

BOLETÍN 5

# DISCAPACIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA: UNA REALIDAD INCIERTA EN COLOMBIA



de cero  
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA



BOLETÍN 5

# DISCAPACIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA: UNA REALIDAD INCIERTA EN COLOMBIA



ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

**Boletín 5**  
**DISCAPACIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA:**  
**UNA REALIDAD INCIERTA EN COLOMBIA**

COORDINACIÓN DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

COMPILACIÓN Y PRODUCCIÓN DEL TEXTO FINAL

EDICIÓN

CORRECCIÓN DE ESTILO

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

IMPRESIÓN

BOGOTÁ D.C., COLOMBIA  
Marzo de 2013  
ISBN 152152







## Créditos de las fotografías

**César Carrión** (Secretaría de Prensa, Presidencia), pág. 11 y 14

**Luisa Fernanda Juliá** (Alta Consejería Presidencial para Programas Especiales)  
portada, pág. 23, 24 y 27

**Juan Gabriel Muñoz** (Oficina de Comunicaciones del ICBF), pág. 28

# TABLA DE CONTENIDO

## Discapacidad en la primera infancia: una realidad incierta en Colombia ..... 13

- **Tabla 1.** Población censada en primera infancia con alguna limitación permanente. .... 16

## Caracterización de la discapacidad ..... 16

- **Tabla 2.** Población en primera infancia con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad ..... 17
- **Tabla 3.** Población de 0 a 5 años con limitaciones permanentes según tipo, 2005 ..... 18
- **Gráfica 1.** Prevalencia de los tipos de limitaciones permanentes entre la población con discapacidad, según Censo General 2005 y Encuesta de Calidad de Vida 2012 ..... 19
- **Gráfica 2.** Porcentaje de población en los hogares entrevistados en la ENDS, según tipo de discapacidad en el rango de 0 a 4 años. .... 20
- **Gráfica 3.** Principal estructura o función corporal afectada entre los niños y las niñas menores de 5 años con registro de discapacidad ..... 21

## **Prevención, detección y atención de la discapacidad en la primera infancia..... 23**

## Bibliografía ..... 31





# 5

**DISCAPACIDAD  
EN LA PRIMERA INFANCIA:  
UNA REALIDAD INCIERTA  
EN COLOMBIA**



## DISCAPACIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA: UNA REALIDAD INCIERTA EN COLOMBIA

La discapacidad, en general, se ha abordado históricamente desde varias perspectivas. Desde un punto de vista *médico biológico* se asume como un problema individual derivado de una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere, igualmente, cuidados médicos individuales. Desde una perspectiva social se entiende como un conjunto de condiciones, generalmente creadas por el entorno, que dificultan o impiden la participación de las personas con capacidades diferentes en las diferentes actividades de la vida social. Una tercera visión, derivada de la Gestión Social del Riesgo, la plantea como un *riesgo universal* al que están expuestas todas las personas, de modo que no se trata de una característica que marque su diferencia, sino de una condición inherente a todos los seres humanos<sup>1</sup>.

De la revisión de estos enfoques surge el modelo *biopsicosocial*, actualmente propuesto por Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud –CIF. De acuerdo con este modelo, la discapacidad “engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación”<sup>2</sup>, por lo que se trata de “un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social”<sup>3</sup>. La discapacidad es, entonces, “una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales”<sup>4</sup>, de manera que más que una condición de las personas, es un concepto relacionado con su desenvolvimiento en el entorno de acuerdo con sus características físicas, psicológicas y de

---

1 Estas aproximaciones conceptuales se encuentran en la *Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social*, “Documento Conpes Social 166 del 9 de Diciembre de 2013”, Bogotá, pp. 14-16.

2 Organización Mundial de la salud –OMS (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF*, Santander, p. 3.

3 *Ibidem*, Anexo 5, p. 258.

4 *Ibidem*, p. 3.

salud. Desde esta visión, “es posible establecer un lazo entre los distintos niveles (biológico, personal y social) que sustentan la discapacidad y desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos”<sup>5</sup>.



La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, promulgada en 2006, acoge esta perspectiva al plantear que “La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”<sup>6</sup>. En esta medida, los niños y las niñas con discapacidad corresponden a aquellos que presentan deficiencias a largo plazo en sus funciones o estructuras corporales y tienen limitaciones para desarrollar algunas actividades o participar de acciones propias de la vida social<sup>7</sup>.

Aunque el concepto muestra gran amplitud y complejidad en la literatura internacional, las cifras sobre el tema en Colombia, desafortunadamente, no muestran lo mismo. Por un lado, el Censo General de 2005, si bien ofrece información amplia sobre las condiciones de vida de la población con discapacidad, hoy en día está desactualizado y no permite hacer una lectura consistente con la perspectiva de la CIF. Por otro lado, el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad (en adelante RLCPD) pese a que cuenta con un conjunto amplio de variables y un robusto sistema de intercambio y ac-

<sup>5</sup> *Op. Cit.*, “Documento Conpes Social 166 de 2013”, p. 15, cita a la Organización Mundial de la salud –OMS (2001), *Evolución histórica de los modelos en los que se fundamenta la discapacidad*, Madrid, p. 8.

<sup>6</sup> Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad., Preámbulo, literal e).

<sup>7</sup> OMS y UNICEF (2013), “*El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate*”, Malta.

tualización de información<sup>8</sup>, tiene una limitada cobertura poblacional<sup>9</sup> y no permite dar cuenta de su situación global. Finalmente, algunas encuestas poblacionales, que hacen aproximaciones tímidas a la prevalencia de la discapacidad, arrojan resultados muy distintos a los del Censo o el RLCPD, lo cual no sólo ponen en duda su propia veracidad, sino también los resultados de éstas otras fuentes.

Con el ánimo de ilustrar esta situación, a continuación se revisan las cifras disponibles sobre discapacidad en la primera infancia en Colombia, de acuerdo a la información que brinda el Censo General 2005, el RLCPD (con corte a marzo de 2010), la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 y la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2012. El ejercicio busca mostrar que la información actual no permite conocerla dimensión exacta ni las características generales de la población con discapacidad en primera infancia en el país, lo cual exige fortalecer los sistemas de información existentes al respecto en función de soportar la toma de decisiones con mayor acierto para quienes tienen a su cargo las políticas.

Como complemento a lo anterior, se desarrolla una sección de reflexiones sobre prevención, la detección y la atención integral de la discapacidad en la primera infancia, con lo cual se busca proponer algunas recomendaciones para la política nacional dirigidas a reducir su prevalencia en el futuro, así como a garantizar que esta población reciba atención pertinente y oportuna de acuerdo con su condición. Con ello se pretende motivar un debate de gran importancia para la consolidación de la política pública de primera infancia en el país, pero sobre el cual, lastimosamente, versa poca información confiable.

---

<sup>8</sup> Desde octubre de 2010 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia asumió la administración del Registro, el cual se integró al Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO. Con esta medida se aumentó el número de variables de seguimiento de 100 a 200 y se robusteció su alimentación al relacionarlo con otras bases de datos de amplia cobertura como el Registro Único de Afiliados a la Seguridad Social – RUAF, la Planilla Integrada de Aportes a la Seguridad Social – PILA y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, entre otras.

<sup>9</sup> *Op. Cit.*, “Documento Conpes Social 166 de 2013”, p. 20, De acuerdo con este documento, la cobertura del Registro mostraba un total de 981.181 personas a mayo de 2013, que representan el 37,4% de las personas con discapacidad identificadas en el Censo.

## Caracterización de la discapacidad

Una primera aproximación al tamaño de la población con discapacidad en la primera infancia la ofrece el Censo General en Colombia para el 2005. De acuerdo con esta fuente, para dicho año existían 96.273 niños y niñas menores de 5 años con algún tipo de discapacidad, los cuales representaban el 2,0% de la población en esta edad. La distribución por zona geográfica mostraba entonces que dos terceras partes, es decir, el 66,4% de los niños y las niñas con discapacidad, vivían en cabeceras urbanas, mientras que el restante 33,6% habitaba en zona rural (ver [Tabla 1](#))<sup>10</sup>.

**Tabla 1. Población censada en primera infancia con alguna limitación permanente**

Edad	Total	Acumulada	Cabecera	Acumulada	Resto	Acumulada
0 años	19.014	19.014	11.749	11.749	7.264	7.264
1 año	16.086	35.100	10.152	21.901	5.934	13.198
2 años	14.063	49.163	9.696	31.597	4.366	17.564
3 años	13.898	63.061	9.543	41.140	4.356	21.920
4 años	16.482	79.543	11.525	52.665	4.957	26.877
5 años	16.730	96.273	11.253	63.918	5.477	32.354
%	-		66,4%		33,6%	

Fuente: DANE, Censo General, Colombia, 2005.

Por su parte, el RLCPD, creado después del Censo para conocer y hacer seguimiento periódico a la situación de vida de esta población, mostraba apenas 23.004 niños y niñas menores de 5 años registrados con discapacidad a marzo de 2010<sup>11</sup>, los cuales representaban tan solo el 0,4% del total de la población en esta franja y apenas un 23,9% de la

<sup>10</sup> Lamentablemente el sistema de consulta no permite cruzar al mismo tiempo la condición de discapacidad con la edad y el sexo, por lo cual no es posible establecer una distribución por género de esta población a partir de esta fuente. DANE, “Censo General”, Bogotá, 2005, [en línea], disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/sistema-de-consulta>, recuperado: marzo de 2014.

<sup>11</sup> Esta fecha es la última disponible para el registro por parte del DANE en el 2005. Lamentablemente no se logró acceder a información más actualizada a través de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social en el 2014.

población con discapacidad identificada en el Censo. La desagregación por sexo arrojaba un 55,8% para los niños y un 44,2% para las niñas, mientras que la distribución por zona de residencia mostraba un 71,5% en cabeceras y un 28,5% en el resto del territorio, del cual el 10,1% estaba en centro poblado y el 18,4% en zona rural dispersa (ver [Tabla 2](#)).

**Tabla 2. Población en primera infancia con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad**

Grupo de edad	Total	Cabecera	Centro poblado	Rural disperso	Hombres	Mujeres
Menores de tres	10.497	7.447	1.105	1.945	5.780	4.717
3 a 4 años	12.507	8.998	1.222	2.287	7.055	5.452
Total	23.004	16.445	2.327	4.232	12.835	10.169
Porcentaje	-	71,5%	10,1%	18,4%	55,8%	44,2%

Fuente: DANE Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad, Bogotá, Marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía.

Un tercer dimensionamiento, un poco más actualizado, se puede extraer de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2012, que proyecta un total de 48.208 niños y niñas menores de 5 años con alguna discapacidad, cuya incidencia sobre el total de la población en esta edad es de 1,2%<sup>12</sup>.

Como se puede observar, estas fuentes ofrecen información divergente, tanto en términos de tamaño, como de ubicación geográfica de los niños y las niñas menores de 5 años con discapacidad. Frente al primer aspecto, el tamaño, las cifras oscilan entre un 1,2% y un 2,0% de prevalencia de la discapacidad en la primera infancia (sin considerar el resultado del RLCPD debido a su baja cobertura), lo cual impide afirmar con certeza el nivel de población con discapacidad. Frente al segundo aspecto, la ubicación geográfica, el mayor porcentaje de rurali-

<sup>12</sup> Op. Cit., "Documento Conpes Social 166 de 2013", Anexo 2.9, p. 59.

dad que arroja el Censo con respecto al RLCPD parece sugerir un sesgo en esta última fuente hacia la recolección de información en las zonas urbanas, el cual pone en duda su resultado y genera incertidumbre sobre la prevalencia de la discapacidad en ambas zonas.

Más allá del tamaño, también son divergentes e imposibles de comparar las distribuciones que hace cada fuente sobre los tipos de discapacidad. Por un lado, el Censo clasifica la población desde la perspectiva de limitaciones para el uso de los sentidos y desarrollar movimientos corporales, de modo que las respuestas no son mutuamente excluyentes, sino que un mismo niño o niña puede presentar varios tipos de limitaciones al mismo tiempo. Los resultados muestran que las limitaciones para bañarse por sí mismos, hablar, caminar y otros tipos predominan con porcentajes superiores al 30%, mientras que las demás limitaciones consideradas en el Censo presentan prevalencias menores a 20% (ver [Tabla 3](#)).

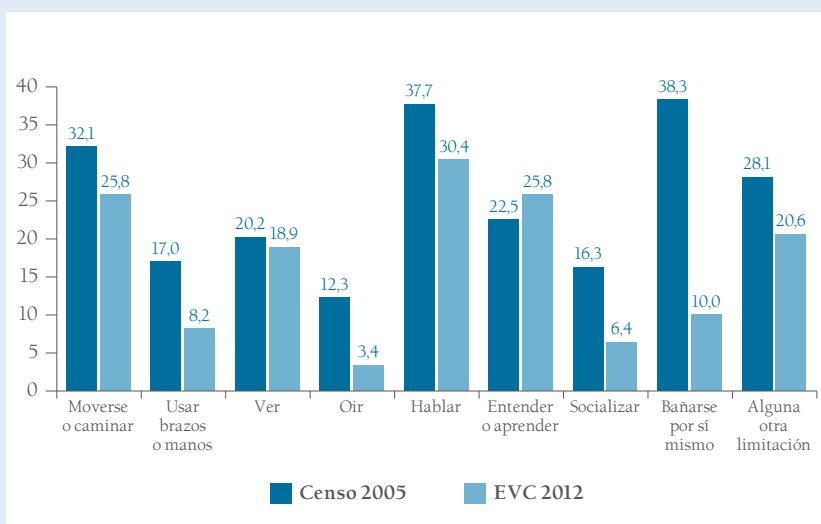
**Tabla 3. Población de 0 a 5 años con limitaciones permanentes según tipo, 2005**

Edad	Caminar	Usar brazos o manos	Ver	Oír	Hablar	Aprender	Socializar	Bañarse por sí mismo	Alguna otra limitación
0 años	9.046	4.819	2.893	2.545	9.782	6.545	4.791	12.107	4.906
1 año	4.995	1.917	1.909	1.485	5.524	2.991	2.054	8.212	4.184
2 años	4.198	1.867	2.082	1.483	4.230	2.448	1.700	5.499	3.591
3 años	4.006	2.215	2.995	1.675	5.081	2.775	2.031	3.616	4.910
4 años	4.451	2.616	4.300	2.201	5.939	3.297	2.294	3.891	5.193
5 años	4.201	2.926	5.295	2.490	5.718	3.600	2.833	3.519	4.225
<b>Total</b>	<b>30.897</b>	<b>16.360</b>	<b>19.474</b>	<b>11.879</b>	<b>36.274</b>	<b>21.656</b>	<b>15.703</b>	<b>36.844</b>	<b>27.009</b>
<b>%</b>	<b>32,1%</b>	<b>17,0%</b>	<b>20,2%</b>	<b>12,3%</b>	<b>37,7%</b>	<b>22,5%</b>	<b>16,3%</b>	<b>38,3%</b>	<b>28,1%</b>

Fuente: DANE, Censo General, Bogotá 2005.

Esta forma de clasificación orientada por las limitaciones se emplea en la ECV de 2012, en la cual predominan el mismo tipo de limitaciones indicadas en el Censo General, pero con prevalencias muy diferentes en casi todos los tipos de discapacidad (ver [Gráfica 1](#)).

**Gráfica 1. Prevalencia de los tipos de limitaciones permanentes entre la población con discapacidad, según Censo General 2005 y Encuesta de Calidad de Vida 2012**



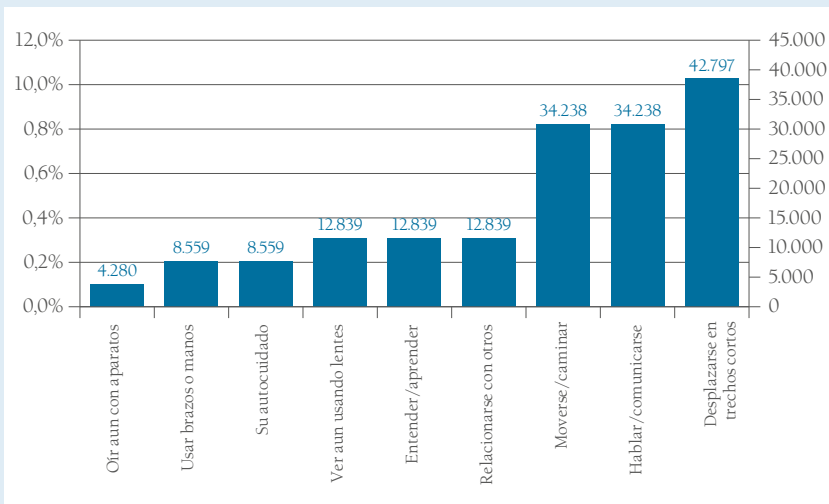
Fuente: DANE, Censo General 2005 y “Encuesta de Calidad de Vida 2012”.

Por su parte, la ENDS en 2010, también estima unas proporciones de población por tipo de discapacidad y emplea categorías similares a las del Censo General y la ECV, aunque introduce algunas variaciones: los resultados para el rango de 0 a 4 años<sup>13</sup> muestran que el mayor porcentaje de niños y niñas con discapacidad manifiesta dificultades para desplazarse en trechos cortos, moverse, caminar, hablar o comunicarse, mientras que las demás categorías participan con incidencias menores al 0,3% de la población (ver Gráfica 2). Como se puede notar, las mayores prevalencias de la ENDS coinciden en general con las del Censo General y las de la ECV, aunque hay diferencias muy marcadas como la separación que hace la ENDS entre “desplazarse en trechos cortos” y “moverse/caminar” o la baja prevalencia que presenta la categoría “autocuidado” frente a la de “bañarse por sí mismo” del Censo General, a la cual se podría equiparar.

<sup>13</sup> Nótese que los resultados del Censo y de la ECV corresponden al rango 0 a 5 años.

Al multiplicar los porcentajes de prevalencia de cada tipo de discapacidad de la ENDS por el total de población de 0 a 4 años proyectada para 2010, se obtiene una aproximación de la población con discapacidad en términos absolutos que se puede comparar con el Censo General (ver Gráfica 2). El contraste permite ver que ambas fuentes convergen en la cantidad de niños y niñas que presentan dificultades para hablar: 36.274 en el Censo General y 34.238 en la ENDS o para moverse: 30.897 Censo General y 34.238 ENDS; pero en el resto de categorías, relacionadas con la visión, el oído, el autocuidado y la posibilidad de usar brazos o manos, los valores calculados por ambas fuentes son diametralmente distintos (ver [Tabla 3](#) y [Gráfica 2](#)).

**Gráfica 2. Porcentaje de población en los hogares entrevistados en la ENDS, según tipo de discapacidad en el rango de 0 a 4 años**

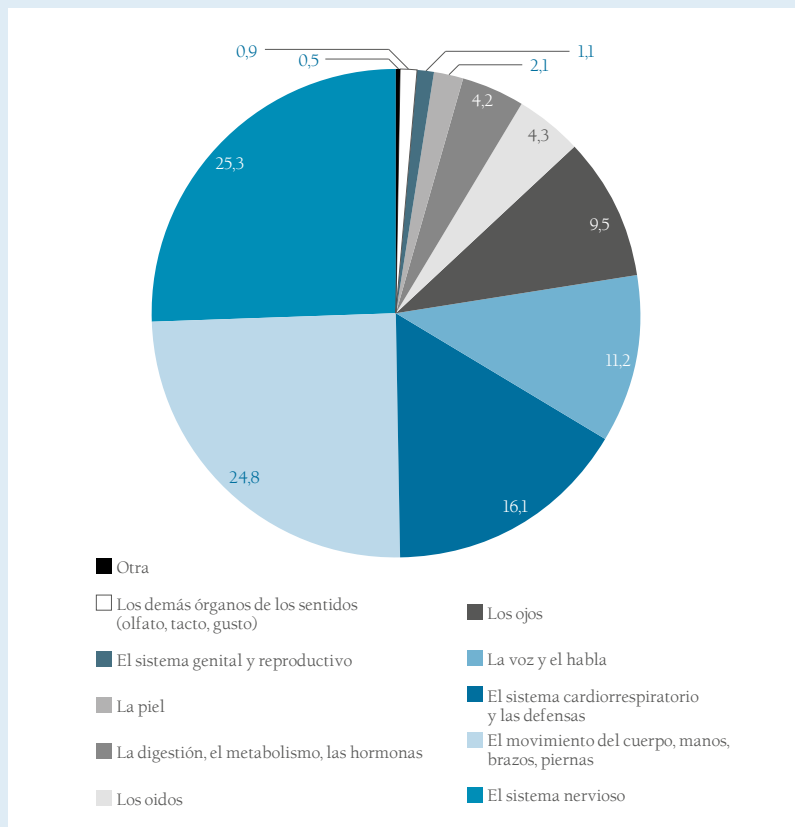


Fuente: ENDS 2010, Capítulo 3, Cuadro 3.18.1 Cálculos de población basados en las proyecciones del DANE para 2010.

Por su parte, el RLCPD clasifica la discapacidad a partir de la *principal función corporal afectada*, por lo cual, en este caso, a diferencia de las fuentes anteriores, las respuestas son mutuamente excluyentes, lo que significa que una persona sólo puede presentar un tipo de disca-

pacidad en esta clasificación. Los resultados muestran que la mitad de las discapacidades en la primera infancia están asociadas al sistema nervioso, correspondiente a un 25,3%, y al movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas, correspondiente a un 24,8%; una cuarta parte se asocia a afectaciones al sistema cardio-respiratorio y las defensas con un 16,1% , junto con las limitaciones de la voz y el habla de un 11,2%, y la otra cuarta parte, se distribuye entre las demás funciones corporales afectadas y contempladas en el registro (ver Gráfica 3).

**Gráfica 3. Principal estructura o función corporal afectada entre los niños y las niñas menores de 5 años con registro de discapacidad**



Fuente: DANE, “Registro para la Localización y Caracterización de las personas con Discapacidad”, Dirección de Censos y Demografía. Bogotá, Marzo 2010.

Tal como se observa, los tipos de discapacidad identificados por el RLCPD difieren totalmente de los sugeridos en el Censo, la ECV y la ENDS, debido a que parten de puntos de vista distintos: mientras el RLCPD identifica la discapacidad a partir de las *funciones o estructuras corporales afectadas*, las otras fuentes lo hacen a partir de *las limitaciones para hacer o participar de actividades*, lo que significa que en cada caso se caracteriza a la discapacidad desde el punto de vista de uno sólo de los componentes de la CIF. En consecuencia, la eventual aplicación del modelo biopsicosocial en la caracterización de la discapacidad en Colombia exigiría integrar ambos tipos de clasificación en una sola fuente de información, para lo cual, la más apropiada sería el RLCPD debido al mayor potencial de fortalecimiento que presenta tras integrarse al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este panorama permite afirmar que las discapacidades predominantes en la primera infancia son aquellas asociadas al movimiento y el desplazamiento, el habla y la realización de actividades con asistencia, lo cual coincide en general con las mayores deficiencias asociadas al sistema nervioso, el movimiento de extremidades y el alto porcentaje de afectación en la voz y el habla que muestra el RLCPD. No obstante, no se puede dar una cifra certera en términos absolutos ni proporcionales sobre la prevalencia de estas discapacidades en la primera infancia, debido a que cada fuente arroja estimaciones totalmente diferentes; tampoco se pueden derivar conclusiones acerca de los demás tipos de discapacidad debido a que los resultados varían significativamente entre las fuentes. Dada esta situación, sólo resta extender un llamado para que el RLCPD amplíe el conjunto de información de seguimiento acerca de la población con discapacidad y se consolide como la fuente oficial de información sobre el tema, de modo que permita superar las dificultades aquí señaladas y ofrezca una visión más amplia del concepto y las características de la discapacidad en el país.

## Prevención, detección y atención de la discapacidad en la primera infancia

De acuerdo con el RLCPD, del total de personas identificadas con discapacidad manifiesta, las causas se deben a: un 10,3% a alteraciones genéticas y factores hereditarios, un 4,9% a condiciones de salud de la madre durante el embarazo, un 2,9% a complicaciones durante el parto y un 1,1% a dificultades en la prestación de servicios de salud. En suma, se tiene que para una de cada 5 personas con discapacidad, equivalentes al 19,5%, su origen reside en condiciones asociadas a la preconcepción, la gestación y el parto, por lo cual es posible sugerir acciones que permitan reducir su prevalencia a causa de estos motivos.



La posible generación de discapacidades asociadas a la pre-concepción se da principalmente por factores genéticos o conductas de alto riesgo. Por ejemplo, la incompatibilidad sanguínea puede acarrear un desarrollo deficiente de los anticuerpos del bebé, producir desnutrición materna, bajo peso al nacer, alta presión arterial y generar complicaciones a la hora del parto, las cuales pueden llegar a generar discapacidades físicas o cognitivas. Para evitar esta situación, se recomienda que hombres y mujeres conozcan su tipo de sangre antes de ser padres

o madres, y en caso de presentarse la incompatibilidad sanguínea se realicen oportunamente las inmunizaciones requeridas a la madre gestante, de acuerdo con la recomendación médica<sup>14</sup>.



También es importante promover que se planee la gestación para que no ocurra en los extremos del ciclo reproductivo de la mujer, debido a que ello implica mayores riesgos en términos de salud y condiciones genéticas para el bebé. De un lado, el embarazo en la adolescencia implica una mayor probabilidad de hipertensión, preeclampsia, placenta previa, anemia materna, bajo peso al nacer, prematuridad, ictericia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis y algunos defectos congénitos, que en general representan situaciones riesgosas para la salud y el desarrollo del bebé. Del otro lado, las madres mayores de 40 años tienen una mayor probabilidad de concebir un niño o niña con Síndrome de Down, el cual

ocurre en uno de cada 106 nacimientos entre los 40 y los 44 años y en uno de cada 30 nacimientos después de los 45 años, incidencias que son muy superiores al promedio general, que se muestra en un nivel de un nacimiento con Síndrome de Down por cada 700 nacimientos. Además, los embarazos ocurridos a esta edad están mayormente asociados a otra serie de defectos congénitos debido a que la calidad de las células reproductivas disminuye considerablemente con respecto a edades inferiores de la mujer<sup>15</sup>.

Durante la gestación, la ingesta apropiada y suficiente de alimentos y micronutrientes es una medida esencial para reducir el riesgo de generar discapacidades, debido a que el bajo peso gestacional y las carencias de

<sup>14</sup> [en línea], disponible en: <http://www.prenatal.tv/web/index.php/consejos/prevenimos>, recuperada: el 28 de marzo de 2014.

<sup>15</sup> [en línea], disponible en: [http://www.pgdcem.com/terminologia/edad\\_materna\\_avanzada.html](http://www.pgdcem.com/terminologia/edad_materna_avanzada.html), recuperada: 14 de marzo de 2014.

ácido fólico, hierro, yodo, vitamina A y zinc están altamente relacionadas con la probabilidad de que los niños y las niñas presenten limitaciones en su desarrollo. Por un lado, las deficiencias de ácido fólico pueden ocasionar graves lesiones del sistema nervioso central, a través de lo que se conoce como el defecto de cierre del tubo neural, el cual se manifiesta en condiciones como la espina bífida o la anencefalia (desarrollo deficiente del encéfalo) y cuyas limitaciones al desarrollo son permanentes e irreversibles. Para evitar estas afectaciones y aumentar el impacto positivo del ácido fólico, se recomienda iniciar su consumo idealmente entre 6 y 3 meses antes de la gestación o, por lo menos, durante el primer trimestre de embarazo en caso de que no se pueda antes.

Por otro lado, cualquier deficiencia de yodo se manifiesta con consecuencias negativas y definitivas en el desarrollo cerebral y con alteraciones visuales, del lenguaje, cognitivas, motoras y de coordinación, debido a que éste es un componente esencial para la formación de las hormonas tiroideas, las cuales afectan el funcionamiento de todos los órganos del cuerpo y son fundamentales para el desarrollo del embrión y el feto. Así mismo, la carencia de hierro hace que los impulsos nerviosos del cerebro del bebé se transmitan más lentamente, lo cual puede ocasionar una pérdida permanente de su coeficiente intelectual y puede llegar a generar discapacidades. En este punto vale la pena advertir que entre más temprano ocurran las deficiencias nutricionales en la madre, más profundos son sus impactos sobre el desarrollo infantil, por lo cual es importante detectarlas y atenderlas oportunamente, aspecto por lograr a través de controles regulares de salud y acceso a suplementos nutricionales desde el primer trimestre de embarazo.

En la gestación, las enfermedades como varicela, rubéola, meningitis, sarampión, parotiditis, infecciones del oído, toxoplasmosis o eclampsia, también pueden generar potencialmente discapacidades, especialmente si están asociadas a altas fiebres o deshidratación. Del mismo modo, las enfermedades de transmisión sexual como el VIH, el herpes vaginal o la sífilis pueden dejar secuelas graves sobre el desarrollo, si no se tratan a tiempo y, por lo cual, es importante detectarlas y atenderlas oportunamente y con calidad.

De la misma manera, en el embarazo se debe evitar el consumo de sustancias psicoactivas o la exposición a sustancias tóxicas o radioactivas, dados sus efectos negativos sobre el desarrollo y su incidencia en el aumento de la discapacidad. Estudios relacionados con el consumo de cigarrillo y la salud han encontrado una asociación significativa entre fumar durante el embarazo y la presentación de complicaciones como abortos, nacimientos prematuros y bajo peso al nacer, así como su relación con el incremento a futuro de la incidencia de enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes, dislipidemias y muertes prematuras<sup>16</sup>. Por su parte, la exposición prenatal al alcohol se asocia con una amplia gama de alteraciones del funcionamiento viso-espacial, el aprendizaje verbal y no verbal y el funcionamiento motor, así como, con la microcefalia y reducciones desproporcionadas del cuerpo calloso, ganglios basales y el cerebelo<sup>17</sup>.

En la misma dirección, el consumo de drogas, como la cocaína, puede producir daños cerebrales en el desarrollo del feto, partos prematuros o bajo peso al nacer, además de otra serie de alteraciones generadoras de discapacidad. Por último, la automedicación y la exposición a sustancias tóxicas, minerales como plomo, mercurio y a gases y radiaciones peligrosas, también, pueden afectar gravemente el desarrollo fetal, por lo cual es necesario evitarlas en todas sus formas, especialmente en lugares donde la exposición a estas sustancias se multiplica, como en zonas de explotación minera.

En general, es importante procurar el mayor bienestar posible para la madre durante la gestación, no sólo en términos de la salud y la nutrición, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales y el contexto inmediato, debido a que su exposición a situaciones del alto estrés como violencia, ruidos, golpes, esfuerzos corporales desmedidos, tensiones, estrés laboral y demás situaciones negativas e indeseables, también, pueden llegar a ocasionar alteraciones en el

---

**16** Al respecto, puede consultarse: Revista de la Facultad de Medicina No. 3, Vol. 34 (Julio de 2006), Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

**17** Un mayor detalle de estudios asociados a estos aspectos puede consultarse en línea y están disponibles en: [www.prenatal.tv](http://www.prenatal.tv).



desarrollo de los niños y las niñas pueden ser potencialmente generadoras de discapacidades.

En los primeros años de vida, las principales causas de discapacidad en los niños y las niñas se asocian ante todo a factores nutricionales y accidentes. Por un lado, las carencias severas de micronutrientes como hierro, vitamina A y zinc, cuya ocurrencia es más frecuente entre los seis meses y los dos años de vida, pueden llegar a ocasionar pérdida de las capacidades cognitivas, aumentar el riesgo de enfermedades y muerte e incluso retrasar el crecimiento y el desarrollo neuronal. Por otro lado, accidentes como caídas, golpes contundentes, cortaduras, atragantamientos, ingesta de sustancias tóxicas, entre otros, también pueden generar alguna discapacidad o alterar el desarrollo infantil, por lo cual es necesario adoptar las prácticas básicas de cuidado y protección de los niños y las niñas en el hogar para contribuir a disminuir este tipo de situaciones. También es importante evitar el maltrato, el abuso y los actos asociados a la violencia colectiva y

el conflicto armado, como enfrentamientos armados, balas perdidas, minas antipersonales y artefactos explosivos, dado que son otras posibles causas generadoras de discapacidad que pueden atenderse a través de una política pública.



Con el fin de controlar todas estas situaciones, es importante implementar esquemas de atención que permitan detectar oportunamente las alteraciones al desarrollo antes, durante y después del nacimiento. En esta medida, la asistencia a controles prenatales, los controles de crecimiento y desarrollo y la visita regular al pediatra y a otros especialistas en la salud, la nutrición y el desarrollo psicológico constituyen una fuente importante de detección y atención oportuna de las alteraciones al desarrollo. Por ello, es importante insistir en la calidad y la cobertura universal de este tipo de atenciones, que deben estar garantizadas por el acceso básico a salud.

En el caso del desarrollo cognitivo y psicológico, hay que tener en cuenta que el desarrollo infantil no es lineal ni irreversible, sino que cambia de ritmo y dirección constantemente, por lo cual el diagnóstico de discapacidades asociadas a este funcionamiento generalmente tardan un poco en determinarse. Aunque un retraso en el desarrollo no

necesariamente es permanente, puede ser una base para identificar a los niños y las niñas que pueden tener discapacidad.

Para detectar las discapacidades es necesario contar con profesionales calificados, infraestructura adecuada para practicar exámenes complejos y estrategias de trabajo y apoyo a la comunidad que permitan hacer evaluaciones oportunas de cada situación. En virtud de ello, es clave que se extiendan todos los programas de atención en salud basados en la atención a la comunidad, la atención domiciliaria e incluso en la infraestructura hospitalaria con el fin de lograr una identificación más oportuna y efectiva de las posibles alteraciones al desarrollo y, por esta vía, reducir la prevalencia de la discapacidad en la primera infancia y atender oportuna e integralmente a los casos los niños y las niñas que las presenten.

Esta intervención temprana en los niños y las niñas con discapacidad es particularmente importante, si se tiene en cuenta que ellos no se consideran a sí mismos como discapacitados, sino que se acomodan a lo largo del proceso a las actividades que su cuerpo mejor les permite hacer. Dado lo anterior, es necesario hacer todos los esfuerzos para que los niños y las niñas con discapacidad no sean “etiquetados” de alguna u otra manera y puedan conservar la imagen que tienen de sí mismos con su familia y su entorno más próximo, con el fin de reducir la discriminación y la exposición a situaciones de violencia, abuso, abandono, distanciamiento y restricción de acceso a servicios y oportunidades, las cuales se producen por el desconocimiento y la estigmatización de esta población.

En estos aspectos, *El Esquema de Atención en los Primeros Mil Días de Vida* y las modalidades de intervención en familia y a través de la comunidad están llamados a desempeñar un papel determinante en la extensión de la atención hacia los niños y las niñas con discapacidad, así como para la reducción de su prevalencia. Para ello, se requiere enriquecer la atención y extender las acciones de fomento a madres gestantes y mujeres en general desde la pre-concepción, así como mejorar los servicios de salud, educación, recreación, acompañamiento familiar y apoyo terapéutico que se brinda a los niños y las niñas con

discapacidad. Con ello, se espera no sólo reducir la proporción de niños y niñas con discapacidad hacia el futuro, sino brindarles una atención promotora de su desarrollo y garante de sus derechos, que propenda también por su participación efectiva en el contexto que les rodea y su completa inclusión en la sociedad, independientemente de sus condiciones o características personales.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOTERO QUERUBÍN, MARIA CARMEN AND COLLAZOS ALDANA, JAIME (2011). *Guideline for a differential approach to the effective enjoyment of the rights of displaced persons with disabilities in Colombia*. Bogotá: Ministry of Social Protection, Office of United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), pp. 27-29.
- BRUNER, JEROME (1984). *Action, Thought and Language*. Madrid: Alianza Editorial.
- CASTAÑEDA, ELSA AND CACERES, ASTRID (2012). *Contributions to the exercise of pedagogical proposals in the framework of an inclusive early education on rights-based approach*. Bogotá: Ministry of Education.
- CILLERO BRUNOL, MIGUEL (1999, November). The interests of the child under the International Convention on the Rights of the Child. In: *Justice and Rights of the Child*, No. 1. Santiago de Chile: United Nations Fund for Children, Area Office for Argentina, Chile and Uruguay, Ministry of Justice.
- CERDA, HUGO (1996). *Preschool Education. History, legislation, curricula and socioeconomic reality*. Bogotá: Magisterium.
- COLOMBIA, CONGRESS OF THE REPUBLIC (1946). Organic Law 83 of 1946, Child Advocacy. Bogota: Official Journal N° 26,363, of February 24, 1947. Available at: [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0083\\_1946.html](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0083_1946.html)
- COLOMBIA, CONGRESS OF THE REPUBLIC (1991). Political Constitution, Bogotá.
- COLOMBIA, CONGRESS OF THE REPUBLIC (1994, June 2). Law 136. “By which rules are established aimed at modernizing the organization and functioning of municipalities.” Bogota: Official Gazette No. 41,377. Available at: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1994/ley\\_0136\\_1994.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1994/ley_0136_1994.html)

# de cero a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA



Presidencia de la República



Presidencia de la República

Alta Consejería Presidencial para  
Programas Especiales



MinCultura

Ministerio de Cultura



MinEducación

Ministerio de Educación Nacional



MinSalud

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**BIENESTAR  
FAMILIAR**



DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN



DPS

DEPARTAMENTO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL



**ANSPE**

AGENCIA NACIONAL PARA LA  
SUPERACIÓN  
DE LA POBREZA EXTREMA