



Desnutrición en la primera infancia

Causas estructurales y vulneraciones
prevenibles y evitables



Defensoría
del Pueblo
COLOMBIA

#NosUnenTusDerechos

Contenido

Presentación	5	3.2 Factores de riesgo en salud asociados a la desnutrición en la primera infancia	42
Introducción	7	4. Causas estructurales de la desnutrición en la primera infancia en Colombia	51
Metodología	9	4.1 Disponibilidad de alimentos	52
Abreviaturas y siglas	10	4.2 Acceso a la alimentación	52
Glosario	10	4.3 Consumo de alimentos	58
Capítulo 1 Marco normativo para la protección de la primera infancia en Colombia	12	4.4 Aprovechamiento biológico	63
1.1 Los niños y niñas son sujetos de derechos	13	5. Conclusiones	69
1.2 El derecho al desarrollo integral de la primera infancia y derechos conexos	14	5.1 Sistemas de información en materia de derechos humanos de la primera infancia	69
1.3 Derecho a la seguridad alimentaria y a una alimentación adecuada	15	5.2 Causas estructurales que inciden en la amenaza y vulneración de los derechos de los niños menores de 5 años	70
1.4 La progresividad en el derecho a la alimentación de la primera infancia	16	5.4 Hallazgos que inciden en la desnutrición crónica y aguda	71
Capítulo 2 Políticas públicas para la garantía de los derechos a la salud, a la alimentación, a la vida y al desarrollo integral de niños menores de cinco años en Colombia	18	5.5 Con relación a las políticas públicas	72
2.1 Instancias de coordinación y articulación para la atención integral en la primera infancia	18	6. Recomendaciones	75
2.1.1 Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF)	19	6.1 Al Ministerio Nacional de Salud, a los departamentos y municipios, a las EPS o quien haga sus veces	75
2.1.2 Consejo Nacional de Política Social (CNPS)	19	6.2 A los gobernadores, alcaldes, secretarías de Salud departamentales y municipales	76
2.1.3 Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI)	20	6.3 A las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)	76
2.1.4 Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN)	20	6.4 A las gobernaciones y alcaldías municipales y distritos	76
2.1.5 Consideraciones en relación con las instancias de articulación	20	6.5 Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Sistema Nacional de Bienestar Familiar y al Ministerio de Educación Nacional	77
2.2 Políticas públicas implementadas por el Estado para la garantía y protección de los derechos de las niñas y niños	21	6.6 Al Ministerio de Salud y Protección Social y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	77
Capítulo 3 La desnutrición en la primera infancia y factores de riesgo	31	6.7 A la Registraduría Nacional del Estado Civil	77
3.1 ¿Qué es la desnutrición?	31	6.8 Se insta a la Superintendencia Nacional de Salud a lo siguiente	77

Carlos Camargo Assis

Defensor del Pueblo

Luis Andrés Fajardo Arturo

Vicedefensor del Pueblo

Gissela Vanessa Arias González

Delegada para la Infancia, la Juventud y el
Adulto Mayor.

Equipo asesor:

Blanca Nubia Roncancio Sanabria.

Carolina Villegas de Nubila.

Juan José Verhelst López.

Nicolás Yaneth González.

Dayana Cely Calvete.

Diseño y diagramación:

Germán Rojas Rico

Todos los derechos reservados. Defensoría
del Pueblo.

www.defensoria.gov.co



Presentación

La Defensoría del Pueblo publica este informe defensorial, que recopila información sobre el estado de la desnutrición de la primera infancia en Colombia. Comenzó como un análisis de esta situación en el departamento de la Guajira —luego de la declaración del estado de cosas inconstitucional mediante la Sentencia T-302 de 2017—; al final, se convirtió en un análisis de ese fenómeno a nivel nacional.

La Corte Constitucional, por medio de la sentencia que se acaba de mencionar, ordenó la construcción de una política pública para revertir la vulneración de derechos y la tasa de mortalidad por desnutrición de menores de 5 años en el departamento de la Guajira, así como para tomar las medidas necesarias para superar los indicadores de prevalencia de desnutrición infantil en Colombia.

A partir de esta sentencia, la Defensoría del Pueblo considera que es muy importante ampliar la mirada a todo el país para hacer un análisis del estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años en Colombia. Esto con el propósito de destacar las causas y consecuencias de esta problemática generada por la afectación en los determinantes sociales que impiden la garantía del derecho humano a la alimentación; así mismo, para formular recomendaciones precisas a las instituciones estatales, a la sociedad y a las familias, dirigidas a reforzar la protección y la garantía de los derechos de la niñez.

La desnutrición es una de las más graves vulneraciones contra el derecho a la vida, a la salud, a la ali-

mentación y al desarrollo integral de la niñez. Tiene consecuencias —a veces irreparables— de orden cognitivo, físico, psicológico, emocional; en el peor de los casos, mata.

En ese sentido, este informe se centra en el análisis de dos tipos de desnutrición: la desnutrición aguda —con su alto riesgo de muerte para el niño que la padece— y la desnutrición crónica —que afecta el nivel de desarrollo integral y cognitivo—.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN, 2015)¹, entre 2010 y 2015, el

¹ Es una encuesta de referencia nacional en torno a la situación nutricional colombiana se desarrolla de manera quinquenal a partir de 2005, es realizada por muestreo que permite la recolección de datos de forma organizada y metódica de hogares y sus integrantes, utilizando procedimientos definidos para la compilación de la información recolectada, tomando medidas corporales y muestras biológicas. Su desarrollo está a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social - PS, el Instituto Nacional de Salud - INS - y la Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/encuesta-nacional-de-situacion-nutricional-ensin.aspx#:~:text=%E2%80%8B%E2%80%8BLa%20Encuesta%20Nacional,de%20inter%C3%A9s%20estrat%C3%A9gico%20para%20la>

porcentaje de desnutrición aguda en Colombia aumentó 0,7 %; pero, en comparación con otros países de la región, estos niveles han disminuido. Sin embargo, eso no significa que la situación nutricional en Colombia sea favorable; se deben robustecer las acciones para poner fin al hambre extrema y la desnutrición.

Ahora bien, entre 2017 y 2020, el Instituto Nacional de Salud (INS) registró 54.693 niñas y niños menores de cinco años con desnutrición aguda. Solo en 2020, hubo 9902 niños con desnutrición aguda, de los cuales 2177 (19,8 %) son menores de seis meses; 2312 (21,1 %) tienen de 6 a 12 meses, y 6484 (59,1 %) son niños mayores de un año. Los departamentos que presentan el mayor número de casos registrados de desnutrición en niños y niñas son Bogotá (1756), la Guajira (1121), Antioquia (724), Cundinamarca (625) y Cesar (493).

A partir del número de casos registrados por el INS, entre los años 2017 y 2020, la desnutrición aguda en menores de cinco años ha presentado una tendencia a la disminución. Por ejemplo, entre el año 2019 y el 2020 se evidencia una notable disminución del 40 %. Así pues, este cambio en la tendencia podría deberse, en parte, a la implementación del Plan Nacional contra las muertes por Desnutrición «Ni 1+», del Gobierno nacional, que inició en enero de 2019; pero esta iniciativa está focalizada en los departamentos que han presentado las tasas más altas de mortalidad por y asociada a desnutrición desde 2018. No obstante, las acciones que desde las entidades de gobierno se realizan en el marco N+1, son transversales a todos los departamentos del país." Lo que indica lo que indica que no es la única acción implementada y que ha repercutido en la disminución del hambre y la desnutrición. De todas maneras, las cifras de afectación del derecho a la alimentación preocupan a la Defensoría del Pueblo.

Según la ENSIN (2015), la desnutrición crónica evidencia una disminución en la última década: se pasó de una prevalencia de 16 % en el año 2005 a 10,8 % en el año 2015. En relación con la desnutrición crónica en la primera infancia, el país ha disminuido la tendencia en el número de casos. Asimismo, la encuesta muestra que la mayor prevalencia de des-

nutrición crónica se encontró en niños y niñas indígenas (29,6 %) y en la zona rural (15,4 %), en comparación con la zona urbana (9 %).

De la misma forma, muestra que las tres regiones con alta prevalencia de este fenómeno son Bogotá (13,0 %), la región Atlántica (12,1 %) y las regiones de Orinoquía y Amazonía (12,3 %). No obstante, la persistencia del problema y de sus nefastos efectos demandan mayores esfuerzos para mitigar y erradicar las causas de la desnutrición en Colombia. Para eso, se necesita abordar, entre otras cosas, condiciones políticas, culturales y económicas, así como prácticas familiares, comunitarias e institucionales.

La desnutrición infantil es uno de los mayores problemas para la primera infancia en Colombia, e incide negativamente en las posibilidades de construir un país con bases sociales, económicas y culturales sólidas. En esa medida, la solución pasa por la articulación de los actores responsables y la comprensión de las causas y consecuencias de esta enfermedad.

La Defensoría espera que este informe fundamente las políticas para superar la desnutrición y, sobre todo, las condiciones estructurales y los factores de riesgo que determinan esta grave situación. A pesar de ser prevenible, sigue afectando a miles de niños y niñas. Esta situación se ha agravado con la pandemia de COVID-19.

La Defensoría del Pueblo agradece por el tiempo destinado a escribir este informe a las autoridades nacionales y departamentales de salud y de seguridad alimentaria, a las regionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, a la Presidencia de la República, a todos los integrantes de las mesas departamentales de infancia y a los equipos de vigilancia epidemiológica. Asimismo, agradece a la Fundación Éxito por su contribución y aporte significativo para caracterizar la desnutrición crónica en Colombia y a los equipos nacionales y territoriales de la Defensoría del Pueblo.

Carlos Camargo Assis
Defensor del Pueblo



Introducción

Este informe defensorial se inspira en la Sentencia T-302 de 2017 de la Corte Constitucional, en la que declaró un estado de cosas inconstitucional en el departamento de La Guajira. Esta sentencia responde a una tutela interpuesta por el pueblo para proteger los derechos a la salud, al agua y a la alimentación de los niños, así como para garantizar el derecho a una vida digna del pueblo Wayuu.

Para el año 2016, el INS reportó 355 muertes por desnutrición en todo el país; 70 se registraron en el departamento de La Guajira, lo que equivalía al 20 % de las muertes por desnutrición infantil en Colombia. Para ese año, el 54,6 % de los casos notificados de mortalidad por causas de desnutrición en menores de cinco años correspondió a niños y niñas indígenas.

Con este antecedente, la Defensoría del Pueblo decidió escribir este informe para evaluar el panorama general de la desnutrición infantil en Colombia. Este fenómeno se manifiesta, principalmente, a través de la desnutrición aguda y de la desnutrición crónica, y responde a factores y determinantes multicausales, como se verá a lo largo de este documento.

El informe analiza dos tipos de desnutrición infantil:

- **Desnutrición aguda (bajo peso para la talla).** Este tipo de desnutrición eleva el riesgo de muerte; por tanto, debe activarse una ruta inmediata para actuar a tiempo y que ningún niño fallezca.
- **Desnutrición crónica (baja talla para la edad).** Este tipo de desnutrición ayuda a perpetuar los círculos de pobreza: retrasa el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional.

Un niño o niña con retraso en talla en los primeros dos años de vida puede llevar a una persona a recibir un ingreso salarial en su vida adulta 54 % veces menor que otra que en su niñez haya tenido una talla superior a la esperada para esa edad. La desnutrición crónica empeora la calidad de vida y el bienestar de

quien la padece; perjudica profundamente el desarrollo y la productividad de una nación, con lo que forma círculos de pobreza e incrementa las brechas de inequidad.

La lucha contra la desnutrición es una causa global. El Objetivo de Desarrollo Sostenible N.º 2 Hambre Cero responde al hecho de que cerca de 690 millones de personas en el mundo padezcan hambre (8,9 % de la población mundial). En principio, la desnutrición estaba asociada casi exclusivamente al consumo y a la ingesta de alimentos para la supervivencia. Sin embargo, ha evolucionado la concepción de seguridad alimentaria y nutricional: ahora abarca múltiples aspectos, como la disponibilidad y el acceso a alimentos; su consumo y aprovechamiento, y su calidad e inocuidad para el consumo humano.

En la última década se ha avanzado al incorporar el concepto del derecho a la alimentación. Este nace en lo más profundo de la dignidad humana y marca un vínculo estrecho entre el derecho a la alimentación adecuada y el derecho a la salud, así como con el desarrollo integral de la primera infancia y con la vida digna.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la desnutrición es la causa de casi un tercio de la mortalidad infantil en el mundo. En consecuencia, este asunto se aborda desde la perspectiva de la salud pública; requiere la actuación y coordinación de las más altas instancias del Estado para erradicar el hambre, especialmente en los niños y niñas, que sufren las consecuencias más devastadoras.

Con el ánimo de exhortar al Estado, a la sociedad y a las familias a erradicar el hambre, la Defensoría del Pueblo publica este trabajo como una herramienta que se suma a la lucha, ya iniciada, de trabajar de manera eficiente en la erradicación de la desnutrición infantil en Colombia.

Esta es la estructura del informe:

En el primer capítulo se abordan aspectos normativos internacionales y nacionales, así como la jurisprudencia relacionada con los derechos a la vida, a la salud y a la alimentación, que se suman la obligación de proteger integralmente niñas y niños —en especial desde la gestación hasta los 6 años de vida—. Además, explica la posición defensorial: se entiende

la seguridad alimentaria y nutricional de los niños y niñas como esencial para su fundamental al desarrollo integral.

En el segundo capítulo se presentan las instancias de coordinación nacional y las políticas públicas con las que cuenta el país. Además, se exponen los planes y los programas del orden nacional y territorial dirigidos a prevenir y superar la desnutrición de niños y niñas en la primera infancia.

En el tercer capítulo se analizan las prevalencias de desnutrición aguda o crónica en niños y niñas menores de 5 años en Colombia y sus respectivos impactos. Asimismo, se presentan los factores de riesgo de la desnutrición: bajo peso al nacer, embarazo en adolescentes, ausencia de control prenatal, la baja prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y la carencia de registro civil.

Múltiples estudios elaborados por la FAO y por la OMS han demostrado la correlación directa entre estas variables y la probabilidad de que los niños y niñas sufran algún tipo de desnutrición antes de los 5 años. Por ello, la Defensoría considera fundamental incorporarlos en este estudio.

En el cuarto capítulo se abordan algunas de las causas estructurales de la desnutrición infantil en Colombia desde los componentes de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional: disponibilidad de alimentos, acceso a la alimentación, consumo de alimentos y aprovechamiento biológico de los alimentos. En este capítulo, la Defensoría analiza el efecto y los desafíos que plantea la pandemia de COVID-19.

Lo anterior permite identificar —en cada departamento— los elementos subyacentes que permean las condiciones y factores adversos a la seguridad alimentaria y nutricional de los niños. Esto con el fin de ofrecer herramientas concretas a los que toman las decisiones relacionadas con el inicio de acciones inmediatas para la lucha contra la desnutrición infantil en las regiones.

Finalmente, la Defensoría del Pueblo presenta conclusiones y recomendaciones a todos los actores públicos y privados involucrados, con el fin de contribuir al bienestar y garantizar los derechos de la primera infancia en todos los entornos.



Metodología

Este informe combina técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo sobre la información disponible para abordar la desnutrición infantil de la primera infancia en Colombia.

En un primer momento, la Defensoría del Pueblo —bajo el liderazgo del equipo de la delegada para la Infancia, la Juventud y el Adulto Mayor— se reunió virtualmente con las mesas departamentales de infancia y con los equipos de vigilancia epidemiológica, a fin de conocer las causas que desencadenan las problemáticas alimentarias y nutricionales en los menores de 5 años.

Se convocaron conversatorios virtuales con autoridades departamentales de salud, de seguridad alimentaria y del ICBF en los departamentos de Magdalena, Cesar, La Guajira, Nariño, Chocó, Valle del Cauca, Cundinamarca, Atlántico, Norte de Santander, Antioquia, Risaralda, Amazonas, Guainía, Putumayo, Vaupés, Caquetá, Arauca, Vichada y Bogotá D. C.

Asimismo, se consultó la experiencia de los profesionales de las defensorías del pueblo regionales, a través de entrevistas semiestructuradas. De ese modo, se pueden conocer las dinámicas territoriales, los factores y escenarios que se desarrollan en cada territorio —en materia de política pública—, así como

las articulaciones y acciones de prevención y atención de la desnutrición.

En segundo lugar, el equipo de investigación analizó la información pública disponible, consultando distintas fuentes:

- la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), aplicada por el ICBF en el año 2015;
- las notificaciones del sistema de información SIVIGILA, del Instituto Nacional de Salud (INS), publicadas en cada semana epidemiológica;
- el Índice de desnutrición crónica 2020, de la Fundación Éxito;
- la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), que hizo el Ministerio de Salud y Protección Social;
- la encuesta de calidad de vida, de Estadísticas Vitales;
- la Encuesta nacional de ingresos y gastos;

- el Índice de Pobreza Multidimensional (IMP);
- el censo de 2018
- la Encuesta Integrada de Hogares, del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE).

De igual forma, se consideraron otras fuentes, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Toda la información recopilada fue procesada y georreferenciada por la Defensoría del Pueblo, con miras a responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿cuáles son las políticas en materia de desnutrición y superación de las condiciones estructurales que amenazan o vulneran los derechos de los menores de cinco años?; ¿qué factores de riesgo determinan esta situación?, y ¿cuáles son las causas estructurales que agravan la situación en cada una de las regiones del país?

Abreviaturas y siglas

APS: Atención Primaria en Salud

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CIPI: Consejo Independiente de Protección de la Infancia

CNPS: Consejo Nacional de Política Social

CPN: Control prenatal

CISAN: Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Comité DESC: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

COMPOS: Consejos Municipales de Política Social

CONPES: Comité Nacional de Política Económica y Social

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DNP: Departamento Nacional de Planeación

ECV: Encuesta Nacional de Calidad de Vida

EDA: Enfermedades Diarreicas Agudas

ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional

FAO: Food and Agriculture Organization. En español, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – ONUAA

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRCA: Índice de Riesgo de la Calidad del Agua

IPM: Índice de Pobreza Multidimensional

MAITE: Modelo de Atención Integral Territorial

NN: Niños y niñas

NBI: Indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas

ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PNSAN: Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

PSAN: Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

RIA: Ruta Integral de Atención (a la primera infancia)

SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SNBF: Sistema Nacional de Bienestar Familiar

Glosario

Niño y/o niña: De conformidad con la CDN, «niño/a [es] todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad»².

Conforme con la ley colombiana «se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años»³.

Primera Infancia: Se entiende como primera infancia el periodo comprendido entre la gestación y los

² Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Ginebra Suiza: ONU. 1959 artículo 1.

³ Congreso de la República. Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, Artículo 3.

cinco años, 11 meses y 30 días. Por ello, a lo largo del documento se denomina este periodo como «de cero a cinco años» (entendiendo que va hasta finalizar los cinco años) o «de cero hasta cumplir los seis años»⁴.

Alimentación adecuada, Es la posibilidad que debe tener toda persona de acceso físico y económico a los elementos nutritivos específicos que requiere para su adecuado desarrollo físico y mental. Asimismo, es una garantía que se encuentra estrechamente vinculada con el derecho de toda persona a tener un nivel de vida adecuado y a estar protegida contra el hambre.⁵

Derecho a la alimentación: El derecho a tener acceso de manera regular, permanente y libre —sea directa, o mediante compra en dinero— a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física —individual y colectiva— libre de angustias, satisfactoria y digna.⁶

Desnutrición: Es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población, que afecta principalmente a los niños. Se caracteriza por un deterioro de la composición corporal y por la alteración sistemática de las funciones orgánicas y psicosociales, que en algunos casos son irreversibles.⁷

Malnutrición: El término malnutrición abarca dos grupos amplios de afecciones. Uno es la «desnutrición» —que comprende el retraso del crecimiento (estatura inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde a la edad) y las carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes). El otro es el del sobrepeso; la obesidad y las enfermedades no transmisibles re-

lacionadas con el régimen alimentario (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cánceres).⁸

Desnutrición aguda: (Bajo peso para la talla), Es un indicador de episodios recientes de desnutrición o de enfermedades cercanas que han deteriorado el estado de salud de la persona afectada y/o su propia nutrición; en cierto sentido, se asocia a factores coyunturales que afectan la nutrición y que, de corregirse a tiempo, permitirían a las personas recuperarse sin mayores consecuencias.⁹

Desnutrición crónica: (Baja talla para la edad), Se refiere a períodos largos y severos de desnutrición que han frenado o detenido el crecimiento y desarrollo de la persona. Está muy asociada a factores estructurales de la sociedad —como pobreza u otros tipos de marginación social y económica— que limitan el acceso en condiciones dignas, oportunas y suficientes tanto a los alimentos como a los nutrientes necesarios.¹⁰

Interés superior del niño y la niña: Principio regulador de la normativa de los derechos de los niños que «se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de estos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades, así como en la naturaleza y alcances de la Convención sobre los Derechos del Niño»¹¹.

Seguridad Alimentaria, Acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer las necesidades alimentarias y preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana.¹²

4 "Fundamentos Políticos Técnicos y de Gestión, Estrategia De Cero a Siempre" pg. 17. Estos Fundamentos hacen parte integral de la Ley 1804 de 2016: la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia «De Cero a Siempre»

5 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-097 de 2014, MP. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub

6 Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (COPREDEH). Derecho Humano a la Alimentación y a la Seguridad Alimentaria. Guatemala: 2011. Pg. 7.

7 Ministerio de Salud y Protección Social. ABECE de la Atención Integral a la Desnutrición Aguda, Subdirección Nacional de Nutrición, Alimentos y Bebidas. Bogotá: 2016.

8 Organización Mundial de la Salud. Preguntas y Respuestas en línea, 2016. <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>. Recuperado el 10 de abril de 2021

9 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-097 de 2014 Magistrado Ponente Jorge Ignacio Pretelt Chaljub

10 Defensoría del Pueblo de Colombia, Primer Informe del Derecho Humano a la Alimentación, 2012, Pg. 101.

11 Corte Interamericana de Derechos Humanos, OC-17 de 2002, Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño.

12 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Disponible en [http://www.fao.org/3/w3613s/w3613s00.htm#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Roma%20sobre,%2C%20nacional%2C%20regional%20y%20mundial](http://www.fao.org/3/w3613s/w3613s00.htm#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Roma%20sobre,%2C%20nacional%2C%20regional%20y%20mundial.). Recuperado el 10 de abril de 2021.



Capítulo 1

Marco normativo para la protección de la primera infancia en Colombia

En el marco del Derecho Internacional de los Derechos Humanos se reconoce que niñas y niños gozan de los derechos inherentes a su condición humana. De hecho, existe todo un entramado de instrumentos internacionales, tanto vinculantes como no vinculantes, que establecen un compromiso internacional para los Estados de velar de manera especial por los intereses de la infancia.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) establece un derecho de la infancia a recibir un cuidado y una asistencia especiales. Igualmente, consagra un derecho a la protección social para todos los niños y las niñas.

Desde la proclamación de ese instrumento se ha venido consolidando un corpus juris internacional que está encaminado al reconocimiento de los derechos de los niños y niñas y, así como de su consagración como sujetos activos con facultades para reconocer y exigir sus derechos.

Dentro de este entramado, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) se constituye como el refe-

rente internacional más importante en esta temática; establece un catálogo de derechos de los niños y niñas que reafirma que gozan de las mismas prerrogativas que los adultos. Además, pone el interés superior de los niños como una consideración primordial en el centro de las medidas relacionadas con ellos.

En Colombia, la legislación nacional refleja los compromisos internacionales adquiridos por el país sobre derechos de los niños y niñas. La Constitución Nacional de 1991 acoge una serie de disposiciones encaminadas a proteger sus derechos. Así, el artículo 44 de la Constitución reconoce de manera no taxativa algunos de estos derechos. De igual forma, establece la protección de la infancia contra toda forma de violencia y abandono, así como la obligación de la familia, la sociedad y el Estado de asistir y proteger — en un esquema de corresponsabilidad— a los niños para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

Por su parte, el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006) reafirma los derechos consti-

tucionales reconocidos a los niños y niñas, y consagra una serie de principios que deben orientar la gestión pública en pro de la defensa y el reconocimiento de esos derechos.

Finalmente, la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia «De Cero a Siempre» (Ley 1804 de 2016) sienta las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, en el escenario de la Doctrina de la Protección Integral. Con ello, busca fortalecer el marco institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas de cero a seis años. Asimismo, esta política del Estado está encaminada a la materialización del Estado Social de Derecho. (Ley De Cero a Siempre. Art. 1°).

Bajo este panorama normativo, la Defensoría del Pueblo presenta un acercamiento a los asuntos transversales que rigen los derechos humanos de las niñas y los niños en materia de alimentación.

1.1 Los niños y niñas son sujetos de derechos

La Convención sobre los Derechos del Niño fue el primer instrumento internacional que reconoció a niñas y niños como sujetos titulares de derechos. Colombia hizo este reconocimiento al momento de ratificar este instrumento internacional mediante la Ley 12 de 1991.

Esta Convención marcó un hito en el desarrollo de los derechos de la infancia y la adolescencia, pues articula los derechos y los principios rectores que contribuyen a su realización, en torno al concepto de protección integral.

Figura 1
Principio de protección integral



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, la protección integral se entiende como «el reconocimiento de niños y adolescentes como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de estos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior»¹³. En este sentido, bajo el paradigma de la protección integral, todas las acciones y políticas estatales deben encaminarse al goce —de manera efectiva y sin discriminación— de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes ¹⁴.

En otras palabras, los niños y niñas tienen derecho a ser reconocidos como sujetos activos de derechos, y a que el Estado genere las condiciones necesarias para garantizarlos. Eso implica la necesidad de proveer mecanismos adecuados y efectivos, con los que se detecten a tiempo las situaciones que puedan amenazar o vulnerar los derechos de los niños, o el restablecimiento de estos cuando el daño se ha consumado.

¹³ Congreso de la República, Ley 1098 de 2006, *Código de la Infancia y la Adolescencia. Artículo 29.*

¹⁴ UNICEF. SITAN: Situación y Análisis de la Infancia y Adolescencia en Colombia. La Protección Integral. Disponible en: <https://www.unicef.org.co/sitan/4-derecho-a-la-proteccion/la-proteccion-integral#:~:text=Este%20se%20define%20como%20%E2%80%9Cdel%20principio%20del%20inter%C3%A9s%20superior.> Recuperado el 05 de marzo de 2021.

A partir de la noción de protección integral se genera un cambio de paradigma. Antes había un modelo asistencial desde el cual el abordaje de los y las NN se hacía desde su «incapacidad jurídica». En cambio, ahora existe un modelo basado en derechos. Este enfoque tiene una importante incidencia en la garantía del acceso a la alimentación de la primera infancia, pues cualquier medida que promueva la nutrición infantil debe regirse por el principio de protección integral.

Así pues, existen dos derechos fundamentales que se constituyen como pilares de la nutrición infantil: el derecho al desarrollo integral de la primera infancia y el derecho a la seguridad alimentaria y nutricional. Estos permiten afirmar la existencia de un derecho fundamental a la alimentación de la primera infancia. A continuación, se desarrollarán estos dos derechos.

1.2 El derecho al desarrollo integral de la primera infancia y derechos conexos

El principio de interés superior del niño y la niña, establecido en el artículo 27 de la CDN, lleva implícito el derecho a un desarrollo progresivo e integral. De conformidad con este artículo:

Los Estados Parte reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.

Los Estados Parte, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

Lo anterior se basa en reconocer que los cuidadores de los niños deben facilitar las condiciones para el desarrollo de estos. Además, se considera que es una obligación estatal adoptar medidas progresivas para darle efectividad a este derecho.

En Colombia, la Constitución Nacional en su artículo 44 reconoce la obligación estatal de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral. La familia, la sociedad y el Estado están obligados a asistir y proteger a la niñez, en responsabilidad, para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos.

Por su parte, el Código de la Infancia y la Adolescencia reconoce expresamente, en el artículo 29, el derecho al desarrollo integral de la primera infancia en los siguientes términos:

La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

Finalmente, la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia «De Cero a Siempre» (Ley 1804 de 2016, artículo 4) sienta las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral. Esta Ley define el desarrollo integral en la primera infancia así:

Entiéndase por desarrollo integral el proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía.

El desarrollo integral no se sucede de manera lineal, secuencial, acumulativa, siempre ascendente, homogénea, prescriptiva e idéntica para todos los niños, sino que se expresa de manera particular en cada uno. La interacción con una amplia variedad de actores, contextos y condiciones es significativa para el potenciamiento de las capacidades y de la autonomía progresiva. El desarrollo ocurre a lo largo de todo el ciclo vital y requiere de acciones de política pública que lo promuevan más allá de la primera infancia.

Dos de las siete realizaciones que plantea la Ley como condiciones para materializar el desarrollo integral en la primera infancia son las siguientes: por un lado, cada niño debe vivir y disfrutar del nivel más alto po-

sible de salud; por otro lado, se le debe garantizar un estado nutricional adecuado.

En consecuencia, existen ciertas condiciones esenciales e impostergables —una de ellas es la atención en salud y la nutrición— que deben asegurarse para los niños y niñas entre los cero y los seis años, con el fin de proteger su pleno desarrollo integral.

Frente a este derecho, la Corte Constitucional ha entendido que la primera infancia se encuentra en un lugar primordial; la vida de los niños y niñas debe ser especialmente protegida, dada su particular vulnerabilidad y la situación de indefensión en los primeros años. Por tales razones, los niños de estas edades requieren una atención especial de la familia, de la sociedad y del Estado, pues sin su asistencia no podrían alcanzar el desarrollo pleno y armonioso de su personalidad¹⁵.

En este sentido, existen una serie de condiciones materiales cuya garantía es indispensable para que pueda garantizarse el derecho al desarrollo integral de la primera infancia. Estas condiciones están relacionadas con la protección de otros derechos humanos que encuentran consagración constitucional en Colombia. Dentro de estos están el derecho a la nutrición y el derecho a la salud, que se desarrollarán a continuación.

1.3 Derecho a la seguridad alimentaria y a una alimentación adecuada

El artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y para su familia, incluyendo la alimentación. Igualmente, reconoce el derecho fundamental de toda persona de estar protegida contra el hambre. Por esa razón, los Estados están obligados a adoptar las medidas necesarias para mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos. Asimismo, deben asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades tanto de los países que importan como de los que exportan productos alimenticios.

¹⁵ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-468 de 2018. MP. Diana Fajardo Rivera.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido, en la Observación General No. 12, que el derecho a la alimentación está estrechamente ligado a la dignidad inherente a cada persona; además, ahí se destaca que este derecho es indispensable para el disfrute de otros derechos humanos. Desde esta perspectiva, entiende que el derecho a la alimentación adecuada «se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla»¹⁶.

Aunque el derecho a la alimentación tiene un carácter progresivo, existe una obligación estatal de tomar medidas para mitigar el hambre¹⁷. Según el Comité DESC, el derecho a la alimentación tiene dos elementos básicos: i) la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada; ii) la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos.

En cuanto a la alimentación de la infancia, la Corte Constitucional colombiana ha reconocido el carácter fundamental del derecho a la alimentación de los niños y niñas, de acuerdo con el artículo 44 de la Constitución¹⁸. Igualmente, ha establecido que, tanto desde el punto de vista constitucional como del Derecho Internacional, «los derechos a la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social, la educación, la recreación y todo el catálogo de derechos fundamentales, dependen del derecho fundamental básico a una alimentación equilibrada, que procura asegurar los medios para que niños, niñas y adolescentes, desarrollen su potencial físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social»¹⁹.

Para la Corte Constitucional, si bien el derecho a la

¹⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11). E/C.12/1999/5. 12 de mayo de 1999.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-029 de 2014. MP. Jorge Ignacio Pretelt.

¹⁹ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-017 de 2019. MP. Antonio José Lizarazo.

alimentación ostenta una naturaleza prestacional, es evidente que participa del carácter prevalente atribuible a todos los derechos de la infancia, y que «se reafirma en el hecho mismo de que con su ejercicio se logra satisfacer y garantizar otros derechos de rango fundamental, tales como la salud, la educación, la integridad física, entre otros»²⁰.

En este orden de ideas, «la garantía que se otorgue a este derecho debe reflejar el carácter prevalente del mismo y no puede considerar únicamente la perspectiva de la protección del menor en su mínimo vital, sino que exige extenderse a la efectividad de los principios (...) relativos al interés superior de los menores».

Lo anterior significa que el derecho a la alimentación goza de una protección reforzada para la infancia. Además, su carácter —en principio prestacional— debe entenderse como una obligación prioritaria e inmediata en cabeza de las familias, la sociedad y las instituciones del Estado.

1.4 La progresividad en el derecho a la alimentación de la primera infancia

La progresividad, como característica propia de los derechos económicos, sociales y culturales, implica que los Estados adopten todas las medidas necesarias para garantizar estos derechos, con los recursos disponibles. Así pues, la garantía de estos derechos, que requieren de insumos técnicos y económicos, no es inmediata²¹.

El carácter progresivo del derecho a la alimentación de niños y niñas, tal como se mencionó, está reconocido por la Convención del Derecho del Niño en el marco del desarrollo integral. No obstante, tanto la Constitución de Colombia como el Código de la Infancia y la Adolescencia, la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia «De Cero a Siempre» (Ley 1804 de 2016) y los pronunciamien-

tos de la Corte Constitucional han reconocido su carácter fundamental, ya que es indispensable para la realización de otros derechos humanos.

Para la Defensoría del Pueblo, el análisis de la normativa nacional relacionada con el derecho a la alimentación de la primera infancia lleva a la siguiente conclusión: el Estado colombiano, a través de su ordenamiento jurídico, ha otorgado un grado de protección más alto al derecho a la alimentación de la primera infancia del que está establecido en los convenios internacionales de derechos humanos.

En este sentido, el derecho a la alimentación, al ser un derecho fundamental, adquiere una característica de inmediatez en relación con los niños, especialmente con la primera infancia. De ahí que las autoridades estatales deban garantizar la disponibilidad y accesibilidad de alimentos para los niños y niñas en Colombia, libres de elementos nocivos, debe ser garantizado de manera prioritaria por las autoridades estatales cuando los cuidadores no provean los insumos suficientes para la plena satisfacción de este derecho.

Desde este punto de vista, la problemática de la desnutrición infantil se abordará en este informe como una grave violación a los derechos humanos de la infancia, partiendo del derecho a la alimentación como un derecho fundamental.

A este respecto, la CDN refiere, en el artículo 24, la obligación de los Estados de tomar medidas dirigidas a combatir la malnutrición y a asegurar que todos los sectores de la sociedad conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños (como las ventajas de la lactancia materna). Este conocimiento es especialmente importante para los padres y los menores de edad.

Por su parte, el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece lo siguiente: «toda persona debe tener un nivel de vida adecuado, incluso alimentación adecuada» y «el derecho a estar protegida contra el hambre».

En esa misma línea, el Comité DESC sostiene que «el derecho a una alimentación adecuada está inseparablemente vinculado a la dignidad inherente de la persona humana y es indispensable para el disfrute

20 *Ibid.*

21 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 21.

de otros derechos humanos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos. Es también inseparable de la justicia social, pues requiere la adopción de políticas económicas, ambientales y sociales adecuadas, en los planos nacional e internacional, orientadas a la erradicación de la pobreza y al disfrute de todos los derechos humanos por todos».

Lo anterior quiere decir que este derecho abarca estos aspectos: i) una alimentación adecuada; ii) derecho a no sufrir hambre ni malnutrición; iii) acceso seguro al agua potable; iv) acceso a recursos para cocinar; v) acceso a un alto estándar de salud mental y física; vi) derecho al desarrollo; vii) derecho a mejorar el beneficio del progreso; viii) derecho a mejorar los métodos de producción; ix) la conservación y distribución de alimentos; x) derecho a la explotación y la utilización más eficiente de las riquezas naturales, y xi) derecho a una distribución equitativa de los alimentos mundiales.

La Constitución Política de Colombia incorpora estos tratados internacionales relacionados con el derecho a la alimentación en la primera infancia en los artículos 43, 44, y 93. Al respecto, se destaca que el segundo de estos artículos establece el derecho de la mujer a tener especial asistencia y protección del Estado, así como a recibir de este un complemento alimentario en caso de desempleo o desamparo durante el embarazo y después del parto.

Para poner en práctica estas normas y luchar contra la desnutrición en niños, niñas y madres lactantes, la Defensoría presenta las políticas públicas diseñadas con este objeto, junto con los retos y desafíos que persisten en el cumplimiento de este fin:

Capítulo 2



Políticas públicas para la garantía de los derechos a la salud, a la alimentación, a la vida y al desarrollo integral de niños menores de cinco años en Colombia

Como se expuso en el capítulo anterior, el Estado colombiano, en cumplimiento de los compromisos internacionalmente adquiridos y por mandato de la Constitución, expidió la Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia.

Este Código, la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia «De Cero a Siempre», así como el resto de las normativas que regulan los asuntos relacionados con la infancia, deben interpretarse, entre otros principios, a la luz del desarrollo armónico e integral de la niñez. Al respecto, refiriéndose a este principio, y en particular a las niñas y niños, la Corte Constitucional ha establecido lo siguiente:

«[...] la satisfacción de sus derechos e intereses debe constituir el objetivo primario de toda actuación (oficial o privada) que les concierna»²².

Bajo esta premisa, y con el fin de analizar los avances, retos y desafíos frente al cumplimiento del derecho

a la alimentación durante la niñez, la Defensoría del Pueblo presenta en este capítulo: i) las instancias de coordinación y articulación en materia de atención integral en la primera infancia; ii) las políticas públicas implementadas por el Estado para la garantía y protección de los derechos de las niñas y niños, y iii) la estrategia Ni1+ —que empezó a funcionar en el gobierno del presidente Iván Duque—, así como sus logros y sus desafíos.

2.1 Instancias de coordinación y articulación para la atención integral en la primera infancia

Como se ha visto, múltiples factores intervienen en la garantía del derecho a la alimentación. No se trata de un derecho que se agote en el suministro de alimentos; requiere, además, de la coordinación de varios y diversos actores que incluyen, entre otros, la producción de los alimentos en un lado de la cadena; en el

²² Corte Constitucional de Colombia. Sentencias T- 572 de 2.010. MP Juan Carlos Henao Pérez. Sentencia T- 068 de 2.011. MP Juan Carlos Henao Pérez. y Sentencia T- 302/17 MP. Aquiles Arrieta Gómez.

otro lado de la cadena se necesita la validación de las condiciones de crecimiento adecuado y sano de los niños y niñas.

En este proceso intervienen actores públicos y privados, del orden nacional y territorial. El Estado, la sociedad y la familia aportan, cada uno en el rol que le corresponde, a la materialización del derecho fundamental a la alimentación. Por eso, es necesario generar mecanismos de articulación y coordinación para formular e implementar políticas, así como para su seguimiento y evaluación.

El Estado colombiano ha creado dichas instancias, que funcionan y operan periódicamente, bajo el liderazgo de las entidades responsables de la protección de la niñez. Para la Defensoría del Pueblo, si el conjunto de instancias que se presentan a continuación logra funcionar de manera coordinada y articulada, se pueden dar las condiciones necesarias para el desarrollo y protección integral de la primera infancia.

Por lo anterior, fortalecer la armonización, desde el nivel nacional al territorial, resulta de vital importancia para robustecer las acciones dirigidas a la protección integral de los derechos de la niñez y para definir los recursos presupuestales necesarios.

Las instancias que propenden por la articulación para la atención de la primera infancia en Colombia y que abordan específicamente la situación nutricional son estas: i) el Sistema Nacional de Bienestar Familiar; ii) el Consejo Nacional de Política Social; iii) la Comisión Intersectorial para la Primera Infancia, y iv) la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

2.1.1 Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF)

Está integrado por un conjunto de agentes²³ e instancias de decisión, orientación, operación, desarrollo y participación de las instituciones públicas, privadas, de la sociedad civil, comunitarias y de la

²³ Se hace referencia a las diferentes entidades que conforman el Sistema pertenecientes a: Rama Ejecutiva, Rama Judicial, Rama Legislativa, Órganos Autónomos, Ministerio Público, Organización Electoral, Sociedad Civil, Cooperación Internacional, municipios, departamentos y distritos. Manual Operativo SNBF, Capítulo 3 “Estructura de Operación del Sistema Nacional de Bienestar Familiar”. Disponible en: https://docs.google.com/document/d/1_0NtEH-HiyqZj2qK2t0NeUgX8FbMWcqc/edit#. Recuperado el 5 de marzo de 2021.

cooperación nacional e internacional. Estas se encargan de la definición, implementación, asignación de recursos y evaluación de políticas públicas en materia de los derechos de niñas, niños y adolescentes, a través del diseño de planes de acción en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal.

La instancia máxima de decisión y orientación del SNBF es el Consejo Nacional de Política Social que se replica a nivel departamental y municipal. Este es el responsable de diseñar la política pública, de movilizar y apropiar los recursos presupuestales estimados a la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, además de asegurar su protección y restablecimiento en todo el territorio nacional²⁴.

2.1.2 Consejo Nacional de Política Social (CNPS)

Esta instancia planifica, coordina y evalúa lo concerniente a políticas públicas, así como todos los aspectos relacionados con el crecimiento económico y social del país. De manera específica, aprueba la formulación de planes, programas, proyectos y estrategias dirigidos a la infancia y a la adolescencia, que posteriormente se verán materializados en los planes de desarrollo nacional y local.

Este ejercicio se realiza a través de mesas, comités y comisiones interinstitucionales, bien sea por poblaciones, o por temáticas. El CNPS está integrado por el presidente de la República, o vicepresidente, los ministros, directores(as) y otras autoridades; todos ellos se reúnen mínimo dos veces en el año, tal como lo establece el Código de la Infancia y la Adolescencia²⁵.

En el orden territorial, esta instancia también prevé la participación de la sociedad civil organizada y de las autoridades competentes en materia de infancia y adolescencia, y permite, en virtud de la autonomía territorial, definir su composición y su reglamento.

²⁴ Congreso de la República. Ley 1098 de 2006. Código de la Infancia y la Adolescencia, artículo 205.

²⁵ Congreso de la República. Ley 1098 de 2016. Código de la Infancia y la Adolescencia, artículo 206.

2.1.3 Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI)

Esta instancia tiene por objeto la coordinación, articulación y gestión intersectorial de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia «De Cero a Siempre». Asimismo, define su implementación a nivel nacional y territorial en coordinación con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar²⁶.

Así pues, una de las principales funciones de esta instancia es «apoyar la definición de los esquemas de implementación, financiación y cofinanciación entre la Nación y las entidades territoriales, así como la gestión de fuentes complementarias a los recursos de la Nación, en el marco de la atención integral de la primera infancia, conforme con lo dispuesto en la Ley 1804 de 2016 y sus decretos reglamentarios»²⁷.

Cabe resaltar que, según el Decreto 1416 de 2018, las entidades y organismos que ejecuten recursos públicos —que se relacionen con la atención integral de la primera infancia— deberán tener en cuenta los planes institucionales de entidades que componen la CIPI, con el fin de lograr la debida alineación entre planes.

2.1.4 Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN)

La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) se creó mediante el CONPES 113 de 2008, y es la máxima autoridad rectora de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia. La presidencia de la Comisión se rota cada dos años entre el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y el Ministerio de Salud y Protección Social.

La CISAN es la máxima instancia estatal de dirección, coordinación y seguimiento interinstitucional, de articulación de políticas y programas y de seguimiento

²⁶ Presidencia de la República. Decreto 4875 de 2011, modificado por el Decreto 1416 de 2018.

²⁷ Presidencia de la República. Decreto 1416 de 2018, artículo 4, Funciones de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia - AIPI - y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia.

a los compromisos de cada uno de los actores de la seguridad alimentaria y nutricional.

Asimismo, esta Comisión tiene, entre otras, la función de coordinar y dirigir la política nacional de nutrición, y de servir como instancia de concertación entre los diferentes agentes esta política; además, se encarga de coordinar y concretar la elaboración del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

2.1.5 Consideraciones en relación con las instancias de articulación

Para la Defensoría del Pueblo, la articulación de las instancias debe hacerse tanto a nivel nacional como territorial. Eso exige la interacción con todos los espacios y mecanismos diseñados para el seguimiento de la implementación de la política pública, y en general, para la protección y garantía de los derechos de niñas y niños. Por eso, es de vital importancia contar con una asistencia técnica más precisa y acompañamiento por parte de los entes rectores del SNBF y del CNPS. Estos organismos, entre otras funciones, deben brindar orientación para asegurar la protección y el restablecimiento de los derechos de la infancia en todo el territorio nacional.

De igual forma, los funcionarios delegados para asistir a las instancias de coordinación deberían estar formados y con suficiente experiencia en los derechos de la infancia, protección y desarrollo integral; así, no se generan retrasos ni desgaste institucional. Por el contrario, se permite que las decisiones que se tomen dentro de estas instancias se hagan en favor de los derechos de los niños. Por último, la alta rotación de los funcionarios en estos espacios dificulta, en ocasiones, la sostenibilidad en la toma de decisiones y en la responsabilidad de las ejecuciones.

A su vez, es preciso adelantar un acompañamiento más eficiente con las administraciones municipales para los ajustes de planes, programas y proyectos en los planes de desarrollo. De esta manera, no se fracturan los procesos que en muchas ocasiones los obligan a empezar de nuevo y a no construir sobre lo construido.

Del mismo modo, es necesario hacer una revisión de los mecanismos de coordinación territorial, pues cada política pública tiene su propia instancia; eso muchas veces genera duplicidad de labores y dificultad en los tiempos para la ejecución de los planes y de los programas.

Tales esfuerzos deben ir acompañados de un fortalecimiento en la construcción de planes de acción que faciliten acciones puntuales y medibles en el territorio para el funcionamiento de los Consejos Municipales de Política Social (en adelante COMPOS). Dichos planes de acción deben contar con líneas de base, diagnósticos y estadísticas actualizadas para tomar decisiones acertadas.

Por último, para que los espacios de articulación y de coordinación interinstitucional y sectorial, estén en real capacidad de garantizar integralmente todos los derechos de la primera infancia, es necesario que todas las instituciones, de todos los niveles se articulen en la elaboración de las políticas, la planeación, la ejecución y evaluación de las mismas; lo anterior sin perder de vista el enfoque territorial, diferencial e interseccional para hacer efectiva la protección integral de niñas y niños menores de cinco años.

2.2 Políticas públicas implementadas por el Estado para la garantía y protección de los derechos de las niñas y niños

2.2.1 Consideraciones frente a la política pública de atención integral a la primera infancia

Colombia ha avanzado en el marco normativo, así como en el diseño e implementación de la política pública de atención integral a la primera infancia, de conformidad con la Convención de los Derechos del Niño y con la Ley 1098 de 2006 —que entiende a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho—.

A partir de allí, especialmente de los artículos 7 y 29 de la ley mencionada, nace la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, que se fue consolidando, a su vez, como la política pública de Cero a Siempre; esta finalmente se convirtió en la Ley 1804

de 2016, por la que se establece la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia «De Cero a Siempre».

El propósito de esta política es el desarrollo integral de la primera infancia en los términos consagrados en el artículo 29 de la Ley 1098 de 2006, que establece lo siguiente:

La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero a los 6 años edad. Desde la primera infancia los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y niñas”.

En este sentido, se reconoce la importancia de la protección de la niñez, especialmente en la primera etapa de vida; por esa razón, es necesario implementar y poner en práctica políticas públicas que busquen el ejercicio efectivo de los derechos durante la primera infancia, así como los diferentes instrumentos y estrategias para su protección efectiva.

Gracias a la consolidación de la política pública de atención integral a la primera infancia y a la coordinación interinstitucional, se ha logrado aumentar la cobertura en educación inicial, en el marco de la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia; se pasó de 1.197.634 en 2017 a 1.374.423 en 2018, y finalmente, 1.480 000²⁸ en 2019; para 2022 la meta es alcanzar una cobertura de 2 millones²⁹ —entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el sector de educación—.

Sin embargo, la implementación tanto de la política como de la elaboración y el desarrollo de las rutas

²⁸ Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia. Informe de la Implementación de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia «De Cero a Siempre». Vigencia 2019.

²⁹ Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto Nacional por Colombia, Pacto por la Equidad. P. 277. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/PND-Pacto-por-Colombia-pacto-por-la-equidad-2018-2022.pdf>. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

integrales de atención a la primera infancia todavía evidencian grandes retos.

La Ruta Integral de Atención (en adelante RIA) es la principal herramienta de gestión territorial de la Ley 1804 de 2016. A partir de esta ruta, se establece un paquete de servicios universales mínimos y diferenciados que contribuyen al desarrollo integral de niñas y niños. Ahí se contemplan nueve atenciones mínimas³⁰:

1. Documento de identidad;
2. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
3. Esquema de vacunación de acuerdo con la edad;
4. Consulta de valoración integral en salud (control de crecimiento y desarrollo) y que las mujeres gestantes puedan asistir a los controles prenatales;
5. Valoración y seguimiento nutricional;
6. Familias y cuidadores en procesos de formación en cuidado y crianza;
7. Acceso a libros y contenidos culturales especializados;
8. Educación inicial de calidad;
9. Talento humano cualificado.

Estas se definieron en virtud de los diferentes entornos donde crecen los niños; tales entornos son entendidos como «los espacios físicos, sociales y culturales donde los niños y niñas se desenvuelven e interactúan: el hogar, el entorno de la salud, el educativo, el espacio público y otros propios de cada contexto social y/o cultural»³¹.

Por otra parte, el mayor retazo de la implementación de la política de Estado de atención integral a la primera infancia ha sido la adopción y la iniciación de los planes de acción de la política en muchos municipios del país. En gran parte del territorio colombiano aún se observan dificultades en la articulación de ac-

ciones institucionales e intersectoriales; priman las metas y los planes institucionales fragmentados, por encima de la integralidad —en relación con la satisfacción de los derechos de los niños—, que es el objetivo principal de la política de desarrollo integral de la primera infancia.

Las acciones propuestas para la ejecución de la política deben ser organizadas y continuas, además de involucrar aspectos de carácter técnico, político, programático, financiero y social —en los ámbitos nacional y territorial—. Por eso, se exige un esfuerzo de coordinación y de movilización que trascienda los cambios de gobiernos tanto en lo nacional como en lo territorial.

2.2.2 Política de atención integral en salud³²

La política de atención integral en salud nace como consecuencia de la Ley 1751 de 2015³³. Esta tiene como objeto garantizar, regular y establecer mecanismos de protección del derecho fundamental de la salud; Asimismo, se reconoce como sujetos de especial protección a niños y adolescentes, así como a mujeres en estado de embarazo. Además, se señala que su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.

Adicionalmente, el artículo 20 establece la necesidad de implementar una política pública social de Estado en salud por parte del Gobierno nacional que logre la «articulación intersectorial y la garantía de los elementos esenciales del derecho para impactar positivamente los determinantes sociales de la salud, y la promoción de la salud, la prevención, la atención, la rehabilitación y paliación de la enfermedad de manera integral, oportuna y de calidad»³⁴. Esta norma establece, además, el deber de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en todo el territorio nacional, en especial zonas con mayor vulnerabilidad o de baja densidad poblacional. Así se debería lograr que todos los habitantes del territorio nacional acce-

30 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Lineamiento Técnico de Atención a la Primera Infancia. Bogotá 2020. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm5.pp_lineamiento_tecnico_para_la_atencion_a_la_primera_infancia_v5.pdf. Recuperado el 20 de mayo de 2021.

31 Congreso de la República. Ley 1804 de 2016, artículo 4, literal c.

32 El derecho a la salud comprende entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, en virtud de lo señalado por la Corte Constitucional en Sentencia T- 760 de 2008, Mp. Manuel José Cepeda Espinosa.

33 Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

34 Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, artículo 20.

dan a servicios de salud oportunos y acorde con su necesidad.

En virtud de lo anterior, la Ley 1753 de 2015³⁵, en su artículo 65, determinó que el Ministerio de Salud y Protección Social definiría una Política de Atención Integral en Salud (PAIS), de obligatorio cumplimiento para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS). Esta política abarcaría los siguientes enfoques: «(i) Atención primaria en salud (APS), (ii) salud familiar y comunitaria, (iii) articulación de las actividades individuales y colectivas, y (iv) enfoque poblacional y diferencial»; además de estos componentes: rutas de atención, redes integrales de servicios, el fortalecimiento del prestador primario, el fortalecimiento del talento humano, la articulación de las intervenciones individuales y colectivas, la formulación de incentivos en salud y la definición de la información para el monitoreo y evaluación³⁶. Por último, indicó que la política pública debería adaptarse, en el ámbito territorial, a las poblaciones urbanas, rurales y dispersas.

Por ello, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la Resolución 0429 de 2016 —que adopta la Política de Atención Integral en Salud—, con este propósito: «la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad». En el mismo sentido, por medio de la Resolución 2626 de 2019 —del Ministerio de Salud y Protección Social—, se modificó la Política de Atención Integral en Salud y se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE); por medio de este modelo, entre otras cosas, se establece el liderazgo en las entidades territoriales en la implementación de la PAIS.

Lo anterior implica un liderazgo para identificar en las instituciones, en las regiones y en las personas las diferentes problemáticas y alternativas de solución

existentes. Asimismo, ese liderazgo comprende la articulación necesaria y requerida, con el fin de generar las condiciones óptimas para el ejercicio de los derechos. Los escenarios están creados para tal fin, por lo que requieren del liderazgo territorial y de la coordinación nacional.

Para cumplir con la garantía y la protección del derecho a la salud de los niños, estas acciones se deben revisar a la luz y en virtud de la situación de salud de las personas, familias y comunidades. Esa condición se debe soportar con procesos de gestión social y aspectos establecidos en la política. De esta manera, se logra garantizar la disponibilidad, aceptabilidad, la accesibilidad, calidad y la idoneidad profesional, que a la fecha siguen siendo un reto para las autoridades en salud —sobre todo en las zonas más alejadas del territorio colombiano—.

De ahí que cada uno de los que inicialmente se llamaron estructurantes de la atención integral, o pilares, deben trascender los entornos para lograr la integralidad de la acción, tal como se encuentra estipulado en el Plan Decenal de Salud Pública³⁷ (en adelante PDSP). En este plan se contempla «la promoción y protección del bienestar, la prevención, el tratamiento y cuidado de las alteraciones de la salud, la rehabilitación y cuidado integral a las gestantes».

De manera que, para lograr la articulación del PDSP con la política de Estado de la atención integral a la primera infancia —Ley 1804 de 2016—, hay que entender un aspecto fundamental: esta política de Estado fue definida como el conjunto de acciones de políticas —intencionadas y efectivas— que generan condiciones y promueven capacidades individuales, familiares, institucionales y sociales para proteger el desarrollo integral de las niñas y niños, a partir del reconocimiento de sus potencialidades y condiciones particulares y de su contexto. Es en el marco de esta articulación que se deben diseñar e implementar rutas de atención temprana para la prevención de la desnutrición; así se puede lograr la adecuada implementación y el seguimiento por parte de las autoridades de la salud y de las entidades territoriales de las resoluciones 0429 de 2016 y 2626 de 2019.

35 Congreso de la República. Ley 1753 de 2015, Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.

36 Congreso de la República. Ley 1753 de 2015, artículo 65.

37 Presidencia de la República. Plan decenal de salud pública 2012 - 2021, pg. 250.

2.2.3 Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional

En Colombia existía un enfoque de asistencialismo con respecto a las carencias de acceso y consumo de alimentación de la población más vulnerable; tales carencias se mitigaban a través de subsidios y ayudas humanitarias, otorgados a través de diferentes instituciones. En el año 2008, mediante la expedición del Documento CONPES 113, se establece la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (en adelante PNSAN), que luego daría pie al Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional (en adelante PSAN).

Esta política plantea que la seguridad alimentaria debe abordarse intersectorial e interdisciplinariamente en los ámbitos individual, familiar, social, comunitario, nacional e internacional. De igual forma, hay que decir que su abordaje requiere de la participación de varios sectores, de manera que el trabajo debe articularse. En este sentido, la política indica lo siguiente: «el país debe considerar la seguridad alimentaria y nutricional como un asunto de Estado y de seguridad nacional³⁸». Así, la consolidación de una política de Estado en este sentido facilita acciones integradas y articuladas —a nivel nacional y territorial— con el propósito de garantizar los derechos de los niños y niñas.

Asimismo, propone «garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad»³⁹, mediante la disponibilidad, acceso y aprovechamiento de los alimentos. Además, centra sus acciones en la población vulnerable, con el fin de disminuir las desigualdades sociales y económicas, al tiempo que hace un llamado a las diversas instituciones para la articulación de acciones, recursos y expedición de reglamentación en la materia.

Como ya se mencionó, la política pública propone acciones dirigidas a la población vulnerable: des-

plazados por la violencia; personas afectadas por los desastres naturales; grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos, raizales y gitanos); niños; mujeres gestantes y lactantes, y personas de menos recursos, residentes en áreas urbanas y rurales. Sin embargo, a pesar del criterio de universalización y priorización de acciones que establece la política pública, estas poblaciones siguen siendo las más afectadas en relación con la garantía de la alimentación y la nutrición de los niños y niñas.

De la misma manera, el CONPES 113 de 2008 propone el desarrollo de nueve líneas de política y varias estrategias⁴⁰. Asimismo, como instrumentos rectores para su desarrollo, propone la creación de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, los planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional Territoriales, con su respectivo observatorio. Plantea, además, un trabajo articulado entre las instituciones, con perspectivas intersectoriales e interdisciplinarias en distintos ámbitos: individual, familiar, local, nacional e internacional.

De todas maneras, el objetivo de articular las acciones institucionales, los programas y los proyectos —tal como se propone en la política— sigue siendo un reto, especialmente en el ámbito territorial; algunas instituciones siguen desempeñando sus funciones y responsabilidades sin articulación y coordinación interinstitucional. Esta situación se ha evidenciado en los resultados de la evaluación de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, elaborada por el DNP en el 2015. Ahí se consigna que, del total de acciones previstas en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el 68 % presentan avances⁴¹.

De lo anterior, cabe resaltar que la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (en adelante CISAN) —como ente coordinador y articulador de la política a nivel nacional— debe asesorar técnicamente a los entes territoriales en la elaboración de los planes departamentales de SAN, entre otras funciones. Asimismo, se encarga de asesorar y brindar acompañamiento en temas relacionados con salud y nutrición, de acuerdo con las necesidades del territorio.

38 Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 113 de 2008. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN).

39 Requiere de la intervención de los Ministerios de la Protección Social, Agricultura y Desarrollo Rural, Educación Nacional, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Vivienda y Desarrollo Territorial, Transporte, el ICBF, el Departamento Nacional de Planeación -DNP- el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural -INCODER-, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), el Instituto Nacional de Salud -INS-, el Instituto Colombiano Agropecuario -ICA-, las entidades territoriales y sus secretarías, las agremiaciones y las agencias internacionales en total sincronía

40 Las estrategias son Desarrollo institucional, Elaboración de planes territoriales de SAN, Focalización, Alianzas estratégicas, Participación comunitaria, información, educación y comunicación, seguimiento y evaluación.

41 Departamento Nacional de Planeación. Evaluación institucional y de resultados de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - PSAN -. Aplicación de la Encuesta Municipal de Capacidad Institucional SAN (EMCI). Octubre de 2015.

Sin embargo, teniendo en cuenta las falencias que actualmente se presentan en muchos territorios, se hace necesario que esta asistencia técnica por parte de la CISAN sea suficientemente contundente. De esa manera, es posible una correcta articulación de las entidades locales responsables, así como una armonía e integralidad en las políticas que se expidan con el propósito de garantizar la SAN a niñas y niños. Con todo, las instancias, las leyes y las políticas, a pesar de su existencia, tienen una ejecución limitada y fragmentada. Algunas de las razones de este problema son la falta de acompañamiento para orientar la ejecución de las políticas en territorio, la fragmentación de instancias y ejercicios de planeación y la baja destinación de presupuestos.

De conformidad con la política SAN, se expide el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) 2012 - 2019, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de toda la población colombiana, en especial de la más pobre y vulnerable. En referencia a este plan, es pertinente afirmar que, esta situación preocupa a la Defensoría del Pueblo, pues puede poner en riesgo de afectación el derecho a la alimentación y el desarrollo integral de los niños y niñas menores de 5 años.

A partir del primer Informe de Seguimiento al PNSAN (realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO⁴²—), en 2016, se hacen recomendaciones con respecto a las estrategias que aún requieren una atención y un esfuerzo especial. Esto con el fin de lograr el cumplimiento de las metas del PNSAN, que se relacionan con los siguientes aspectos: «i) Participación social y comunitaria en los planes, programas y proyectos ii) generación de alianzas estratégicas para el fortalecimiento de intervenciones iii) construcción y desarrollo de la institucionalidad iv) Avanzar en los diseños institucionales, la planeación de políticas, programas, proyectos y desarrollos normativos en SAN que enriquezcan lo establecido en la PNSAN»⁴³.

42 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-FAO-. Primer Informe de Seguimiento al Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PSAN-. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/informe-seguimiento-plan-san-2016.pdf>. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

43 Ibid.

En suma, si bien se ha recorrido un camino importante en cuanto al marco normativo, las instancias y la elaboración de planes SAN, la Defensoría del Pueblo advierte los siguientes retos:

1. Es importante que autoridades de orden nacional —que hacen parte del SNBF) evalúen los planes territoriales departamentales y municipales, según el caso, en seguridad alimentaria y nutricional (PTSAN 2012-2019— para determinar logros, lecciones aprendidas y barreras por superar. Lo anterior debe lograrse unificando criterios de evaluación que permitan profundidad en el análisis; a su vez, ese análisis debe volverse una herramienta para tomar decisiones.
2. Lograr la articulación del Plan Nacional Contra la Desnutrición «NI 1+» con los planes, programas y presupuestos del SAN en los territorios.
3. Una mayor divulgación y movilización en torno a la política PSAN y los PTSAN en entidades territoriales departamentales y municipales. De esa manera, los funcionarios en el orden territorial se pueden apropiar de la temática y tener capacidad de acción.
4. La inclusión del análisis de las consecuencias de la Pandemia COVID19 en los siguientes planes nacionales y territoriales en SAN.

2.2.3 Estrategia nacional contra las muertes por desnutrición Ni 1 + [Gran alianza por la nutrición como marco]

El Gobierno nacional lanzó la Estrategia contra las muertes por desnutrición «Ni 1+», con el objetivo general de disminuir las muertes asociadas a la desnutrición de niños menores de 5 años. Esa situación se relaciona directamente con las metas del plan de desarrollo «Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad», que establece la disminución en un 20 % para el cuatrienio 2018-2022 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial el ODS 2: «Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible», y el ODS 3: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades».

De este objetivo principal se derivan 3 líneas de acción: **a)** articulación intersectorial en la identificación, captación y atención de los casos; **b)** acom-

pañamiento durante el proceso de recuperación nutricional y fortalecimiento de capacidades en los territorios y; **c)** evaluación y monitoreo a la gestión intersectorial y otras acciones de articulación.

Así como, 5 objetivos estratégicos:

1. Fortalecer la identificación y captación de niños y niñas con desnutrición aguda.
2. Fortalecer la atención oportuna de niños y niñas con desnutrición aguda.
3. Acompañar el seguimiento a casos, apoyar la recuperación y evitar recaídas.
4. Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades en la identificación, atención y seguimiento de niños y niñas con desnutrición aguda.
5. Realizar acuerdos intersectoriales y de cooperación con el fin de fortalecer las acciones propuestas e incidir en otros determinantes de la situación nutricional.

La estrategia propone identificar territorios en los que se presentan las mayores tasas de mortalidad asociadas a la desnutrición; al mismo tiempo, busca fortalecer los mecanismos de atención oportuna, por medio de esta acción: capacitar en atención y activación de la ruta de atención para casos de desnutrición aguda moderada y severa, así como en los lineamientos de atención a la desnutrición aguda⁴⁴, a las autoridades en territorio, operadores de primera infancia, sector salud y equipos técnicos en territorio del ICBF.

Con base en lo anterior, se destacan algunas acciones que se adelantan en el marco de este plan:

- La Creación de Centros de Recuperación Nutricional⁴⁵, que «es una modalidad de atención intra-

44 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5406 de 2015. *“Por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda”*

45 Los Centros de Recuperación Nutricional son una modalidad complementaria al servicio del sector salud. Una vez los niños han sido estabilizados con base en el lineamiento clínico de atención a la desnutrición aguda por parte de la IPS, pasan a estos Centros, en compañía de un familiar y allí permanecen aproximadamente un mes hasta que el niño o la niña ya disminuyen el riesgo de recaída de desnutrición aguda severa. Estos Centros se ubican principalmente en aquellos departamentos donde la población es dispersa, habita a largas distancias y por esta razón se les provee toda la estadía y alimentación durante un mes, antes del retorno a sus comunidades. Una vez salen del servicio, se busca la vinculación a alguna modalidad de atención en primera infancia que les garantice el suministro de sus requerimientos energéticos diarios.

mural que busca contribuir a la recuperación del estado nutricional de niñas y niños menores de 5 años»⁴⁶. La recuperación de la desnutrición aguda debe ser considerada como evento de interés en salud y enfermedad.

- Implementación de unidades de servicios de 1000 días para Cambiar el Mundo⁴⁷, que atienden a madres gestantes, lactantes y a niños y niñas con riesgo de desnutrición, o a aquellos que presentan desnutrición aguda, menores de 2 años.
- Unidades de Búsqueda Activa (UBA) que iniciaron a finales de 2019, tienen como objetivo identificar a mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional. Asimismo, se encargan de detectar a los menores de dos años con desnutrición aguda o con riesgo de desnutrición aguda —en zonas dispersas y rurales—, con el fin de activar las rutas de atención de manera temprana y evitar las muertes asociadas a esta causa⁴⁸.

En el mismo sentido, y en el marco del desarrollo del Plan Ni1+, para 2019, desde el Gobierno nacional elaboró la propuesta de diseño de «la institucionalidad para la creación del Sistema de Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación y la construcción de una propuesta de los lineamientos de la Política Pública Nacional para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación»⁴⁹. Mientras tanto, inició el fortalecimiento técnico de los territorios para la incorporación del derecho humano a la alimentación. Esto con el propósito de incluir esta perspectiva de derecho en planes territoriales para la SAN.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con la desnutrición aguda en menores de cinco años, ha desarrollado las siguientes acciones con el propósito de disminuir esta problemática en la población infantil menor de cinco años:

46 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Estrategia de prevención de la Desnutrición Infantil. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/estrategia-atencion-prevencion-desnutricion-infantil>. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

47 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 1000 días para cambiar el mundo. Disponible en <https://www.icbf.gov.co/1000-dias-para-cambiar-el-mundo> Recuperado el 05 de marzo de 2021.

48 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Orientaciones especiales para el funcionamiento de las Unidades de Búsqueda Activa. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/a1.lm2_pp_anexo_2_orientaciones_especiales_funcionamiento_ubas_aislamiento_preventivo_covid_19_v1.pdf. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

49 Presidencia de la República. Balance de Resultados 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pato por la Equidad”. Pg. 64.

- Promover la gestión de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud en territorio para facilitar la disponibilidad de fórmulas terapéuticas, que garanticen el tratamiento a los niños y niñas que lo requieren. Asimismo, hace una orientación sobre la prescripción de la Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC), a través de MIPRES.
- Fortalecimiento de los procesos de identificación, captación, atención y seguimiento de los niños y niñas con desnutrición aguda; de manera que se logre la recuperación del estado nutricional, a través el consumo de fórmulas terapéuticas especializadas.⁵⁰.

A pesar de lo anterior, la Defensoría del Pueblo resalta la necesidad de aumentar la divulgación y la apropiación de la política pública. Así se puede evidenciar la importancia de su inclusión coordinada a nivel nacional en cada territorio y dentro de sus planes de acción. De esa forma, se da cuenta de la importancia y prevalencia del derecho a la alimentación y desarrollo integral de los niños y niñas, con el fin de que se amplíen los niveles de incidencia y de participación a escala nacional, departamental y municipal.

Por último, se deben incentivar, desde los prestadores de salud y las entidades territoriales, diálogos de saberes con las autoridades tradicionales de pueblos étnicos. Lo anterior tiene como propósito activar pronto las RIA, así como promover la atención diferencial y con enfoque étnico para evitar la muerte de niños y niñas indígenas a causa de la desnutrición.

- Departamento para Prosperidad Social (DPS) (en negrilla): Construcción de lineamientos para el acompañamiento a familias de los niños y niñas identificados con desnutrición aguda y reportados a SIVIGILA, pertenecientes a las familias vinculadas al DPS.
- Superintendencia Nacional de Salud: Seguimiento a planes de mejoramiento definidos en cada territorio acorde las acciones de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario.
- Ministerio de Industria, Comercio y Turismo: Lanzamiento del instrumento desarrollado en alianza con iNNpulsa y Oficina de la Primera Dama para la comercialización de la agricultura campesina,

familiar y comunitaria para 1400 beneficiarios pertenecientes a 50 asociaciones productivas de víctimas en Chocó, Nariño y La Guajira.

- Ministerio de Educación Nacional: Rutas de identificación y canalización desde el sector educación al sector salud de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda en el marco de las búsquedas activas de población desescolarizada en: La Guajira, Vichada, Norte de Santander, Guainía, Risaralda y Cesar.
- Unidad de Alimentación Escolar: Convenio con el Banco Mundial para el diseño e implementación del modelo de alimentación escolar para las ruralidades con pertinencia territorial y cultural. Se espera alcanzar: i) esquema de operación adaptando técnica y operativamente para la alimentación escolar en las ruralidades. ii) Proceso de inclusión social en territorio que favorezca la apropiación, participación y control social del PAE en la zona rural y los mecanismos.
- Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio: Disponibilidad de agua potable por la implementación de 3 módulos de pilas públicas y estructuración de 8 módulos adicionales en La Guajira y la implementación de proyectos de agua potable.
- Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural: Construcción de Sistemas Alternativos de Adecuación de tierras en 40 comunidades Wayúu de La Guajira. Además se está implementando el servicio público de extensión agropecuaria Nariño, Magdalena y Guainía.

2.2.3.1 Resolución 2350 de 2020 Lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición moderada y severa.

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2350 de 2020, con la que se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad; asimismo, deroga la Resolución 5406 de 2015, por medio de la cual se establece y define el lineamiento técnico para la atención de los menores de cinco (5) años con desnutrición aguda.

⁵⁰ Ibid.

El acto administrativo se expide en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en la que se establece la obligación del Estado de implementar medidas concretas para la atención integral en salud de niños, niñas y adolescentes, en virtud de su prevalencia de derechos. Asimismo, establece el deber de las instituciones que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de definir el proceso de atención intersectoriales e interdisciplinarios. De esa manera, se pueden garantizar mejores condiciones de atención en salud para la infancia.

La Resolución 5406 de 2015, por su parte, constituyó un avance en la implementación de los lineamientos técnicos para la atención de niños y niñas menores de cinco (5) años con desnutrición aguda; se pasó del manejo tradicional hospitalario al manejo ambulatorio en casa —con participación de la familia y la comunidad—. Este manejo se posibilitó con la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo, sin dejar de lado las responsabilidades que recaen sobre las instituciones que pertenecen al SGSSS. Después de su expedición, la autoridad en salud ha desarrollado criterios técnicos que afectan directamente la aplicación de dicho lineamiento técnico. Por esa razón, se evidenció la necesidad de expedir un nuevo instrumento.

La Resolución 2350 de 2020 determinó, entre otros aspectos, lo siguiente:

- Los principios básicos para el diagnóstico de la desnutrición;
- El establecimiento de la presencia de complicaciones o comorbilidades;
- La selección del escenario de manejo (hospitalario o ambulatorio);
- La organización de un «ABCDARIO» terapéutico con la secuencialidad de las intervenciones requeridas;
- La actualización de los requerimientos nutricionales para el inicio progresivo de la alimentación, tanto para el manejo intrahospitalario como ambulatorio.

Así pues, esta resolución contribuye a superar difi-

cultades presentadas en la atención de salud integral para niños y niñas menores de cinco (5) años con desnutrición moderada y severa. Estos avances se dan, entre otras razones, porque las disposiciones de la resolución son de obligatorio cumplimiento para todas las entidades promotoras de salud, cualquiera que sea su régimen⁵¹; entidades adaptadas de salud; entidades pertenecientes a los regímenes especial y de excepción; entidades prestadoras de salud IPS, y las Secretarías de Salud de cualquier orden (departamental, distrital, municipal o quien haga sus veces).

No obstante, persiste el reto de su implementación a nivel territorial, de forma que logre sin excepción alguna la implementación correcta y adecuada de su contenido técnico en la prestación del servicio de salud y el cumplimiento de las responsabilidades de todos los diferentes actores del SGSSS.

Además, hay que resaltar que la Resolución 2350 de 2020 establece la atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses —como atención de urgencias, sin requerir ninguna autorización previa y de carácter inmediato—. Esto beneficia y garantiza el derecho a la vida y a la salud de los niños y niñas menores de cinco años.

De igual forma, establece que la detección e identificación de casos de niños de cero (0) a 59 meses con desnutrición aguda debe realizarse tanto a nivel intramural como extramural. Eso debe hacerse, según la resolución, mediante la demanda espontánea en los diferentes servicios de salud, y por jornadas de atención integral en salud que realicen las IPS. Este último es un aspecto importante, pues para la Defensoría del Pueblo eso conlleva mayor cobertura en la prestación del servicio de salud para los niños y niñas.

Dicho eso, es importante que desde el Gobierno nacional se adelanten procesos de capacitación a funcionarios del sector de la salud y a funcionarios públicos —en especial en departamentos priorizados— sobre el lineamiento de atención a la desnutrición aguda, con énfasis en derechos de la infancia. De esta forma, se garantiza una atención adecuada a los niños y niñas, en consecuencia, esta puede actualizarse periódicamente. Estos procesos tienen el propósito de que todos los profesionales en salud,

51 Régimen de salud contributivo o subsidiario.

sin excepción alguna, reconozcan como una urgencia vital los eventos de desnutrición aguda, moderada y severa; de tal forma que se evidencie la implementación de un manejo adecuado, aplicando las pautas de identificación, tratamiento y recuperación que sean pertinentes en cada caso.

Por último, los aspectos que se resaltan de la Resolución son los siguientes: la valoración clínica y clasificación nutricional; el tratamiento terapéutico de la desnutrición aguda en niños de menores de 5 años; el egreso y seguimiento según el tipo de atención; articulación intersectorial, y las responsabilidades de todos los actores del SGSSS.

Asimismo, la Defensoría del Pueblo resalta la importancia del instrumento, al tiempo que exhorta para que esta se acompañe de un proceso de formación y divulgación a instituciones y profesionales prestadores de salud. De ese modo, se logra la apropiación y la implementación de su contenido a nivel nacional y territorial; todo lo anterior se da bajo el concurso de las entidades prestadoras de salud, sin excepción y con el firme propósito de garantizar de manera integral los derechos de los niños y niñas de cero (0) a 59 meses de edad.

Capítulo 3



La desnutrición en la primera infancia y factores de riesgo

3.1 ¿Qué es la desnutrición?

La desnutrición es el resultado de múltiples factores asociados a términos económicos, políticos, geográficos, sociales y de salud. Es una enfermedad ocasionada por el consumo inadecuado de alimentos en cantidad y calidad, lo que ocasiona que la ingesta de energía y nutrientes sea inferior a la que se requiere. Además, conlleva varios problemas de salud como la aparición de enfermedades infecciosas, enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonía o malaria. Estas enfermedades contribuyen a las altas tasas de mortalidad en la población menor de cinco años, cuando los episodios son recurrentes y prolongados.

Existen diferentes tipos de desnutrición: el bajo peso para la edad o desnutrición global, el bajo peso para talla o desnutrición aguda y la baja talla para la edad o desnutrición crónica. Este informe se centra en la atención en la desnutrición aguda (que es la que lleva a la muerte) y en la desnutrición crónica que deja secuelas para toda la vida, si no es detectada e intervenida a tiempo —afecta el desarrollo del país como un todo—.



Figura 2 Desnutrición global, aguda y crónica
Fuente: elaboración propia.

Una de las principales dificultades para abordar la desnutrición en la primera infancia tiene que ver con la disponibilidad de información sobre los indicadores directamente relacionados y la desagregación territorial a nivel departamental y municipal. Asimismo, la medición y el análisis del fenómeno de desnutrición requiere poner en marcha operaciones estadísticas complejas, si se tiene en cuenta el elevado

número de variables multicausales y la aplicación de estándares que permitan identificar la real situación en esta materia.

3.1.1 Desnutrición aguda

Se presenta cuando el peso es insuficiente para la talla o estatura. Está asociada a una pérdida de peso reciente y acelerada o a otro tipo de incapacidad para ganar peso, en la mayoría de los casos, por un bajo consumo de alimentos o por la presencia de enfermedades infecciosas. A este respecto, UNICEF, en la publicación *La desnutrición aguda, la peor enemiga de la supervivencia infantil, 2017*, afirmó lo siguiente: «La desnutrición tiene un impacto devastador en la vida de los niños a corto y largo plazo. Los efectos en su salud son evidentes, ya que multiplica las probabilidades de padecer enfermedades como la neumonía, la diarrea o la malaria. Por eso la desnutrición es una de las peores enemigas de la supervivencia infantil. Un niño que sufre desnutrición aguda grave tiene 9 veces más posibilidades de morir que un niño cuyo estado nutricional es normal. Sus defensas debilitadas no pueden hacer frente a las enfermedades y, cuando la desnutrición se complica, el riesgo de muerte es muy alto».

Asimismo, los niveles de desnutrición aguda en el país han presentado un comportamiento irregular en las últimas décadas, en comparación con otros países de la región. Entre 2010 y 2015, el porcentaje de desnutrición aguda en Colombia aumentó 0,7 puntos; en comparación con otros países de la región, los niveles de desnutrición aguda en el país han disminuido. Sin embargo, eso no significa que la situación nutricional en Colombia sea favorable; se deben robustecer las acciones para poner fin al hambre extrema y a la desnutrición.

Entre el año 2017 y 2020, el INS —en el Informe de Evento epidemiológico de Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en Menores de 5 años⁵²— registró 54.693 casos de niños y niñas menores de cinco años con desnutrición aguda. A 31 de diciembre 2020, se tuvo conocimiento de 10 973 casos de niñas y niños con desnutrición aguda. De esos, 2177 (19,8 %) son menores de seis meses; 2312 (21,1 %) son niños y niñas de 6 a 12 meses, y 6484 (59,1 %) son niños mayores de un año. Estos fueron los departamentos que presentaron el mayor número de casos registrados de niños: Bogotá (1756), La Guajira (1121), Antioquia (724), Cundinamarca (625) y Cesar (493).



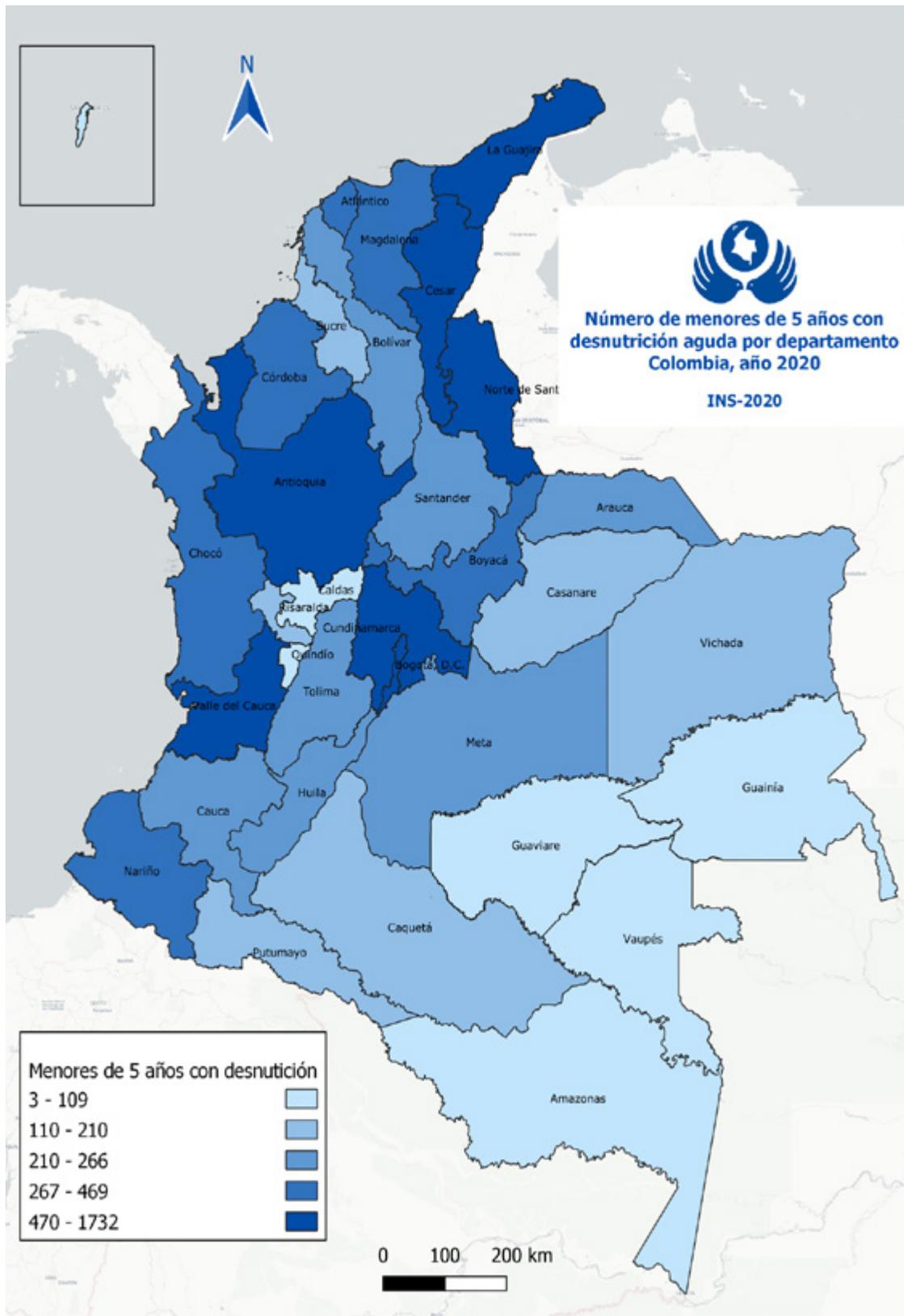
Gráfico 2
Porcentaje de Desnutrición Aguda en Colombia:
Menores de cinco años. Total nacional: 1995-2015

Fuente: ENSIN 2015.

De acuerdo con la ENSIN 2015, entre los años 2010 y 2015, el porcentaje de desnutrición aguda en Colombia aumentó 0,7 puntos. Sin embargo, aunque Colombia se encuentra por debajo de la meta mundial del 5 % —establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)—, hay que destacar que la prevalencia de esta condición nutricional evidencia un aumento entre los años 2010 y 2015.

52 Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento epidemiológico de Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en Menores de 5 años. Periodo XIII. 2020 Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DESNUTRICI%C3%93N%20EN%20MENORES%205%20A%C3%91OS%20PE%20XIII%202020.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

Mapa 1. Número de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda por departamento. Colombia. 2020



Es importante resaltar que, del total de casos de desnutrición notificados en 2020, el 74,2 % presenta desnutrición moderada; el 25,8 %, desnutrición aguda severa. El 19,8 % (2175) corresponde a población indígena; el 26,5 % (2904) se presentaron en la población rural.

Vale la pena destacar que durante 2020 el número de casos acumulados por mes presentaron un aumento. No obstante, comparando el número de casos con el año anterior —registrados en las mismas semanas epidemiológicas—, se observa que hay un número menor de casos por desnutrición aguda. Lo anterior

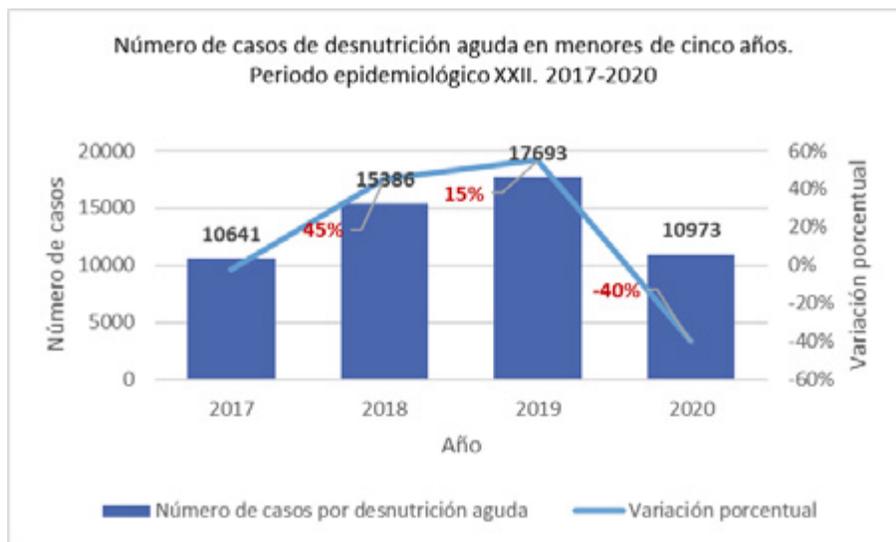


Gráfico 3
Número de casos de desnutrición aguda en menores de cinco años

Fuente: Instituto Nacional de Salud -INS-cálculos propios

El gráfico 3, muestra la relación entre el número de casos de un año a otro: entre 2017 y 2018, se presentó un aumento del 45 %; de 2018 a 2019, hubo un aumento del 15 % en el número de casos. Por último, entre el año 2019 y el 2020, se evidencia una notable disminución del 40 %. Este cambio en la tendencia se debe en parte a la implementación del Plan Nacional contra las muertes por Desnutrición «Ni 1+» que inició en enero de 2019.

De acuerdo con los boletines epidemiológicos semanales, a diciembre de 2020⁵³, hubo un registro de 10 820 casos acumulados de desnutrición aguda en Colombia; se evidencia, así, un aumento a partir del mes de septiembre de 7698 a 8749 casos en octubre. El número de desnutrición aguda en 2020 presentó un aumento mes a mes; el mes de octubre evidencia el mayor aumento con más de 1000 casos⁵⁴. (ver gráfico 4).

⁵³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Semana Epidemiológica 53. 27 de diciembre de 2020 a 2 de enero de 2021. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_53.pdf. Recuperado el 17 de abril de 2021.

⁵⁴ Decreto 1168 del 25 de agosto de 2020, por el cual se imparten

puede tener dos explicaciones: la primera es que se presentaron menos casos de desnutrición aguda durante este periodo; o la segunda, que se realizaron menos mediciones antropométricas⁵⁵ o controles de valoración integral, a causa de la emergencia sanitaria. Esta segunda hipótesis reduce inmediatamente la posibilidad de número de casos.

Hay que mencionar que en años anteriores el manejo de la desnutrición aguda era principalmente intrahospitalario; hoy en día se presentan dos componentes para

el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa: (i) manejo ambulatorio y (ii) manejo intrahospitalario. La integración de estos componentes facilita la articulación de las estrategias de prestación de servicios y garantiza la continuidad de la atención⁵⁶. Este es un elemento positivo que introdujo la Resolución 504 de 2015 y que reforzará la recién adoptada Resolución 2350 de 2020⁵⁷.

nuevas instrucciones en el marco de la emergencia sanitaria por la COVID-19 en la fase de Aislamiento Selectivo y Distanciamiento Individual responsable. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201.168%20DEL%2025%20DE%20AGOSTO%20DE%202020.pdf>. Recuperado 20 de abril de 2021.

⁵⁵ De acuerdo con la definición establecida en la Resolución 2465 de 2016 en el artículo 4: Indicador antropométrico: es un índice estadístico que surge de la combinación de dos variables o parámetros que se utiliza para medir o evaluar cuantitativamente el crecimiento y el estado nutricional, toma como base medidas corporales y se obtiene mediante la comparación, contra valores de referencia para la edad y sexo o contra mediciones realizadas en el mismo sujeto en diferentes periodos.

⁵⁶ UNICEF-Ministerio de Salud y Prosperidad Social. Lineamientos para el Manejo Integrado de la desnutrición aguda, moderada y severa para niños de 0 a 56 meses. 2017. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

⁵⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2350 de 17 de diciembre de 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202.350%20de%202020.pdf. Recuperado 30 de abril de 2021.

Según «los lineamientos para el manejo integrado con la desnutrición aguda y severa en niños entre 0-59 meses de edad⁵⁸», los enfoques actuales adecuados de manejo dan garantía en la atención de los niños y niñas con desnutrición aguda; pueden asegurar una reducción del 5 % de las tasas de letalidad, tanto en el manejo en el hogar como intrahospitalario. Para lograrlo, es importante que las prestadoras de salud hagan seguimiento y evaluación de las acciones de promoción y prevención implementadas en las zonas rurales y dispersas, en donde los alimentos y el agua potable son escasos; de esta forma se puede garantizar la cobertura y disminuir el riesgo.

Asimismo, el Estado debe continuar con la implementación de estrategias de atención y prevención de la desnutrición infantil, tales como 1000 días para cambiar el mundo, Centros de Recuperación Nutricional y Unidades de Búsqueda Activa. Además, debe vigilar el conjunto de acciones para garantizar el derecho a la alimentación de toda la familia, en especial el de los niños, madres gestantes y en periodo de lactancia; así es posible atender y detectar casos a tiempo y disminuir el impacto de las consecuencias de esta enfermedad.

58 Ibid.

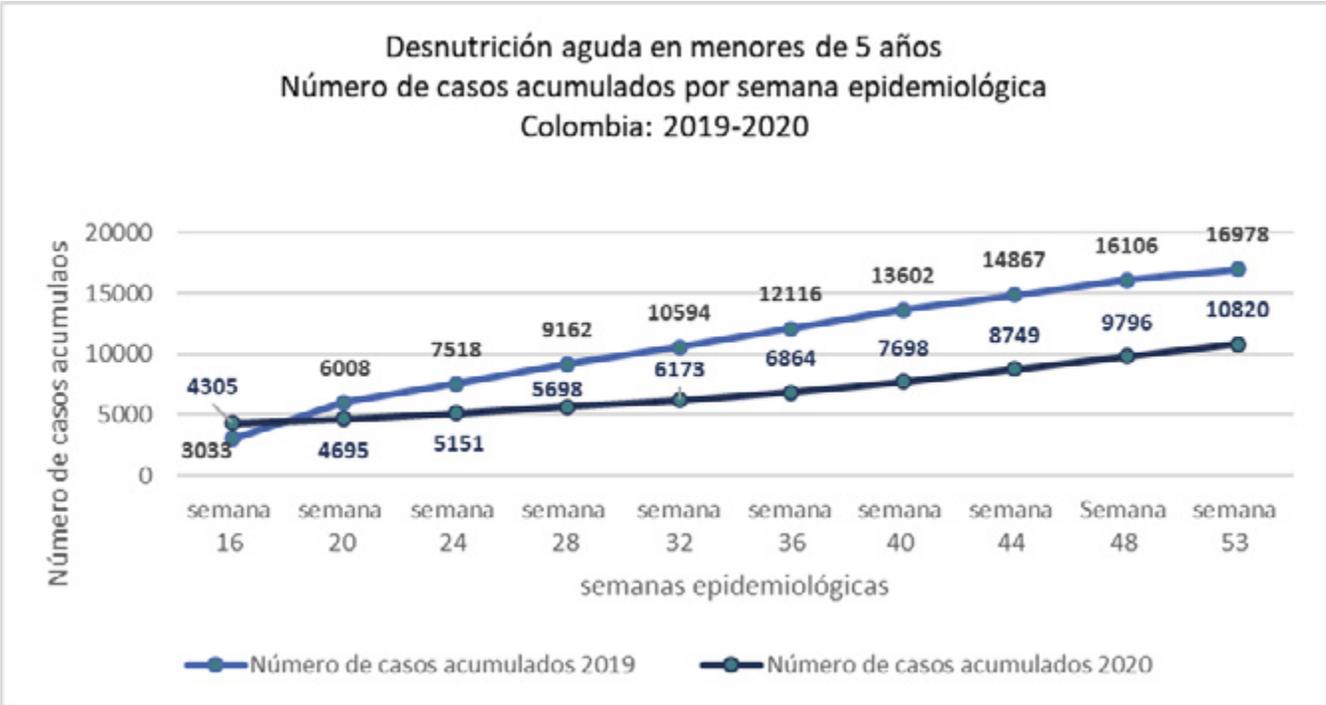


Gráfico 4
 Número de casos acumulados por semana epidemiológica por desnutrición aguda en menores de 5 años. Colombia. 2020

Fuente: Instituto Nacional de Salud-INS- cálculos propios. Fecha de corte: 2 de enero de 2021

Muertes por desnutrición aguda y causas asociadas

De acuerdo con el informe Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe⁵⁹, para el año 2016, alrededor del 45 % de las muertes de menores de cinco años tenían que ver con la desnutrición —en su mayoría originarios de países de ingresos bajos y medianos—; la probabilidad de morir por enfermedades como diarrea y neumonía se atribuye a la falta de cobertura en salud, inseguridad alimentaria, entre otros.

Durante el periodo de 2018 a 2020 se tuvo conocimiento de 896 muertes notificadas de niños menores de 5 años en Colombia por desnutrición aguda y por causas asociadas a esta. Según los informes del INS sobre mortalidad de niños menores de 5 años, en los últimos 3 años, las muertes de niñas y niños por desnutrición descendieron. Entre 2018 y 2019, se evidenció una disminución del 5%; finalmente, entre 2019 y 2020, se observa una reducción del 39 % en el número de casos notificados, como se puede observar en la siguiente gráfica:

59 FAO y OPS. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina. 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

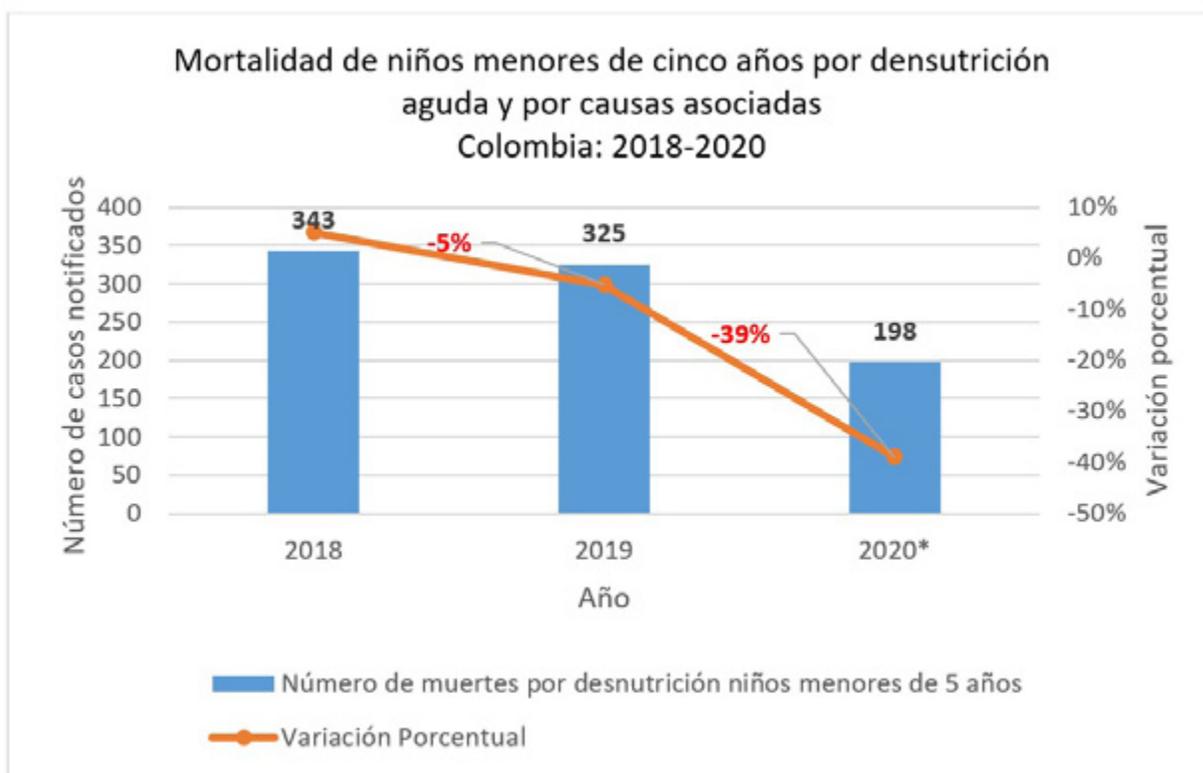


Gráfico 5

Mortalidad de niños y niñas menores de cinco años por desnutrición aguda. Colombia 2017-2020

Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a partir del reporte del Instituto Nacional de Salud⁶⁰

60 Reporte preliminar de notificaciones de muertes por y asociadas a desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años. Semana epidemiológica 01 a 52 de 2019-2020*

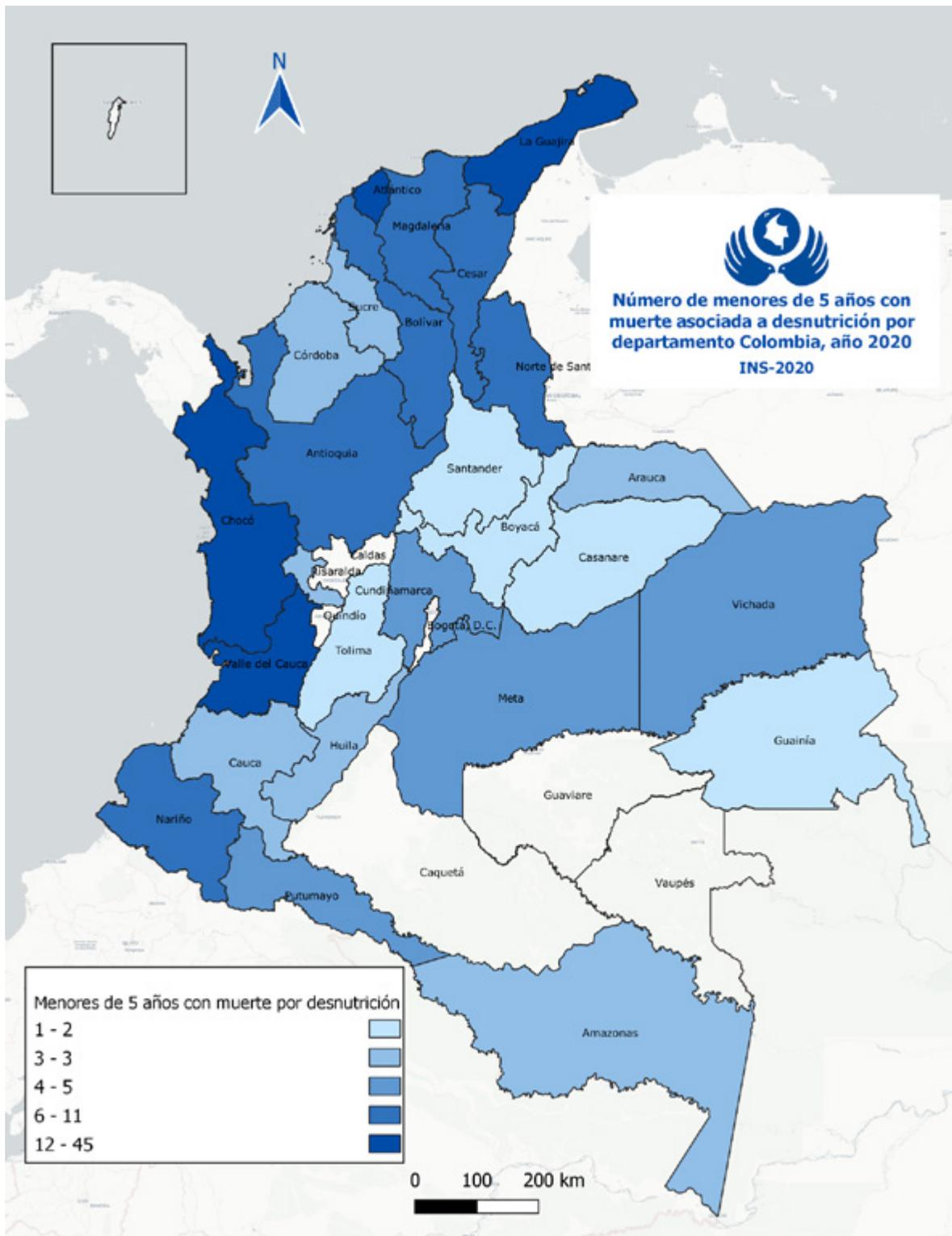
Con base en lo anterior, la desnutrición aguda en el país, entre 2018 y 2020 —con especial énfasis en los resultados del año 2020— muestran una disminución tanto en los casos notificados de desnutrición aguda como en los casos de muertes por desnutrición notificados.

Además, se evidencia una disminución en los casos notificados de fallecimientos por desnutrición. Para el año 2020, se reportaron 198 muertes de menores de 5 años. Por tales motivos, lo ideal sería erradicar las muertes por desnutrición en el territorio colombiano. Por un lado, es una causa prevenible; por otro lado, para garantizar los derechos a la vida, a la salud, a la alimentación y al desarrollo integral en la primera infancia.

Para el año 2020, se puede observar que las notificaciones de muertes por y asociada a desnutrición en Colombia disminuyeron 42,3% con respecto a los casos notificados de 2018, a pesar de la pandemia del coronavirus; bajaron de 343 a 198 casos notificados.

Estos fueron los departamentos que registraron el mayor número de casos: La Guajira (48), Atlántico (22), Valle del Cauca (14), Bolívar (12) y Cesar (12) y Chocó (10). La región Caribe y Pacífica están entre los territorios que desarrollan mayores riesgos de mortalidad por desnutrición infantil y por causas asociadas a esta. Llama la atención que son los territorios que se encuentran incluidos en la estrategia Ni 1+.

Mapa 2. Mortalidad de niños y niñas menores de 5 años por y causas asociadas a desnutrición por departamento. Colombia.2020.



A 2 de enero de 2021, según los boletines epidemiológicos del INS, las notificaciones de muertes por DNT aguda tuvieron el siguiente comportamiento:

los departamentos priorizados que son La Guajira, Cesar, Chocó, Risaralda, Norte de Santander, Arauca, Magdalena, Meta, Nariño, Vichada y Guainía; a su vez,

se han abierto 4 nuevos Centros de Recuperación Nutricional (CRN) en Risaralda, Vichada, Cesar y Norte de Santander, para un total de 13 unidades de servicio en todo el país⁶¹. Con corte al 31 de octubre de 2020, se han atendido en esta modalidad 1131 niños menores de 5 años con desnutrición aguda.

En el marco del Plan de trabajo contra la desnutrición Ni1+ se movilizan actores públicos, privados, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, organismos de cooperación internacional y de la academia, así como la Fundación

Éxito, la Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia (Abaco), la Cámara de Alimentos de la ANDI y la Fundación Saldarriaga Concha, en torno a la nutrición en la primera infancia.

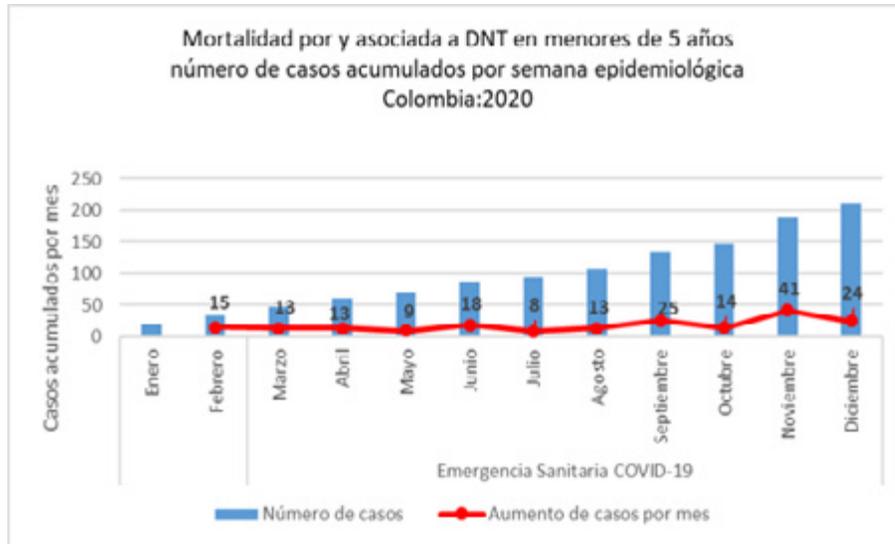


Gráfico 6
Mortalidad por y causas asociadas a la DNT en menores de 5 años. Número de casos acumulados por semana epidemiológica. Colombia.2020.

Fuente: INS. Fecha de corte: 2 de enero de 2021.

Se puede observar que, en el marco de la actual emergencia sanitaria por COVID-19, el número de casos acumulados de muertes mensuales por desnutrición aguda y causas asociadas a esta aumentó en menores de cinco años. Entre octubre y noviembre se registró un aumento de 41 casos de un mes a otro.

La Gran Alianza por la Nutrición del Gobierno Nacional —dentro de la que se enmarca el Plan Nacional contra las Muertes por Desnutrición Ni 1+, enunciado anteriormente— busca posicionar la nutrición, tomándola como eje del desarrollo físico, emocional y cognitivo de las niñas y los niños menores de 5 años. Además, pretende reducir los índices de muerte por desnutrición en Colombia. En el contexto de esta estrategia —que se lanzó en marzo de 2019—, se han capacitado 3676 agentes educativos en identificación y reporte de casos de desnutrición aguda, 3439 de forma virtual y 237 de manera presencial (a marzo de 2020).

Asimismo, se han distribuido 195 000 sobres de Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC) en

3.1.2 Desnutrición crónica

Se presenta cuando hay un retraso en el crecimiento, es decir, baja talla o estatura con respecto a la edad; está asociado a problemas prolongados y persistentes a nivel nutricional, de acceso a servicios de salud y de saneamiento básico, que afectan negativamente el crecimiento infantil. Los niños que presentan desnutrición crónica en la primera infancia padecen consecuencias graves, pues esta no solo perjudica el estado físico, sino que produce deterioro en el desarrollo cognitivo y emocional. A su vez, disminuye las defensas y aumenta el riesgo de infecciones respiratorias o diarreicas, que vulneran el derecho al sano desarrollo de la niñez —afectada por esta condición—.

La evidencia ha mostrado que una persona que presentó DNC en los primeros dos años de vida, comparada con otra que tuvo una talla superior a la es-

⁶¹ Presidencia de la República. Noticia. Disponible en: <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/La-Gran-Alianza-por-la-Nutricion-cumple-su-primer-ano-de-trabajo-por-una-causa-nacional-200305.aspx>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

perada, tiene un coeficiente intelectual 146 puntos menor, 5 años menos de escolaridad, y gana, en promedio, un salario 54 % menor, lo que claramente repercute en el capital humano⁶².

En Colombia, 1 de cada 9 niños y niñas padece de desnutrición crónica. Según el ICBF, en referencia a los países de la región latinoamericana, la prevalencia de desnutrición crónica en Colombia es mayor que en Chile (1,8 %); similar a Uruguay (10,7 %) y a Paraguay (10,9 %), e inferior a Perú (14,6 %), Bolivia (18,1 %) y Ecuador (25,2 %).



Gráfico 7

Prevalencia de Desnutrición Crónica en menores de 5 años. Colombia.

Fuente: ENSIN 2015.

De acuerdo con los resultados de la ENSIN 2015, en Colombia, la desnutrición crónica evidencia una disminución en la última década; se pasó de una prevalencia del 16 %, para el año 2005, al 10,8 %, para el año 2015.

Si bien el país ha disminuido la tendencia en la prevalencia de desnutrición crónica en niños de la primera infancia, se visibiliza en mayor medida la desigualdad en los diferentes territorios —al desagregar las cifras por regiones, grupos socioeconómicos y grupos étnicos, entre otras variables—. La encuesta muestra que hay una mayor prevalencia de DNC en la zona rural (15,4 %) que en la zona urbana (9 %). De la misma forma, muestra que las tres regiones con alta prevalencia son las siguientes: Bogotá con 13,0 %, seguido

62 Lessa Horta, Bernardo et. Al. (2017) Associations of Linear Growth and Relative Weight Gain in Early Life with Human Capital at 30 years of age.

de la región Atlántica con 12,1 % y de las regiones de Orinoquía y Amazonía con 12,3 %.

Este tipo de desnutrición puede comenzar en el embarazo y puede identificarse de manera temprana en los controles prenatales. Una madre que sufre problemas crónicos de desnutrición tiene más probabilidades de dar a luz un bebé con bajo peso, que muy probablemente sufrirá un retraso de crecimiento durante toda su infancia si no se toman los correctivos a tiempo.

Asimismo, se evidenció la mayor prevalencia de DNC en los niños y niñas cuyas madres reportaron haber asistido a menos de 4 controles prenatales (17,4 %); en niños y niñas con bajo peso al nacer (15,8 %); en niños y niñas indígenas (29,6 %); que tenían como jefe de hogar a una madre con bajo nivel educativo (menos de la primaria completa); de hogares numerosos (7 o más personas) 14,5 %, y en los niños y niñas cuya fuente de agua para beber es el acueducto comunal u otra fuente (13,5 %), comparado con aquellos que reportaron como fuente el acueducto público (9,6 %) (ENSIN, 2015).

El «Índice de Desnutrición Crónica 2020»⁶³, construido por la Fundación Éxito, se centra en el comportamiento anual a nivel departamental y municipal de las principales variables. Estas se consideran como determinantes sociales de la desnutrición crónica y permiten monitorear la situación nutricional en los territorios, ante la ausencia de información periódica y desagregada sobre la DNC en el país.

Para el año 2020, el índice —que se basó en la información oficial hasta 2018— muestra una distribución de 1076 municipios y corregimientos departamentales por categoría⁶⁴, exponiendo los siguientes resultados: 64 municipios (6 %) se encuentran en categoría crítica; 218 (20 %) en categoría baja; 344

63 Fundación Éxito. Índice de Desnutrición Crónica 2020. Disponible en: https://f.hubspotusercontent00.net/hubfs/7988203/Reporte%20Anual%20I%CC%81ndice%20DNC%202020-1.pdf?_hstc=106871848f2eaf9dd522b0503267cb62c07d0c31611690714510161255528253716128196806926&_hssc=106871851612819680692&_hsfp=1830026343&hsCtaTracking=542cd561-77f0-4a86-9c22-c83c4089db3b%7C8b9448fd-d610-43b9-a5ae-f1e122987a97. Recuperado el 5 de marzo de 2021.

64 La categorización del índice se define de 1 a 5, siendo 1 el estado crítico y 5 el sobresaliente y se combinan 12 variables determinantes para señalar la existencia del problema. La lectura del índice debe darse de forma conjunta.

(32%) en categoría media. Es importante resaltar que los municipios en esta categoría tienen un alto riesgo de descender de categoría por los impactos de la emergencia sanitaria COVID-19. Finalmente, 450 (42%) municipios se encuentran en las categorías satisfactoria y sobresaliente.

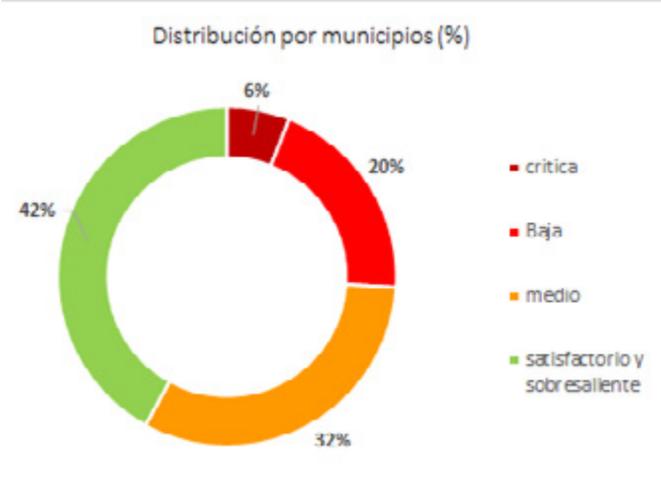


Gráfico 8
Porcentaje de municipios según categoría del Índice de Desnutrición Crónica
—.
Fuente: Fundación Éxito. Índice de Desnutrición Crónica 2020.

Los municipios de nivel bajo o crítico se encuentran ubicados en su mayoría en el sur de la región Pacífica, parte de la regiones Caribe, Amazonía y Orinoquía; según la calificación realizada por la Fundación Éxito, esos municipios tienen estas características en común: altas tasas de pobreza, altos índices de desigualdad, población étnica, difícil acceso geográfico, presencia de grupos armados irregulares (GAOR) y Grupos Delictivos Organizados (GDO), presencia de cultivos ilícitos, así como falencias de cobertura, infraestructura, acceso a la educación y servicios de salud adecuados —con repercusiones en la salud y nutrición—.

Finalmente, para la Defensoría del Pueblo es preocupante que más de la mitad de los municipios en Colombia no tengan condiciones favorables y, en consecuencia, los niños y niñas padezcan desnutrición crónica. Esta situación evidencia que no solo se trata de un problema de salud, sino de un problema que compete a todos los gobiernos y a la ciudadanía; el desarrollo integral se ve afectado y, por ende, las zonas donde habitan. Esta situación es bastante preocupante porque la emergencia actual —por la COVID-19— acentúa los factores que llevan a la desnutrición. De esa forma, los indicadores podrían empeorar por la vulnerabilidad de las poblaciones más necesitadas.

3.2 Factores de riesgo en salud asociados a la desnutrición en la primera infancia

Para analizar los factores de riesgo en salud de la primera infancia se necesitan cumplir ciertos requisitos: estudiar los antecedentes del estado de salud del recién nacido, sus primeros días y semanas después del nacimiento, la lactancia materna, la alimentación y nutrición de los niños y niñas durante sus primeros años de vida; especialmente durante la ventana de los mil primeros días.

3.2.1. Bajo peso al nacer

Uno de los factores de riesgo en salud, asociado a la desnutrición, es el bajo peso al nacer; es catalogado como un problema de salud pública, debido a sus efectos a corto y largo plazo. La Organización Mundial de la Salud considera que los menores que presenten un peso inferior a 2499 gramos al nacer representan un problema de salud pública; tienen hasta 14 veces más riesgo de muerte neonatal, de retraso en el crecimiento y el desarrollo en la edad adulta, de enfermedades crónicas —como la diabetes y la hipertensión, entre otras— frente a aquellos niños que nacen con un peso entre 3000 y 3499 gramos. Por ello, la OMS propone la meta de reducir el bajo peso al nacer (BPN) en un 30% para el año 2025. Por su parte, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de Colombia, tiene la meta de no superar el 10% de BPN.

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el período comprendido entre el año 2017 y el 31 de octubre de 2020(pr) se registraron 2.457.824 nacidos vivos: de esos, el 9,3% (226.824) nació con bajo peso. Además, dentro de ese grupo el 302% pesó entre 1200 y 2499 gramos. Colombia se mantiene por debajo de la meta, pues no supera el 10% de los nacidos vivos con bajo peso al nacer; sin embargo, se deben acentuar los esfuerzos para disminuir esa prevalencia.



Gráfico 9
Porcentaje de bajo peso al nacer. Colombia 2017-31 de octubre 2020

Fuente: Estadísticas Vitales de Nacimientos y Defunciones-DANE- y cálculos propios a 31 de octubre de 2020.

En la gráfica anterior se observa el total de niños y niñas nacidos con bajo peso y la proporción con respecto al total de nacidos en el periodo de 2017 al 31 de octubre de 2020. Del total de nacidos vivos para el año 2017 (656.704), el 9,1% (59.444) corresponde a niños y niñas con bajo peso al nacer; para el año 2019, el total de nacidos vivos fue de 642.660, de los que el 9,4% (60.408) presentó BPN. Dicho esto, cabe aclarar que, a pesar de la disminución del número de nacidos vivos en los tres últimos años, la curva de nacimientos con bajo peso presenta un leve aumento. Esos números deben alertar al sistema del sector de la salud y de los programas orientados a las madres gestantes.

En Colombia, de cada 100 nacidos vivos, 9 lo hicieron con bajo peso; de estos, 3 nacieron con menos de 2000 gramos. Así las cosas, se aumentan las posibilidades de padecer trastornos de desarrollo intelectual, problemas de aprendizaje y parálisis cerebral, con una elevada probabilidad de fallecimiento. A 31 de octubre de 2020, el DANE contó 47.660 casos de niños y niñas con un peso inferior a 2500 gramos, que corresponden al 9,3% del total nacional.

Como factores asociados al bajo peso se encuentran, en mayor medida, los siguientes: i) bajo peso de la madre; ii) embarazo en adolescentes, y iii) el control tardío, generado por el acceso deficiente a los servicios de salud; impiden, en gran medida, la atención oportuna de la gestante.

Según el informe Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía —del Instituto Nacional de Salud (INS)—, durante 2019, el 24,8% (914) de los casos de mortalidad neonatal se relacionaron con trastornos de bajo peso gestacional y de gestación corta.

Asimismo, otro factor que determina el crecimiento intrauterino adecuado es el aporte de oxígeno y nutrientes, así como los depósitos de micronutrientes (hierro, cobre, zinc); estos se efectúan por transferencia placentaria de la madre al feto, principalmente en las últimas semanas de la gestación. De modo que la desnutrición materna reduce el aporte de nutrientes al feto por defecto placentario y por bajo peso: tal circunstancia produce deficiencias que juegan un papel predominante en el bajo peso al nacer.

Así las cosas, la protección integral de la mujer durante la gestación incide directamente en la protección integral de los derechos de las niñas y los niños. A través de la gestante se hace efectivo el principio del interés superior de los niños desde la concepción. Por tanto, es indispensable que el Estado disponga de todas las acciones que sean necesarias para que las mujeres gestantes asistan a sus controles prenatales; así se pueden identificar las gestantes de bajo peso, y es posible actuar pronto. Además, se disminuye la prevalencia de los niños y niñas vivos con bajo peso al nacer.

En cuanto al peso de los niños y niñas nacidos vivos, para el tercer trimestre de 2020pr nacieron 14.978 niños y niñas con bajo peso, 3,1% menos que en el tercer trimestre del año anterior. El 6,5% presentó un peso entre 2000 y 2499 gramos al nacer.



Gráfico 10. Niños y niñas con bajo peso al nacer, III Trimestre. Colombia. 2017pr-2020pr

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales y cálculos propios.

3.2.2 Embarazo en adolescentes

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, con marcadas consecuencias sociales y económicas; está relacionado con la reproducción intergeneracional de la pobreza, el bajo logro escolar y la falta de oportunidades, así como con profundas consecuencias para la salud: el embarazo en la adolescencia afecta la salud física, mental y social de las mujeres más jóvenes, y continúa siendo uno de los principales factores de mortalidad materna e infantil.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes determinan la elevación de la morbimortalidad materna. Asimismo, esos riesgos provocan un aumento en la mortalidad infantil entre 2 y 3 veces mayor que el de los grupos de 20 a 29 años. Esto ocurre porque las madres adolescentes pueden tener una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, que lleva tanto al bajo peso al nacer como al nacimiento de niños y niñas prematuros.

De lo anterior, hay que indicar que el crecimiento de la adolescente no suele finalizar hasta 5 años después de la primera menstruación, aunque existen variaciones individuales. Durante este período la gestación supone una sobrecarga nutricional. Tal circunstancia explica que el 10 % de los recién nacidos —de madres entre 14 y 19 años— tengan bajo peso al momento del nacimiento.

En Colombia, para 2016, la tasa de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años fue de 2,66 nacidos vivos por cada 1000 mujeres; en 2017 fue de 2,79; en 2018, 2,62; en 2019, 2,47, y en 2020 —de manera preliminar— fue de 1,81 nacimientos. Los anteriores registros indican la disminución de la tasa de fecundidad a partir del año 2017. Dicho todo eso, cabe recordar que los embarazos en menores de 14 años son considerados un delito y tienen consecuencias penales; por ende, la meta como país debería ser de cero embarazos en menores de 14 años.

El DANE registra, entre 2016 y el 31 de julio de 2020pr, un total de 2.288.588 nacidos vivos: 21.634 fueron de madres entre los 10 y 14 años; 499.725, entre los 15 y 19 años. Así pues, los bebés de madres adolescentes (10 a 14 años y 15 a 19 años) representan el 20 % del total de nacidos vivos en el país.



Gráfico 11. Nacimientos según edad de la madre, 10 a 19 años. Total nacional. 2017-2020pr

Fuente: Estadísticas Vitales-EEVV. DANE y cálculos propios.

Corte 31 de julio de 2020.

Cuadro 2. Número de nacimientos según grupo de edad de la madre. Total nacional:2017-2020pr

AÑO	2017	2018	2019	2020 pr
10 -14 años	5883	5442	4780	2347
15 a 19 años	128.634	123.223	117.930	60699

Fuente: Estadística Vitales EEVV-DANE. Con corte a 31 de julio de 2020.

A todos estos factores, relacionados con la edad, se añaden otros de tipo cultural, social y económico; están relacionados, en su mayoría, con la pertenencia a estratos bajos, a zonas rurales y dispersas, así como con pueblos étnicos y con víctimas del conflicto armado, tal y como se evidencia a continuación.

Según el estudio realizado por el Ministerio de Salud y por Profamilia, Determinantes del Embarazo en Adolescentes, para 2018, el porcentaje de madres o de embarazadas adolescentes fue de 15,1 % en las zonas urbanas. En las zonas rurales este porcentaje alcanzó el 24,8 %. Asimismo, el estudio arrojó que el 41,8 % de las adolescentes en embarazo solamente cuentan con educación primaria. Eso refleja una amplia diferencia con las mujeres que cuentan con educación superior, en las que este porcentaje apenas llega al 8 %.

Por otra parte, 9 de cada 10 niñas que quedaron en embarazo abandonaron sus estudios; esa situación las llevó a ingresar a trabajos informales y mal remunerados, lo que perpetúa y feminiza el círculo de la pobreza. Respecto a lo que se ha dicho, la evidencia ha mostrado que, a menor nivel educativo de la madre, mayor es el riesgo de que sus hijos tengan desnutrición, así como mayor será la afectación en la edad adulta en su coeficiente intelectual (16,4 puntos menos); 6 años menos de educación, y 65 % menos de salario, comparado con un adulto cuya madre tenía 12 o más años de escolaridad al momento del nacimiento.

En el mismo orden de ideas, el estudio determinó que el 66 % de las madres adolescentes no querían serlo en esa etapa de la vida; el 44,6 % de las madres menores de 15 años tuvieron hijos con hombres 6 años mayores que ellas; el 19,5 %, con hombres 10 años mayores que ellas, y el 4,6 %, con hombres que les superan en más de 20 años. Es decir que más de la mitad de los embarazos en la adolescencia no ocurren entre pares adolescentes, sino en el marco de relaciones de poder y de abuso.

Con lo anterior, como se ve en el último gráfico, el número de embarazos en adolescentes —entre 2017 y el 31 de julio de 2020— ha disminuido. Sin embargo, esta sigue siendo una situación de grave afectación en el ejercicio de los derechos tanto para la adolescente como para el recién nacido, en materia de salud y desarrollo integral.

No obstante, el ICBF promueve programas como 1000 días para cambiar el mundo que atiende este tipo de problemas. De hecho, a través de este programa, hasta el 31 de octubre de 2020, se atendieron 33.423 usuarios y sus familias.

3.2.3 Falencias en la garantía del acceso al control prenatal.

Esto señala la Declaración de los Derechos del Niño: «El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados».

Así las cosas, la ausencia de este control constituye otra grave situación en la que se vulnera tanto el derecho de la madre como del bebé. En referencia a ese tema, la Universidad Javeriana de Cali realizó un estudio en 2018, con énfasis en las brechas de acceso al control prenatal (CPN) en Colombia. Ahí se determinó lo siguiente: «El adecuado acceso a Controles Prenatales (CPN) contribuye a asegurar mejores re-

sultados para la madre y el recién nacido. Se plantea que la mayoría de las lesiones y muertes maternas, así como el 75 % de las muertes de recién nacidos, se podrían evitar si las mujeres recibieran una atención precoz y oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto. Las gestantes con CPN inadecuado tienen una mayor incidencia de muerte o complicaciones en neonatos y con bajo peso».



Figura 3
Periodos Perinatales de Riesgo [Matriz BABIES], Colombia, 2020

Fuente: INS. Informe Evento Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Periodo XIII. 2020.

La figura 3 tiene en cuenta las variables que influyen en la mortalidad perinatal y neonatal tardía, como el peso del recién nacido y el momento de ocurrencia de la muerte: anteparto, intraparto, o en el periodo neonatal, temprano o tardío. Estas están relacionadas con el estado de salud materna (52,2), cuidados prenatales (22,8 %), atención del parto (4,4 %), atención del recién nacido (13,3 %) y atención del neonato (7,2 %). De acuerdo con el informe Mortalidad perinatal y neonatal tardía, para el año 2020, el 48,6 % (4339) de las muertes fueron fetales anteparto.

Por su parte, la Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS), 2015, evidenció que el 77,9 % de las gestantes acuden a controles prenatales en el primer semestre. Además, se reflejan barreras como bajos ingresos, largas distancias entre la residencia y los

sitios de salud y bajos niveles de educación formal; tales barreras condicionan el acceso a los controles prenatales. Asimismo, la meta del Plan decenal de salud pública para el año 2021 es que el 80 % de las mujeres gestantes ingresen al control prenatal antes o durante la semana 12 de edad gestacional.



Gráfico 12. Número de visitas de cuidado prenatal. ENDS 2015

Fuente: ENDS, Colombia 2015 y cálculos propios.

El gráfico 12 muestra el número de visitas de cuidado prenatal en Colombia por sectores —rural y urbano—. El estudio lo realizó la ENDS en 2015, y estos fueron los resultados: el 92 % de la muestra tuvo cuatro visitas o más en la zona urbana, mientras que en la zona rural ese número de visitas lo tuvo el 83,7 %. Eso evidencia la situación de desventaja en la que se encuentran las gestantes en la zona rural: están ocho puntos por debajo de las gestantes de la zona urbana.

A lo anterior, hay que añadir los datos del último informe, de 2018, de Estadísticas Vitales del DANE. Durante 2016, el 2,5 % del total de nacimientos no asistieron a controles prenatales; en 2017, la cifra fue de 2,9 % del total de nacimientos, y, en 2018, la cifra alcanzó el 3,8 % de casos atendidos en las instituciones de salud. Entonces, se puede decir que de 2016 a 2018 el número de casos de madres que no asistieron a ningún control prenatal ascendió leve-

mente, lo que representa riesgos graves en la salud de las madres y de los bebés; no puede identificarse oportunamente cualquier tipo de alteración durante el embarazo.

Del mismo modo, es importante señalar que los prestadores de salud y los sistemas de salud deben garantizar que todas las mujeres reciban atención equitativa, respetuosa y de alta calidad, así como los servicios de promoción, prevención y de atención. Debe ofrecerse la atención necesaria y oportuna, de manera que se respeten, se protejan y se promuevan los derechos humanos de todas las mujeres gestantes —en especial de todas aquellas que habitan en zonas rurales—, y con un enfoque sensible de la diversidad cultural. Así se pueden cerrar las brechas sociales y cambiar los indicadores de cada municipio. Aproximadamente un 15 % de las gestantes presentan riesgos para el parto, y un 20 %, riesgos psicosociales para la gestación.

Es más, según la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales médicos, a lo largo del embarazo, se debe incrementar de cuatro a ocho. En Colombia, para el año 2019, el 83,92 % de los nacidos vivos tuvo 4 o más consultas de control prenatal. Datos recientes indican que cuantos más contactos prenatales haya entre las mujeres y las adolescentes con el sistema de salud, menor será la probabilidad de muertes prenatales o de enfermedades crónicas —el bajo peso y la desnutrición, entre ellos—. De manera que, si se aumenta el número de controles prenatales, existen más oportunidades de detectar y gestionar posibles problemas a tiempo.

En ese sentido, la OMS recomienda generar espacios propicios y de divulgación para el incremento de las evaluaciones maternas y fetales; así es posible detectar problemas y aumentar la probabilidad de que el embarazo tenga un desenlace positivo. Asimismo, recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y, los contactos

posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación, respectivamente. En relación con esta cuestión, la Resolución 3280 de 2018 —del Ministerio de Salud y Protección social— adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. En ella se establecen las directrices de la operación de esas rutas, con el fin de garantizar la calidad de la atención en salud.

De otra parte, en la Resolución 2626 de 2019 se modificaron las disposiciones para fortalecer la Política de atención integral en salud (PAIS). Estos cambios se hicieron a través del Modelo de acción integral territorial (MAITE); permite la acción coordinada del Estado, de las instituciones y de la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que ofrezca servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos. Asimismo, busca orientar al Sistema General de Salud Social, de manera que se logren el aseguramiento, la portabilidad y la prestación de los beneficios en cualquier lugar del país.

Por tanto, es necesario incrementar los esfuerzos del Estado para garantizar, a través de las prestadoras de servicio de salud, una atención integral y de calidad que facilite que el parto, el embarazo y el postembarazo se desarrollen normalmente. De igual forma, se debe asegurar que las madres gestantes tengan mayores controles, reciban los multivitamínicos, la vacunación antitetánica, la ecografía y el manejo médico, cuando este sea necesario; así se puede reducir la mortalidad materna y neonatal.

3.2.4 Mortalidad Materna

Según el Instituto Nacional de Salud, durante 2020 —en Colombia— hubo un aumento del 35 % en el número de casos de mortalidad materna temprana con respecto al año 2019. (Ver Gráfico 13).

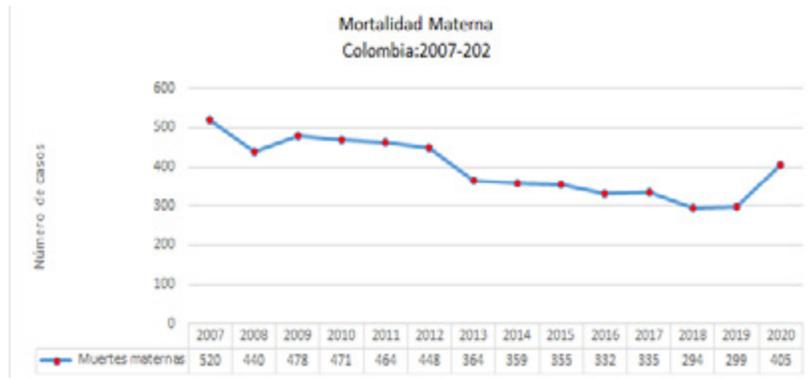
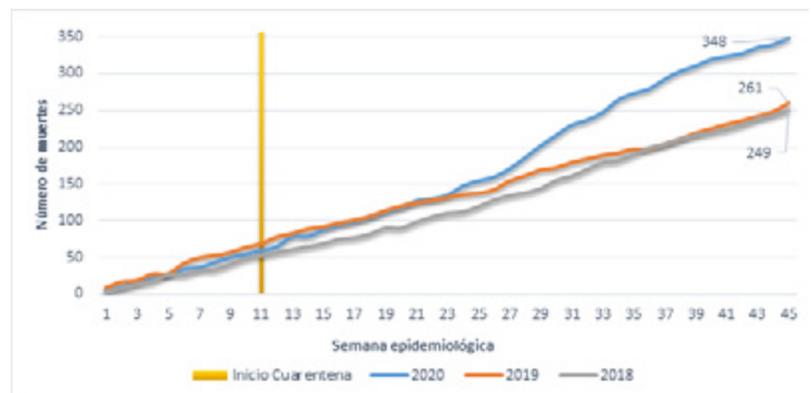


Gráfico 13. Mortalidad Materna. Colombia 2008-2020

Fuente: INS. Informe de Evento Mortalidad Materna Periodo XII. 2020.

De acuerdo con el informe Los efectos del COVID en la primera infancia de Colombia, de la Fundación Éxito, se identificó un aumento de muertes maternas posterior al inicio de la pandemia; se superaron las muertes registradas en años anteriores, respecto a las mismas semanas epidemiológicas (Gráfico 14). Se indica, además, que este incremento en las muertes maternas podría ser consecuencia de la pandemia: los servicios hospitalarios dieron prioridad a la



atención de casos por coronavirus, limitando frentes como el cuidado materno infantil.

Gráfico 14. Número de muertes maternas tempranas acumuladas por semana epidemiológica 2018, 2019 y 2020

Fuente: INS y Fundación Éxito.

De lo anterior, es necesario tener en cuenta lo siguiente: «la muerte de la madre puede traer consecuencias negativas en el desarrollo del niño, pues im-

pide el fácil acceso a leche materna y a los cuidados maternos, claves en su desarrollo temprano, lo que podría desencadenar en los primeros años en altas prevalencias de malnutrición y en el largo plazo, en brechas en habilidades cognitivas».

Por su parte, el INS afirma que en las zonas rurales hay 102,1 casos de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos. A su vez, en la población indígena hay 236,5 muertes de cada 100.000 nacidos vivos. Esta situación refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud, pues sobresalen las brechas de desigualdad en la población.

En relación con lo que se ha dicho hasta ahora, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la OMS recomiendan a los países reducir las desigualdades en cuanto a la calidad y al acceso a los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal; además, propone lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; asimismo, sugiere abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas; por último, recomienda reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad, a fin de responder a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas, y de garantizar la rendición de cuentas, de manera que mejoren la calidad de la atención y la equidad.

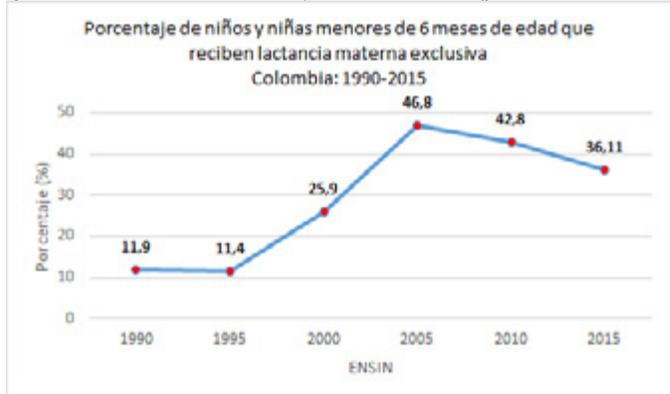
3.2.5 Ausencia o falta de lactancia materna en el proceso de alimentación

De acuerdo con la OMS, la lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y del niño: «La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida. La lactancia materna protege contra la diarrea y las enfermedades comunes de la infancia, como la neumonía y también puede tener beneficios a largo plazo para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia».

En Colombia, se adoptó el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 que establece las acciones que deben realizarse en todas las regiones, a fin de lograr una eficaz protección, promoción y ayuda de la lac-

tancia materna. El plan, como instrumento de política, pretende articularse con las políticas de seguridad alimentaria, nutricional y de primera infancia. Este se constituye como un «instrumento principal de política pública en el marco de la construcción de la Estrategia Nacional sobre Nutrición del Lactante y el Niño Pequeño y de la protección de los menores de dos años. Se parte de una manifestación mundial de la importancia de reconocer las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y desarrollo, la salud y, en suma, en la propia supervivencia de los lactantes y niños pequeños».

Asimismo, en el marco de la Gran Alianza por la Nutrición, se realizó el proceso de valoración de efectos y el análisis institucional del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020. Este plan funciona como insumo para la formulación participativa que se proyecta bajo el liderazgo de la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia de una nueva política pública de lactancia materna y alimentación complementaria vigente en el periodo 2021 - 2030. De esa manera, se pueden identificar las dificultades, los retos, las lecciones aprendidas y recomendaciones para el fortalecimiento, formulación y actualización



del instrumento para la promoción y protección de la lactancia materna.

Gráfico 15. Porcentaje de niños menores de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva. Colombia: 1990-2015

Fuente: ENSIN 2015.

Como se puede observar en el gráfico 15, en los últimos 10 años, el porcentaje de niños menores de

6 meses que reciben lactancia materna en el país disminuyó 1069 puntos porcentuales. Según los resultados de la ENSIN 2015, tan solo el 36,1 % de los niños menores de seis meses recibieron como único alimento leche materna. Este indicador forma parte de las metas globales en nutrición de la OMS para 2025; ahí se plantea que, durante el decenio comprendido entre 2015 y 2025, se debe lograr que el 50 % —como mínimo— de los niños menores de seis meses de edad reciban lactancia materna exclusiva.

En cuanto al periodo de vida de los niños que recibieron lactancia de manera exclusiva, la encuesta arrojó estos datos: en el periodo de vida de 0 a 1 mes, el 51,6 % estaban recibiendo lactancia materna de manera exclusiva; en el periodo de 2 a 3 meses, el porcentaje disminuyó hasta el 33,5 %; en el de 4 a 5 meses, 1 de cada 4 niños (25 %) recibía lactancia materna de manera exclusiva. Asimismo, el 15,9 % de niños entre 4 y 5 meses ya no recibía lactancia materna.

En total, el 72 % de los niños menores de 2 años recibieron lactancia materna en su primera hora de vida; no hubo diferencias estadísticas significativas entre sexos, etnias, regiones ni concentraciones de población. Tales datos posicionan a Colombia dentro de la meta establecida por la OMS y la UNICEF, de mejorar el inicio temprano de la lactancia materna en al menos el 70 %.

La lactancia materna exclusiva y el inicio de esta son fundamentales para el estado de salud del niño y de la madre. Después del nacimiento, todos los niños deberían recibir inmediatamente lactancia materna; el calostro (primera leche) es altamente beneficioso por su contenido de inmunoglobulinas y anticuerpos, pues mantiene la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del bebé.

Sobre este tema, Karin Medrano, nutricionista de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) destacó —en el Segundo congreso nacional de lactancia materna (realizado entre el 7 y el 8 de septiembre de 2018, en Guatemala)— lo siguiente: «La lactancia materna es vital para prevenir y reducir la desnutrición crónica, ya que disminuye en un 72 % los ingresos a hospitales por diarreas y en un 57 %

por enfermedades respiratorias». Además, señaló que es importante promover que los bebés tengan acceso a este alimento desde los primeros días de vida, pues es vital para su buena alimentación y salud.

Asimismo, dijo que la lactancia materna protege a los bebés de infecciones, y que aumenta en un 3,4 % su coeficiente. Mientras tanto, en la madre reduce el riesgo de padecer cáncer de mama.

La Defensoría del Pueblo destaca que el Ministerio de Salud y Promoción Social y la Presidencia de la República, junto con La Fundación Éxito, han liderado una agenda académica, social y de participación comunitaria para promover la lactancia materna. Esto se ha hecho a partir del apoyo a la formulación de los lineamientos de las salas amigas de la familia lactante, los bancos de leche humana, la consejería en lactancia materna, la construcción y dotación de espacios para la lactancia, foros académicos internacionales y la lactatón en el mes de agosto (se hace desde 2015). En 2020, la lactatón reunió cerca de 22.000 mujeres lactantes en 21 departamentos y 86 municipios; en 2021, de manera virtual, a más de 27.000 en todo Colombia. En los últimos 2 años, la lactatón y el Congreso Internacional de Lactancia se han realizado en el marco de la Gran Alianza por la Nutrición, ratificando que la lactancia es el acto de amor que más alimenta.

Sin embargo, los índices continúan siendo muy bajos, y, por ello, es importante reforzar las campañas y estrategias dirigidas a favorecer este tipo de alimentación. Además, es necesario aunar esfuerzos entre los gobiernos, las familias, las instituciones prestadoras de servicios de salud y otros actores clave para fomentar la lactancia materna exclusiva.

3.2.6. Carencia de registro civil de nacimiento

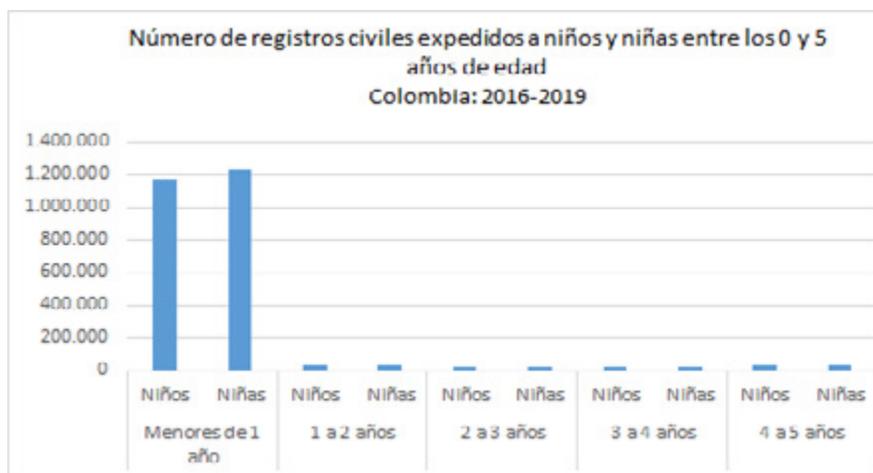
El registro civil de nacimiento es un registro permanente que garantiza el derecho al nombre, a la nacionalidad y la familia. Asimismo, reconoce jurídicamente la identidad del niño o de la niña. Es muy importante, pues en él consta la existencia legal de una persona y de su individualidad, por medio de la

asignación de un nombre y un número de identificación de carácter único.

De acuerdo con la Registraduría Nacional del Estado Civil, el certificado de nacimiento es el instrumento con el que el Estado garantiza a los niños sus derechos y deberes dentro de la familia y la sociedad, confiriéndoles el estatus de colombianos.

Según UNICEF, el Registro Civil de Nacimiento no es solo un derecho fundamental de los niños, sino que también contribuye a la protección contra la violencia, y a recibir servicios fundamentales como la salud y la justicia. Además, ese documento permite que los niños accedan a bienes y servicios públicos que promueven la supervivencia, el desarrollo y la protección integral.

Por otra parte, la Registraduría Nacional del Estado Civil reporta que, entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2019, se expidieron 2.627.655 registros civiles de niños y niñas entre 0 y 5 años.



De acuerdo con la información que le suministró la Registraduría Nacional del Estado Civil a la Defen-

soría del Pueblo, se puede inferir que el registro de niños y niñas se presenta en mayor medida en los niños y niñas menores de 1 año (2.411.623).

Gráfico 16. Número de registros civiles expedidos a niños entre los 0 y 5 años

Fuente: Registraduría Nacional del Estado Civil.

En consecuencia, es importante redoblar los esfuerzos del Estado para garantizar el registro civil de nacimiento de todos los niños y niñas; con el subregistro se corre el riesgo de excluir a los niños y niñas de la sociedad, pues si un niño o niña que no es registrado, se le niega el derecho a la personalidad jurídica, al nombre y a la nacionalidad.

El registro civil de nacimiento de niños y niñas garantiza la efectividad de derechos fundamentales como salud, educación y familia, entre otros. Un niño que no cuente con su registro civil de nacimiento no puede ser atendido en el sistema de salud; los niños y niñas requieren una atención especializada y urgente.

Por eso, las atenciones mínimas establecidas en la RIA hacen referencia a la protección de los derechos de los niños; la protección de su vida, de su integridad física y de su integridad mental. Además, esas medidas instan a las instituciones gubernamentales a resguardar a los niños para que no sufran ningún tipo de daño que perjudique su vida, en cualquier medida, y a brindar los servicios disponibles para su desarrollo integral; por ejemplo, que cada uno de los niños y niñas cuente con registro civil y asista a los controles médicos.

En este sentido, el siguiente capítulo abordará los determinantes sociales de la seguridad alimentaria y nutricional. Estos reconocen las diferencias en sus alcances, en términos de política; además, se vuelven herramientas valiosas para profundizar en el análisis de las causas estructurales de la situación alimentaria y nutricional en la primera infancia, a partir de lo que se estableció en el CONPES 113 de 2008.

Capítulo 4

Causas estructurales de la desnutrición en la primera infancia en Colombia

El Conpes 113 de 2008 define a la política pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) en los siguientes términos: «la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa».

De la misma forma, cuando se aborda el concepto de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), se hace alusión a cinco componentes fundamentales para garantizar una adecuada alimentación; tales componentes son una garantía del derecho que tienen las personas a no padecer hambre ni inseguridad alimentaria: 1) la disponibilidad de alimentos; 2) el acceso a los alimentos; 3) el consumo de los alimentos; 4) el aprovechamiento biológico de los alimentos, y 5) la calidad e inocuidad de estos.

En este capítulo se abordarán los primeros cuatro de estos cinco componentes, en relación con las causas

estructurales de la desnutrición infantil del país. A continuación, se presenta la figura 4, que sitúa las causas estructurales en el marco de cada uno de los cuatro componentes que se abordan en la SAN:



Figura 4 Componentes estructurales relacionados con las causas de desnutrición infantil

Fuente: Elaboración propia.

4.1 Disponibilidad de alimentos

Hace referencia a los siguientes dos aspectos: la cantidad de alimentos que produce un país en el orden nacional y local; si estos son suficientes o no para los requerimientos energéticos y de consumo de la totalidad de la población. Estos aspectos, a su vez, dependen de tres factores principales: la producción agrícola nacional, su uso y la balanza de exportación e importación de alimentos.

De acuerdo con la FAO, Colombia es un país con gran potencial de expandir su área agrícola sin afectar el área de bosques naturales; es el cuarto país de América Latina con más tierras disponibles para la producción agrícola; es el tercer país con mayores recursos de agua y diversidad climática, y, el tercero de Latinoamérica con mayores tasas de precipitación anual. Estos datos lo convierten en un escenario ideal para cumplir la suficiencia de producción de los alimentos que requiere la población nacional.

Sin embargo, existen factores que impiden que esta suficiencia esté conectada con un acceso y consumo óptimo. Entre ellas, las disfunciones de los sistemas agroalimentarios, cuyas dinámicas generan, en algunas ocasiones, alzas notables en los precios —afectan a la población con bajo poder adquisitivo—; las relaciones entre las zonas de producción y el consumo, que pierden eficacia en términos de articulación y proximidad, ya que el comercio dentro de las regiones no supera el 24%. Eso conlleva altísimos niveles de pérdidas y desperdicios.

Por eso, es necesario el desarrollo de Sistemas Agroalimentarios Eficientes e Inclusivos, un conjunto de políticas para incorporar la agricultura familiar al abastecimiento de alimentos a escala territorial y regional. De este modo, se puede continuar avanzando hacia la erradicación del hambre y hacia la consolidación de una Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) sostenible y estable —como lo han postulado los países tanto en la conferencia mundial como en la regional de la FAO—.

En Colombia, hay una oferta nacional de 28,5 toneladas de alimentos, de las que se desperdicia un total de 9,76 millones de toneladas (el 34% de la producción nacional). Lo anterior muestra que, en el país, se

pierde una de cada tres toneladas de alimentos: con esa cantidad se podría alimentar a una ciudad del tamaño de Bogotá durante 1 año.

Según la FAO, «la pérdida de alimentos se refiere a cualquier alimento que se pierde en la cadena de suministro entre el productor y el mercado». Por su parte, el desperdicio hace referencia al «descarte o uso alternativo (no alimentario) de alimentos que son seguros y nutritivos para el consumo humano».

Respecto a esos problemas, en Colombia se aprobó la Ley 1990 de 2019. En ella, se crea la política para prevenir la pérdida y el desperdicio de alimentos y se dictan otras disposiciones. Además, se establecen medidas para reducir estos fenómenos y para contribuir al desarrollo sostenible desde la inclusión social, la sostenibilidad ambiental y el desarrollo económico. De esta forma, se promueve una vida digna para todos los habitantes.

De todas maneras, es necesario llamar la atención desde la Defensoría del Pueblo sobre las obligaciones que de allí emanan, en lo que tiene que ver con la formalización de la política pública de Pérdidas y Desperdicios de Alimentos, a cargo de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria (CISAN). Esto con el fin de generar acciones concretas y puntuales, que abarquen toda la cadena de producción y consumo. La idea es que esta política se vea reflejada en una mayor ingesta de alimentos aptos y nutritivos para el cuerpo humano, especialmente de la población menos favorecida.

El plazo que establece la ley para la construcción de la política en cuestión es de un año. Por esa razón, se insiste en la importancia de la elaboración y el desarrollo de una política pública eficaz y concreta contra las pérdidas y el desperdicio de alimentos; su objetivo debe ser la alineación de la disponibilidad, el acceso y el consumo efectivo de alimentos aptos e inoocuos. Así pues, esta estrategia se plantea como una herramienta que acompañe y apoye las iniciativas de lucha contra las muertes por desnutrición en la infancia, la desnutrición crónica, la inseguridad alimentaria y la subalimentación, en Colombia.

4.2 Acceso a la alimentación

Es la posibilidad de todas las personas de tener los

alimentos que cubran sus requerimientos nutricionales de forma oportuna y permanente. Esos alimentos los puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes básicos son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos.

4.2.1 Variables económicas

Respecto a las variables económicas que afectan el componente de accesibilidad, se analizará el comportamiento del ingreso per cápita, el precio de los alimentos, las tasas de ocupación y desocupación y las condiciones económicas de los hogares.

De acuerdo con el DANE, la medición de pobreza en Colombia se realiza a través de dos métodos: el método directo y el método indirecto. El método directo (pobreza multidimensional) corresponde a todos los individuos cuyo consumo efectivo de bienes deja insatisfecha alguna de las necesidades básicas (NBI); aquellas que se consideran vitales como la salud, el acceso a servicios públicos domiciliarios, empleo, vivienda, educación y condiciones de la niñez y la juventud. El método indirecto (pobreza monetaria), por su parte, consiste en calcular el ingreso mínimo necesario para satisfacer las necesidades básicas, así como los gastos básicos en alimentación y servicios mínimos; es decir, la capacidad de adquisición de bienes y servicios que tienen los hogares.

4.2.1.1 Pobreza monetaria - nivel de Ingresos

Como se puede observar en el gráfico 16, en el año 2019 el 35,7% de la población colombiana vivía en condición de pobreza monetaria (ingresos entre 0-\$327.674), y el 9,6%, en situación de pobreza monetaria extrema (ingresos entre 0- \$137.350) —según el DANE —.

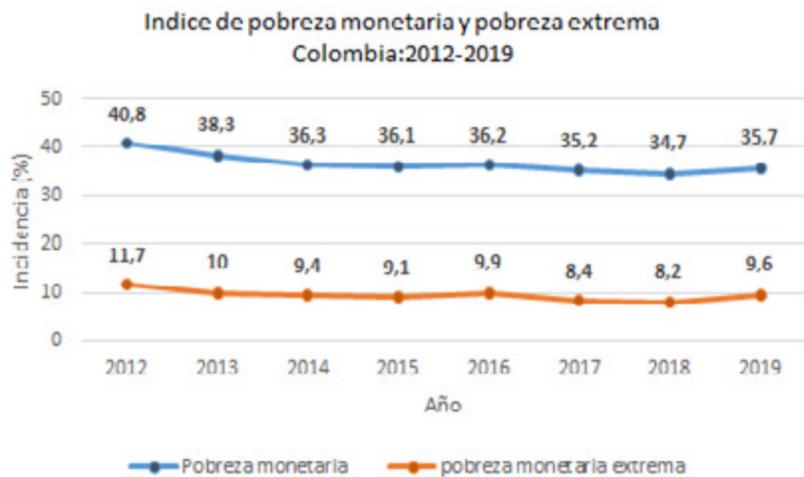


Gráfico 17. Índice de pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema. Colombia 2012-2019

Fuente: DANE-cálculos propios con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG) 2012-2019.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta nacional de ingresos y gastos (ENIG), en 2019, los perfiles del jefe de hogar que presentaron mayor incidencia de pobreza están relacionados con los siguientes factores: la desocupación, la posición ocupacional, trabajadores informales, bajos niveles de educación y no estar afiliado a la seguridad social.

Cuadro 3. Tasa de incidencia de la pobreza según características del jefe de hogar (índices con mayor incidencia). Total nacional, Año 2019.

Características de jefe de hogar	Total nacional	
Sexo	Mujer	38,2 %
	Hombre	34,4 %
Nivel Educativo	Ninguno o primaria	46,8 %
Situación Laboral	Desocupados	58,8 %
Posición Ocupacional	Ocupación Informal: Patronos y a cuenta propia	44,7 %
Seguridad Social	No afiliado	44,7 %

Fuente: DANE - cálculos basados en la Gran encuesta integrada de hogares [2019].

Estos son los datos relacionados con el índice de pobreza según las características del hogar: el 44,3 % de las personas que pertenecen a un hogar de 4 o más personas son pobres; el 75,4 % de las personas que viven en hogares donde hay tres o más niños menores de 12 años sufren de pobreza, y el 48,2 % de las personas que pertenecen a un hogar en donde ningún integrante de la familia está en el mercado laboral vive en situación de pobreza.

Además, cabe destacar algunas circunstancias que pueden agravar la situación de pobreza en el país en 2020 (las cifras de pobreza pueden aumentar): principalmente, las complicaciones económicas y sociales que afronta el país debido a la pandemia de COVID-19, y los desastres naturales que se presentaron en algunas regiones como San Andrés, Providencia, Santa Catalina y el departamento de Chocó. Fedesarrollo aseguró que la pobreza promedio en Colombia se elevará aproximadamente en un 49 %. Es decir, casi la mitad de la población estaría en esta condición. De igual forma, Fedesarrollo afirmó que la pobreza extrema podría aumentar de 9,6 %, en 2019, a 14 %, en 2020.

Así pues, es necesario analizar la pobreza y su incidencia en la primera infancia como un asunto multicausal en la desnutrición infantil; los bajos o nulos ingresos, la escasez de oportunidades laborales y la ausencia de servicios básicos debilitan las estructuras de oportunidades. En ese orden de ideas, son la alimentación y la salud los primeros derechos en la cadena familiar que se ven afectados en condiciones de pobreza.

Por tanto, hay que resaltar que el impacto de la pobreza y de todas sus causas estructurales no es igual para los niños, niñas y adolescentes que para los adultos; tiene formas y facetas distintas. Los niños son más vulnerables a sus efectos, pues afectan su proceso de desarrollo. Tales efectos son más graves en los primeros años de vida y, en cualquier caso, dejarán secuelas el resto de la vida. De hecho, es muy probable que esos problemas de salud se hereden a las generaciones siguientes.

4.2.1.2 Pobreza multidimensional (IPM) - condición de vulnerabilidad

La composición del IPM se basa en cinco dimensiones y 15 indicadores: condiciones educativas (analfabetismo y bajo logro educativo); condiciones de la niñez y juventud (inasistencia escolar, rezago escolar, barreras de acceso a servicios de cuidado de primera infancia, y trabajo infantil); trabajo (trabajo informal y desempleo de larga duración); salud (sin aseguramiento a salud y barreras de acceso a salud, en caso de una necesidad); condiciones de la vivienda y servicios públicos (sin acceso a una fuente de agua mejorada, inadecuada eliminación de excretas, material inadecuado de pisos, material inadecuado de paredes y hacinamiento crítico).

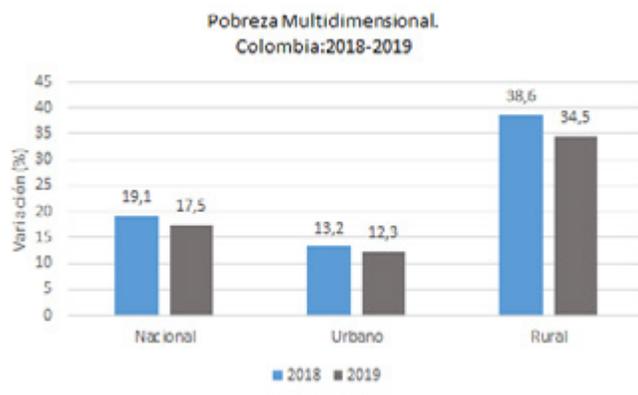


Gráfico 18. Pobreza multidimensional según dominio geográfico

Fuente: DANE-Pobreza Multidimensional 2019.

En 2019, 8.560.000 personas (17,5 %) se encontraba en situación de pobreza multidimensional en el país. Eso refleja una reducción de 1,6 puntos porcentuales con respecto a las 9.175.000 personas (19,1 %) de 2018. 4.635.000 de las personas (12,3 %) se encuentran en zonas urbanas, y 3.925.000 (34,5 %) se encuentran en centros poblados y rurales dispersos.

Mapa 4. Pobreza Multidimensional. Colombia: 2019.

El Índice de pobreza multidimensional para el 2019 fue:

Cuadro 4. Índice de pobreza Multidimensional 2019 por Indicador en Colombia.

Variable	2019	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso
Analfabetismo	9,3	6,0	20,5
Bajo logro educativo	44,0	34,1	77,6
Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	7,9	8,3	6,6
Barreras de acceso a servicios de salud	5,5	5,6	5,4
Desempleo de larga duración	12,4	12,9	11,0
Hacinamiento crítico	8,6	8,9	7,5
Inadecuada eliminación de excretas	11,0	7,2	23,7
Inasistencia escolar	2,7	2,1	4,6
Material inadecuado de paredes exteriores	2,6	2,7	2,6
Material inadecuado de pisos	6,4	2,0	21,4
Rezago escolar	25,8	24,3	30,9
Sin acceso a fuente de agua mejorada	11,5	2,8	41,2
Sin aseguramiento en salud	11,3	11,9	9,5
Trabajo infantil	1,7	1,2	3,4

FUENTE: DANE, cálculos con base en la ECV - 2019.

La tabla anterior refleja los indicadores que inciden en el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia. Llama la atención que el índice de barreras a servicios para cuidados de la primera infancia registró un total a nivel nacional del 7,9 % en el año 2019; comparado con el año 2018, presentó un cambio significativo, pues aumentó en un 2,2 %. El área urbana tiene la tasa más alta con un 8,3 %. Los centros poblados y rural dispersa, por su parte, obtuvieron un 6,6 %. Hay que tener en cuenta que en las áreas urbanas existe mayor oferta de servicios de atención integral a la primera infancia, implementados por el ICBF: entre ellos están el programa Mis Manos te Enseñan y los otros programas diseñados por los entes territoriales.

En 2019, los cambios en las privaciones de las personas en situación de pobreza multidimensional muestran que las dimensiones que más contribuyen a la pobreza en Colombia son las siguientes: educación (33,8 %), trabajo (27,7 %) y niñez y juventud (13,4 %).

Por otro lado, el Gobierno nacional, para el año 2020, tomó acciones de protección para las familias pobres

y vulnerables, a raíz de las medidas implementadas en el aislamiento preventivo por la COVID-19; activó canales, a través del Departamento de Prosperidad Social, como la devolución del IVA a un millón de hogares, así como el Ingreso solidario a 25 millones de hogares beneficiados, a la fecha. Se llegó a los hogares que estaban experimentando el choque económico más severo, protegiéndolos de un deterioro en sus condiciones de vida por falta de ingresos.

En este contexto, el ICBF dirigió los esfuerzos a reorientar la política de Seguridad alimentaria y nutrición en los hogares con población vulnerable, principalmente de los niños y las niñas menores de 5 años; de manera que se garantizara la continuidad en el cubrimiento de sus programas nutricionales como Servicios de Primera Infancia un aporte nutricional, llegando a cubrir el 100% del requerimiento de aproximadamente 1.700.000 niños y niñas a partir del mes de marzo de 2020. Asimismo, se fortaleció la atención de las modalidades 1000 días para cambiar el mundo, centros de recuperación nutricional y UBAS, con ampliación de cobertura. Desde el mes de marzo hasta el 21 de noviembre, se entregaron 12.527.939 canastas alimentarias en todo el país.

Además, se adjuntó una guía de experiencias de cuidado y crianza en el hogar en tiempos de Coronavirus. En esta se establecen acciones que las familias deben realizar con las niñas y los niños, para promover su desarrollo infantil. Asimismo, contribuye a asegurar la alimentación de niños con riesgo de desnutrición y madres gestantes con bajo peso, con la modalidad de 1000 días para cambiar el mundo. Durante la pandemia, se hizo entrega de 189.946 canastas nutricionales y 16.327 toneladas de alimentos de alto valor nutricional en todo el país.

Por otra parte, según la encuesta Pulso social del DANE, de diciembre de 2020, (que mide el impacto de la situación generada por la COVID-19) presentó

estos resultados: del total de hogares encuestados (7.813.498), el 69,6% de los hogares colombianos consume 3 comidas diarias; antes de la pandemia era el 89,3%. Esto evidencia las dificultades de las familias para alimentarse.

De ahí que los hogares hayan tenido que racionar el número de comidas diarias: solo el 69,2% (1.262.966) de la población encuestada, que conforma un hogar de tres personas, consume tres comidas diarias, 20% menos que los hogares del mismo tamaño antes de la pandemia. El 69,8% de las familias que conforman un hogar de 4 o más personas tienen

Porcentaje de personas que consumen tres comidas diarias
Colombia: diciembre de 2020

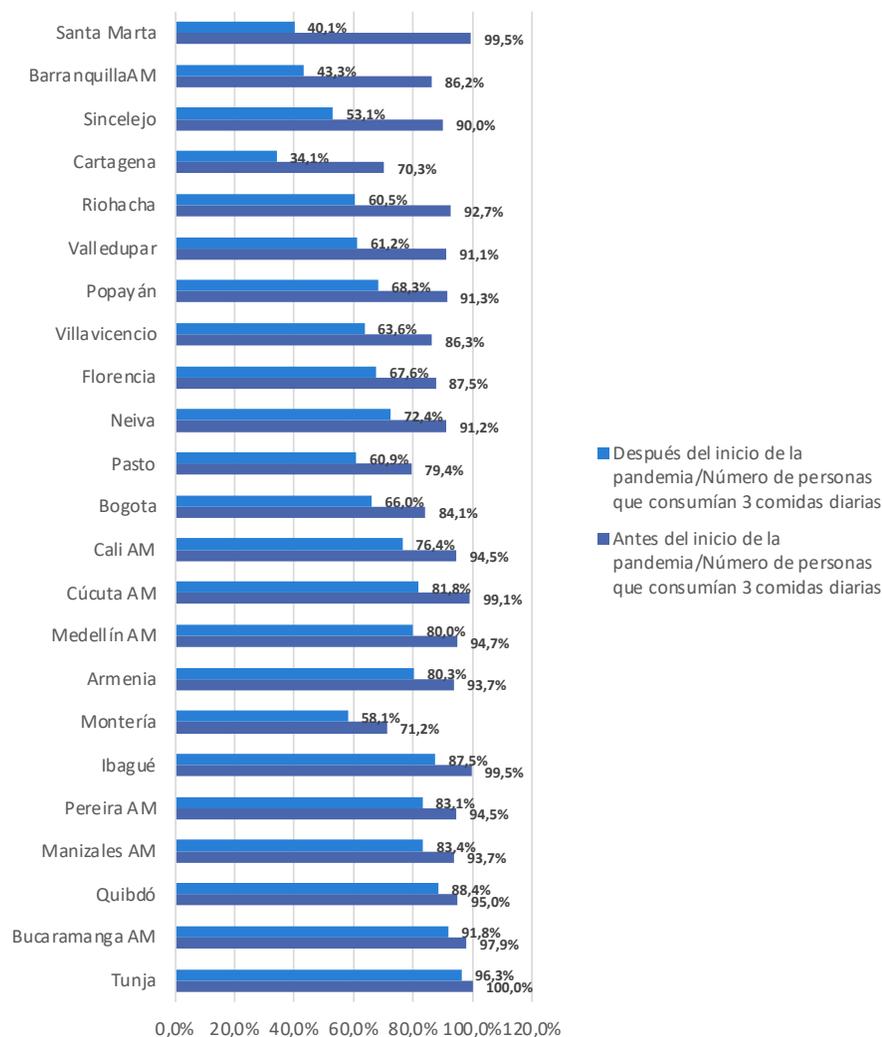


Gráfico 19. Porcentaje de personas que consumen tres comidas diarias. Colombia: diciembre de 2020.

Fuente: DANE- Encuesta Pulso Social. Sexta ronda. Diciembre 2020.

acceso a tres raciones diarias. Por su parte, las ciudades que evidencian mayor afectación en su seguridad alimentaria son las siguientes: Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Riohacha y Valledupar (ver Gráfico 19).

De esta forma, es necesario resaltar que el diseño e implementación de la política pública permite mitigar el impacto de la crisis sanitaria en el desarrollo infantil, así como garantizar las condiciones adecuadas para la salud y nutrición de los niños y niñas.

4.2.1.3 Ocupación y Desempleo

Una de las metas establecidas, en el marco de los Objetivos de Desarrollo ODS, para erradicar el hambre y la pobreza extrema es lograr el empleo pleno y productivo del trabajo. Sin embargo, debido a las diferentes crisis financieras, alimentarias, sanitarias y ambientales de los últimos años, no ha sido posible; los países se han alejado del logro de cierre de brechas económicas y sociales.

Según los cálculos del DANE, Colombia pasó de 10,5 %, en el año 2019, a 15,9 %, en 2020, en su tasa de desempleo. La situación se agrava si se tiene en cuenta que la mayoría de los trabajos son de baja calificación y que dependen de la presencialidad. Por tanto, se podría decir que la población más afectada sigue siendo la que se encontraba en situación de pobreza antes del confinamiento, por la pandemia del coronavirus (ver Gráfico 20).



Gráfico 20. Tasa de ocupación y desempleo. Total Nacional 2012-2020

Fuente: DANE. Tasa de Ocupación y Desempleo 2012-2020.

Del mismo modo, la población ocupada para el año 2020 disminuyó en un 24 % con respecto al año anterior; pasó de 22.287 000 (56,6 %) personas ocupadas a 19.843 000 (49,8 %). Las posiciones ocupacionales que se vieron más afectadas fueron las de obrero, empleado particular y trabajador por cuenta propia.

A su vez, el informe Cifras de empleo y brechas de género hace referencia a la situación del empleo femenino antes y durante la pandemia de COVID-19. Destaca que las secuelas económicas de la pandemia han afectado más a las mujeres que a los hombres.

Las cifras de desempleo del DANE del último trimestre de 2020 (octubre - diciembre) arrojan una tasa de desempleo masculino del 10,2 %; 18,7 % en el desempleo femenino. Así pues, el género femenino es el más afectado por la pandemia, lo que plantea enormes retos en un país que cuenta con prevalencia de jefatura femenina en sus hogares. Además, el DANE reveló que cerca de 2,5 millones de mujeres perdieron su empleo a causa del COVID-19: se pasó de 9,2 millones de mujeres ocupadas en el segundo semestre de 2019 a 6,7 millones de mujeres ocupadas para el mismo periodo en el año 2020. Por consiguiente, en estos episodios de restricción de ingresos, lo primero que se afecta es el acceso a la alimentación del núcleo familiar, principalmente de los niños. Esa situación pone en riesgo su derecho a la alimentación.

En síntesis, el Gobierno nacional, desde el ICBF, reportó que entre marzo y noviembre de 2020 entregó 12.527.939 canastas alimentarias, en el país, a los niños beneficiarios de sus servicios de primera infancia (con un refuerzo del 150 % de los requerimientos de energía y nutrientes). No obstante, es latente el riesgo de que ese paquete alimentario se diluya en el núcleo familiar, y que los niños terminen recibiendo mucho menos de lo que reciben a través del plato caliente servido en sus instituciones de educación inicial —que corresponde al 70 % de sus requerimientos energéticos diarios—. Lo anterior podría deteriorar rápidamente el estado nutricional de los niños menores de 5 años, los más vulnerables del país. De esa forma, se aumentarían los casos de

desnutrición tanto crónica como aguda.

Al respecto, se presentan dos reflexiones: en primer lugar, es de vital importancia reforzar las medidas de toma de talla y peso de los niños como condición para hacer entrega de las canastas alimentarias, y evitar así que el paquete se diluya —a tal punto de que se afecte el desarrollo de los niños—; en segundo lugar, es muy importante permitir el retorno presencial de los niños menores de 5 años a sus instituciones de educación inicial; esa medida tiene un doble impacto. Por un lado, tienen acceso al consumo de los alimentos que requieren los niños en esa etapa de desarrollo. Por otro lado, las madres tienen la posibilidad de retornar al mercado laboral sabiendo que sus hijos se encuentran en espacios idóneos para su cuidado y su desarrollo integral.

4.2.1.4 Precio de alimentos

En Colombia, la canasta básica familiar está definida como el conjunto de bienes y servicios esenciales para la subsistencia y bienestar, que son adquiridos de forma habitual por una familia. La canasta se utiliza en el país para el cálculo del índice de precios al consumidor (IPC), el cual representa o mide el comportamiento del costo de vida, comportamiento que es medido en términos porcentuales.

Para el mes de diciembre de 2020, el IPC registró una variación de 1,61 % en comparación con el año anterior. Según el Informe de las Divisiones Salud (496 %), Alimentos y bebidas no alcohólicas (480 %), Restaurantes y hoteles (343 %), Bebidas alcohólicas y tabaco (261 %), Bienes y servicios diversos (252 %) y, por último, Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles (181 %) se ubicaron por encima del promedio nacional (1,61 %). Entre tanto, las divisiones Transporte (1,35 %), Recreación y cultura (0,68 %), Información y comunicación (-0,10 %), Muebles, artículos para el hogar y para la conservación ordinaria del hogar (-0,96 %), Prendas de vestir y calzado (-3,94 %) y, por último, Educación (-7,02 %) se ubicaron por debajo del promedio nacional.

Los gastos que tienen mayor peso en la canasta familiar de los colombianos son Alimentos y bebidas no alcohólicas, con un peso de 15,05 %, y Alojamiento,

agua, gas, electricidad y otros combustibles, con 33,12 %.

Conforme con las líneas de pobreza y pobreza extrema estimadas por el DANE a 2019, para que un hogar, integrado por cuatro personas, pueda acceder a la canasta básica familiar, requeriría ingresos totales superiores a \$1.310.696. Si la familia vive en las cabeceras, este valor es superior a \$1.446.296; si vive en los centros poblados y rurales dispersos, es de \$843.876. Esto, posiblemente, ha afectado la adquisición de alimentos por parte de los hogares, especialmente aquellos en pobreza monetaria.

Se puede inferir que una de las causas de la problemática que enfrenta Colombia, asociada a la inseguridad alimentaria, no radica en la producción de alimentos, sino en las dificultades que presentan los hogares para acceder a ellos. Parte de la explicación se debe a un componente económico relacionado con el bajo nivel de ingresos de la población vulnerable, costos elevados en que están ofertados y el número de integrantes que conforman las familias; y otro social relacionado con la inadecuada gestión de los recursos naturales, el desempleo rural, la desigualdad de género, el conflicto armado interno y la actual crisis sanitaria causada por la COVID-19.

4.3 Consumo de alimentos

El consumo de alimentos se debe considerar desde dos perspectivas: i) la cantidad; y ii) la calidad (y variedad).

4.3.1 Cantidad

En lo que concierne a la cantidad, el ODS número 2 «Hambre Cero» tiene el objetivo de erradicar el hambre en el mundo. A pesar de los avances y esfuerzos de las últimas décadas en materia de erradicación del hambre, desde el 2015 hasta la fecha se ha revertido la tendencia mundial hacia la disminución, con un aumento significativo de las personas que padecen hambre en el mundo.

Hay dos indicadores que son relevantes y han sido retomados por los informes SOFI⁶⁵ publicados por

⁶⁵ Presenta el estado de inseguridad alimentaria en el mundo, ofrece estimaciones actualizadas sobre la subalimentación y el progreso hacia la consecución de las metas del hambre del ODM y la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (CMA).

la FAO para medir el hambre: i) La prevalencia de subalimentación, que se refiere principalmente a la probabilidad de que, al escoger un ciudadano al azar, este no tenga una ingesta calórica que satisfaga el mínimo de sus necesidades de energía alimentaria⁶⁶; y ii) la prevalencia de inseguridad alimentaria⁶⁷.

Con respecto a la prevalencia de subalimentación, la FAO señaló que en el mundo existen 820 millones de personas que no tienen los suficientes alimentos para comer, lo que corresponde al 8,9 % de la población mundial. Si bien esta cifra venía en constante disminución entre 2005 y 2014, la tendencia se revierte a partir del 2015 hasta hoy, evidenciando un aumento de 60 millones de personas, con respecto al 2014, cuando la prevalencia de subalimentación se situaba en 8,6 %⁶⁸.

En América Latina existen 48 millones de personas que no consumen suficientes alimentos para su desarrollo vital, lo que corresponde al 7,4 % de la población (por debajo de la prevalencia mundial); mientras que en Colombia el porcentaje se sitúa en el 5,5 % (entre 2017 y 2019), lo que equivale a 2,4 millones de personas en el país.

Colombia está haciendo un gran esfuerzo para reducir el porcentaje de subalimentación, que en el 2015 se situaba en 7,3 %⁶⁹, con una población de 3,4 millones de personas que no contaban con alimentación suficiente y adecuada, lo que representa una disminución de 2 millones de personas subalimentadas en los últimos cuatro años y que va en sentido opuesto de la tendencia mundial hacia el alza. Esta baja ha permitido que Colombia se sitúe con indicadores más alentadores que los de Perú (6,7 %), Ecuador (8,8 %), Bolivia (15,5 %) y Venezuela (31,4 %); no obstante,

66 Se trata de un indicador que estima la FAO de acuerdo con la cantidad de alimentos disponibles en un país, los alimentos que se requieren y determinando qué proporción de la población podría no tener acceso a ellos. Esta prevalencia se mide en porcentaje, por país, y aunque es útil para comparar las tendencias nacionales, regionales y mundiales en materia de acceso y consumo de alimentos, impide ubicar geográficamente las necesidades y la población afectada por el hambre.

67 Se establece mediante una encuesta de varias preguntas que se realizan directamente a los miembros de los hogares.

68 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Informe "El Estado de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Mundo 2019". Roma: 2019.

69 Organización para las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina Y el Caribe. 2020 disponible en: <http://www.fao.org/3/cb2242es/CB2242ES.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

aún queda un camino importante por transitar si se compara con otros países de la región como Brasil (menor a 2,5 %), Chile con el 3,5 %, y Argentina con el 3,8 % (Véase el gráfico 19).



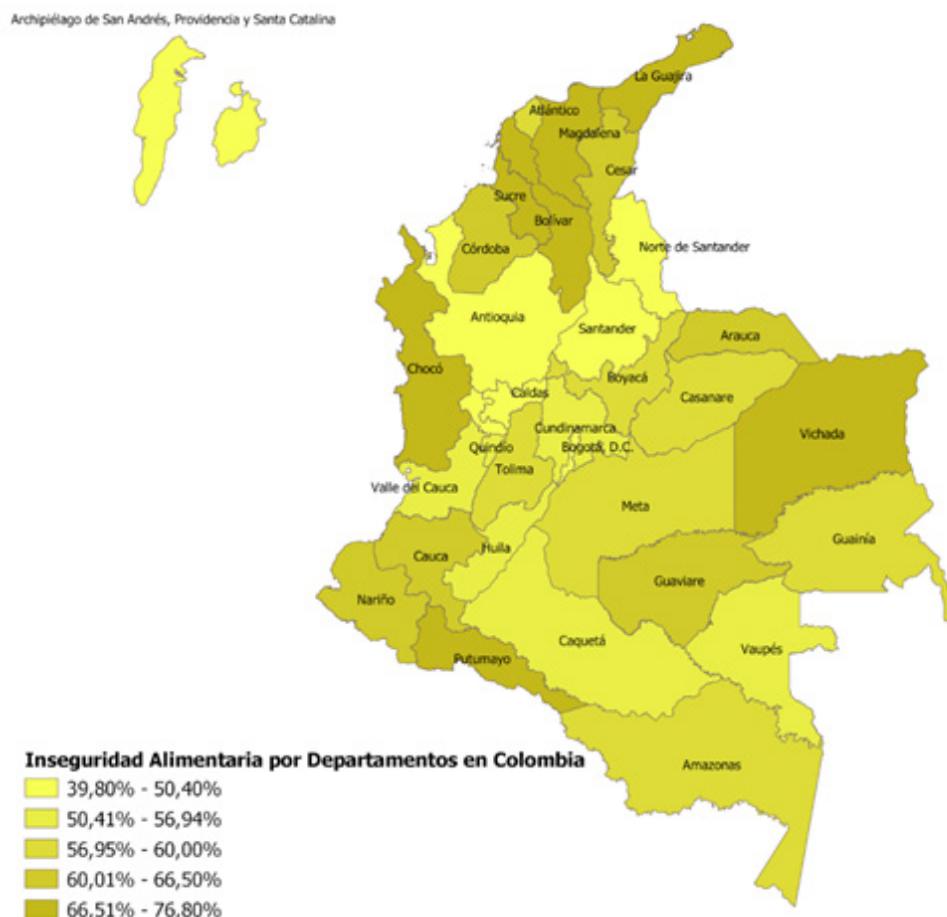
Gráfico 21. Prevalencia de la Subalimentación. Colombia y otros países de Suramérica. Acumulado: 2017-2019.

Fuente: FAO-Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe (2020).

Se considera que un país sale del mapa del hambre cuando su prevalencia de subalimentación desciende del 5 %, es decir, que la meta prioritaria debería ser sacar a Colombia del mapa del hambre antes del 2022.

Según la ENSIN 2015, en Colombia uno de cada dos hogares presenta inseguridad alimentaria (54,2 %). Se evidencian también brechas sociales significativas, con prevalencias más altas de inseguridad alimentaria en los hogares del área rural (64,1 %), de la población indígena (77 %), con jefatura femenina (57,6 %) y en aquellos con índice de riqueza más bajo (71,2 %).

A continuación, un mapa que muestra los departamentos de menor a mayor prevalencia de inseguridad alimentaria en Colombia, en donde sobresalen los departamentos de la Guajira, Vichada, Sucre, Bolívar, Putumayo y Chocó.



Mapa 5.
Inseguridad alimentaria por departamentos.

Fuente: ENSIN 2015 y elaboración propia.

Respecto a los niveles de inseguridad alimentaria, la encuesta encontró que la inseguridad alimentaria leve alcanzó un 31,9 % de la población. En este segmento se evidencian restricciones en la calidad y diversidad de la dieta. Asimismo, el 13,8 % de los hogares tiene inseguridad alimentaria moderada, donde la cantidad de alimento se vio afectada. Finalmente, en inseguridad alimentaria severa se ubicó el 8,5 % de la población.

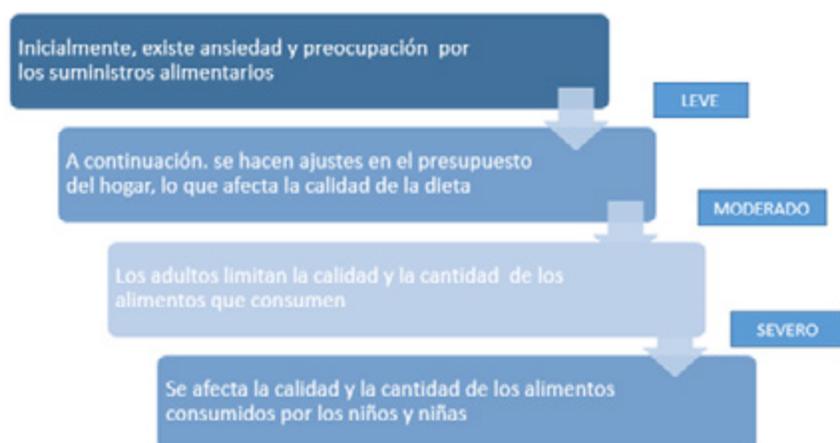


Figura 5
Marco conceptual de la inseguridad alimentaria en el hogar

Fuente: Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) - FAO.

Ahora bien, los resultados de la ENSIN son obsoletos y no permiten tomar decisiones en tiempo real ni basadas en la situación actual. En este momento el país se ve en la obligación de trabajar con cifras de hace seis años, lo cual evidentemente constituye un rezaño que debe subsanarse inmediatamente.

Esta situación se verá aún más agravada debido a la crisis sanitaria. La ENSIN 2020 está atrasada y sus resultados no van a permitir, en el corto plazo, ver los efectos reales del COVID-19, en las prevalencias de inseguridad alimentaria de los hogares colombianos, en el marco de la encuesta nacional.

Otras herramientas fundamentales como la Hoja de Balance de Alimentos, un insumo importante para los cálculos que realiza FAO en cuanto a la prevalencia de subalimentación, también se encuentran desactualizados. Hasta ahora solo se ha publicado la Hoja de Balance de Alimentos del año 2013.

El retraso en la información hace inviable cumplir a cabalidad con las metas y objetivos del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN). Máxime, teniendo en cuenta que la PNSAN tenía una vigencia de 2012-2019 y que, por consiguiente, la nueva política debe estar en fase de consolidación y publicación, pues la anterior terminó su vigencia hace más de un año.

Es fundamental que el Gobierno nacional cumpla con los tiempos correspondientes en la formulación e

implementación de la política pública, actualice las herramientas para la toma acertada de decisiones y revise la periodicidad y metodología de la ENSIN, para poder tener las encuestas periódicas y con cifras consolidadas en el menor tiempo posible. Lo anterior, al considerar que las cifras oficiales de la ENSIN 2015 no se publicaron sino hasta el 2018 y que en la actualidad no se ha realizado la ENSIN 2020.

4.3.2 Calidad

Cuando se habla de nutrición existe un balance entre la cantidad de alimentos que se consume y la calidad de estos. Para estos efectos, el país cuenta con la Resolución de Ingesta de Energía y Nutrientes RIEN, que define por grupos etarios, sexo, actividad física/fisiológica (crecimiento, gestación y lactancia), los requerimientos de calorías y nutrientes de la población colombiana, tanto en lo referente a macronutrientes (carbohidratos, proteínas y grasas), como a micronutrientes (vitaminas y minerales).

Muchas de las enfermedades no transmisibles tienen relación con hábitos y prácticas de la alimentación de la población, como se observa en la figura 6.

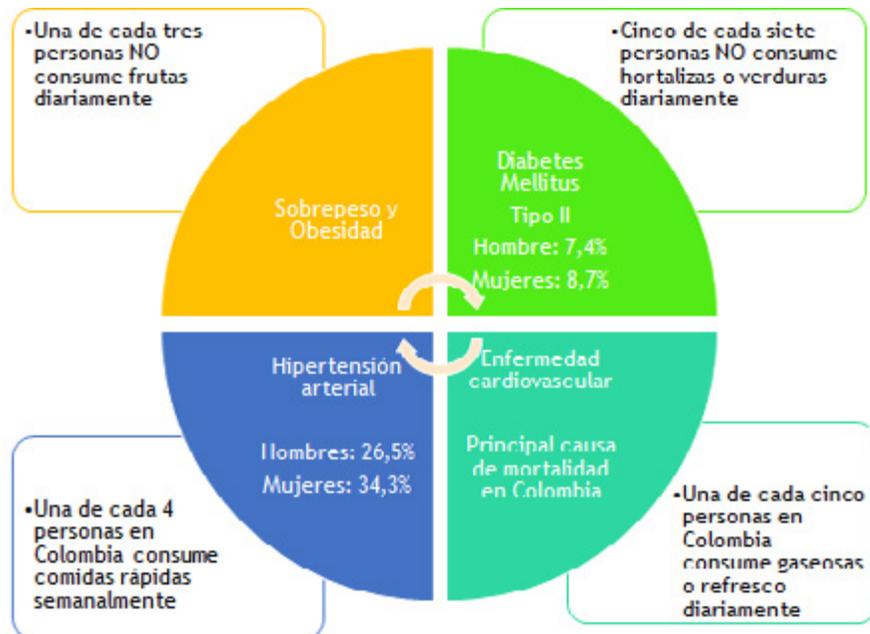


Figura 6
Prevalencia de enfermedades no transmisibles y su relación con algunas prácticas de alimentación en la población colombiana de 5 a 64 años.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

La OMS recomienda evaluar tanto la calidad como la cantidad de los alimentos ofrecidos a los niños, para ello la ENSIN 2015 midió «La dieta mínima aceptable, indicador que combina la diversidad y la frecuencia, y evidenció que, en el ámbito nacional, solo el 36,5% de niños y niñas de 6 a 23 meses, tenía una alimentación complementaria que cumplía con un consumo mínimo de un grupo alimentos (4 de 7 grupos), así como con un número mínimo de veces. Sin embargo, es aún más desalentadora la cifra para los niños y niñas amamantados de 6 a 8 meses, en quienes se encontró que solo el 27,5 % de ellos tienen una dieta mínima aceptable, y para el caso de los niños y niñas de 9 a 23 meses de edad, solo el 33,5 %. En los niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad se observó un porcentaje mayor (41,5 %), respecto a los otros grupos».

Lo anterior muestra que además de que no hay una lactancia adecuada, exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años, los niños más pequeños no reciben una alimentación adecuada ni en cantidad ni en calidad.

El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional tiene un componente fundamental que debe encontrar un mayor mecanismo de difusión para cumplir a cabalidad con su misión: se trata de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), que tiene como objetivo enseñarle a la población colombiana a buscar un consumo de alimentos balanceado y nutritivo.

En el marco de la IEC se encuentran herramientas de gran ayuda y que han obtenido reconocimientos internacionales, tales como las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA), para gestantes y menores de 2 años, y las GABA para mayores de 2 años, y el Plato Saludable de la Familia Colombiana.

Según FAO, las guías alimentarias «traducen las metas nutricionales establecidas para la población en mensajes prácticos, a la vez que toman en consideración los factores sociales, económicos y culturales, así como el ambiente físico y biológico».

Las guías alimentarias son el instrumento que permite a cada país educar a la población y direccionar las políticas nacionales de alimentación y nutrición, así

como orientar a la industria de alimentos; y prevenir la desnutrición y deficiencia de micronutrientes, la obesidad y finalmente, a las enfermedades crónicas no transmisibles, y alcanzar las metas nutricionales establecidas. La educación alimentaria contribuye a la realización del derecho a la alimentación.

Una alimentación saludable a lo largo de la vida, durante la gestación y los primeros meses de vida ayuda a prevenir la desnutrición, así como otras enfermedades crónicas asociadas. Es por ello por lo que surge la necesidad de orientar diferentes acciones que promuevan en la población la adopción voluntaria de hábitos y comportamientos alimenticios que contribuyan a gozar de buena salud, a través de una formulación técnica que guíe a los diferentes actores y sectores de la seguridad alimentaria y nutricional.

El ICBF como entidad encargada en dirigir sus esfuerzos a la protección a la primera infancia, la niñez, la adolescencia, la juventud y las familias colombianas, con el apoyo de la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Comité Técnico Nacional de Guías Alimentarias (CTNGA)⁷⁰ tienen la responsabilidad de elaborar y actualizar las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, con el propósito de mejorar y fortalecer a través de lineamientos las condiciones de la población en el contexto de la salud pública.

Sobre este tema, el Gobierno Nacional incluyó en el Plan de Desarrollo «Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad 2018-2022», como uno de sus objetivos lograr y promover la creación de entornos alimentarios saludables y sostenibles, a partir de educación y guías alimentarias y nutricionales. Algunas de sus estrategias son: i) promoción y protección y apoyo de la lactancia materna; y ii) creación de entornos alimentarios y sostenibles.

Es así como la educación alimentaria y nutricional juega un papel fundamental para que la población adopte hábitos alimenticios saludables, asimismo se convierte en una prioridad dado los desafíos que plantea la ENSIN 2015, a los principios establecidos en la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional y en la Ley 1355 de 2009, sobre los cuales el ICBF se encuentra desarrollando la actualización de las Guías Alimentarias para los colombianos.

⁷⁰ Conformado por las entidades gubernamentales y no gubernamentales, la academia, gremios y asociaciones profesionales y científicas del país.

Por su parte, el Plato Saludable de la Familia Colombiana es la Guía Alimentaria Basada en Alimentos (GABA) para mayores de dos años, la cual invita a la población a comer alimentos frescos y variados de sus seis grupos: i) cereales, raíces, tubérculos y plátanos; derivados; ii) frutas y verduras; iii) leche y productos lácteos; iv) carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas; v) grasas; y vi) azúcares; incentivando a la población a comer alimentos propios de la región y aquellos que estén en cosecha, con el propósito de fortalecer los hábitos y estilos de vida saludables en los diferentes grupos poblacionales, étnicos y contextos territoriales.

4.4 Aprovechamiento biológico

De acuerdo con la PNSAN, esta dimensión hace referencia a aquellos factores que inciden en la calidad de vida y tienen relación directa con la SAN. Las acciones que buscan fortalecer en la población la selección conveniente de los alimentos y la práctica de hábitos saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuado.

Se refiere a cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y cómo los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo. Sus principales determinantes son: el medio ambiente, el estado de salud de las personas, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable, saneamiento básico y fuentes de energía⁷¹.

4.4.1 Entornos y estilos de vida

Según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, para el año 2019 el número de hogares en Colombia fue de 15.999 000, los cuales en promedio están conformados por 3,1 personas. En comparación con 2018, disminuyó el promedio de personas por hogar, tanto en el total nacional como en las cabeceras municipales y el área rural del país. Los departamentos que superan el promedio nacional son Vaupés, Vichada y Atlántico, con 4,2, 3,6 y 3,9 integrantes, respectivamente.

⁷¹ Consejo Nacional de Política Económica Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Documento Social Conpes 113. Política Nacional de Seguridad y Nutricional. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/co_0442.pdf Recuperado 15 de abril de 2021.

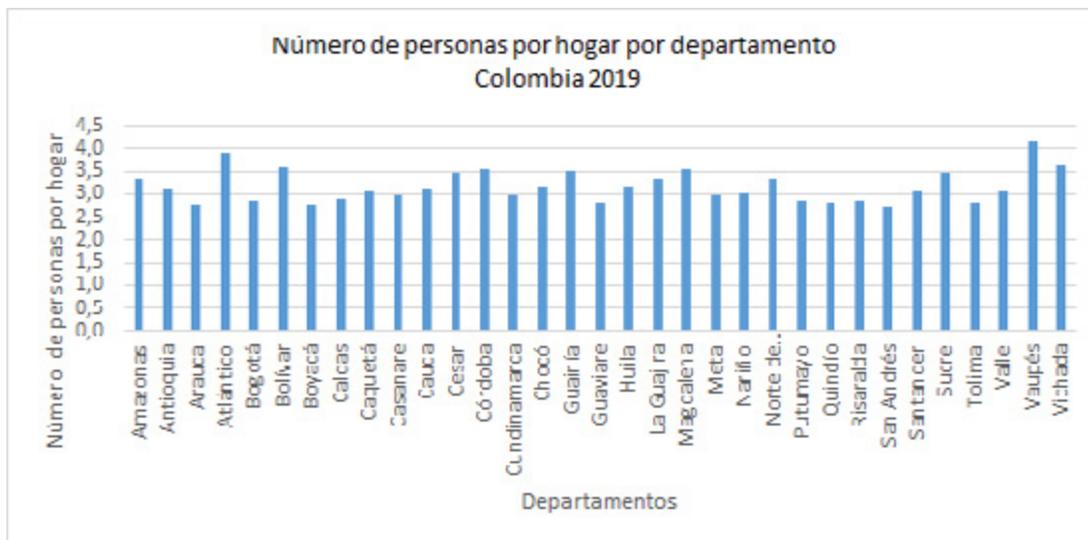


Gráfico 22. Número de personas que integran un hogar según departamento. Colombia, 2019.

Fuente: DANE-ECV 2019.

Con respecto al jefe de hogar, se halla que el 61,1% (9.851 000) de los hogares tiene como jefe de hogar a un hombre y el 38,4% (6.148 000) a una mujer. En cuanto a los datos por área de residencia se identifica que, para el área urbana, el 58,4% de los hogares tiene a un hombre como jefe del hogar y el 41,6% a una mujer; mientras que, las cifras para centros poblados y rurales dispersos son del 71,7% de hogares con jefatura masculina y el 28,3% corresponde a jefatura femenina. Se observa que en centros poblados y rurales dispersos la proporción de hogares con jefe mujer es menor que en las cabeceras.

El número de hogares cuya jefatura está a la cabeza de una mujer sin cónyuge y con hijos menores de 18 años es del 32,2% (1.470 000), este evento es más recurrente en los hogares de centros poblados y rurales dispersos con el 37,6%, frente a un 31,1% de los hogares urbanos.

La ECV 2019 registró un total de 13.480 729 viviendas, de las cuales el 96,3% tiene acceso a servicio de energía, 84,6% a servicio de acueducto, 16,6% a alcantarillado, 66,8% a gas natural conectado a red pública y el 81,6% a recolección de basura.

4.4.1.1 Saneamiento básico

Dentro de los elementos objetivos de la calidad de vida se encuentra el acceso a los servicios públicos domiciliarios, los cuales hacen parte de los denominados servicios prestacionales, que deben prestarse en condiciones de calidad y eficiencia, a todos, sin discriminación, y de forma regular, continua, frecuente y eficiente.

El acceso al saneamiento básico comprende seguridad y privacidad en el uso de estos servicios. La cobertura se refiere al porcentaje que utilizan mejores servicios de saneamiento: conexión a alcantarillas públicas, conexión a sistemas sépticos; letrina de sifón, letrina de pozo sencilla, letrina de pozo con ventilación mejorada.

Según datos de la OMS, en el mundo cerca de 2600 millones de personas carecen de una letrina, y 1100 millones no tienen acceso a cualquier tipo de fuente mejorada de agua. Como consecuencia, 1,6 millones de personas mueren de enfermedades diarreicas por falta de acceso a agua potable salubre y al saneamiento básico, un 90% corresponde a niños y niñas menores de 5 años de países en desarrollo. En Colombia, según el INS, para el año 2020 se reportaron 115 casos de muertes de niños y niñas menores de 5 años, por enfermedad diarreica aguda.

Hogares según tipo de servicio sanitario
(miles/participación %).
Colombia 2019



Gráfico 23
Hogares según servicio sanitario. Colombia, 2019.

Fuente: DANE-ECV. 2019.

Según el DANE, a través de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), para el año 2019, el 73,4% de los hogares colombianos cuentan con inodoro conectado a alcantarilla y el 18,5% con inodoro conectado a pozo séptico. No obstante, el 4,1% de los hogares no tiene servicio sanitario; siendo Vaupés, Vichada, Guainía, Chocó y La Guajira los departamentos que alcanzaron las menores proporciones con disponibilidad de este servicio. La ECV muestra que son las áreas rurales y los centros poblados las zonas con menor acceso.

Las variables de inadecuada eliminación de excretas, sin inodoro conectado a pozo séptico, con inodoros sin conexión y sin servicio sanitario arrojan los más altos índices en centros poblados y rurales dispersos con 60,7%, 4,5% y 15,0%, respectivamente. En relación con áreas urbanas estos tres indicadores representan el 5,3%, 0,8% y 0,8%. Lo anterior evidencia una brecha enorme entre las ciudades y las zonas rurales, en unas variables que son cruciales en los contextos de desnutrición infantil.

Lo anterior, ratifica lo señalado por el Instituto Nacional de Salud (INS) en su boletín epidemiológico N.º 32 de 2019, según el cual, «el 70% de la mortalidad en la primera infancia por y causas asociadas a la desnutrición se concentra en la población que presenta menor acceso a fuentes de agua potable, personas con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y con mayores barreras a los servicios de salud»⁷².

Estas vulneraciones dejan secuelas para el resto de la vida, marcan sellos indelibles e irreversibles en el presente y futuro de las niñas y los niños. El acceso sostenible a agua y saneamiento básico es imprescindible para garantizar las condiciones de salubridad de la población. Es importante resaltar que las causas de desnutrición también se dan por un acceso insuficiente al agua potable y a un saneamiento adecuado, lo que

Es importante resaltar que las causas de desnutrición también se dan por un acceso insuficiente al agua potable y a un saneamiento adecuado, lo que

Es importante resaltar que las causas de desnutrición también se dan por un acceso insuficiente al agua potable y a un saneamiento adecuado, lo que

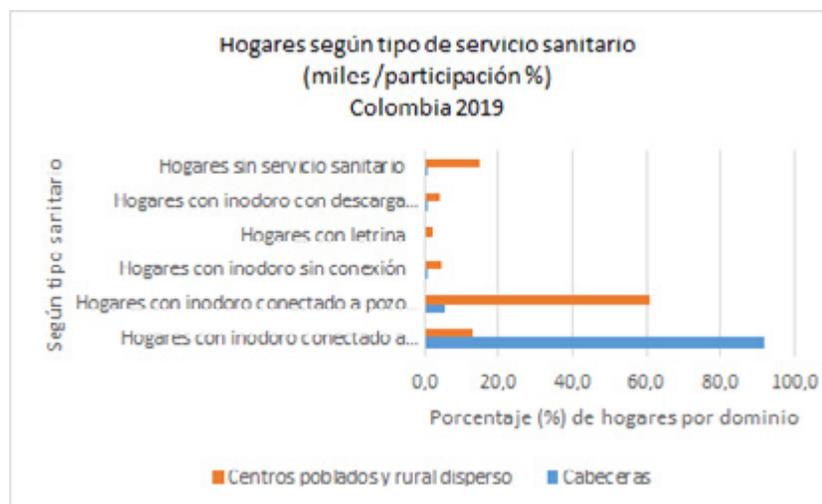


Gráfico 24.
Hogares según tipo de servicio sanitario por dominio geográfico. Colombia, 2019.

Fuente: DANE-ECV 2019.

⁷² Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 32, 2019.

puede dar lugar a enfermedades que impiden que los niños y niñas absorban los nutrientes que necesitan para crecer sanamente.

4.4.1.2 Cobertura del agua para el consumo humano

La falta de agua potable aumenta la amenaza y vulnerabilidad de las niñas y los niños a las enfermedades. Su sistema inmunitario y sus mecanismos de desintoxicación no están plenamente desarrollados, por lo que tienen menos defensas ante las infecciones relacionadas con el agua, vulnerando así el derecho a la salud, a la alimentación adecuada y el desarrollo integral.

De esta forma, el agua potable hace parte de los servicios públicos domiciliarios y como derecho fundamental, de acuerdo con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se concibe como «el derecho de todos de disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal o doméstico». El agua se erige como una necesidad básica, al ser un elemento indispensable para la existencia del ser humano⁷³. La carencia de agua óptima para el consumo es uno de los primeros pasos hacia la desnutrición crónica y la desnutrición aguda en niñas y niños menores de 5 años.

De acuerdo con el DANE y la ECV, para el año 2019 en Colombia se registraron 15.999 000 hogares, de los cuales el 87,0 % cuenta con servicio de acueducto (relacionado con disposición de agua potable) y 74,4% tiene servicio de alcantarillado (relacionado con servicio de tratamiento de aguas residuales).

La ECV 2019 indaga por la fuente de agua para preparar los alimentos con la que cuentan los hogares. En Colombia, el 84,0 % de los hogares tenía el acueducto (público, comunal o veredal). En las cabeceras urbanas, el acueducto fue la principal fuente de obtención de agua (93,6 %) y en los hogares rurales el acueducto comunal o veredal predominó (30,2 %). También sobresalen otras fuentes de uso de agua como: río, quebrada, manantial o nacimiento (20,2 %); de pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno (10,6 %), y pozo con bomba (8,5 %).

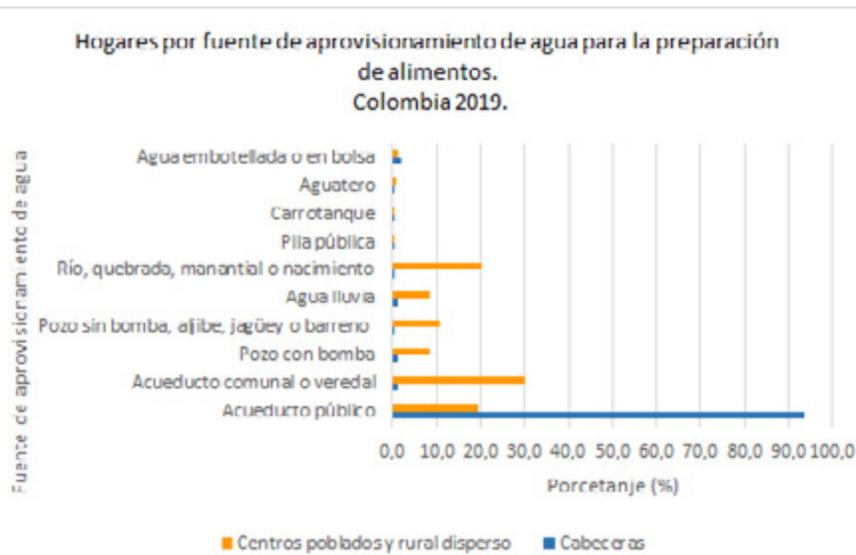


Gráfico 25
Hogares por fuente de aprovisionamiento de agua para la preparación de alimentos. Colombia, 2019.

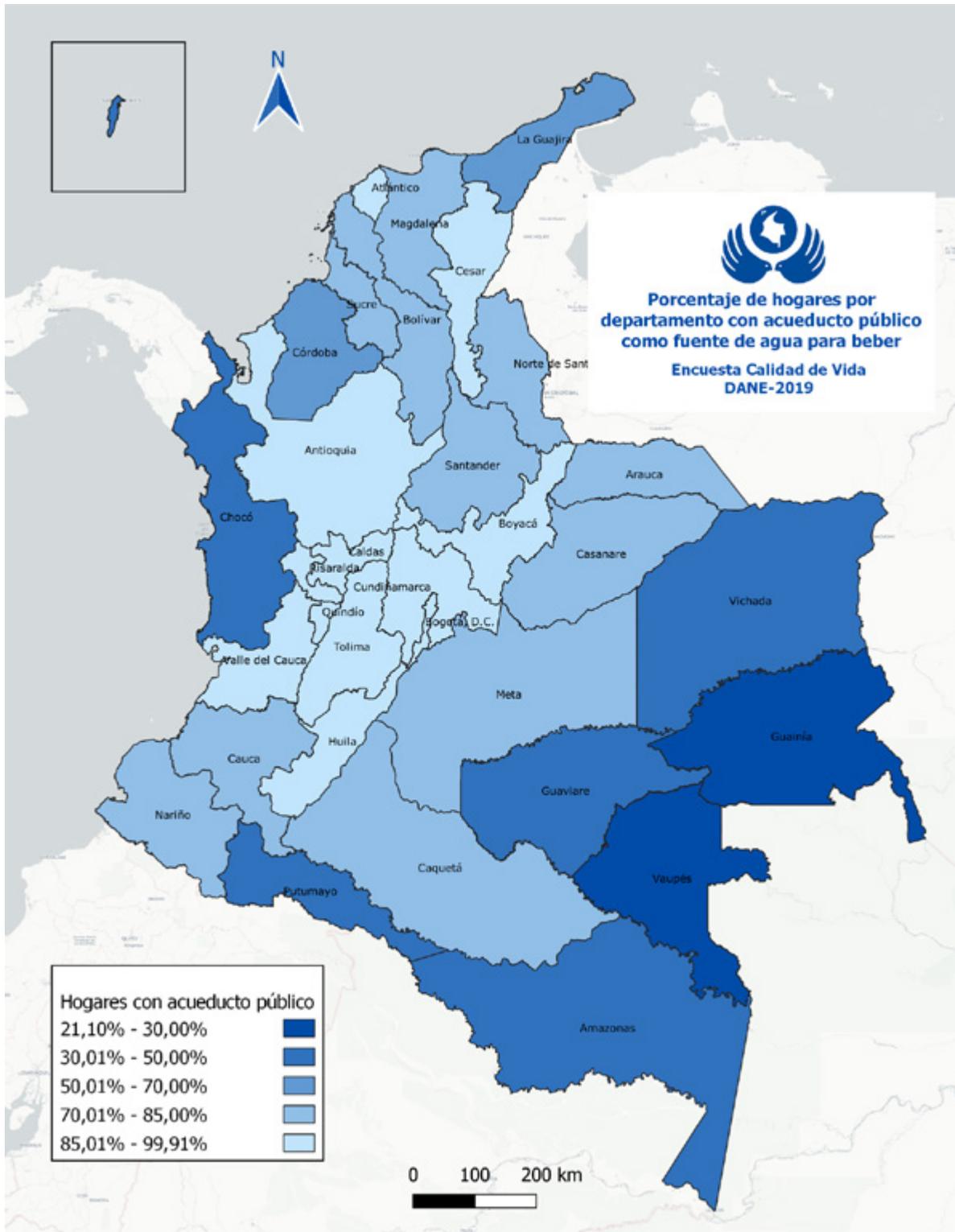
Fuente: DANE-ECV, 2019.

Según la ENSIN 2015, la brecha relativa entre las prevalencias regional y nacional, de hogares que utilizaban el acueducto público como fuente de agua para beber, fue en las regiones Central, Pacífica y Bogotá igual o mayor que 1 y menor para las regiones Atlántica, Oriental, Orinoquía-Amazónica; siendo la brecha de esta última las más baja de todas (0,6).

⁷³ Corte Constitucional. Sentencia T-740/11. MP. Humberto Antonio Sierra Puerto. Derecho fundamental al agua-Concepto y fundamento

Mapa 6.

Porcentaje de hogares por departamento que cuenta con servicio de acueducto. Colombia, 2019.



El DANE, a través del mapa relacionado, identifica que el 4,37 % de la población del país, vive en territorios con menos del 50 % de cobertura de agua potable, ubicados en los siguientes departamentos: La Guajira, Vichada, Guainía, Vaupés, Amazonas, Chocó, San Andrés y Providencia, Putumayo y Guaviare.

En el documento denominado «Plan Director de Agua y Saneamiento Básico, Visión Estratégica 2018-2030 en Colombia»⁷⁴ se da a conocer el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA)⁷⁵, el cual determina los requisitos de calidad del agua que deben cumplir las entidades prestadoras del servicio público de acueducto, con el fin de promover la provisión de agua apta para consumo humano y así prevenir o controlar los riesgos para la salud humana, causados por el agua no apta para consumo.

De modo que para el año 2019, el IRCA de los prestadores del servicio de acueducto es de 8,36 %, clasificado como riesgo «Bajo» (agua no apta para consumo humano, susceptible de mejoramiento), sobre 37.417 muestras analizadas, de las cuales el 70,1 % (26.224) corresponde al área urbana con un IRCA de 5,73 %, clasificado en un nivel de riesgo «Bajo», el 13,7 % (5109) al área rural, con un IRCA del 16,23 %, clasificado con nivel de riesgo «Medio» (agua no apta para consumo humano, gestión directa de la persona prestadora) y el 16,2 % (6084) no presenta dato de ubicación, con un IRCA del 13,10 %, clasificado con un nivel de riesgo «Bajo»⁷⁶.

Según la OMS, una proporción significativa de las enfermedades diarreicas se puede prevenir a través del acceso al agua potable, lo cual tiene gran relevancia considerando que estas patologías son la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años y una de las principales causas de desnutrición. Por ello,

es necesario identificar las acciones relevantes que están dirigidas a la vigilancia de la calidad de agua. Según el informe de evento de enfermedad diarreica aguda (EDA) de 2020⁷⁷, en Colombia se presentaron 1.911.364 casos, la población menor de un (1) año comprende la mayor proporción de incidencia de morbilidad por EDA.

Por último, se hace un llamado al Gobierno Nacional para el cumplimiento de las metas trazadas en el Objetivo 6 «Agua y Saneamiento», de los ODS de la Agenda 2030. La meta fijada en el Plan de Desarrollo «Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad 2018-2022» tenía como propósito que cerca de tres millones de personas contarán con acceso a agua potable. Sin embargo, de acuerdo con los resultados del Plan Director del Agua y Saneamiento Básico, 28,1 millones de personas en la zona urbana de Colombia tienen acceso a agua potable, traducido en un 86,1 % de la población total con servicio; no obstante «alrededor de 3,8 millones de personas recibieron agua con algún nivel de riesgo, es decir, no apta para el consumo, lo cual representa el 11,56 % de la población total con servicio en el país»⁷⁸.

74 Realizado por el Viceministerio de Agua y Saneamiento Básico - Dirección de Desarrollo Social.

75 El Decreto 1575 de 2007, por el cual se establece el sistema para la protección y control de la calidad del agua para consumo humano. En el Artículo 12 se define el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano (IRCA), como el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano.

76 Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio. Informe Nacional de Calidad del Agua para el Consumo Humano. 2019. Disponible en: <https://minvivienda.gov.co/sites/default/files/documentos/informe-calidad-de-agua-2019.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

77 Instituto Nacional de Salud-INS. Informe de Evento-Enfermedad Diarreica Aguda (EDA. 2020). Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscar-eventos/Informesdeevento/ENFERMEDAD%20DIARREICA%20AGUDA%20PE%20XII%202020.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

78 Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio. Plan director del Agua y Saneamiento Básico. Visión Estratégica 2018-2030. Disponible en: <https://minvivienda.gov.co/sites/default/files/2020-07/plan-director.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.



5. Conclusiones

5.1 Sistemas de información en materia de derechos humanos de la primera infancia

Los sistemas de información estadística para el registro, análisis, seguimiento y monitoreo a las situaciones que amenazan y vulneran los derechos humanos de la primera infancia constituyen un elemento central para establecer el grado de avance de las acciones que realiza el Estado para la garantía de estos.

En la actualidad, analizar la situación de los derechos de la primera infancia desde diferentes variables estadísticas es una tarea dispendiosa, debido a la dispersión de la información, que se encuentra centrada en cada una de las entidades que prestan los servicios. Se evidencia, en algunas estadísticas reportadas, datos globalizados que no dan cuenta de la región urbana, rural y dispersa que caracteriza el territorio colombiano, como por ejemplo el análisis de la situación de la desnutrición del Instituto Nacional de Salud (INS), los datos de registro civil de nacimiento de la Registraduría Nacional del Estado Civil,

embarazo en adolescentes reportado por el DANE, cobertura de vacunación o número de controles prenatales y lactancia materna, datos que son presentados por la ENSIN 2015.

Además, existe disparidad con respecto a los rangos de edad utilizados entre las estadísticas vitales del DANE (0-4) y el INS (0-5), lo que dificulta la unificación precisa de todos los niños y niñas en primera infancia, crea confusiones para los análisis cuantitativos, complejidades para la selección de beneficiarios y la aplicación de planes, programas y proyectos contemplados en las políticas públicas de atención integral.

Por último, la falta de periodicidad en la aplicación de la encuesta ENSIN afecta la obtención de información actualizada, lo que dificulta el seguimiento de políticas públicas nacionales y territoriales en materia de salud, alimentación y nutrición, pues brindan una oportunidad de información, desagregación y estandarización de las medidas. De igual forma, se hace necesario que exista dentro de la encuesta, una desagregación en el orden municipal y no solamente departamental.

5.2 Causas estructurales que inciden en la amenaza y vulneración de los derechos de los niños menores de 5 años

5.3.1 La pobreza monetaria y desigualdades sociales

La pobreza y las desigualdades sociales afectan la sobrevivencia de los hogares donde se concentra la primera infancia; truncan la accesibilidad a los servicios básicos, la necesidad que estos sean adaptados a las condiciones culturales y territoriales, con calidad e idoneidad para toda la población; así como la destinación progresiva de la inversión y coberturas en salud, superación de barreras para una atención oportuna, seguridad alimentaria, atención integral, agua potable, entre otros servicios imprescindibles para el desarrollo integral y el efectivo ejercicio de sus derechos.

En 2019, para el DANE, cerca 17,5 millones de personas se encontraban en condición de pobreza monetaria y 4,7 millones estaban en condición de pobreza monetaria extrema. Para el mismo año, la pobreza en las zonas rurales aumentó 15 veces con relación a la del 2018, y en la zona urbana aumentó 0,9. La pobreza extrema creció 2,7 veces más en las zonas rurales y 1% en las zonas urbanas. Asimismo, el 14,1 % de la población vive con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y el 3,7 se encuentra en miseria, cifras que aumentan cuando se miran estos porcentajes desagregados por departamentos.

5.2.2 Pobreza multidimensional para la primera infancia

Otra medición de la pobreza en Colombia la determina el índice multidimensional (IPM), elaborado por el DANE. Para el 2019 cerca de 9,7 millones de personas se encontraban en condición de pobreza multidimensional, es decir, 17,5 % de la población. Los departamentos de Vichada, Guainía, La Guajira, Chocó y Amazonas presentan condiciones similares de desigualdad e inequidad social y económica, lo cual limita el ejercicio de los derechos de toda la población, y las niñas y los niños menores de 5 años resultan ser los más afectados.

En el 2019 más de 1.100 000 menores de 5 años se encontraban en pobreza multidimensional, lo que representa el 31,4 % del total de los niños en Colombia sin acceso a fuentes de agua mejorada, sin aseguramiento a salud, con barreras de acceso a cuidados en la primera infancia y atención en salud. De ellos, el 18,1 % de los menores de 5 años, sobre el total de la población en esta edad, no cuenta con agua potable, y de este porcentaje, el 71,4 % se encuentra ubicado en las zonas rurales, centros poblados y áreas dispersas.

En lo municipal, en noviembre de 2019, de 660 municipios que reportaron nivel de riesgo de agua, el 1,2 % es inviable sanitariamente, lo que quiere decir, que está amenazada gravemente la salud e integridad física de niñas y niños ubicados en los siguientes municipios: Argelia (Antioquia), El Playón (Santander), Pitalito (Huila), Somondoco (Boyacá), Orito (Putumayo), Piamonte (Cauca), Arboleda (Nariño) y Samaniego (Nariño).

El derecho fundamental a la salud, su accesibilidad, integralidad y garantía, está siendo amenazado y vulnerado para el 15 % de los menores de 5 años en el país. En la zona urbana, el indicador es del 13,8 % de los menores de 5 años, y en zona rural arroja un total de 4,8 %. En el ámbito departamental, según los informes de Rendición Pública de Cuentas, el porcentaje más alto de niñas y niños menores de 5 años, sin aseguramiento a salud, se da en los departamentos de: Chocó con el 52,9 %, Atlántico, 51,2 %, Nariño, 46,5 %, Vichada, 44 %, Guainía, 42,9 % y Vaupés, 42,4 %, lo que representa una grave vulneración a la salud y la vida de niñas y niños menores de 5 años, como sujetos de especial protección constitucional.

Al revisar la variable de niños y niñas con privaciones a servicios para cuidados de la primera infancia en Colombia, arrojada por el IPM del DANE, se identifica que esta asciende a más de 1.400 000 niños, lo que representa el (39,9 %). En el sector urbano esta cifra asciende a más de 900 mil (25,6 %), y en las zonas rurales y dispersas, a más de 480 mil (13,2 %). Los departamentos con mayor nivel de incidencia en privaciones para cuidados de la primera infancia, en menores de 5 años, por regiones son: Vaupés (39,4 %), Vichada (38,3 %), Chocó (29,3 %), Guainía (29,2 %) Amazonas (22,7 %) y La Guajira (21,1 %).

5.2.3 Atención inicial en la primera infancia

Según el Ministerio de Educación Nacional, el 33,7 % del total de menores de 5 años tiene acceso a educación inicial⁷⁹. De estos, en lo urbano, son atendidos 1.125 000 menores de 5 años, es decir el 71,4 %, y en las zonas rurales y dispersas se atienden 448 000, lo que equivale a 28,6 %, lo que demuestra una concentración alta en las zonas urbanas, y baja en las rurales.

Según el reporte del MEN, en Colombia no se cuenta con información de niñas y niños, menores de 5 años, registrados en educación inicial, por parte de los jardines privados y de la mayoría de los entes territoriales.

No obstante, en el marco de la investigación se revisaron los Informes de Rendición Pública de Cuentas de los 32 departamentos del país, los cuales informan que solo Bogotá D.C, Medellín, Cali y Barranquilla atienden con recursos propios a niñas y niños menores de 5 años, y en los informes de los demás departamentos no se especifica si existe una inversión del ente departamental o municipal en servicios de atención integral a la primera infancia.

5.2.4 Seguridad alimentaria

Para el 2015, la ENSIN determinó la prevalencia nacional de Inseguridad Alimentaria en el hogar, en el 54,2 % de estos, lo que significaba que 1 de cada 2 hogares presentaba esta situación en el 37,5 % de los departamentos de Colombia: Guajira, Bolívar, Sucre, Chocó, Vichada, Putumayo, Cesar, Magdalena, Arauca, Córdoba, Cauca y Nariño.

Los grupos más afectados por inseguridad alimentaria estaban ubicados en las zonas rurales y dispersas con el 64,7 %, y en particular, las mujeres cabeza de familia con el 57,6 %, los pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes, rrom y palenqueros con el 89,9 %, los hogares con índice de pobreza más altos, el 71,2 %, con mayor número de integrantes (< 7 personas), el 70,8 %, y con menor nivel de escolaridad, el 67,3 %.

⁷⁹ Según registros oficiales de acceso a esta, implementada por el ICBF, MEN, colegios privados y cofinanciados con las Cajas de Compensación Familiar.

Estos grupos enfrentan múltiples limitantes, que los posicionan en una situación de vulnerabilidad, y condicionan sus oportunidades y el ejercicio de sus derechos.

No se cuenta con cifras actualizadas de los municipios y territorios en Colombia sobre la inseguridad alimentaria, ni tampoco con información desagregada de la mortalidad de niñas y niños menores de 5 años por desnutrición, en los grupos étnicos en zonas rurales y dispersas, que permita hacer un comparativo y un hallazgo para sustentar la relación de la inseguridad alimentaria con la desnutrición. No obstante, las cifras de pobreza monetaria que arroja el DANE dejan inferir que las condiciones de inseguridad alimentaria, respecto de estos grupos étnicos, pueden estar incidiendo en la reiterada amenaza y vulneración al derecho a la alimentación y nutrición de niñas y niños en la primera infancia.

5.4 Hallazgos que inciden en la desnutrición crónica y aguda

La baja nutrición de las mujeres gestantes, en su mayoría provenientes de zonas rurales y dispersas, comunidades indígenas y zonas en condiciones de pobreza ubicadas en las periferias de las ciudades, incide de manera notable en la salud y el bajo peso al nacer de sus hijos, debido a la insuficiencia de alimentos ricos en proteínas y nutrientes importantes como el hierro, el calcio y el zinc y otros necesarios para la salud de la madre y el bebé.

La ENSIN 2015 concluyó en su momento, que 15 de cada 100 mujeres en edad fértil son anémicas y esta prevalencia fue el doble, comparada con la información de la ENSIN 2010, por lo que el deterioro de la salud nutricional de las mujeres gestantes aumentó.

Los controles prenatales tardíos también son determinantes del riesgo de morbilidad materno fetal en Colombia, los cuales se deben a: barreras de acceso a salud, aseguramiento, costo, nivel educativo, estrato socioeconómico, acceso geográfico, apoyo social y familiar. Estas condiciones se ubican especialmente en zonas rurales y dispersas, periferias de las zonas urbanas, en comunidades étnicas y zonas de alto impacto del conflicto armado, y dificultan el seguimiento en el proceso de gestación y la salud de

la madre, así como la identificación temprana de enfermedades del bebé que está por nacer y que son prevenibles.

Para la Defensoría del Pueblo es necesario mejorar y continuar robusteciendo las estrategias, programas y acciones dirigidas a la atención de las mujeres embarazadas, a través de los controles prenatales y la asistencia durante el parto; al proceso de seguimiento y control que se brinda a los niños y niñas durante el primer año de vida, especialmente cuando existe la ruta integral de atención de grupos de riesgo, establecida mediante la Resolución 003202 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la cual se deben identificar los riesgos para la madre y el recién nacido. Lo anterior, no está permitiendo detectar y activar las estrategias necesarias para garantizar su salud y desarrollo integral.

Aunque hay una disminución del embarazo en adolescentes en los últimos cuatro años, se trata de un hecho que amenaza y vulnera gravemente los derechos de la niñez y la adolescencia, de la madre y del niño por nacer. Afecta su proyecto de vida, y perpetúa la pobreza en las familias, donde usualmente no hay garantías para el desarrollo integral de los niños y niñas.

De otra parte, de las cifras notificadas por las entidades territoriales y reportadas por el INS entre 2016 a 2019, de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda, se puede concluir que el número de casos ha venido en aumento año tras año. Sin embargo, el reporte para el año 2020 refleja una disminución de los casos notificados al INS, lo cual se debe en gran medida a las acciones que dejaron de realizarse por la declaratoria de emergencia sanitaria y económica derivada de la COVID-19⁸⁰.

La desnutrición aguda en Colombia es una problemática grave que se mantiene, a pesar de que las cifras presentan una leve disminución en 2020, comparada

⁸⁰ Estas acciones tienen que ver con la búsqueda activa de los casos de desnutrición que realiza el ICBF a través de unidades móviles; acciones de promoción y prevención por parte de las alcaldías municipales y las EPS. Para aquellos casos de desnutrición que se encontraban en seguimiento, no fue posible realizar las valoraciones respectivas por las medidas de cuarentena impuestas por el Gobierno nacional. También, se suma que las familias ante el riesgo de contagio dejaron de llevar a los niños y niñas a controles de talla y peso, vacunaciones, aunque estuvieran presentando algún síntoma de bajo peso.

con 2019. La desnutrición crónica sigue afectando a niñas y niños en los diferentes departamentos y municipios del país, tal como lo señalan los resultados del Índice de Desnutrición Crónica realizado por la Fundación Éxito, que a partir del análisis conjunto de variables consideradas determinantes de la desnutrición crónica, busca aproximarse a la situación de esta problemática nutricional. El Índice refleja que, de los 1076 municipios, 64 (6%) se encuentran en categoría crítica, 218 (20%) en categoría baja y 344 (32%) en categoría media.

Para la Defensoría, cualquiera que sea la clase de desnutrición es una situación que está amenazando y vulnerando el derecho a la salud y a la vida de los menores de 5 años, y que deja graves consecuencias físicas, psicológicas y cognitivas irreversibles, que afectan su desarrollo integral y lo que es peor aún, que pudieron haberse evitado.

Otro hallazgo que, de manera ostensible, amenaza e incide en el desarrollo integral de un niño y una niña y que además condiciona el acceso a los servicios de atención integral a la primera infancia, a los de salud para salvaguardar su integridad y su vida, es el no contar con el registro civil de nacimiento.

5.5 Con relación a las políticas públicas

Colombia ha desarrollado un marco normativo, jurisprudencial y de políticas públicas, basado en el reconocimiento del derecho a la alimentación como uno de carácter fundamental, asociado al desarrollo integral de la primera infancia.

La Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia plantea el Interés superior del niño, el mandato de integralidad de la acción, la prevalencia de los derechos y de atención integral como modelo ideal de atención, mediante la gestión como acción organizada, concurrente y coordinada de las instituciones. Estos principios requieren materializarse a través de planes, programas y presupuestos de manera integral, y visualizarse en las acciones implementadas hacia el goce efectivo y el ejercicio pleno de los derechos de niñas y niños menores de 5 años, en todo el territorio nacional.

Con respecto a la elaboración del CONPES de la política SAN y teniendo en cuenta que ya fue aprobado por la comisión, es importante que se trabaje en su implementación a nivel nacional y territorial de acuerdo con los nuevos desarrollos, la realidad actual y siguiendo los objetivos internacionales para combatir la desnutrición infantil.

La Defensoría identificó políticas de seguridad alimentaria, en especial en los ámbitos departamental y municipal, que no tienen líneas de base o indicadores de producto. Se observan excesivas metas de gestión con activismos coyunturales, que no impactan en la garantía de los derechos de niñas y los niños a largo plazo.

Es necesario desarrollar procesos de articulación de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) con la Política para el Desarrollo Integral a la Primera Infancia de Cero a Siempre; y de estas, con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Por la revisión de los planes de acción elaborados por las mesas departamentales de infancia y adolescencia, y los planes de los Consejos Departamentales de Política Social, se evidencia que tal articulación no siempre es clara.

Asimismo, es preciso mejorar el acompañamiento desde el orden nacional a los territorios, que permita sostenibilidad técnica para abordar la Seguridad Alimentaria y Nutricional, como un medio para coadyuvar a la garantía de los derechos de los niños y niñas menores de 5 años.

La atención y respuesta a la desnutrición, conforme a lo observado en los territorios, es un asunto que se interviene de manera exclusiva por el sector salud, por lo que, para reducir y eliminar los casos de desnutrición se requiere una participación multisectorial, lo que implica también la contribución activa del sector educativo, social, desarrollo económico y planeación, agricultura y ambiente, el sector privado y la sociedad civil.

El desarrollo adecuado de las políticas públicas está directamente relacionado con el equipo multidisciplinario con que se cuente en los servicios de atención integral a la primera infancia; por ello, es vital

que tengan el conocimiento y la experiencia necesaria para el abordaje de múltiples situaciones, con una coordinación interinstitucional que identifique la situación real de la población sujeto e implemente estrategias acordes con el ciclo vital.

La realidad actual en las regiones evidencia que si bien se han diseñado normas e instrumentos para dar respuesta a problemas sociales y económicos, que afronta las comunidades en desarrollo de la implementación de las políticas, en muchas de ellas, especialmente en el ámbito municipal, se observa ausencia de convenios y articulaciones con la empresa privada, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales, necesarios para la efectividad y cumplimiento de sus objetivos y en algunos casos, incluso, se observa desconocimiento de las políticas.

Todas las políticas hacen un llamado a la articulación y a la integralidad de la acción, sin embargo, en algunos departamentos esto no es visible, lo que refleja la ejecución de programas y proyectos con marcadas acciones institucionales más que sectoriales, como por ejemplo las acciones de promoción y prevención que realizan las alcaldías, las campañas de salud de las EPS y las unidades móviles del ICBF.

Casi todas las acciones establecidas en las políticas públicas se encuentran recogidas en la Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia (RIA), la cual propone acciones «planificadas, continuas y permanentes», en donde se deben involucrar aspectos de carácter técnico, político, programático, financiero y social, en los ámbitos nacional y territorial. Desafortunadamente, se observa en algunos territorios, sobre todo en los municipios, la ejecución de programas y proyectos de manera aislada, que obedecen más a los planes y metas institucionales que a las sectoriales, lo que, en últimas, contradice el mandato de integralidad y articulación funcional.

Otro elemento determinante y que se encuentra planteado en las diferentes políticas públicas, tiene que ver con los escenarios de articulación. Cada una de ellas plantean escenarios de encuentro para la evaluación y el diagnóstico de las situaciones, la planeación de acciones para corregir las situaciones de riesgo presentadas y, por lo general, los presupuestos asignados.

Estos son órganos decisores y de planeación de acciones, no sesiones informativas de las acciones realizadas o la exposición de programas y proyectos que cada entidad ejecuta. De allí que la Defensoría del Pueblo hace un llamado a acompañarlos técnicamente y a convocarlos para que cumplan el propósito encomendado, con criterio crítico y propositivo.

Existen en Colombia estrategias y acciones en materia de seguridad alimentaria, salud y protección de niñas y niños, consignados en los planes de desarrollo y políticas públicas. Es fundamental que las entidades encargadas de la ejecución de las políticas públicas adelanten también procesos de evaluación e impacto de estas, sobre las situaciones que afectan los derechos de la primera infancia.

Un asunto de gran relevancia que observa la Defensoría en las políticas públicas vigentes es la ausencia de acciones encaminadas a la promoción y divulgación de los derechos de la primera infancia dentro

de las familias, estas como sistema protector de los niños. Lo anterior, lo confirman funcionarios de las regionales de la Defensoría del Pueblo, quienes, en el marco de sus funciones, reconocen la exposición al abandono, negligencia en el cuidado de los hijos, al no llevarlos a los controles de valoración integral y vacunación y asistencia médica cuando están enfermos. Igualmente, se nota desconocimiento y negligencia en la adquisición de alimentos con contenidos nutricionales adecuados para las niñas y los niños menores de 5 años.

Se establece como buena y adecuada práctica el funcionamiento de las instancias del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) en el orden territorial; sin embargo, se evidencia, en la mayoría de los espacios, la ausencia de algunos sectores encargados de los temas de seguridad alimentaria, manejo de riesgos de agua potable y saneamiento básico.



6. Recomendaciones

Teniendo en cuenta las causas estructurantes, y los factores que inciden en la amenaza y la vulneración de los derechos a la salud, la vida, la alimentación y la protección integral de niñas y niños menores de 5 años en Colombia, identificados y analizados en la presente investigación, la Defensoría del Pueblo hace las siguientes recomendaciones a las autoridades nacionales, departamentales y municipales, para que, de manera articulada con los sectores pertinentes, pongan en marcha procesos tendientes a minimizar y erradicar las amenazas y vulneraciones que afectan el desarrollo integral de la primera infancia en todo el territorio nacional.

6.1 Al Ministerio Nacional de Salud, a los departamentos y municipios, a las EPS o quien haga sus veces:

6.1.1

Cumplir lo establecido en la Resolución 5857 de 2018 en el Art. 16, Cobertura de Promoción y prevención, con el fin de identificar de manera temprana y oportuna los riesgos en salud de los niños menores de 5 años, mujeres gestantes o en periodo de puerperio, como sujetos de especial protección constitucional e interés superior, afiliados a sus entidades, para que, de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la Política de Atención Inte-

gral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), a través del modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) permita la acción coordinada del Estado y puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades asociadas a la desnutrición, que amenacen o vulneren el derecho a la salud y a la vida. Lo anterior con preferencia en zonas rurales y dispersas, menores de 5 años, integrantes de pueblos indígenas y otros grupos étnicos, niñas y niños ubicados en zonas impactados por el conflicto armado, desastres naturales o la COVID-19.

6.1.2

Realizar todos los engranajes y articulaciones posibles para que, en el mediano plazo, el 100 % de las niñas y los niños esté vinculados al régimen de seguridad social contributivo o subsidiado, antes de cumplir el año de nacido, y se garantice el acceso a la salud con calidad y calidez, de todos los niños del país, con prioridad en los departamentos cuyos índices más altos fueron determinados por el IPM para la primera infancia.

6.1.3

Vigile y exija el cumplimiento de la Resolución 5857 de 2018, por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

6.2 A los gobernadores, alcaldes, secretarías de Salud departamentales y municipales:

6.2.1

Garantizar el cumplimiento de la Resolución 2350 del 17 de diciembre de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, por el cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa de niños y niñas de cero a 59 meses de edad, por parte de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), los cuales intervienen en el proceso de atención en salud.

6.3 A las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS):

6.3.1

Divulgar a todo el cuerpo médico y personal administrativo, y cumplir estrictamente la Resolución 2350 del 17 de diciembre de 2020 del Ministerio de Salud y protección Social, mediante la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa en niños entre cero a 59 meses de edad, así como lo descrito en el anexo técnico que hace parte integral de esta.

6.3.2

Erradicar las barreras de acceso a la atención en salud para citas médicas, traslados, autorización de exámenes, medicamentos, controles prenatales, exigiendo a las prestadoras de salud atención prevalente a la primera infancia como sujetos de especial protección constitucional, y cumplan de manera estricta el Art. 15 de la Resolución 5857 de 2018, el cual las EPS o las entidades con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud. Asimismo, las disposiciones de la Resolución 3280 de 2018.

7. En asocio con el Instituto Nacional de Salud, realizar las acciones necesarias, los planes y programas con el fin de disminuir y erradicar el subregistro de casos de desnutrición y muertes, provenientes de las zonas rurales y dispersas, comunidades indígenas y otros grupos étnicos, por razones de accesibilidad a salud, distancias para la atención de enfermedades, barreras para la atención y tratamiento de casos.

6.4 A las gobernaciones y alcaldías municipales y distritos:

6.4.1.

Generar todos los alistamientos necesarios para disminuir los niveles de riesgo del agua y aumentar las coberturas de acueducto o acueductos veredales, pozos, molinos y todo proyecto tendiente a la accesibilidad del agua apta para el consumo humano, dado prioridad en aquellas zonas donde las enfermedades diarreicas, el bajo peso y la desnutrición son graves.

6.4.2

Mediante las acciones de promoción y prevención, coordinador con las regionales del ICBF y las EPS procesos permanentes de búsqueda activa, identificación de riesgos de la salud de las madres gestantes y la primera infancia, con prioridad en las zonas rurales y dispersas y a las comunidades étnicas.

6.4.3

Continuar con el posicionamiento de la nutrición en las agendas y planes de trabajo de los gobernantes en los territorios que permitan direccionar la asignación de recursos y las acciones para la erradicación del hambre y la desnutrición.

6.4.4

Articular el trabajo con las comunidades indígenas y sus líderes, en el marco de la corresponsabilidad para favorecer la identificación y la atención oportuna de los niños y niñas que presentan desnutrición o riesgo y así prevenir las muertes asociadas a esta causa.

6.5 Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Sistema Nacional de Bienestar Familiar y al Ministerio de Educación Nacional:

6.5.1

Emprender acciones integrales y contundentes para que se disminuyan y eliminen los embarazos en niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años, toda vez que este fenómeno es un problema de salud pública, con marcadas consecuencias sociales y económicas, está relacionado con la reproducción intergeneracional de la pobreza, el bajo logro escolar y la falta de oportunidades; así como con profundas consecuencias para la salud: la afectación de la salud física, mental y social de las mujeres más jóvenes y es uno de los principales factores de mortalidad materna e infantil. Lo anterior, con prioridad a zonas rurales y dispersas y aquellas donde la pobreza y las desigualdades son más altas.

6.6 Al Ministerio de Salud y Protección Social y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar:

6.6.1

Estudiar la posibilidad que la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) se realice en periodos de tiempo más cortos y no cada 5 años, con el fin de contar con datos actualizados que permitan analizar en tiempo real los avances de la política nacional y las políticas territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Igualmente, esto ayudaría con la medición de los problemas nutricionales de la población, los determinantes sociales, los indicadores en materia nutricional y se convierta en una herramienta real para la toma de decisiones del Gobierno nacional y los gobiernos territoriales, de manera actualizada.

6.7 A la Registraduría Nacional del Estado Civil:

6.7.1

Continuar implementando estrategias y acciones que permitan garantizar al 100 % de niñas y los niños el derecho a la identidad y nacionalidad, mediante el registro civil de nacimiento, a través de convenios con hospitales, centros de salud, promotores de salud, parteras comunitarias, autoridades indígenas, organizaciones comunitarias, entre otras, en todos el territorio nacional: rural, zonas dispersas, cordones urbanos y comunidades desplazadas por el conflicto urbano, lo anterior evidenciándose aumentos paulatinos año a año, hasta lograr a mediano y largo plazo que todos los niños menores de 5 años cuenten con este derecho fundamental para la accesibilidad de otros derechos fundamentales.

6.8 Se insta a la Superintendencia Nacional de Salud a lo siguiente:

6.8.1

Insistir a las entidades prestadoras de salud, a las gobernaciones y alcaldías en que desarrollen acciones de promoción y prevención, otorgamiento de citas para controles prenatales, seguimiento de controles en los primeros 5 años de vida, suministro inmediato de medicamentos, entre otros, como la «fórmula terapéutica lista para el consumo» (FTLC).

6.8.2

Investigar a las EPS o las entidades que haga sus veces, donde han fallecido niñas y niños menores de 5 años por desnutrición y causas asociadas, por el incumplimiento en la identificación de manera temprana y oportuna de los riesgos en salud de las niñas y los niños menores de 5 años, mujeres gestantes o en periodo de puerperio.

6.9 Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio

Continuar en el fortalecimiento de las acciones de coordinación intersectorial de las entidades que favorecen la mejor de las condiciones estructurales para el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.

Referencias bibliográficas

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1996). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1999, 12 de mayo). Observación General N.º 12: El derecho a una alimentación adecuada. En Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 11) [signatura E/C.12/1999/5]. Organización de las Naciones Unidas. <https://www.refworld.org/es/type/GENERAL,,47ebcce12,0.html>.

Asamblea Nacional Constituyente. (1991, 20 de julio). Constitución Política de la República de Colombia. Gaceta Constitucional (116). http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html.

Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia. (2020, mayo). Informe de la Implementación de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre. Vigencia 2019. Presidencia de la República de Colombia. <https://www.reduca-al.net/noticias/informe-de-la-implementacion-de--1781>.

Congreso de la República. (2006, 8 de noviembre). Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Diario oficial (46.446). http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html.

Congreso de la República. (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial (49.427), 1-5 . http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html.

Congreso de la República. (2015, 9 de junio). Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 «Todos por un nuevo país». Diario oficial (49.538), 1-44. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html.

Congreso de la República. (2016, 2 de agosto). Ley 1804. Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones. Diario oficial (49.953), 1-5. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1804_2016.html.

Corte Constitucional de Colombia. (2019, 23 de enero). Sentencia C-017. Magistrado sustanciador: Antonio José Lizarazo. Expediente D-12703. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-017-19.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. (2010, 15 de julio). Sentencia T-572. Magistrado ponente: Juan Carlos Henao Pérez. Expediente T-2.221.881. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-572-10.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2011, 7 de febrero). Sentencia T-068. Magistrado ponente: Juan Carlos Henao Pérez. Expediente T-2.789.761. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-068-11.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2011, 3 de octubre). Sentencia T-740/11. Magistrado ponente: Humberto Antonio Sierra Puerto. Expediente T-2.438.462. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-740-11.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2014, 20 de febrero). Sentencia T-097 de 2014. Magistrado ponente: Luis Ernesto Vargas Silva. Expediente T-4.144.597. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-097-14.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (, de). Sentencia T-029 de 2014. M. P. Jorge Ignacio Pretelt.

Corte Constitucional de Colombia. (, de). Sentencia T-302/17 M. P. Aquiles Arrieta Gómez.

Corte Constitucional de Colombia. (, de). Sentencia T-468 de 2018. M. P. Diana Fajardo Rivera.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. OC-17 de 2002, Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño.

Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (COPRE-DEH). Derecho Humano a la Alimentación y a la Seguridad Alimentaria. Guatemala: 2011. Pg. 7.

Defensoría del Pueblo de Colombia. Primer Informe del Derecho Humano a la Alimentación, 2012.

Departamento Nacional de Estadísticas-DANE-.

___ Boletín Técnico Pobreza Monetaria en Colombia 2019. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2019/Boletin-pobreza-monetaria_2019.pdf. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Estadísticas Vitales EEVV 2017-2020 (pr).

___ Informe sobre Cifras de Empleo y Brechas de Género. 2020. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/Informe-sobre-cifras-de-empleo-y-brechas-de-genero-10-2020.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Pobreza Multidimensional 2018. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2019/cp_pobreza_multidimensional_19.pdf. Recuperado el 17 de abril de 2021.

Departamento Nacional de Planeación.

___ Documento CONPES 109 de 2007. Política Pública Nacional de primera infancia, Documento.

___ Documento CONPES 113 de 2008. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN).

___ Evaluación institucional y de resultados de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – PSAN –. Aplicación de la Encuesta Municipal de Capacidad Institucional SAN (EMCI). Octubre de 2015.

El Tiempo. Omar G. Ahumada Rojas. Octubre de 2020. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/economia/sectores/cifras-de-pobreza-en-colombia-medidas-urgentes-para-enfrentar-la-desigualdad-en-el-pais-543874> . Recuperado el 17 de abril de 2021.

Encuesta de Situación Nutricional-ENSIN 2015. Resultados Generales ENSIN 2015. Pg. 136. Disponible en: <file:///C:/Users/dayan/Downloads/Resultados-generales-ENSIN-2015-preliminar.pdf> . Recuperado el 17 de abril de 2021.

Fundación Éxito.

___ Índice de Desnutrición Crónica 2020. Disponible en: https://f.hubspotusercontent00.net/hubfs/7988203/Reporte%20Anual%201%CC%81ndice%20DNC%202020-1.pdf?_hstc=106871848f2eaf9dd522b0503267cb62c07d0c31611690714510161255528253716128196806926&_hssc=10687185.1612819680692&_hsfp=1830026343&hsCtaTracking=542cd561-77f0-4a86-9c22-c83c4089d-b3b%7C8b9448fd-d610-43b9-a5ae-f1e122987a97. Recuperado el 5 de marzo de 2021.

___ Efectos del COVID-19 en la primera infancia de Colombia. 2020. Disponible en: <https://www.fundacionexito.org/sites/default/files/publicaciones/Efectos%20del%20COVID%20Fundacio%CC%81n%20E%CC%81xito%20feb%202021.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

Grupo Banco Mundial. Entendiendo la pobreza. Nutrición. Septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/nutrition/overview>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

___ Estrategia de prevención de la Desnutrición Infantil. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/estrategia-atencion-prevencion-desnutricion-infantil>. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

___ Lineamiento Técnico de Atención a la Primera Infancia. Bogotá 2020. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm5.pp_lineamiento_tecnico_para_la_atencion_a_la_primera_infancia_v5.pdf.

___ 1000 días para cambiar el mundo. Disponible en <https://www.icbf.gov.co/1000-dias-para-cambiar-el-mundo> Recuperado el 05 de marzo de 2021.

___ Orientaciones especiales para el funcionamiento de las Unidades de Búsqueda Activa. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/a1.lm2_pp_anexo_2_orientaciones_especiales_funcionamiento_ubas_aislamiento_preventivo_covid_19_v1.pdf. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

Instituto Nacional de Salud (INS).

___ Boletín Epidemiológico Semana 32. 2019.

___ Boletín epidemiológico semana 28 de 2020: Comportamiento epidemiológico del bajo peso al nacer a término Colombia. 2020.

___ Boletín Semana Epidemiológica 53. 27 de diciembre de 2020 a 2 de enero de 2021. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_53.pdf. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN. 2015.

___ Informe de Evento-Enfermedad Diarreica Aguda (EDA. 2020). Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ENFERMEDAD%20DIARREICA%20AGUDA%20PE%20XII%202020.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Informe de Evento epidemiológico de Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en Menores de 5 años. Periodo XIII. 2020 Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DESNU-TRICI%C3%93N%20EN%20MENORES%205%20A%C3%91OS%20PE%20XIII%202020.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Informe de Evento Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Periodo epidemiológico XIII. 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20TARD%C3%8DA%20PE%20XIII%202020.pdf> . Recuperado el 17 de abril de 2021.

La Republica. Juan Sebastián Amaya. Octubre de 2020. Disponible en: <https://www.larepublica.co/economia/la-pobreza-en-colombia-va-a-alcanzar-un-nivel-de-entre-47-y-49-por-la-pandemia-3075386> . Recuperado el 17 de abril de 2021.

Medrano, Karin, nutricionista de SESAN. Durante su participación en el segundo Congreso Nacional de Lactancia Materna. Guatemala: 7 y 8 de septiembre de 2018.

Ministerio de Salud y Protección Social.

___ ABECE de la Atención Integral a la Desnutrición Aguda, Subdirección Nacional de Nutrición, Alimentos y Bebidas. Bogotá: 2016.

___ Boletín de Prensa No 032 de 2019 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-nacional-va-de-frente-contrala-desnutricion-infantil.aspx> . Recuperado el 05 de marzo de 2021.

___ Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 – 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Resolución 5406 de 2015. «Por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda.

___ Resolución 2626 de 2019 por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud y se Adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE-.

Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio.

___ Informe Nacional de Calidad del Agua para el Consumo Humano.2019. Disponible en: <https://minvivienda.gov.co/sites/default/files/documentos/informe-calidad-de-agua-2019.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Plan Director del Agua y Saneamiento Básico. Visión Estratégica 2018-2030. Disponible en: <https://minvivienda.gov.co/sites/default/files/2020-07/plan-director.pdf>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

Oliván GG. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problema de salud y directrices para su cuidado. Anales de pediatría. 2003.Pg58(2):128-35.

Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Ginebra Suiza: ONU. 1959.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

___ Colombia en una mirada. Disponible en: <http://www.fao.org/colombia/fao-en-colombia/colombia-en-una-mirada/es/>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Disponible en <http://www.fao.org/3/w3613s/w3613s00.htm#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Roma%20sobre,%2C%20nacional%2C%20regional%20y%20mundial>. Recuperado el 10 de abril de 2021.

___ FAO inicia reuniones bilaterales con candidatos a la Presidencia de Colombia. Disponible en: <http://www.fao.org/colombia/noticias/detail-events/es/c/1110369/>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Primer Informe de Seguimiento al Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PSAN- 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/informe-seguimiento-plan-san-2016.pdf>. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina. 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

Organización Mundial de la Salud (OMS).

___ Metas Mundiales de Nutrición 2025. Documento Normativo sobre Bajo Peso al Nacer. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_145_spa.pdf?ua=1. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Preguntas y Respuestas en línea, 2016. <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>. Recuperado el 10 de abril de 2021.

___ Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal. 2016.

Organización Panamericana de Salud. «La Mortalidad Materna es Inaceptable». Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3165:la-mortalidad-materna-es-inaceptable-gina-tambini&Itemid=551. Recuperado el 17 de abril de 2021.

Presidencia de la República.

___ Balance de Resultados 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 «Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad». Pg. 64.

___ Decreto 1575 de 2007, Por el cual se establece el sistema para la protección y control de la calidad del agua para consumo humano. En el Artículo 12.

___ [Decreto 4875 de 2011](#), modificado por el [Decreto 1416 de 2018](#) «por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia - AIPI - y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia.

___ Noticia. Disponible en: <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/La-Gran-Alianza-por-la-Nutricion-cumple-su-primer-anio-de-trabajo-por-una-causa-nacional-200305.aspx>. Recuperado el 17 de abril de 2021.

___ Estrategia de Cero a Siempre. «Fundamentos Políticos Técnicos y de Gestión, Estrategia De Cero a Siempre» pg. 17. Estos Fundamentos hacen parte integral de la Ley 1804 de 2016: Política de Estado para el Desarrollo Integral de Primera Infancia de Cero a Siempre.

___ Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, pg. 250.

Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto Nacional por Colombia, Pacto por la Equidad. Pg 277. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/PND-Pacto-por-Colombia-pacto-por-la-equidad-2018-2022.pdf>. Recuperado el 05 de marzo de 2021.

Quiñonez, Fabián López y otros. Brechas sobre el acceso al control prenatal en Colombia según los estudios realizados entre 1998 y 2018.

Registraduría Nacional del Registro Civil. Procedimientos Administrativos. Colombia. Disponible en: <ht>

[tps://www.municipio.com.co/registro-civil-nacimiento.html#:~:text=PROCEDIMIENTOS %20ADMINISTRATIVOS&text=El %20acta %20%20partida %20o %20certificado,nacido %20dentro %20del %20territorio %20colombiano.&text= %C2 %A1Haz %20clic %20abajo %20y %20obt %C3 %A9n,certificado %20de %20nacimiento %20en %20l %C3 %ADnea](https://www.municipio.com.co/registro-civil-nacimiento.html#:~:text=PROCEDIMIENTOS%20ADMINISTRATIVOS&text=El%20acta%20%20partida%20o%20certificado,nacido%20dentro%20del%20territorio%20colombiano.&text=%C2%A1Haz%20clic%20abajo%20y%20obt%C3%A9n,certificado%20de%20nacimiento%20en%20l%C3%ADnea). Recuperado el 17 de abril de 2021.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Guía de control prenatal y factores de riesgo de la – Asociación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Disponible en : [http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA %201. %20 %20CONTROL %20PRENATAL %20Y %20FACTORES %20DE %20RIESGO.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf) Recuperado el 17 de abril de 2021.

UNICEF. SITAN: Situación y Análisis de la Infancia y Adolescencia en Colombia. La Protección Integral. Disponible en: [https://www.unicef.org.co/sitan/4-derecho-a-la-proteccion/la-proteccion-integral#:~:text=Este %20se %20define %20como %20 %E2 %80 %9Cel,del %20principio %20del %20inter %C3 %A9s %20 superior](https://www.unicef.org.co/sitan/4-derecho-a-la-proteccion/la-proteccion-integral#:~:text=Este%20se%20define%20como%20%E2%80%9Cel,del%20principio%20del%20inter%C3%A9s%20superior). Recuperado el 05 de marzo de 2021.

UNICEF. Leah Selim. Artículo: ¿qué es el registro de nacimiento y por qué es importante? Disponible en:[https://www.unicef.org/es/historias/registro-nacimiento-importante#:~:text=El %20registro %20del %20 nacimiento %20no,la %20salud %20y %20la %20justicia](https://www.unicef.org/es/historias/registro-nacimiento-importante#:~:text=El%20registro%20del%20nacimiento%20no,la%20salud%20y%20la%20justicia).

UNICEF y Ministerio de Salud y Prosperidad Social. (2017). Lineamientos para el Manejo Integrado de la desnutrición aguda, moderada y severa para niños de 0 a 56 meses. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>



**Defensoría
del Pueblo**
COLOMBIA

#NosUnenTusDerechos

