995, hacen referencia a vacuna contra el sarampión, para los demás años se calcula con base en dosis de la triple viral. Los datos de 1994 al 2003 fueron reportados por el Instituto Nacional de Salud, con base en la información histórica del programa y el PAISOFT.

CUADRO D.4 PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO VACUNADOS CON TRES DOSIS DE DPT, POR DEPARTAMENTOS

Departamento	1990			1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	VE %	-2 EE*/	+2EE*/	Porcentaje								
Guainía	s.i.	s.i.	s.i.	85,5	46,7	80,1	69,2	60,7	72,9	47,7	41,8	48,8
Amazonas	s.i.	s.i.	s.i.	75,4	90,6	69,9	91,2	50,3	50,4	30,8	42,7	53,9
Vaupés	77,7	s.i.	s.i.	31,7	19,5	22,7	37,9	38,0	42,5	45,1	35,1	56,6
Guaviare	77,7	s.i.	s.i.	79,0	55,0	55,4	61,2	84,6	68,6	42,3	72,3	63,9
Nariño	84,6	87,1	99,7	93,6	85,9	75,3	70,6	21,9	57,9	66,2	53,7	64,1
Norte de Santander	95,6	87,1	100	86,4	101,5	86,8	88,0	50,4	55,3	72,2	65,2	64,3
Cauca	84,6	87,1	99,7	90,3	95,0	79,9	73,4	57,3	55,9	55,5	63,0	68,3
Bolívar	81,7	71,2	92,1	83,7	96,4	86,1	88,1	102,4	65,7	74,7	69,6	68,7
Santander	95,6	87,1	100	108,6	95,3	89,9	70,9	37,4	77,4	68,8	69,9	71,0
Casanare	77,7	s.i.	s.i.	95,2	111,4	94,1	91,1	95,4	70,8	83,0	82,3	71,3
Arauca	77,7	s.i.	s.i.	57,4	121,6	76,0	86,0	55,7	70,1	55,0	70,3	71,6
Meta	68,1	52,7	83,5	84,8	88,4	79,2	95,0	50,1	56,9	75,1	63,1	72,4
Vichada	s.i.	s.i.	s.i.	47,3	75,3	44,6	59,9	23,4	79,3	79,3	28,1	72,4
Putumayo	77,7	s.i.	s.i.	55,8	65,8	62,0	60,3	55,3	74,6	55,1	56,4	72,5
Bogotá	86,1	79,7	92,5	83,7	93,1	95,3	86,5	78,3	75,3	71,3	79,1	73,1
Boyacá	68,1	52,7	83,5	89,2	77,0	69,3	93,2	72,6	61,3	80,4	72,7	75,0
Chocó	84,6	87,1	99,7	90,5	83,6	98,2	86,5	82,0	86,1	60,5	66,1	78,3
Total nacional	81	77,4	84,6	88,2	93,9	92,3	83,9	72,5	74,0	78,5	78,9	80,5
Antioquia	83,2	69,6	96,8	108,3	94,1	73,6	82,0	76,4	75,5	82,5	77,9	81,9
Cesar	71,2	58,9	83,5	75,8	71,6	101,4	94,9	73,3	85,0	89,1	85,0	82,5
Caldas	75,8	63,9	87,7	95,5	95,8	91,8	71,3	81,1	90,1	76,0	78,0	82,8
Magdalena	71,2	58,9	83,5	93,2	100,9	96,2	102,0	81,2	73,7	87,0	76,1	84,7
Quindío	75,8	63,9	87,7	83,7	102,3	81,3	102,1	71,2	93,2	77,8	81,5	86,5
Valle	83,3	72,8	93,8	71,9	87,0	90,5	81,5	67,7	71,1	86,2	98,6	88,8
Huila	75,9	62,6	89,2	89,3	102,3	90,2	92,7	106,5	68,7	100,6	98,4	89,0
Atlántico	84,4	75,2	93,7	82,5	67,5	80,1	77,9	145,8	109,9	78,4	90,8	89,3
Cundinamarca	68,1	52,7	83,5	90,1	87,7	92,6	84,4	88,0	86,2	90,0	85,2	90,4
La Guajira	71,2	58,9	83,5	100,3	96,8	84,4	67,8	62,9	52,8	76,3	74,6	92,3
Sucre	81,7	71,2	92,1	81,1	100,0	95,9	82,9	72,8	81,7	79,7	77,9	93,8
Córdoba	81,7	71,2	92,1	82,1	107,2	97,7	99,6	76,8	68,9	92,6	91,6	95,3
Risaralda	75,8	63,9	87,7	85,8	95,6	89,4	100,9	58,6	61,2	88,3	77,1	96,6
Caquetá	75,9	62,6	89,2	96,9	128,6	111,7	93,5	86,6	74,4	87,5	101,1	100,1
Tolima	75,9	62,6	89,2	88,9	114,9	99,6	76,2	115,0	87,2	102,6	101,9	101,8
San Andrés	s.i.	s.i.	s.i.	68,5	67,6	81,1	83,0	61,7	96,7	86,0	73,3	109,0

* El intervalo de confianza de la estimación se hace al 95% (se encuentra entre -2 (desviaciones estándar) o límite inferior, y +2 EE o límite superior). Esto significa que el valor estimado, o media poblacional, oscila en este intervalo.
Fuente: Los datos de 1990 son estimaciones realizadas con base en la Encuesta nacional de demografía y salud de Profamilia. Los datos para el período 1994-2003 fueron reportados por el Instituto Nacional de Salud con información histórica del programa y el PAISOFT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Naciones Unidas. 2002. Quincuagésimo séptimo período de sesiones. Asamblea General. Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio: aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Informe del Secretario General Tema 44 del programa provisional. 31 de julio.

Naciones Unidas. 2003. Informe sobre desarrollo humano 2003. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Nueva York: 357.

Ordóñez, Myriam; Murad, Rocío. 2002. La salud de los menores de 5 años en Colombia. *Encuesta nacional de demografía y salud 2000*. Profamilia-UNFPA. Bogotá: 67-69.

Profamilia. 2000. Encuesta nacional de demografía y salud:98.

Szasz Pianta, Ivonne. 1998. Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil. *En: J.G. Figueroa (ed) La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México DF. El Colegio de México: 313-331.