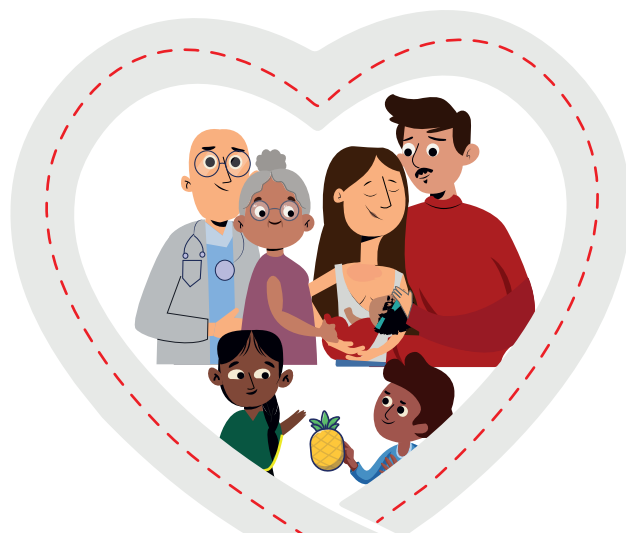




El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030

Ruta por la nutrición de nuestra niñez, un camino de amor



Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030

Ruta por la nutrición de nuestra niñez, un camino de amor



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



Convenio de asociación No. 314-20

Suscrito entre el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República y la Fundación Salutia - Centro de estudios, innovación e investigación en salud.

PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 2021-2030



© Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, 2021

© Fundación Salutia - Centro de estudios, innovación e investigación en salud, 2021

ISBN: 978-958-53528-1-0

La información aquí publicada puede ser citada, con el respectivo crédito, y reproducida parcialmente para fines académicos, de investigación o de salud pública, sin ánimo de lucro. Se prohíbe la reproducción parcial o total de esta publicación para fines lucrativos o comerciales sin la expresa autorización de los titulares del copyright.

Edita Fundación Salutia

Bogotá, Colombia

Esta publicación es fruto del Convenio de asociación No. 314-20, de 2020, entre la Fundación Salutia y el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, a través de su Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia. La Fundación Éxito apoyó este convenio.

Cómo citar, según APA:

Fundación Salutia. (2021). Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria-PDLMAC 2021-2030. Bogotá: Fundación Salutia.

Fundación Salutia - Centro de estudios, innovación e investigaciones en salud

Carrera 71 B No. 116 A – 12. Bogotá, Colombia

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Iván Duque Márquez

Presidente de la República

Víctor Manuel Muñoz

Director Departamento Administrativo de la Presidencia de la República – DAPRE

Carolina Salgado Lozano

Consejera Presidencial para la Niñez y la Adolescencia

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social

Luis Alexander Moscoso Osorio

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

María Andrea Godoy Casadiego

Viceministra de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General

Gerson Orlando Bermont Galvis

Director de Promoción y Prevención en Salud

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Lina María Arbeláez Arbeláez

Directora General

Liliana Pulido Villamil

Subdirectora General

Gustavo Mauricio Martínez Perdomo

Secretario General

Zulma Yanira Fonseca Centeno

Directora de Nutrición

Claudia Alejandra Gélves Ramírez

Directora de Primera Infancia

Agradecimiento especial a la Sra. María Juliana Ruiz Sandoval, Primera Dama de la Nación, por ser una abanderada de la nutrición de las niñas, niños y adolescentes colombianos y su liderazgo a través de la "Gran Alianza por la Nutrición"

EQUIPO TÉCNICO



CONSEJERÍA PRESIDENCIAL PARA LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Dalys Cecilia Silgado Cabrales

Asesora

Diana Ibeth Urueña Mariño

Asesora

Esperanza Lara Romero

Consultora

Gerson Vásquez Vergara

Consultor

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Elisa María Cadena Gaona

Subdirectora de salud nutricional, alimentos y bebidas

Luz Ángela Ochoa Cubillos

Profesional especializado Subdirección de salud nutricional, alimentos y bebidas

Ana María Peñuela

Asesora despacho del Sr. Ministro - Coordinadora convivencia social y ciudadanía

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Eliana Lorena Suárez Higuera

Dirección de Nutrición

Claudia Marcela Camargo

Dirección de Nutrición

Eliana Victoria Velásquez Terán

Subdirección de Gestión Técnica para la Atención a la Primera Infancia

Yessyrys Mena

Subdirección de Gestión Técnica para la Atención a la Primera Infancia

FUNDACIÓN ÉXITO

Diana María Pineda Ruíz

Líder Inversión Social y Generación de Conocimiento

Juan Carlos Burgos Castro

Nutricionista

Natalia Ledesma Ríos

Analista de Incidencia en Política Pública

FUNDACIÓN SALUTIA

EQUIPO LÍDER

Carlos Humberto Arango Bautista
Director

Ana Lucía Mujica Duarte
Coordinadora técnica

María Elena Mora Gonzalez
Líder de la formulación del PDLMAC 2021-2030

Rosa Helena Cárdenas Ávila
Líder del desarrollo del modelo de gestión del PDLMAC 2021-2030

Walter Mauricio Aguilar Villegas
Líder del desarrollo del sistema de control del PDLMAC 2021-2030

Hugo Alejandro Santa Ramírez
Líder en metodologías de investigación

Constanza Muñoz Benavidez
Coordinadora Corporativa

CONSULTORES

Diego Eduardo Góngora Navarrete

Gloria Isabel Quintero Fandiño

Silvana Godoy Mateus

Daniela Brand Forero

Iván David Angarita Charry

Juan Sebastián Ávila Santos

Juan Sebastián Hernández Monsalve

Nathalia Ximena Guerra Villamizar

José Humberto Sanmiguel Márquez

Alexander Acero Acero

Diana María Villota Vallejo

CORRECCIÓN DE ESTILO Y DIAGRAMACIÓN

Liliana María Cortés Fernández
Comunicadora Social

Daniel Fernando Mujica Duarte
Diseñador Gráfico

Oficina Asesora de Comunicaciones
Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia

AGRADECIMIENTOS



A continuación, se relacionan los representantes de las diferentes entidades a nivel nacional y territorial, expertos nacionales e internacionales, el sector privado, gestantes, madres lactantes, jóvenes y familias que participaron en la formulación del PDLMAC 2021-2030:

NIVEL NACIONAL		
Nombre	Entidad	Departamento
Rosa Matilde López Torres	Ministerio del Trabajo	Antioquia
Karem Trujillo	Ministerio de Educación Nacional	Bogotá
Cristian Monsalve	INVIMA	Bogotá
Rhinney Salas Contreras	INVIMA	Bogotá
Claudia Esperanza Monroy	INVIMA	Bogotá
Yibby Forero Torres	Instituto Nacional de Salud	Bogotá
Gina Vargas	Instituto Nacional de Salud	Bogotá
Juliana Catalina Pastás	DANE	Bogotá
Clara Gil	DANE	Bogotá
Juan Sebastian Nupaque	Departamento Nacional de Planeación	Bogotá
Germán Alberto Ramírez	Departamento Nacional de Planeación	Bogotá
Diana Gallegos	Prosperidad Social	Bogotá
Carolina Ramírez	Prosperidad Social	Bogotá
Tatiana Briceño	Prosperidad Social	Bogotá
Daissy Fernanda Bolaños Nieto	Consejería Presidencial para los Derechos Humanos	Bogotá
Gabriel Chaparro	Consejería Presidencial para los Derechos Humanos	Bogotá
Martha Cecilia Prada Chillón	Ministerio de Salud y Protección Social	Bogotá
Maria Fernanda Cañón	Ministerio de Salud y Protección Social	Bogotá
Claudia Moreno	Ministerio de Salud y Protección Social	Bogotá
Andrea Borbón Guevara	Ministerio de Salud y Protección Social	Bogotá
Ana María Peñuela	Ministerio de Salud y Protección Social	Bogotá
Lia Marcela Guiza	Ministerio de Salud y Protección Social	Bogotá

AGREMIACIONES Y ASOCIACIONES CIENTÍFICAS		
Nombre	Entidad	Departamento
María Casas	Academia Colombiana de Pediatría y Puericultura	Bogotá
Paola Andrea Rueda García	ACLAM Colombia	Santander
Nancy Bernal	ACLAM Colombia	Bogotá
Dolly Magnolia González	ACOFAN	Caldas
Danny Vargas	ASANUT SAS	Boyacá

AGREMIACIONES Y ASOCIACIONES CIENTÍFICAS

Nombre	Entidad	Departamento
Natalia Restrepo Centeno	ASCON	Bogotá
Adriana Ballesteros Castro	ASCON	Valle del Cauca
Ivonne Aldana Vallejo	ASCON	Valle del Cauca
Maiby Morales Otero	Asmet Salud EPS	Cauca
Diana Moreno	Asmet Salud EPS	Quindío
María Zúñiga	Asmet Salud EPS	Cauca
Valeria Astrauskas	Asocapitales	Bogotá
Sandra Consuelo Penagos	Asociación Colombiana de Salud Pública	Santander
Ángela María Trujillo	Asodoulas	Antioquia
Natalia Ochoa	Asodoulas	Antioquia
Mónica Forero	COLNUD	Bogotá
Pilar López	Federación Nacional de Departamentos	Bogotá
Rodrigo Restrepo	Gestarsalud	Bogotá
Andrea Rojas Carrasco	NUYA	Antioquia
Paula Quiceno	NUYA	Antioquia
Jenifer Mazuera	NUYA	Bogotá
Guiomar Hernández	Red internacional de Investigadores en Lactancia Materna	Bolívar
Nayide Barahona Guzmán	Red internacional de Investigadores en Lactancia Materna	Atlántico
Marcela Fama	Sociedad Colombiana de Pediatría	Quindío
Ernesto Durán	Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Bogotá	Bogotá

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Nombre	Entidad	Departamento
Fany Kuiru	Organismos de los Pueblos Indígenas de la Amazonía	Amazonas
Margarita María Zapata Restrepo	La Liga de la Leche	Antioquia
Lina Margarita Macías Hemer	Mamaquilla	Atlántico
Verónica Plata	Fundación Mamá Informada	Bogotá
Tatiana Navarro Acosta	Fundación Mamá Informada	Bogotá
Liceth Quiñonez	Asociación de Parteras Unidas del Pacífico – ASOPARUPA	Valle del Cauca
Rubén Ernesto Orjuela Agudelo	Organización Educar Consumidores	Bogotá
Diana Marcela Rico	IBFAN COLOMBIA	Bogotá

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Nombre	Entidad	Departamento
Maria Fernanda Conde	IBFAN COLOMBIA	Norte de Santander
Carolina Piñeros	Red PaPaz	Bogotá
Angie Dávila	Fundacompartir	Nariño
Migdaly García	Fundacompartir	Nariño
Laura Muñoz	Fundacompartir	Nariño
Yuli Benavides	Fundacompartir	Nariño
María Alejandra Leyton Grijalba	FUNPERS	Nariño
Yomally Muñoz	Fundación FUSENPRO	Nariño
Evelyn Rosero	Fundación FUSENPRO	Nariño
Claudia Janeth Cárdenas Cárdenas	Fundación FUSENPRO	Nariño

ACADEMIA

Nombre	Entidad	Departamento
Natalia Zapata López	Universidad de Antioquia	Antioquia
Diana Milena Cano Arango	Universidad de Antioquia	Antioquia
María Eulalia Tamayo Pérez	Universidad de Antioquia	Antioquia
Nelly Castillejo	Universidad CES	Antioquia
Caterine Henao Roldán	Universidad CES	Antioquia
Jhon Guerra	Uniremington	Antioquia
Margarita Fernández	Universidad del Atlántico	Atlántico
Mylene Rodríguez	Universidad Metropolitana	Atlántico
Gloria Roncallo	Universidad Metropolitana	Atlántico
Estela Carrascal Garavito	Universidad Metropolitana	Atlántico
Daniela Daza Juvinao	Universidad Metropolitana	Atlántico
Rossana López Saleme	Universidad de Cartagena	Bolívar
Francy Gissete Villate	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca	Bogotá
Gloria Yaneth Pinzón V	Universidad Nacional de Colombia	Bogotá
Leidy Velandia	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	Boyacá
Angie Fuentes	Universidad de Pamplona	Norte de Santander
Camila Ordóñez	Universidad de Pamplona	Norte de Santander

ACADEMIA		
Nombre	Entidad	Departamento
Angie Torres	Universidad de Pamplona	Casanare
Marlyn Suarez	Universidad de Pamplona	Norte de Santander
Carlos Andrés Barajas	Universidad de Pamplona	Norte de Santander
Angy Santos López	Instituto Proinapsa Universidad Industrial de Santander	Santander
Nieves Zoraida Flórez	Instituto Proinapsa Universidad Industrial de Santander	Santander

SECTOR PRIVADO		
Nombre	Entidad	Departamento
Dubis Barrios	Fundación Procaps	Atlántico
Marcela Ramírez	Avícola Nacional S.A.	Antioquia
Paola Londoño	Colsubsidio	Bogotá
Juan Camilo Montes	Cámara de la Industria de Alimentos Colombia ANDI	Bogotá
Sara del Pilar Pareja	Cámara de la Industria de Alimentos Colombia ANDI	Bogotá
Sara Méndez París	Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia – ABACO	Bogotá

REGIÓN CARIBE		
Nombre	Entidad	Departamento
Lucinda Reyes	Gobernación del Atlántico	Atlántico
Kevin Duque Zuñiga	Gobernación del Atlántico	Atlántico
Cindy Guzmán Martelo	Gobernación de Bolívar	Bolívar
Kelly Almazo	Gobernación de La Guajira	La Guajira
Joshua Grau Romero	Gobernación de San Andrés	San Andrés
Narly Púa	Secretaría de Salud Departamental	Atlántico
Eliana María Molina Álvarez	Secretaría de Salud Departamental	Bolívar
Orinson Villera Monterroza	Secretaría de Salud Departamental	Bolívar
Antonia Elena Carretero Palacio	Secretaría de Salud Departamental	Cesar
Katerine del Rosario Serna Pinto	Secretaría de Salud Departamental	Cesar
Damelis Brito	Secretaría de Salud Departamental	Cesar

REGIÓN CARIBE		
Nombre	Entidad	Departamento
Ítala Pérez	Secretaría de Salud Departamental	Cesar
Yoryane Magdaniel	Secretaría de Salud Departamental	La Guajira
Elda Lever	Secretaría de Salud Departamental	San Andrés
Aminta Mercedes Ogiste Francis	Secretaría de Salud Departamental	San Andrés
Marieta Castellar	Secretaría de Salud Departamental	Sucre
Rosalba Navarro Diaz Granados	Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta	Magdalena
Gloria Mercedes Pabón	Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta	Magdalena
Gloria Linero Salas	Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta	Magdalena
Matilde Cuttha Bolívar	Secretaria Distrital de Barranquilla	Atlántico
Tatiana Liseth Pacheco	Secretaría de Salud de Sabanalarga	Atlántico
Victoria Rodríguez Solano	Secretaría de Desarrollo de la Salud	Córdoba
Natalia Corzo	Secretaría Departamental de Gobierno	Cesar
Iris Johana Blanco Vásquez	Secretaría de la Mujer y Equidad de Género	Sucre
María Cabarcas	ICBF	Atlántico
Beatriz Felizzola	ICBF	Atlántico
Rosemary Mendoza Soto	ICBF	Atlántico
Neryeth Sarmiento Corro	ICBF	Atlántico
Margarita María Angulo Mestra	ICBF	Córdoba
Sandra Palacio Montenegro	ICBF	Córdoba
Karlev De la Hoz	ICBF	Magdalena
Kelys Colombia Amaris Amaris	ICBF	Magdalena
María Isabel Rojano Padilla	ICBF	Magdalena
Gemina Howard	ICBF	San Andrés
Celeny Pérez Monterrosa	ICBF	Sucre
Fabiola Paencia Morales	ICBF	Sucre
María Cecilia Pineda Meyer	ICBF	Sucre
Reina Isabel Troaquero Sierra	ICBF	Sucre
Karim De La Ossa	Prosperidad Social	Sucre
Nelly del Rosario Bertel Blanco	Prosperidad Social	Sucre
Esperanza Flórez	Universidad del Atlántico	Atlántico
Mylene Rodríguez	Universidad Metropolitana	Atlántico

REGIÓN CARIBE		
Nombre	Entidad	Departamento
Estela Carrascal Garavito	Universidad Metropolitana	Atlántico
Gloria Roncallo	Universidad Metropolitana	Atlántico
Carmela Bueno López	Independiente	La Guajira
Cecilia Cohen Prado	Independiente	Magdalena

REGIÓN PACÍFICA		
Nombre	Entidad	Departamento
Luisa Piedrahita	Gobernación	Cauca
Leidy Giovana Delgado Morales	Gobernación	Cauca
Luz Elena Azcárate	Gobernación Secretaria de Desarrollo Social	Valle del Cauca
José Tomas Franco Cadena	Instituto Departamental de Salud de Nariño	Nariño
Carmen Eugenia Pérez M.	Instituto Departamental de Salud de Nariño	Nariño
Tatiana López	Secretaría de Salud Departamental	Valle del Cauca
Luisa Fernanda Reina González	Secretaría de Salud Departamental	Valle del Cauca
Luis Hernando Cepeda López	Secretaría de Salud Departamental	Valle del Cauca
María Ynes Villa	Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali	Valle del Cauca
Lina Balanta Carabali	Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali	Valle del Cauca
María Martínez	Hospital Universitario Departamental de Nariño	Nariño
Isabel Cristina Gavilanes	Fundación Hospital San Pedro	Nariño
Yolima Castillo Cruz	Hospital La Buena Esperanza	Valle del Cauca
Yazmín Cecilia Ausecha Ordoñez	ICBF	Cauca
Kelly Sotelo	ICBF	Cauca
María Angélica Cárdenas Villalobos	ICBF	Cauca
Ana Victoria Mosquera Quesada	ICBF	Chocó
María Milagro Ramírez Mancilla	ICBF	Nariño
Elena Isabel Cañate Herrera	ICBF	Valle del Cauca
Nancy Chalapud	ICBF	Valle del Cauca
Jesús Alberto Giraldo Andrade	ICBF	Valle del Cauca
Mariotty Severiche	ICBF	Valle del Cauca
Piedad Patricia Pacheco	ICBF	Valle del Cauca

REGIÓN CENTRAL

Nombre	Entidad	Departamento
Lina Restrepo	Gobernación	Antioquia
Olga Restrepo	Gobernación	Antioquia
Liliana Díaz Torres	Gobernación	Antioquia
Daniela Rojas	Gobernación	Antioquia
Adriana Suárez Vásquez	Gobernación	Antioquia
Luisa Paola Ramírez Jaramillo	Gobernación	Antioquia
Elsa Patricia Muñoz	Gobernación	Huila
Liliana Jaramillo	Gobernación	Quindío
Fernando Bolaños	Gobernación	Risaralda
Luz Myriam Gutiérrez Valenzuela	Gobernación	Risaralda
Saul Rivera	Gobernación	Tolima
Laura Vivas	Secretaría Seccional de Salud y Protección de Antioquia	Antioquia
María Paula Fajardo	Secretaría Distrital de Salud	Bogotá
Luis Miguel Rojas Betancourt	Secretaría de Salud Departamental	Caquetá
Lizeth Fonseca	Secretaría de Salud Departamental	Caquetá
Claudia Molina	Secretaría de Salud Departamental	Quindío
Claudia Leonor Trujillo Bahamón	Secretaría de Salud Departamental	Huila
Diana Caviedes	Secretaría de Salud Departamental	Tolima
Sandra Liliana Hernández Ávila	Secretaría de Salud Departamental	Tolima
Diana Peña	Secretaría de Salud Departamental	Tolima
Mary Umaña	Secretaría de Salud Departamental	Tolima
Melva Ortiz Santos	Secretaría de Salud Departamental	Tolima
Karem Grajales	Grupo de Asistencia Técnica	Quindío
Darwin Chisco	Dirección Territorial de Salud	Caldas
Daniela Blandón García	Dirección territorial de Salud	Caldas
Laura Moreno	Dirección Territorial de Salud	Caldas
Daniela Rodríguez	Gerencia de Infancia, Adolescencia y Juventud	Antioquia
María Paulina Madrid Pérez	Gerencia de MANÁ	Antioquia

REGIÓN CENTRAL

Nombre	Entidad	Departamento
Irene Acevedo	Hospital General	Antioquia
Sorelly Ruiz	Hospital Universitario San Vicente Fundación	Antioquia
María Bruges Arciniegas	ICBF	Bogotá
Elizabeth Morales Aristizábal	ICBF	Antioquia
Laura Jácome	ICBF	Bogotá
Nelly Triana Pedraos	ICBF	Bogotá
Diana Marcela Mejía Cifuentes	ICBF	Caldas
Clara Cardona	ICBF	Caldas
Julieth Barrera	ICBF	Caldas
Mónica del Pilar Vergara	ICBF	Caldas
Sugeiry Vega	ICBF	Caldas
César Antonio Aguilar Sánchez	ICBF	Caquetá
Ana María Ramírez	ICBF	Caldas
Adriana Echeverry Perdomo	ICBF	Caquetá
Lorena Martínez	ICBF	Huila
Beatriz Orozco	ICBF	Huila
Lina Truque	ICBF	Quindío
Lina Muñoz	ICBF	Quindío
Lina María Duque Ramírez	ICBF	Risaralda
Lorena Mier	ICBF	Risaralda
Claudia Angelina Jaramillo Ruiz	ICBF	Risaralda
Andrés Cardona	ICBF	Risaralda
Sandra Robayo	ICBF	Tolima
Mercedes María Cova Peñaloza	ICBF	Tolima
Cecilia Lozano Leyva	ICBF	Tolima
Nancy Aya	Prosperidad Social	Huila
Héctor Marín	Prosperidad Social	Quindío
Mairead Camargo	Prosperidad Social	Risaralda

REGIÓN CENTRAL

Nombre	Entidad	Departamento
Nasly Ordoñez	Prosperidad Social	Risaralda
María Elizabeth Jaimes	Prosperidad Social	Risaralda
Ruby Amparo Zuluaga Duque	Prosperidad Social	Risaralda
Olga Lucía Chaves Chaves	Independiente	Caldas

REGIÓN ORIENTAL

Nombre	Entidad	Departamento
Natalie Isaacs	Gobernación	Boyacá
Nancy Dulcey Mora	Gobernación	Boyacá
Martha Romero López	Gobernación	Meta
Yulied Navarro	Instituto Departamental de Salud	Norte de Santander
Mery Santos	Instituto Departamental de Salud	Norte de Santander
Freddy Galvis	Secretaría de Salud Departamental	Norte de Santander
Diana Rodríguez	Secretaría de Salud Departamental	Boyacá
Gloria Avello	Secretaría de Salud Departamental	Boyacá
Linda Salazar Grimaldos	Secretaría de Salud Departamental	Santander
Mónica Sandoval	Secretaría de Salud Departamental	Cundinamarca
Karen Cruz	Secretaría de Salud Departamental	Boyacá
Paola Rueda G	Universidad de Santander UDES	Santander
Nidia Esperanza Vargas Malaver	ESE Hospital Regional de Chiquinquirá	Boyacá
Yvette Alba	Hospital Duitama	Boyacá
Maritza Duley Galindo Rincón	ESE Centro de Salud Nuestra Señora del Rosario de Chivatá	Boyacá
Sara Lizarazo	Hospital Universitario San Rafael de Tunja	Boyacá
Luz Yesmith Valencia Certiga	Hospital Universitario San Rafael de Tunja	Boyacá
Vilma Chaparro	Inversiones Medicas de Los Andes S.A.S	Boyacá
Edna Isabel González Bueno	Clínica Materno Infantil San Luis	Santander
Ana de Jesús Rodríguez Ramírez	E.S.E Hospital de los Patios	Norte de Santander
Daniela Galvis	ICBF	Boyacá

REGIÓN ORIENTAL		
Nombre	Entidad	Departamento
Stefanie Rivero	ICBF	Boyacá
Ivonne Johanna Celis Herrera	ICBF	Boyacá
Fanny Nathalia Carvajal Ortiz	ICBF	Boyacá
Camila Cabezas León	ICBF	Boyacá
Ingrid Forero	ICBF	Cundinamarca
Florelia García	ICBF	Cundinamarca
Ligia Baquero	ICBF	Cundinamarca
Angie Sánchez	ICBF	Cundinamarca
Lizeth Melisa Medina	ICBF	Meta
Sonia Milena Carreño	ICBF	Meta
Alexander Calderón	ICBF	Norte de Santander
Gloria Inés Villamizar	ICBF	Norte de Santander
Yenny Alejandra Garay López	Prosperidad Social	Meta
Fabio Ernesto Castellanos Manrique	Prosperidad Social	Santander
Anyi Guzmán	Comisaría de Familia	Boyacá
Diana María Villota	Independiente	Bogotá
Álvaro Hernán Duarte Gómez	Pediatra	Bogotá
Chrystiam Fernández	Independiente	Huila

REGIÓN AMAZONÍA-ORINOQUÍA		
Nombre	Entidad	Departamento
Emilis Lafont	Alcaldía de Orito	Putumayo
Indira Velásquez	Gobernación	Vaupés
Deny Carolina Hernández	ICBF	Arauca
Julieth Florez	ICBF	Casanare
Diana Catherine Paredes	ICBF	Casanare
Astrid Ortiz	ICBF	Casanare
Silvia Lobo	ICBF	Guaviare
Daly Becerra	ICBF	Putumayo

REGIÓN AMAZONÍA-ORINOQUÍA

Nombre	Entidad	Departamento
Engrith Tatiana Zambrano	ICBF	Putumayo
Narquy Ortega	ICBF	Putumayo
Dayra Liney Maneique Torres	ICBF	Vaupés
Laura Erazo	Secretaría de Salud Departamental	Amazonas
Aida Parra	Secretaría de Salud Departamental	Casanare
Delcy Castro	Secretaria de Salud Departamental	Guainía
Zamiris Peña Lubo	Secretaría de Salud Departamental	Guaviare
Carolina Morales Soler	Secretaría de Salud Departamental	Guaviare
Lizbeth Yessenia	Secretaría de Salud Departamental	Putumayo
Johanna Saldarriaga	Secretaría de Salud Departamental	Putumayo
Joyce Gutiérrez	Secretaría de Salud Departamental	Vaupés
Laudys González	Secretaría de Salud Departamental	Vichada
Jefferson Anzola Rangel	Unidad Administrativa Especial de Salud	Arauca
Marisabel Crissien	Unidad Administrativa Especial de Salud	Arauca

DISTRITOS-CAPITALES

Nombre	Entidad	Departamento
Rocío Fagua	Alcaldía de Tunja	Boyacá
Leidy Viviana Figueroa	Alcaldía de Milán	Caquetá
Yesika Guaracas	Alcaldía de San Vicente del Caguán	Caquetá
Johan Cáceres Robles	Alcaldía Municipal de San Luis de Palenque	Casanare
Leidy Yiseth Cárdenas	Alcaldía de Anolaima	Cundinamarca
Sharlyn Castro	Alcaldía de Los Patios	Norte de Santander
Yeni Romo	Alcaldía de Mocoa	Putumayo
Angie Polo De Hoyos	Alcaldía de Sampués	Sucre
Lina Marcela Parra	Alcaldía de Buenaventura	Valle del Cauca
Patricia Buelvas	DADIS	Bolívar
Kelly Johana Durango Rivero	DADIS	Bolívar
Damaris Guzmán Muñoz	DADIS	Bolívar

DISTRITOS-CAPITALES		
Nombre	Entidad	Departamento
Ana Lucía Ortega López	DADIS	Bolívar
Claudia Hernández	ICBF	Cauca
Yofaidy Lozano Roa	ICBF	Chocó
Dina Luz Perpiñán León	ICBF	La Guajira
Myriam Luz Castellar Gómez	ICBF	Magdalena
Noris Estela Flórez Montes	ICBF	Nariño
Yeny Carolina Torres Gamboa	ICBF	Norte de Santander
Julieth Alejandra Castillo Benavides	ICBF	Putumayo
Erika Nayibe Flórez Velásquez	Operador ICBF Asociación Nuevo Horizonte	Nariño
Lina Luna	Operador ICBF Asociación Nuevo Horizonte	Nariño
Edna Margarita Acosta Ballesta	Secretaría de Salud	Atlántico
Sandra Mosquera C.	Secretaría de Salud Distrital Buenaventura	Valle del Cauca
Angélica María Riascos Gonzalez	Secretaría de Salud Distrital Buenaventura	Valle del Cauca
Sonia Ojeda	Secretaría de Protección Social	Boyacá
Laura Lozano	Secretaría de Protección Social de Tunja	Boyacá
Yesenia Romero	Secretaría de Salud Distrital Buenaventura	Valle del Cauca
Erika Hurtado	Secretaría de Salud Distrital Buenaventura	Valle del Cauca
Jamileth Arana Marin	Secretaría de Salud de Cali	Valle del Cauca
Liliana Hernández Pardo	Secretaría Salud de Villavicencio	Meta
Anaaire Ascencio Higuera	Independiente	Boyacá

MUNICIPIOS DE DIFÍCIL ACCESO		
Nombre	Entidad	Departamento
Dolly Tatiana Amaya Romero	Alcaldía Municipal de Pachavita	Boyacá
Ley Piedad	Alcaldía Municipal de López de Micay	Cauca
Leydi Acosta López	Alcaldía Municipal de Puerto Lleras	Meta
Marleny Fernández Bermúdez	Alcaldía Municipal de Puerto Lleras	Meta
María Núñez Herrera	Alcaldía Municipal de Puerto Lleras	Meta
José Lozano	Alcaldía Municipal de Puerto Lleras	Meta

MUNICIPIOS DE DIFÍCIL ACCESO

Nombre	Entidad	Departamento
Eliana Marcela Cubides Mahecha	Alcaldía Municipal de Puerto Lleras	Meta
Luz Marina Concha Arboleda	Alcaldía Municipal de Leguizamo	Putumayo
Merly España	Alcaldía Municipal de La Dorada	Putumayo
Jessica Angarita	Alcaldía Municipal de San Miguel	Putumayo
Viviana Vanessa Montoya Jaramillo	E.S.E. Hospital San Vicente de Paul Apia	Risaralda
Vanessa Montoya	E.S.E. Hospital San Vicente de Paul Apia	Risaralda
Alexandra Marín	E.S.E. Hospital San Vicente de Paul Apia	Risaralda
Luz Viviana Bermudez Gutiérrez	E.S.E. Hospital San Vicente de Paul Apia	Risaralda
Clara Esperanza Galvis Díaz	Hospital Militar Central	Bogotá
Daniela Toro Ospina	Hospital Piloto	Valle del Cauca
Camilo García	HUEM	Meta
Sandra Robayo Suanca	ICBF	Tolima

INTESECTORIAL TERRITORIAL

Nombre	Entidad	Departamento
Esteban Coronel	Acción Contra El Hambre	Nariño
Sylvia Karina Padilla Zapata	Acción Contra El Hambre	Nariño
Arellys Colpa	Alcaldía Distrital Del Barranquilla	Atlántico
Kelly Gómez	Alcaldía Distrital Del Barranquilla	Atlántico
Yamile Herrera	Alcaldía Distrital Del Barranquilla	Atlántico
María Bernarda Saltarín Martínez	Alcaldía Distrital Del Barranquilla	Atlántico
Aida Luz Taboada Polo	Alcaldía Distrital Del Barranquilla	Atlántico
Jenny Peña	Alcaldía de Palmira	Valle del Cauca
Dayra Ayala Navas	ESE Centro de Salud San Antonio de Padua	Boyacá
Yelena Ruiz Alvarado	Gobernación	Bolívar
Néstor Raúl Basto	Gobernación	Cauca
Luz Muskus	Gobernación	Córdoba
Paola Ramírez	Gobernación	Nariño
Ileana Pérez	Gobernación	Sucre

INTESECTORIAL TERRITORIAL

Nombre	Entidad	Departamento
Luz Elena Azcárate	Gobernación	Valle del Cauca
Jairo Alfonso Madriñan	Hospital Universitario del Valle - Banco de Leche Humana	Valle del Cauca
Ela Cecilia Guzmán	ICBF	Bolívar
Edith Flórez	ICBF	Bolívar
Daniel Corradine	Independiente	Amazonas
Margarita García Salazar	Independiente	Valle del Cauca
Andrea Del Pilar Espejo	Salud Sogamoso E.S.E	Boyacá
Gloria Pérez	Salud Sogamoso E.S.E	Boyacá
Ruth Fabiola Rey	Salud Sogamoso E.S.E	Boyacá
Laura Suárez	Secretaría de Integración, Desarrollo Social y Mujer Departamental	Casanare
Paula Tatiana Hernández	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Cundinamarca
Luis Felipe Giraldo	Secretaría de La Mujer, Familia y Desarrollo Social	Risaralda
Lizbeth Yessenia	Secretaría de Salud Departamental	Putumayo
Gloria Patricia Avello	Secretaría de Salud Departamental	Boyacá
Gloria Elena Linero Salas	Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta	Magdalena
Diana Peña	Secretaría de Salud Departamental	Tolima
Mary Umaña	Secretaría de Salud Departamental	Tolima
Sandra Liliana Hernández	Secretaría de Salud Departamental	Tolima
Luis Hernando Cepeda	Secretaría de Salud Departamental	Valle del Cauca
Daniela Hernández	Secretaría de Salud Departamental	Valle del Cauca
Laudys González	Secretaría de Salud Departamental	Vichada
Iris Johana Blanco Vásquez	SMEG	Sucre
Jefferson Anzola Rangel	UAESA	Arauca
Yuri Niño	UNAD	Boyacá
Jacqueline Hernández	Universidad de San Buenaventura	Bolívar
Ana Hidalgo Ruiz	Universidad Tecnológica del Chocó	Chocó

ESCENARIOS DE ACCIÓN		
Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI)	Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN)	Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)
Mesa de Nutrición de la CIPI	Submesa de Alimentación Saludable y Sostenible	Región Eje Cafetero
Mesa técnica de la CIPI		Región Orinoquia
		Región Amazonía
		Región Pacífica

EXPERTOS TEMÁTICOS NACIONALES		
Área de experticia	Entrevistado	Perfil
Economía del comportamiento	María Antonia Lemos Hoyos	Coordinadora Maestría Estudios del Comportamiento. EAFIT. PhD. Psicóloga clínica orientación cognitivo conductual.
Prestación de servicios de salud	Karen Lorena Rincón Ramírez	Directora de Prestación de Servicios y APS del MSPS.
Educación para la salud	Fernando Peñaranda	Médico. PhD en Salud Pública
Género	Andrea Tague	UNICEF
Salutogénesis y activos en salud	Eliana Martínez Herrera	Profesora asociada Grupo Epidemiología. PhD Epidemiología. Capital social, activos en salud, salud urbana.
Determinantes sociales	Carolina Morales	Docentes Universidad Nacional – Doctorado de Salud Pública.
Interculturalidad	Rosmira Izquierdo	Enfermera Jefe de la IPSI Wintukuwa.
Interculturalidad	Eliana López	Enfermera Jefe de la ESE Toribio.
Investigación Alimentación y Nutrición Humana	Sandra L. Restrepo Mesa	Profesora Titular Escuela de Nutrición y Dietética. Coordinadora Grupo de Investigación Alimentación y Nutrición Humana. Universidad de Antioquia.

EXPERTOS TEMÁTICOS INTERNACIONALES

Área de experticia	Entrevistado	Perfil
Nutrición y lactancia materna	Carlos González	<p>Licenciado en medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Se formó como pediatra en el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona.</p> <p>Es fundador y presidente de la Asociación Catalana Pro Lactancia Materna. Miembro del Consejo de Asesores de Salud de La Leche League International. Asesor de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (UNICEF). Especialista en lactancia materna por la Universidad de Londres.</p>
Nutrición y lactancia materna	José Maria Paricio Talayero	<p>Pediatra, miembro del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría y del Consejo Consultivo de Salud de La Leche League International.</p> <p>Fundador de la Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna (APILAM) y creador de la web de consulta e-lactancia.org.</p>
Nutrición y lactancia materna	Rafael Pérez Escamilla	<p>Professor and Director Office of Public Health Practice, Yale School of Public Health. PhD. Breastfeeding and other maternal, infant and young child nutrition</p>
Nutrición y lactancia materna	Ana Josefa Blanco	<p>Directora ejecutiva del Centro de Apoyo a la Lactancia Materna (CALMA).</p>

CONTENIDO



	PRESENTACIÓN.....	1
	INTRODUCCIÓN.....	3
1	CONTEXTO DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 2021 - 2030.....	5
2	METODOLOGÍA DE FORMULACIÓN DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PDLMAC) 2021 - 2030.....	16
3	MARCO CONCEPTUAL: LOS CAMINOS ORIENTADORES DEL ABORDAJE DE LOS DERECHOS, LOS SUJETOS Y LOS ALCANCES OBJETUALES DE LA LACTANCIA MATERNA Y LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	20
	3.1. Enfoque de Derechos Humanos y enfoque diferencial.....	21
	3.2. Lactancia materna y alimentación complementaria.....	26
	3.3. Determinantes sociales y su relación con la lactancia materna y la alimentación complementaria.....	33
	3.4. Salutogénesis y activos en salud y alimentación.....	36
	3.5. Enfoque territorial.....	38
	3.6. Transformación de prácticas sociales e institucionales.....	40
4	DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN RELACIONADO CON LOS SUJETOS TITULARES DE DERECHO, LA LACTANCIA MATERNA Y LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	44
	4.1. Caracterización según indicadores poblacionales relacionados con los sujetos titulares de derecho en el Plan de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030.....	44
	4.2. Caracterización según indicadores relacionados con la lactancia materna y la alimentación complementaria.....	52
	4.3. Otros aspectos de la caracterización situacional para el Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030.....	61
5	VISIÓN DE FUTURO DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 2021-2030.....	66
6	DESARROLLO ESTRATÉGICO Y TÁCTICO DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 2021-2030.....	71
	6.1. Arquitectura institucional del PDLMAC 2021-2030.....	72
	6.2. Líneas estratégicas del PDLMAC 2021-2030.....	82

7	GESTIÓN DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 2021-2030.....	105
7.1.	Ordenadores de la gestión del PDLMAC 2021 - 2030.....	106
7.2.	Modelo de gestión del PDLMAC 2021-2030.....	108
7.3.	Responsabilidades para la gestión del PDLMAC 2021-2030.....	111
8	ORIENTACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PDLMAC 2021-2030.....	117
9	SISTEMA DE CONTROL DEL PDLMAC.....	124
9.1.	Definición de metas del PDLMAC 2021-2030.....	125
9.2.	Estructura de monitoreo del PDLMAC 2021-2030.....	130
9.3.	Sistema de evaluación.....	136
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	148

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1.	Hitos relacionados con la práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria: Contexto del PDLMAC 2021-2030.....	5
Tabla 2.	Indicadores básicos seleccionados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.....	46
Tabla 3.	Indicadores de situación nutricional seleccionados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015.....	49
Tabla 4.	Indicadores relacionados con la lactancia materna y la alimentación complementaria seleccionados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015.....	52
Tabla 5.	Matriz para la formulación del plan de acción para la implementación del PDLMAC – 2021 – 2030.....	122
Tabla 6.	Metas del PDLMAC 2021-2030.....	128
Tabla 7.	Indicadores de resultados del PDLMAC 2021-2030.....	131
Tabla 8.	Priorizaciones para la evaluación de medio término.....	138
Tabla 9.	Priorización en la evaluación de impacto.....	144

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Métodos y actividades para la formulación del PDLMAC 2021-2030.....	17
Ilustración 2. Los componentes de un entorno propicio para la lactancia materna: un modelo conceptual.....	35
Ilustración 3. Teorías asociadas a la salutogénesis.....	37
Ilustración 4. Arquitectura institucional del PDLMAC 2021-2030.....	75
Ilustración 5. Estructura de las líneas estratégicas del PDLMAC 2021-2030.....	82
Ilustración 6. Propuesta de modelo de gestión del PDLMAC 2021-2030.....	108
Ilustración 7. Esquema de cadena de valor.....	124
Ilustración 8. Sistema de control del PDLMAC 2021-2030.....	125

LISTADO DE SIGLAS

AC:	Alimentación Complementaria
AIEPI:	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AMS:	Asamblea Mundial de Salud
ANDI:	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia
APS:	Atención Primaria en Salud
CCF:	Caja de Compensación Familiar
CLM:	Comité de Lactancia Materna
CIPI:	Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia
CISAN:	Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CISP:	Comisión Intersectorial de Salud Pública
COVID:	Corona Virus Disease
DTS:	Dirección Territorial de Salud
EAPB:	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENDS:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENSIN:	Encuesta Nacional de Situación Nutricional
FAO:	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
GABA:	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
IAMI:	Institución Amiga de la Mujer y la Infancia
IAMII:	Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral
IBFAN:	International Baby Food Action Network
ICBF:	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IEC:	Información, Educación y Comunicación
INS:	Instituto Nacional de Salud
INVIMA:	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud
LGBTIQ+:	Lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual y queer
LM:	Lactancia Materna
MEN:	Ministerio de Educación Nacional
MIAS:	Modelo Integral de Atención en Salud
MPIIAFF:	Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
ONU:	Organización de Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la Sociedad Civil

PAS	Plan de Acción en Salud
PIC	Programa de Intervenciones Colectivas
PS	Prosperidad Social
PDLM	Plan Decenal de Lactancia Materna
PDLMAC	Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria
PASE	Dinámica Poblacional, Ambiental, Social y Económica
PNSAN	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PTS	Plan Territorial de Salud
RIPS	Registro Individual de Prestaciones de Servicios
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SE	Secretaría de Educación
SNBF	Sistema Nacional de Bienestar Familiar
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
UNICEF	United Nation's Children's Fund (En español, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

PRESENTACIÓN



La seguridad alimentaria y la nutrición son fundamentales a lo largo de nuestra existencia; sin embargo, hay momentos determinantes y decisivos en el crecimiento de todo ser humano que inician en la gestación y se extienden a los primeros mil días de vida. Los primeros mil días son una oportunidad única para obtener los beneficios nutricionales e inmunológicos que se van a requerir durante el desarrollo integral de las futuras generaciones.

No hay mejor comienzo que la lactancia materna porque en ese acto natural de amor, convergen de manera única la nutrición en cuerpo y en alma y se establece un vínculo indeleble de crianza y afecto. Gracias a la lactancia materna se despliega una inmensa cantidad de ventajas para el bebé, para la madre y para el entorno familiar que van a permitir, además, una transición oportuna y pertinente a la alimentación complementaria adecuada.

La promoción y garantía de ambas etapas han sido una prioridad y un compromiso indeclinable en Colombia que se ha materializado **en la Gran Alianza por la Nutrición liderada**, desde 2019, por **la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia**, en un trabajo articulado y alineado con diferentes actores y sectores.

Por eso me entusiasma presentar el *Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030*, una co-construcción de la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia y la Fundación Salutia, que cuenta con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el apoyo de la Fundación Éxito. Este Plan traza un camino actualizado, concreto y detallado, para los próximos diez años.

El Plan incluye un conjunto de intervenciones organizadas en cuatro líneas estratégicas, con un claro enfoque territorial: 1. Gobernanza; 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias; 3. Transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras; y 4. Gestión del conocimiento. Estas líneas estratégicas buscan promover, proteger y apoyar la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, una apropiación real y colectiva en ambos sentidos, el fortalecimiento del posicionamiento político y su articulación multisectorial y la posibilidad de reforzar los procesos institucionales y sociales para gestionar el conocimiento y la innovación tanto para la lactancia materna, como para la alimentación complementaria.

Esta es una apuesta por la calidad de vida de las niñas y los niños, por su bienestar y el goce efectivo de sus derechos, que involucra al Estado, la familia y la sociedad. Estamos convencidos que, en el marco de la **Gran Alianza por la Nutrición**, nutrir en cuerpo y en alma, durante las primeras etapas de la vida, trasciende el acto propio de alimentar, es la convicción de que la lactancia materna y la alimentación complementaria, en un entorno socioemocional estable y afectuoso, impactarán decididamente el fortalecimiento de nuestro capital humano y aportarán a la productividad de Colombia.

MARÍA JULIANA RUIZ SANDOVAL
Primera Dama de la Nación

INTRODUCCIÓN



El cuidado de las niñas y los niños en Colombia es un punto central de las apuestas para garantizar sus derechos humanos y se enmarca en el Código de la Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006); asimismo, este proceso trasciende por lo establecido en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre (Ley 1804 de 2016).

El presente *Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030* es un instrumento de política pública que orienta las intervenciones de protección de las niñas y los niños desde la gestación hasta los dos años de vida, por medio de un conjunto de líneas estratégicas, productos y acciones, orientados a la mejor nutrición disponible basada en la adecuada práctica de lactancia materna y en una alimentación complementaria natural, saludable y culturalmente pertinente.

El Plan traza caminos de trabajo a cargo de múltiples actores orientados a resultados e impactos que inciden en la vida y el bienestar de las niñas y los niños que nacerán y se desarrollarán durante los próximos diez años en Colombia, teniendo en cuenta las condiciones y situaciones diferenciales en los diversos territorios.

Su construcción partió de los resultados de evaluación y revisión del Plan de Lactancia Materna anterior (2010-2020) y contó con desarrollos metodológicos para incorporar los aportes de distintos actores gubernamentales y no gubernamentales, de orden territorial, nacional e internacional en su formulación. También contó con una validación para su versión final.

El Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria (PDLMAC) 2021-2030 se presenta en nueve (9) capítulos que recogen un contexto relacionado con los planes anteriores y la metodología de formulación del nuevo Plan; un marco conceptual que integra los elementos que orientan las apuestas del plan; una síntesis de la situación que establece el punto de partida y con base en él se propone la visión de futuro que lo orienta. Luego, se presenta la organización estratégica y de gestión; y se finaliza con el modelo de control, el ciclo de política y la cadena de valor en la que se sustentan los resultados proyectados.

1



CONTEXTO DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 2021 - 2030



El Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria (PDLMAC) 2021-2030 se constituye en una ruta que reconoce los aprendizajes y acumulados logrados en los planes anteriores, los avances de varias políticas públicas que sustentan la garantía de los derechos de las niñas y los niños y de las mujeres en diferentes momentos de su curso de vida, en los que requieren medidas de cuidado y acciones que las protejan no solo para su bienestar, sino en relación con sus hijos e hijas.

Asimismo, se analizan e identifican aspectos que requieren fortalecimiento e incluso desarrollos de innovación que mejoren y consoliden las respuestas institucionales y sociales, que buscan avances significativos para el país. El PDLMAC 2021-2030 se convierte así en un referente para la protección de la vida, bienestar y desarrollo integral de las nuevas generaciones.

El PDLMAC 2021-2030, como instrumento de política pública, cuenta con un contexto de orden normativo, de política pública y de momentos e insumos clave que le permiten consolidar y hacer parte de desarrollos de principal relevancia para los próximos 10 años. Una serie de hitos, a nivel internacional y nacional, han moldeado el panorama de las prácticas de lactancia materna (LM) y la alimentación complementaria (AC) en un marco de protección de la alimentación, la salud, la vida y el bienestar de las niñas y niños menores de dos años (ver Tabla 1).

Tabla 1. Hitos relacionados con la práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria: contexto del PDLMAC 2021-2030

Periodo	Descripción
1974-1978	Campaña Nacional de Lactancia Materna: se utilizaron diversos medios de comunicación, entre ellos la radio y la televisión, e implementó la educación no formal y la educación nutricional formativa, dirigida a profesionales de la salud, promotores de salud y agentes comunitarios
1979	La Resolución 5532 de 1979 propuso el fomento de la lactancia materna en las instituciones de salud
1980	Sin ser aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna se adopta en Colombia, mediante el Decreto 1220/80, como parte integral de la campaña nacional de lactancia materna. Dicho decreto reglamentó la promoción, rótulos, empaques y envases de alimentos sustitutos y complementarios de la leche materna.

Periodo	Descripción
1982	<p>El documento “Revolución por la Supervivencia Infantil” propuso una estrategia basada en cuatro intervenciones consideradas de gran valor para lograr la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez, basadas en evidencia y costo-efectivas. Denominada estrategia GOBI por la primera letra de cada intervención, en inglés, incluyó: control del crecimiento (<i>growth monitoring</i>), rehidratación oral (<i>oral rehidratation therapy</i>), lactancia materna (<i>breast-feeding</i>) y vacunación (<i>immunisation</i>) (Tavera Salazar, 2018).</p>
1984	<p>La Resolución 11488 de 1984, “Por la cual se dictan normas en lo referente a procesamiento, composición, requisitos y comercialización de los alimentos infantiles, de los alimentos o bebidas enriquecidas y de los alimentos o bebidas de uso dietético”.</p>
1989	<p>“Diez pasos hacia una lactancia natural”: contenidos en la Declaración Conjunta OMS/UNICEF “para la promoción, protección y apoyo a la lactancia natural: función especial de los servicios de maternidad”, esta propuesta de guía para una práctica estandarizada de la LM propició en el país la revisión de normas con relación a la atención de las madres y sus bebés. Asimismo, hizo visible la necesidad de brindar apoyo a las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio para establecer la lactancia materna, por parte de sus familias, la comunidad y de manera especial por los servicios de salud (OMS & UNICEF, 1989).</p> <p>Código del Menor (Decreto 2737 de 1989): consagró los derechos fundamentales de los menores en el país y todo lo relativo a su protección. En su artículo 9° dio prioridad a aquellos programas dirigidos a los menores en situaciones irregulares y a las mujeres en período de embarazo y de lactancia. En el artículo 133 definió lo que se entendía por alimentos e incluyó allí la obligación de proporcionar a las madres el dinero para los gastos relacionados al embarazo y parto. En el artículo 260 prohibió el despido de mujeres menores de edad en estado de embarazo y en periodo de lactancia.</p>
1990	<p>Cumbre Mundial a Favor de la Infancia: producto de esta reunión se formuló la ‘Declaración Mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo de la infancia’, en la que por primera vez se hace alusión a la reducción de la mortalidad materna y de la desnutrición. Adicionalmente allí se incitó a los Estados a elaborar planes de acción formal dirigidos a la infancia (Tavera Salazar, 2018).</p> <p>Declaración de Innocenti, para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, donde se establece un compromiso para trabajar por la infancia, mediante el apoyo a esta práctica.</p> <p>Ley 50 de 1990: instaurada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, “Por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones”, adiciona al Capítulo V del Código el componente de Protección a la Maternidad y Protección a Menores (Arts. 33, 237, 238, 239 y 326).</p>

Periodo	Descripción
1991	<p>Alianza Mundial pro-Lactancia Materna (WABA por su sigla en inglés): se conforma como una red global de personas y organizaciones dedicadas a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en todo el mundo (WABA, s.f.).</p> <p>Ley 12 del 22 de enero de 1991: el país asumió los compromisos de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Además, introdujo un cambio en la concepción social de la infancia: los niños deben ser reconocidos como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos en contextos democráticos. También se dispuso que el desarrollo integral debía entenderse como aspectos físicos, psíquicos, afectivos, sociales, cognitivos y espirituales, aparece, así como un derecho universal o como un bien asequible a todos, independientemente de la condición personal o familiar (DNP, 2007, p. 6).</p> <p>Constitución Política de Colombia: estableció al país como un Estado Social de Derecho garante de acciones positivas en beneficio de las madres, sus hijos e hijas. En su artículo 44, se establecieron como derechos fundamentales de los niños la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, el cuidado y el amor, asimismo la protección a la mujer en embarazo (artículo 43) y en el artículo 93, se integró al bloque de constitucionalidad de los derechos humanos, incluido el derecho a la alimentación y el derecho correlativo al agua (OPS/OMS, 2013). Adicionalmente, el artículo 44 dispuso el universal “interés superior de los niños”, es decir, que los derechos de los niños y las niñas prevalecen sobre los derechos de las demás personas (DNP, 2007, p. 6).</p>
1992	<p>Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) proponen conjuntamente esta estrategia, la cual se enfoca en la atención integral de las niñas y los niños menores de 5 años, así como brindar respuesta a las crecientes tasas de mortalidad infantil evitable.</p> <p>Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1992-1994: como respuesta a los compromisos de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, se promulgó este plan, cuyo objetivo era contribuir a la reducción de la morbimortalidad infantil por causas evitables mediante el apoyo, la promoción y protección a la práctica de la LM (García Sierra & Ocampo Cañas, 2020).</p> <p>Resolución 7353 de 1992: esta resolución implementó los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” y dio lugar a la acreditación de los seis primeros “Hospitales Amigos de los Niños” en el territorio nacional. A mediados de la década de los noventa, con el ‘Pacto por la Infancia’ se tomó la decisión de asumir el nombre de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI).</p> <p>Decreto 1396 de 1992: dispuso la creación del Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna.</p>

Periodo	Descripción
1992	<p>Decreto 1397 de 1992: “Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna”. Este decreto derogó el Decreto 1220 de 1980 (que fue la primera norma en la región de las Américas sobre el tema).</p> <p>Red IBFAN en Colombia: esta red regional llegó al país buscando la promoción y la protección de la lactancia materna, así como la eliminación de las prácticas irresponsables de comercialización de alimentos infantiles, biberones y chupos.</p> <p>Semana Mundial de la LM: el país adoptó esta celebración durante la primera semana de agosto prevista para ocurrir con periodicidad anual como una forma de visibilizar y promover la práctica de la LM (World Vision, 2019).</p>
1993	<p>Ley 100 de 1993: se creó el Sistema de Seguridad Social en Salud que determina las acciones que los diversos actores deben asumir. En su reglamentación se define que el Plan Obligatorio de Salud debe garantizar el control prenatal, la atención al parto y posparto, así como las afecciones relacionadas con la lactancia materna; con los menores de un año se realizará la vigilancia del crecimiento y desarrollo, el fomento de la lactancia materna, la prevención de la enfermedad, las inmunizaciones, entre otras. Asimismo, con la Ley 100 nace el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el cual asume la inspección, vigilancia y control que hasta ese momento ejercía el Ministerio de Salud.</p>
1996	<p>“Plan Nacional de Alimentación y Nutrición” (PNAN) 1996-2005 (documento 2847 Consejo Nacional de Política Económica y Social -Conpes), contempló ocho líneas de acción, una de las cuales fue la “Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna”, recomendada de forma exclusiva durante los primeros seis meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad.</p>
1997	<p>Protocolo de San Salvador: con la adherencia a este protocolo, el Estado colombiano adquirió la obligación de garantizar el goce efectivo del derecho a la alimentación adecuada de la primera infancia, como un compromiso de carácter público que formula un marco normativo en torno a la nutrición infantil, de acuerdo con una agenda programática que promulga leyes, espacios, logros y desafíos a resolver para el PDLM (Fundación Salutia, 2020e, p.30).</p>
1998	<p>Plan Decenal de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, 1998-2008, el cual buscaba que las niñas y los niños recibieran lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuaran recibiendo leche materna hasta los dos años junto con alimentación complementaria adecuada.</p>

Periodo	Descripción
1999	Estrategia AIEPI en el país: Colombia empieza su implementación durante este año, logrando espacios entre los actores territoriales para mejorar la atención y cuidado de la salud infantil, fortaleciendo la capacidad de los niveles locales en la identificación y resolución de problemas, además de mejorar la capacidad de gestión de todas las personas que trabajan por el mejoramiento de las condiciones de la salud infantil. Esta estrategia, entre otras prácticas saludables, promueve la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años (OPS, 2009).
2000	Acogimiento de la protección a la maternidad, el país asumió esta recomendación de la OIT sobre la protección de la maternidad, 2000 (núm. 191), la cual es complementaria del Convenio 183.
2002	Ley 755 de 2002 (Ley María): el papel del padre durante la crianza empezó a ser contemplado a través de esta ley, mediante la atribución de ocho días hábiles de licencia remunerada, con el fin de hacer a los hombres partícipes de este momento importante del ciclo de la vida y reconocer su derecho a disfrutar la llegada del bebé, junto a su pareja.
2005	Resolución 5109 de 2005: "Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos de rotulado o etiquetado que deben cumplir los alimentos envasados y materias primas de alimentos para consumo humano".
2006	Código de la Infancia y la Adolescencia: por medio de la Ley 1098 de 2006 se expidió este código con el cual se armonizó la legislación con los postulados de la Convención de los Derechos del Niño, y en el artículo 29 del mismo, se estableció la atención que debían recibir los niños y las niñas durante su primera infancia: "...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" (DNP, 2007, p. 7).
2007	Política Pública Nacional de Primera Infancia: se expidió por medio del Conpes Social 109 del 3 de diciembre de 2007. Contiene dentro de sus objetivos "Promover la salud, la nutrición y los ambientes sanos desde la gestación hasta los 6 años, prevenir y atender la enfermedad, e impulsar prácticas de vida saludable y condiciones de saneamiento básico y vivienda".

Periodo	Descripción
2008	<p>Con la formulación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - Conpes Social 113 del 31 de marzo de 2008, se pretendió garantizar que toda la población colombiana dispusiera, accediera y consumiera alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad; además determinó la priorización de acciones en salud pública para mejorar la situación nutricional de la población, especialmente de los grupos más vulnerables, que comprendieron la primera infancia, las mujeres gestantes y las madres en periodo de lactancia, entre otros. Su línea de política "Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida Saludable" estableció la necesidad de articular esta política con la de Primera Infancia y así desarrollar acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad"; y proyectó como una de sus metas el aumento de tiempo de lactancia materna exclusiva.</p> <p>Además, en ella se establecieron tres instrumentos de gran importancia: la CISAN, el Plan Nacional y los planes territoriales de SAN y el Observatorio nacional de SAN.</p>
2009	<p>Sentencia C-174 de 2009: modificó la Ley 755 de 2002, dictaminando que la licencia de paternidad siempre será de 8 días hábiles, aunque la esposa o compañera del trabajador no esté cotizando al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>
2010	<p>Plan Decenal de Lactancia Materna (PDLM): "Amamantar Compromiso de Todos" 2010-2020, establece la lactancia materna como un compromiso de todos y se convierte en imperativo público para la protección y la alimentación adecuada de las niñas y los niños menores de dos años.</p> <p>El PDLM se basó en diferentes documentos a nivel internacional: Declaración de Alma Ata (1978), Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), Convención sobre los derechos del niño (1989) y a nivel nacional: Constitución Política de Colombia (1991), Ley 100 de 1993, Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1992-1994 y el PDLM 1998-2008.</p>
2011	<p>Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, CIPI: se creó a través del Decreto 4875 de 2011, con el fin de coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia. Posteriormente, se modifica por el Decreto 1416 de 2018.</p> <p>IAMI con enfoque integral: UNICEF propone darle a la IAMI un enfoque integral (IAMII) con perspectiva de derechos como un instrumento de calidad de la atención, articulada a los planes de mejoramiento institucional de los prestadores de servicios y como herramienta para garantizar los derechos de las madres, las niñas y los niños.</p>

Periodo	Descripción
2012	<p>Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional: está alineado al PDLM 2010-2020, en su dimensión Calidad de Vida y Bienestar, en la línea de acción llamada Prevenir y reducir la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes habla de la realización de promoción, protección y apoyo a la LM, así como de Promoción y apoyo de prácticas apropiadas de alimentación complementaria. Al operacionalizar la Política, incluyó las siguientes acciones relacionadas con lactancia materna y alimentación infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de habilidades y competencias para la implementación de la consejería en lactancia materna y prácticas adecuadas en alimentación infantil dirigida a agentes comunitarios, personal de salud y otros actores. • Educación al personal de salud (médicos, ginecobstetras, pediatras, enfermeras, nutricionistas, etc.) y estudiantes universitarios del área de salud, sobre el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con complementación alimentaria adecuada hasta los dos años de edad y más, así como las mejores prácticas para el amamantamiento; e incluir a los padres, abuelos y cuidadores en el proceso y sensibilizarlos sobre su importancia. • Implementación y fortalecimiento de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI y el Método Madre Canguro. • Fortalecimiento en la implementación de estrategias que contribuyan al acceso a la leche materna para niñas y niños en condición de vulnerabilidad, tales como los Bancos de Leche Humana. • Fortalecimiento de las estrategias de apoyo comunitario a la práctica de la lactancia materna. • Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (leches de fórmula, leches de seguimiento, otras leches, alimentos complementarios, biberones y chupos), de acuerdo con los requisitos establecidos a nivel internacional, con el fin de identificar las estrategias de publicidad que desestimulan la práctica de la lactancia materna y aplicar las acciones correctivas necesarias. • Establecimiento de estrategias adecuadas para el apoyo a la mujer gestante, que ayuden a la reducción de la prevalencia de bajo peso al nacer tales como, atención y apoyo nutricional a las mujeres gestantes, así como la suplementación con hierro, ácido fólico y diversificación de su régimen alimentario. • Estrategias de comunicación para la promoción de la lactancia materna diseñadas para diversos públicos y utilizando todas las herramientas disponibles en la tecnología de la información y la comunicación. • Establecimiento de alianzas empresariales e institucionales para la implementación de las salas amigas de la familia lactante en el ámbito laboral, que orienten y fortalezcan acciones de apoyo, promoción y protección de la lactancia materna, como parte de la estrategia Organizaciones Saludables. (PNSAN, 2012, p.32). <p>Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021: que le brinda un marco de acción al PDLM al establecer dimensiones específicas y transversales relacionadas con la primera infancia y la seguridad alimentaria y nutricional, entre otras.</p>

Periodo	Descripción
2015	<p>Resolución 5406 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social, 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.</p>
2016	<p>La ley 1804 de 2016 correspondiente a la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre, concibe el desarrollo integral de las niñas y los niños como un proceso singular de transformaciones y cambios mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía, este proceso ocurre a lo largo de todo el ciclo vital y requiere de acciones de política pública que lo promuevan. Para ello se cuenta con la atención integral, como conjunto de acciones intersectoriales, intencionadas, relacionales y efectivas.</p> <p>En este sentido, un estado nutricional adecuado es inherente al desarrollo integral de los niños y niñas, lo que en la etapa inicial de la vida se garantiza con la lactancia materna (exclusiva hasta los seis meses y continúa hasta los dos años o más) y una alimentación complementaria adecuada.</p> <p>Priorizó ante el Estado a la primera infancia, con la necesidad de promulgar la articulación intersectorial para lograr que el Gobierno nacional, las entidades territoriales, y otros sectores de la sociedad dieran prelación al desarrollo integral de los niños y las niñas desde la gestación hasta los seis años; mejorar los mecanismos de gestión y financiación para la garantía de derechos de este grupo poblacional; intervenir según la edad, el sexo, las particularidades de cada individuo y las condiciones en las que viven las niñas, los niños y sus familias.</p> <p>De este modo, la lactancia materna se reconoce y aborda de forma amplia en toda la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia -Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión-, evidenciando su importancia como determinante de la salud, alimentación y nutrición; como parte de los fundamentos para la atención integral, en sus bases técnicas; así como, en los procesos de Gestión de la Estrategia de Atención Integral y su Ruta Integral de Atenciones.</p> <p>Este mismo año se realizó la Evaluación de medio término del PDLM 2010-2020 dando recomendaciones a los actores involucrados para su incorporación institucional y territorial, buscando mejoras para el logro de lo definido en el Plan.</p>
2017	<p>Ley 1822 de 2017: "Por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones".</p> <p>Ley 1823 de 2017: adoptó la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante en entidades públicas territoriales y empresas privadas de conformidad con el artículo 238 del Código Sustantivo del Trabajo.</p>

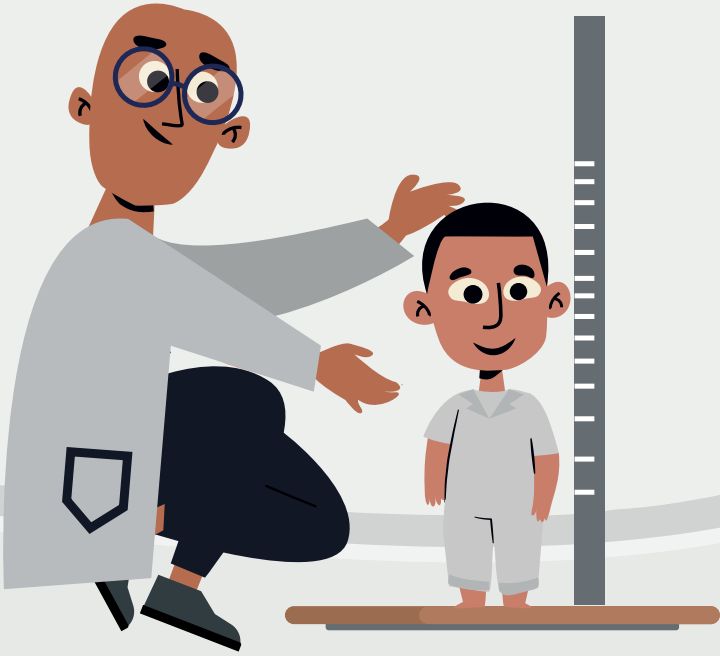
Periodo	Descripción
2018	<p>Resolución 2423 de 2018: Estableció los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.</p> <p>Ruta Integral de Atención Materno Perinatal: implementada mediante la Resolución 3280 de 2018 “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”.</p> <p>Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA): el ICBF publica estas guías centradas en Mujeres Gestantes, Madres en Período de Lactancia, Niños y Niñas Menores de 2 años para Colombia. En ellas se reconoce la práctica de la lactancia materna como pauta de sostenibilidad en la alimentación, al estar siempre disponible para las mujeres y en cualquier instante para el bebé; por no necesitar preparación o manipulación se disminuye el riesgo de contaminación y se estima muy bajo consumo de recursos naturales o de residuos contaminantes.</p> <p>Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”: planteó estrategias y acciones en nutrición contenidas en el Pacto por la Equidad: Primero las niñas y los niños; desarrollo integral desde la primera infancia hasta la adolescencia; énfasis en la atención integral desde la primera infancia hasta la adolescencia le apuesta a vincular toda la acción del Estado para que a cada uno se le garantice sus derechos a la familia, salud, nutrición, educación, identidad, protección, y sexuales y reproductivos.</p> <p>Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias: construida en desarrollo de lo previsto en la Ley 1361 de 2009, conjuntamente con entidades del nivel nacional y territorial, de los sectores público y privado, la sociedad civil y la academia, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social. Promueve el apoyo y fortalecimiento de las familias en términos de desarrollo humano y social en todos los territorios del país, asumiendo a las familias como sujetos colectivos de derechos y agentes de transformación en un sentido amplio plural y diverso.</p> <p>Decreto 1416 de 2018, que modifica el objeto, integrantes, funciones y agrega la posibilidad de crear mesas técnicas en la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia - CIPI; asimismo agrega funciones de implementación y seguimiento territorial, a gobernadores y alcaldes, de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre.</p>
2020	<p>Resolución 2350 de 2020: emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), “por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones”; asimismo, fija las “responsabilidades a cargo de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, intervinientes en el proceso de atención en salud”. Deroga la Resolución 5406 de 2015.</p> <p>Como desarrollo previo e insumo para la formulación del presente Plan Decenal se realizó la Valoración de Efectos y Análisis Institucional del PDLM 2010-2020, que permitió establecer los alcances de logro, cumplimiento y situación de partida.</p>

Periodo	Descripción
2021	<p>Ley 2114 del 29 de julio de 2021 “por medio de la cual se amplía la licencia de paternidad, se crea la licencia parental compartida, la licencia parental flexible de tiempo parcial, se modifica el artículo 236 y se adiciona el artículo 241a del Código Sustantivo del Trabajo, y se dictan otras disposiciones”.</p> <p>Ley 2120 del 30 de julio de 2021 “por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles y se adoptan otras disposiciones”: adopta medidas efectivas que promueven entornos alimentarios saludables, garantizando el derecho fundamental a la salud, especialmente de las niñas, niños y adolescentes, con el fin de prevenir la aparición de Enfermedades No Transmisibles, mediante el acceso a información clara, veraz, oportuna, visible, idónea y suficiente, sobre componentes de los alimentos a efectos de fomentar hábitos alimentarios saludables.</p> <p>Ley 2141 del 10 de agosto de 2021 “por medio de la cual se modifican los artículos 239 y 240 del Código Sustantivo del Trabajo, con el fin de establecer el fuero de paternidad”: Prohibiciones de despido durante el embarazo y hasta 18 meses después del parto.</p>

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Avances y retos de la lactancia materna: Colombia 1970 a 2013. Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas. La normativa citada en cada aparte y otros autores que se citan según la consulta realizada.

Este contexto se convierte en un referente normativo y técnico que enmarca al Plan Decenal en la defensa de la vida y el desarrollo integral, derechos de la niñez vigentes en Colombia; así como los planes y programas que a nivel de política pública se han implementado para suscitar el posicionamiento y la correcta gestión del aspecto alimentario y nutricional de las niñas y los niños. El Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030 ha sido construido como una herramienta potenciadora de la iniciativa que el país viene adelantando desde hace más de tres décadas para el posicionamiento legal, social y político de los derechos de la niñez y el completo ejercicio de una vida plena, sana y feliz, que involucra entre un amplio número de aspectos, la alimentación adecuada que se sabe es determinante desde el primer instante del continuo vital del niño o niña e inicia con el alimento natural, la leche materna.

2



METODOLOGÍA DE FORMULACIÓN DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PDLMAC) 2021-2030



Para la formulación del nuevo PDLMAC 2021-2030 se desarrolló un proceso metodológico que recogió los diferentes insumos de política pública, de los procesos de valoración de efectos (2020) y evaluación de medio término (2016), realizados previamente con respecto al Plan de Lactancia anterior (2010-2020). De acuerdo con las circunstancias derivadas de la pandemia de la COVID-19 durante el 2021, se trabajó en diversos espacios virtuales para la construcción del mismo, con aportes de múltiples actores del orden nacional, territorial e internacional.

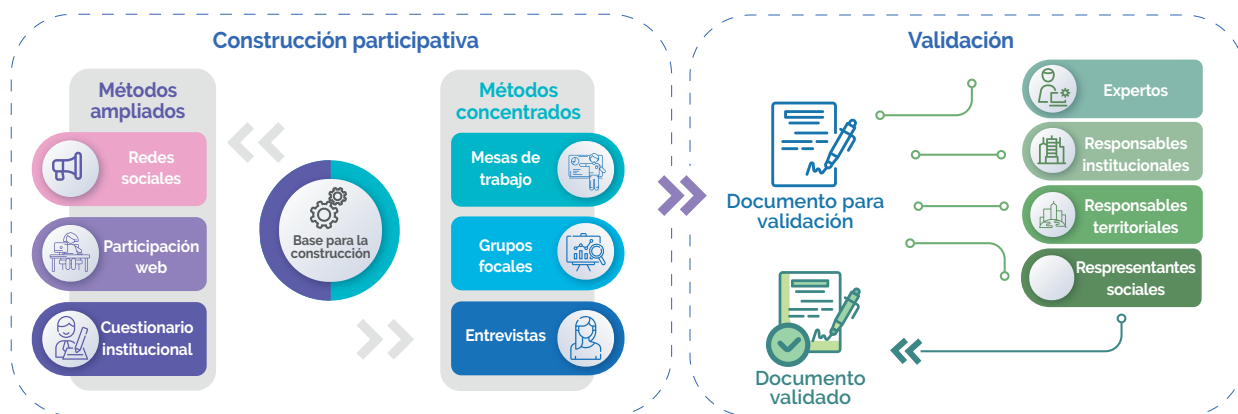
Dicho proceso se sustentó en la definición de un conjunto de marcos de referencia, que permitieron la organización de categorías de base, siguiendo una lógica de planeación:

- La situación de partida.
- Los compromisos por definir (visión de futuro) para avanzar en la garantía en la protección de los derechos de niñas, niños y mujeres, relacionados con los alcances de la lactancia materna y la alimentación complementaria.
- La identificación del conjunto de respuestas existentes y de innovación que, como oferta institucional y social, daría cuenta de la atención requerida para responder a las necesidades y demandas relacionadas con los sujetos titulares del plan, materializadas en la lactancia materna y la alimentación complementaria, sus aportes, sus posibilidades de mejora; su concordancia con los territorios, individuos y colectivos específicos a partir de los contextos y entornos en los que se desenvuelve la vida de las niñas y los niños.
- Con base en el conjunto de respuestas reconocidas institucional y socialmente se pasó a establecer la gestión de estas acciones, definiendo los modos como se realizan y materializan, los recursos que se involucran, lo que hace falta para que funcionen como debe ser; quiénes las lideran; quiénes deberían involucrarse y no están; quiénes están y deben permanecer; quiénes deben mejorar; cómo se participa; qué es lo exitoso que se debe fortalecer y se puede compartir con otros.
- Concluye con la medición, que se relaciona con los cuatro anteriores, orientada a qué se debe medir; cómo, cuándo, por quiénes, con qué sistemas de información, con qué nivel de articulación e interoperabilidad, con qué liderazgo, entre otros.

Luego, se propusieron los métodos, que se organizaron de acuerdo con las opciones de amplia participación de los actores señalados y los campos de aportes y construcción colectiva. De esta forma se utilizaron (ilustración 1):

- Los métodos de consulta ampliada relacionados con espacios de participación vía web, cuestionario institucional y redes sociales dirigidos a establecer canales abiertos que permitieron, a partir de una amplia divulgación, que los ciudadanos, las mujeres, las familias, los jóvenes, distintos funcionarios y contratistas de las entidades, expertos, entre muchos, aportaran a la construcción del PDLMAC por medios virtuales de fácil acceso e interacción.
- Los métodos de consulta concentrada que se refieren a las mesas de trabajo institucionales y territoriales (sectoriales e intersectoriales); grupos focales con personas y representantes de las comunidades, organizaciones y grupos de interés; y entrevistas semiestructuradas con expertos, autoridades y líderes; cuyo alcance se concentró en profundizar en aspectos conceptuales de situación y de operación del nuevo Plan.

Ilustración 1. Métodos y actividades para la formulación del PDLMAC 2021-2030



Fuente: elaboración propia

El proceso de formulación del Plan se realizó en cinco momentos de ejecución que son:

- 1. Momento preparatorio y de alistamiento:** se diseñó la base técnica para la construcción participativa de acuerdo con las agrupaciones de categorías y los instrumentos a aplicar. Se consolidaron los insumos disponibles, se estableció la estructura del nuevo Plan, se realizó el inventario de actores y la selección para la participación en el proceso de consulta y se adelantó la preparación técnica, metodológica y logística.
- 2. Momento de construcción participativa:** correspondió a la aplicación de instrumentos y recolección de información para la formulación, incluyó el procesamiento, análisis y consolidación de la información recolectada.

3. Momento de producción del documento preliminar: se articuló la base inicial insumo de la construcción participativa con los resultados consolidados de esta, obteniendo un documento preliminar del PDLMAC 2021-2030 para ser puesto en validación. En la elaboración del documento, se relacionaron tres grandes actividades, que se ilustran a continuación:

- **Base para la construcción,** que correspondió a la preparación técnica de los contenidos que ilustraban la situación de partida y los contenidos estratégicos y de operación fundamentales, a partir de los cuales se organizó la reflexión colectiva para la formulación. Para esto se realizó preparación de instrumentos, que se aplicaron de forma virtual; se identificaron actores, que fueron contactados e invitados a participar.
- **Construcción participativa,** que se refiere al despliegue analítico con la participación de los actores involucrados y la aplicación de la propuesta metodológica; la recolección y organización de la información recibida.
- **Síntesis de formulación y producción del documento del PDLMAC 2021-2030** en el que se generó una versión preliminar para ser sometida a validación por diferentes actores (responsables institucionales y territoriales; representantes sociales), logrando con sus aportes y recomendaciones el documento validado y definitivo.

4. Momento de validación del PDLMAC 2021-2030: se dispuso a consideración de expertos y responsables relevantes el documento para su validación y recomendaciones.

5. Momento de ajuste definitivo del documento del PDLMAC 2021-2030: se produjo el documento ajustado de acuerdo con la retroalimentación recibida de la validación.

3



MARCO CONCEPTUAL: LOS CAMINOS ORIENTADORES DEL ABORDAJE DE LOS DERECHOS, LOS SUJETOS Y LOS ALCANCES OBJETUALES DE LA LACTANCIA MATERNA Y LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



Definir un plan decenal como instrumento de política pública que estructura a corto, mediano y largo plazo la acción pública requiere establecer referentes conceptuales que aporten una visión compartida de lo que se espera y de lo que sustenta la enunciación de las apuestas que, como sociedad, se establecen y se persiguen. De esta forma, el Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030, se centra en los sujetos y sus derechos, los cuales deben ser garantizados y materializados mediante alternativas de actuación, con eficacia reconocida, como son la lactancia materna (LM) y la alimentación complementaria (AC).

Pensar la práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria a partir de las experiencias previas y lecciones aprendidas derivadas del proceso del Plan anterior, los nuevos desarrollos teóricos y metodológicos, los cambios contextuales y las necesidades de los sujetos específicos, implica incluir un horizonte teórico con comprensiones y miradas que sustenten las apuestas propuestas, su contenido y su despliegue estratégico y operativo.

Este marco, se presenta mediante enfoques y modelos que lo estructuran; que definen la manera de abordar las realidades y observar las situaciones que acontecen en el devenir y accionar cotidiano de los individuos, las familias y la sociedad; que confluyen en espacios geográficos específicos (desde lo local hasta lo global) y que inciden en las formas de actuar y en la ejecución de acciones considerando la obtención de logros con mayor efectividad.

A continuación, se expone cada uno de los abordajes a partir de los cuales el Plan Decenal 2021-2030 proyecta promover, apoyar y proteger la LM y la AC como parte de las condiciones iniciales que garantizan el desarrollo integral de la primera infancia en Colombia, siendo el camino para que vivan y disfruten del nivel más alto posible de salud y gocen y mantengan un estado nutricional adecuado.

3.1. Enfoque de derechos humanos y enfoque diferencial

El Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030 toma como base el fortalecimiento de los sujetos y los considera el centro de la política pública. Se fundamenta en el cumplimiento y garantía de los principios universales de los Derechos Humanos, que incluyen la universalidad, igualdad, dignidad, inmediatez y progresividad, indivisibilidad y exigibilidad, al igual que el reconocimiento de la diversidad, con amplias dimensiones derivadas de las particularidades reconocidas a sujetos individuales y colectivos. Desde este enfoque de derechos, todas las actuaciones dirigidas a las niñas y niños deben contemplar los principios de interés superior y prevalencia de estos. En consecuencia, es obligación esencial del Estado, la familia y la sociedad asegurar las condiciones necesarias que favorezcan su desarrollo integral y su reconocimiento como sujetos de derechos, su protección integral, su garantía, la prevención de la amenaza o vulneración, y el restablecimiento de estos.

A este enfoque de derechos se une el principio de acción sin daño, expresado en la humanización de la atención y el reconocimiento de las diferencias, derivadas de abordajes culturales, sociales e históricos. También se hace énfasis en los aspectos identitarios que se relacionan con la responsabilidad de generar acciones más incluyentes y justas. Desde este principio, las acciones para la promoción, protección y apoyo a favor de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria deben considerar la cultura y las costumbres, tomando como base fundamental la ética, la dignidad y la autonomía.

Según este enfoque diferencial, se reconoce que hay poblaciones, grupos, pueblos con características particulares en razón de edad, curso de vida, pertenencia étnica, sexo, género, orientación sexual, situación de discapacidad, entre otras, que son atendidas con medidas denominadas, en el marco de los derechos, acciones afirmativas. Al ser incluidas en el conjunto de acciones estatales, estas acciones afirmativas se constituyen en capacidades para disminuir las desigualdades existentes y por ende garantizar el goce efectivo de los derechos de todos los sujetos relacionados con estos. El Estado se reconoce como el principal garante de las obligaciones contempladas en los contenidos mínimos de los derechos humanos, lo que supone también un amplio compromiso de la sociedad en general.

El conjunto de derechos se encuentra establecido en la Constitución Política Nacional, en la normativa con la que se ratifican los diferentes pactos, tratados y convenciones y en la jurisprudencia que da cuenta de señalamientos específicos y análisis del estado de la garantía de derechos.

Con especial empeño en este Plan Decenal, se ratifican los derechos de los niños y las niñas estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño y se refuerzan todos aquellos relacionados con las mujeres. Al proteger los derechos afines con la lactancia materna y alimentación complementaria, en el PDLMAC 2021-2030, se encuentran

diversas intersecciones entre las niñas, los niños y las mujeres en diferentes momentos del curso de vida concernientes con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, lo preconcepcional, la gestación, la atención del parto y los entornos propicios para el desarrollo integral de la primera infancia, que incluyen la lactancia materna, la alimentación complementaria y el cuidado y crianza hasta sus dos años de edad, involucrando a familias y cuidadores.

De acuerdo con la Declaración Conjunta de los Relatores Especiales sobre el Derecho a la alimentación, el Derecho a la salud, el Grupo de Trabajo sobre la discriminación en contra de la mujer y el Comité sobre los Derechos del Niño, la lactancia materna debe considerarse como un asunto de Derechos Humanos para las mujeres gestantes y lactantes, las madres y las niñas y los niños hasta los dos años, por tal razón debería ser protegido y promovido para su beneficio (OHCHR, 2016). El derecho a la lactancia materna y a la alimentación complementaria debe trascender la idea de la elección personal y requiere medidas que permitan empoderar a las mujeres y familias con los conocimientos, soporte y recursos que necesitan para ejercerlo (Smith P., 2018) y el PDLMAC 2021-2030 es un instrumento para este fin. En este sentido y basados en los derechos y sus diferenciales se hace referencia a dos elementos que son centrales en su materialización: la interseccionalidad y la interculturalidad.

3.1.1. Interseccionalidad

La necesidad de abordar las desigualdades que se han presentado históricamente en Colombia y la complejidad que cada una atañe invitan a pasar de un enfoque unitario al planteamiento de un enfoque comprensivo, que vincula diferentes ejes, que configuran a los sujetos y su subjetividad, y que permite entender la simultaneidad de la diversidad desde los diferentes ejes (Expósito M., 2013). Esto significa que el enfoque diferencial no se ve fragmentado y por particiones según la característica de diversidad que se asuma, sino que hace referencia a la interseccionalidad, que propende por analizar cómo interactúan y se distribuyen las categorizaciones socioculturales y se relacionan con diferentes desigualdades sociales (Kóczé, 2011).

En este sentido, es necesario superar una lista fija y finita de esferas o ejes de desigualdad, para trabajar aquellas más generalizadas en las políticas públicas y abrirse al reconocimiento de la existencia de otras que pueden ser significativas en contextos específicos (Coll-Planas G., Solà-Morales R. & Missé M., 2019). Esto es particularmente importante en Colombia, al ser un país que mantiene situaciones no superadas que inciden en la generación de brechas sociales, entre diferentes grupos, cuyos contextos, oportunidades y particularidades deben ser analizados y atendidos dejando de asumir que lo homogéneo es suficiente para todos y todas. Aquí se incluye la adecuada alimentación de los menores, en lo relacionado con lactancia materna y la alimentación complementaria.

Por tanto, el enfoque de interseccionalidad en el PDLMAC 2021-2030 reconoce la simultaneidad de la diversidad para hacer frente a las necesidades de todas las poblaciones sin caer en generalizaciones normativas que en muchos casos invisibilizan y alejan de muchos, el conjunto de acciones que se espera llegue a todos. De esta manera se invita a plantear mecanismos para reconocer la heterogeneidad interna de los grupos sociales y evitar la reducción de las personas y sus colectividades en una única identidad preestablecida por una serie de atributos característicos (Esguerra C. & Alanis J., 2014).

De esta manera una persona perteneciente, por ejemplo, a las comunidades negras o indígenas, con algún tipo de discapacidad, víctima del conflicto armado o en situación de desplazamiento, podría tener unas condiciones distintas para la lactancia materna y la alimentación complementaria que otra persona que pertenezca y experimente situaciones diferentes. De igual manera, un niño de un mes de nacido, de sexo masculino, identificado a partir de unas condiciones de género, de origen migrante y perteneciente a una familia de bajos recursos, tendrá unas condiciones distintas para acceder a la lactancia materna y la alimentación complementaria que bebés que reúnan otras características.

3.1.2. Interculturalidad

En consonancia con lo descrito por Sánchez y Gil (2005), el enfoque intercultural retoma la noción de la diversidad como norma, reconoce el valor de la diferencia y hace consciente la jerarquización de las diferencias (Sánchez & Gil, 2015). Por tanto, el enfoque intercultural se orienta al “reconocimiento de la coexistencia de diversidades culturales en las sociedades actuales, las cuales deben convivir con una base de respeto hacia sus diferentes cosmovisiones, derechos humanos y derechos como pueblos” (Faúndez, A., & Weinstein, M. 2012, p. 24). En Colombia, se sustenta en un reconocimiento y especial protección de los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrodescendientes, raizales, palanqueras y los gitanos (Rrom) garantizando sus derechos individuales y colectivos. La interculturalidad atiende el diálogo, el respeto, la convivencia y el aprendizaje mutuo entre culturas al igual que la eliminación de las causas estructurales que producen desigualdad entre ellas (Rodríguez E., 2014).

De esta manera, el enfoque intercultural en el PDLMAC 2021-2030 busca el diálogo entre culturas, pensando en la convivencia y aprendizaje mutuos, con un énfasis especial en visibilizar lo que ha sido invisibilizado en los diferentes contextos del país, pues las diferencias culturales, étnicas, raciales e ideológicas incrementan la posibilidad de diálogo, confianza y solidaridad. Se resalta entonces la justicia cultural, que no puede ser desligada de la justicia social, en tanto la convivencia entre culturas está condicionada por determinantes estructurales, políticos, económicos y sociales (Rodríguez E, 2014).

Para el PDLMAC 2021-2030 el abordaje de la diversidad étnica es un imperativo de garantía de derechos, es prioritario en la interseccionalidad y en el análisis de desigualdades y brechas.

Por ende, el desarrollo de las intervenciones y acciones en los niveles territorial y local establecidos en este Plan, están obligados a instaurar procesos de diálogo intercultural en el que se vean reflejadas las necesidades y sentires de las poblaciones sujeto. También se deben incluir y respetar sus cosmovisiones buscando construcciones que reconozcan sus diferencias de manera permanente y establezcan puentes de organización, en las que se logren las mejores prácticas en beneficio de los niños, las niñas y las mujeres involucradas, reconociendo que es posible aprender de sus logros y experiencias.

3.1.3. Género

La interseccionalidad permite el abordaje de las distintas desigualdades, entre ellas las de género. Por tanto, se hace imperativo reconocer las diferencias históricas que han existido en torno a los géneros y su posible impacto sobre las prácticas de lactancia y la adecuada alimentación complementaria. Es así que se resalta un enfoque de género en este Plan Decenal.

De acuerdo con la OMS, el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (OMS, 2018). Así, la noción de género aproxima la realidad de las relaciones de poder y oportunidades desiguales que se establecen en todos los ámbitos de la vida social: la sexualidad, la familia, el trabajo, la política, la salud, etc.

De esta manera, se reconocen las relaciones de poder debido al sexo, que son en mayor medida favorables a los hombres y que se han constituido históricamente. Mientras el sexo hace referencia a las diferencias biológicas, el género se relaciona con la manera en que esa diferencia biológica se construye social y culturalmente (Faúndez, A., & Weinstein M., 2012).

El enfoque de género adopta una propuesta de inclusión, de búsqueda de igualdad y equidad, por la que se asume que las relaciones que se establecen entre mujeres y hombres podrán mejorarse en tanto incluyan cambios en ambos. Se destaca la necesidad de utilizar políticas con el fin de lograr la equidad de manera activa y abierta, partiendo de la experiencia e intereses de los diferentes individuos, en particular de las mujeres (García-Calvente M., et al., 2016). Por tanto, un enfoque de equidad de género en el PDLMAC 2021-2030 debería orientarse a “transformar las diferencias culturales, económicas y políticas en la construcción de la condición y posición de hombres y mujeres, niños y niñas, que generan desigualdades y se expresan en situaciones de discriminación y exclusión social” (Faúndez A., & Weinstein M., 2012, p. 23). Supone la reconfiguración de los roles y participación de madres y padres en las responsabilidades derivadas de los procesos de gestación, lactancia, crianza, cuidado y protección de los niños y las niñas en sus primeros mil días de vida.

Como parte del enfoque interseccional, el enfoque de género se hace explícito en el PDLMAC 2021-2030 pues, sin pretender afirmar que éste sea más importante que otros, se considera otra prioridad para el apoyo, promoción y protección de la lactancia materna y de la adecuada alimentación complementaria en todas sus fases, dado el énfasis sobre las mujeres, aunque no exclusivo de los objetos del Plan. La conceptualización misma de la maternidad invita a su consideración. En esta medida, como lo resaltan Pérez y Moreno (2007), es importante hablar de maternidades y lactancias, permitiendo el reconocimiento de una multiplicidad de situaciones y evitando la idealización de un único modelo de ser madre y por ende un único modelo de lactancia materna (Pérez M. & Moreno A., 2017).

También se hace relevante entender la posible reconfiguración de roles a partir de la participación de las parejas en las prácticas de crianza y de lactancia, que involucra, entre otras, la construcción de nuevas masculinidades (Martínez U., Rangel Y. & Rodríguez M., 2017) y de nuevas paternidades que reconfiguran responsabilidades compartidas. De esta manera, la lactancia materna les da poder a las mujeres y contribuye a la equidad de género, a través del reconocimiento de sus derechos productivos y reproductivos (Van Esterik P., 1994).

El género trasciende la lactancia desde la perspectiva de las mujeres gestantes o lactantes, padres o familias, llegando a las posibilidades de acceder a la misma por parte de las niñas y los niños. Algunos estudios han mostrado diferencias en la lactancia materna exclusiva y lactancia materna continua entre niños y niñas, soportada en la decisión de la madre de dar y mantener la lactancia de acuerdo con el sexo de su bebé (Garibay E, et al., 2019).

El enfoque de género en el PDLMAC 2021-2030 implica, por tanto, abordar cada una de las situaciones descritas, sin olvidar las mismas relaciones y desigualdades que pueden ocurrir no solo en las mujeres gestantes y lactantes, sino también en las niñas y los niños. De igual manera, implica avanzar en estructurar en la sociedad los roles necesarios que desde lo masculino se necesitan para fortalecer la protección, el apoyo y el compromiso activo con los logros esperados para una alimentación adecuada de los niños y niñas de este país.

A pesar de trabajarse dentro del enfoque interseccional, el enfoque de género se hace explícito en el PDLMAC 2021-2030, pues sin pretender afirmar que éste sea más importante que otros, se considera otra prioridad para el apoyo, promoción y protección de la lactancia materna y de la adecuada alimentación complementaria en todas sus fases, dado el énfasis sobre las mujeres, aunque no exclusivo de los objetos del Plan; aún más, la conceptualización misma de la maternidad invita a su consideración. En esta medida y como lo resaltan Pérez y Moreno (2007), es importante hablar de maternidades y lactancias, permitiendo el reconocimiento de una multiplicidad de situaciones y evitando la idealización de un único modelo de ser madre y por ende un único modelo de lactancia materna (Pérez M. & Moreno A., 2017).

También se hace relevante entender la posible reconfiguración de roles a partir de la participación de las parejas en las prácticas de crianza y de lactancia, que involucra, entre otras, la construcción de nuevas masculinidades (Martínez U., Rangel Y. & Rodríguez M., 2017) y de nuevas paternidades que reconfiguran responsabilidades compartidas. De esta manera, la lactancia materna les da poder a las mujeres y contribuye a la equidad de género, a través del reconocimiento de sus derechos productivos y reproductivos (Van Esterik P., 1994).

El género trasciende la lactancia desde la perspectiva de las mujeres gestantes o lactantes, padres o familias, llegando a las posibilidades de acceder a la misma por parte de las niñas y los niños. Es así como algunos estudios han mostrado diferencias en la lactancia materna exclusiva y lactancia materna continua entre niños y niñas, soportada en la decisión de la madre de dar y mantener la lactancia de acuerdo con el sexo de su bebé (Garibay E, et al., 2019).

El enfoque de género en el PDLMAC 2021-2030 implica por tanto abordar cada una de las situaciones descritas, sin olvidar las mismas relaciones y desigualdades que pueden ocurrir no solo en las mujeres gestantes y lactantes, sino también en las niñas y los niños; y de igual manera, avanzar en estructurar en la sociedad los roles necesarios que desde lo masculino se necesitan para fortalecer la protección, el apoyo y el compromiso activo con los logros esperados para una alimentación adecuada de los niños y niñas de este país.

3.2. Lactancia materna y alimentación complementaria

El segundo desarrollo de este marco tiene que ver con los alcances temáticos y de énfasis de operación del PDLMAC 2021-2030 referidos a la lactancia materna y la alimentación complementaria. Estos énfasis deben ser comprendidos desde su reconocimiento de relevancia y beneficio en el marco de los derechos de desarrollo integral, bienestar, alimentación y salud de las niñas y los niños en sus primeros años de vida, íntimamente unidos a derechos similares de sus madres.

3.2.1. Lactancia materna

Con qué y cómo son alimentados los bebés, niñas y niños son preguntas relevantes para la puesta en marcha de políticas relacionadas con la alimentación y el desarrollo integral (Noel-Weiss et al., 2012). La lactancia materna es el proceso de alimentación con la leche de una madre a su bebé, bien sea directamente del pecho o extrayendo la leche del seno y dándole esta al bebé a través de otro medio (NICHD, 2017). Esta también incluye la alimentación del bebé a partir de leche donada por otras mujeres, que no son necesariamente su madre. Es amplio el reconocimiento de los beneficios de la lactancia materna humana tanto para los niños, las niñas como para sus madres.

La Organización Mundial de la Salud y UNICEF advierten que la “lactancia natural es una forma sin comparación, de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres” (OMS, 2003, p. 8). Por otra parte, la duración y la exclusividad son consideradas como dos factores clave en los patrones de lactancia. Así, en “la lactancia materna exclusiva, se entiende que el niño recibe únicamente leche materna y puede o no incluir rehidratación oral o gotas de vitaminas, minerales o medicina”; la Lactancia materna predominante “es aquella en la que la leche materna es la fuente principal de alimentación, pero una o más de sus tomas son sustituidas por otros líquidos no lácteos tales como agua, jugo de frutas y otras bebidas” (ENSIN, 2010, p. 214). La OMS recomienda una lactancia exclusiva durante seis meses y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los dos años o más (OMS, 2003).

La lactancia materna no es solo un proceso biológico, sino que se constituye en un comportamiento determinado por la cultura (Paricio JM, 2004). El vínculo generado entre madre e hijo o hija a través de la lactancia es de gran relevancia para la salud y el desarrollo futuro tanto del bebé como de la madre, por lo que prácticas sociales o culturales que interfieran con dicho vínculo podrían tener consecuencias desfavorables en dicho desarrollo (Stuart P. & Dettwyler KA, 2017).

A partir de experiencias y estudios cualitativos, se ha identificado que algunas madres expresan el significado de la lactancia materna, como una fuente de vida en la que convergen experiencias reflejadas en diversos patrones como el ser madre, tener bebés sanos, inteligentes y seguros, la protección de la madre, entre otros (Correa, 2014). Diversos autores han abordado el significado de la experiencia de la lactancia indicando aspectos fundamentales como su idealización, la incertidumbre ante las dificultades que se presentan durante la práctica, el deseo de privacidad durante las tomas, la responsabilidad compartida para lograr el éxito en la lactancia, así como la desorganización en sus vidas y la modificación del rol de la mujer (Belinxton et al. 2011) (Gutierrez & Marín, 2017). Es así como uno de los aspectos fundamentales que contribuye en la construcción del significado de la experiencia de lactancia de las madres son las manifestaciones del comportamiento del recién nacido, en tanto a partir de esta interpretación las mujeres desarrollan sentimientos de confianza o inseguridad sobre su capacidad para garantizar una alimentación adecuada a sus bebés (Camarotti et al. 2011).

Por otra parte, la condición socialmente esperada de la lactancia como una práctica de valor que debe ser llevada a cabo por todas las madres, limita en algunos casos la expresión de deseos y percepciones, cuando estos no son apropiados (Camarotti et al., 2011) y genera situaciones que apartan a las mujeres de posibilidades de escucha y aceptación. La práctica de la lactancia está influenciada por la motivación de las madres para realizarla, que en gran medida se determina por el contexto en el que están inmersas

y la llevan a cabo (Mariano & Silva, 2018). Lo anterior implica que las oportunidades de aprendizaje sobre la lactancia se construyen, no solo a partir de las experiencias vividas, sino también por la información y valores transmitidos por los medios de comunicación, las instituciones educativas, la familia, los servicios de salud, las tradiciones, entre otros actores y aspectos que pueden influir sobre la toma de decisiones asociadas a la lactancia y la consecuente construcción de significados (Camarotti et al., 2011). Esto resalta la necesidad de comprender que las perspectivas sobre la práctica de la LM son diversas.

Para las diversas poblaciones étnicas la lactancia materna se entiende de forma diferente, respecto a cómo entienden el cuerpo, la relación con la naturaleza y el territorio. Por ejemplo, para las mujeres indígenas, sus pautas de crianza, dietas propias, formas de lactar, tiempos de duración de la lactancia, rituales, rezos, chagras y la alimentación complementaria, constituyen un factor de estabilidad en el espacio cultural y social del mantenimiento de la autosuficiencia alimentaria y, en general, de la renovación de la vida cultural, mediante las actividades domésticas y reproductivas de la lactancia materna (Becerra Bulla, Peña Álvarez, Puentes Valencia, & Rodríguez Cepeda, 2009) Asimismo, en las poblaciones étnicas la LM está vinculada a la noción de cuerpo-territorio, relación que se afecta cuando existe la reducción de los territorios, una baja productividad de los suelos, escasez de cultivos, desaparición de semillas y agotamiento de las fuentes de agua. Estos factores determinantes inciden en el debilitamiento de la práctica de lactancia materna dado que entre la noción de cuerpo y territorio no existe separación (UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, PMA, Pontificia Universidad Javeriana, 2017)

El PDLMAC 2021-2030 reconoce que las principales dimensiones del apoyo social para el éxito de la lactancia son la dimensión emocional, la dimensión de información y la dimensión material. De esta manera, independientemente de sus contextos y características, en la continuidad de la lactancia materna influyen factores socioeconómicos, culturales, psicológicos, biológicos, así como la edad (Estévez González, Martell Cebrián, Medina Santana, García Villanueva, & Saavedra Santana, 2002). Por estos, las madres necesitan información y apoyo que les permita desarrollar habilidades y capacidades para la lactancia. El apoyo para el proceso está dado por las diferentes redes sociales, en las que la familia se identifica como el principal integrante de dichas redes y ejerce un papel importante en la construcción de significados que favorecen o no la lactancia y otros aspectos como el destete precoz y la alimentación complementaria. La pareja, a su vez, representa para la mujer uno de los principales puntos de apoyo, con una participación decisiva sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia (Manion et al., 2013). Para apoyar a las mujeres durante la lactancia, la red social debe ser eficaz pues el apoyo recibido actúa en respuesta a situaciones de estrés, bienestar emocional y psicológico (Tunbull, Escalante & Klunder, 2006).

Desde el PDLMAC 2021-2030 se reconoce la importancia de la LM desde su perspectiva fisiológica, de salud y de desarrollo, y comprende que es también una práctica social,

con significados diversos determinados por el contexto económico, social y cultural, la información y la capacidad de apoyo que tienen las madres para llevarla a cabo. Estos contextos implican importantes énfasis en los entornos de todo orden en los que deviene la vida de la madre, los niños y las niñas; al igual que la necesidad de profundas transformaciones sociales orientadas a mejores prácticas y mayor compromiso de todos los actores sociales e institucionales que rodean y materializan el cuidado y protección de niños, niñas y mujeres.

3.2.2. Alimentación complementaria

De acuerdo con la OMS, la alimentación complementaria (AC) es el “proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna” (OMS/OPS, 2003)

La AC debe iniciar a los seis meses y continuar hasta los 24 meses o más. No obstante, algunos lactantes no tienen la posibilidad de gozar de los beneficios de la lactancia exclusiva o interrumpen la lactancia materna antes de la duración recomendada, debido a diversas circunstancias biológicas, fisiológicas, económicas o sociales (OMS, 2003; OPS, 2007). Este período, en que se lleva a cabo la alimentación complementaria, se considera como una ventana crítica en el desarrollo que puede tener efectos duraderos para el resto de la vida. Al respecto la OPS y la OMS resaltan las prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria dentro de las principales causas de desnutrición en los primeros dos años de vida (OPS, 2003).

La AC es un componente fundamental en la lucha contra la malnutrición, tanto por déficit como por exceso, pues las preferencias de alimentos, patrones alimentarios y el riesgo de obesidad se desarrollan rápidamente durante este período crítico. Para una AC adecuada es necesario considerar: la edad de introducción de alimentos complementarios, el adecuado mantenimiento de la lactancia materna, la práctica de alimentación perceptiva, la preparación y almacenamiento seguro de los alimentos complementarios, la cantidad, consistencia y frecuencia de los alimentos, su densidad energética y contenido nutricional, el uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados, al igual que la alimentación durante y después de la enfermedad (OPS, 2003).

El acto de alimentación es connaturalmente de tipo social y los alimentos que consumen las personas están integrados en los sistemas culturales. Las personas deciden no solo qué deben comer, sino también cómo, cuándo y con quién hacerlo y las culturas humanas convergen en elecciones de alimentos y prácticas alimentarias que pueden ser completamente diferentes. La elección de alimentos puede incluso dar cuenta de una tradición social y brinda reconocimientos de origen cultural y relaciones sociales. Debido a esta naturaleza inherente de la alimentación, incluso los bebés pueden interpretar los

comportamientos alimentarios como algo común entre aquellas personas que comparten una identidad social (Lieberman et al., 2016).

Al igual que la lactancia, la alimentación no es un mero acto biológico, sino una práctica socialmente elaborada, coherente con la cultura y las relaciones familiares, así como la producción, disponibilidad y acceso a los alimentos, ejes y determinantes centrales en la organización de las prácticas y hábitos alimentarios que se establecen en los primeros años de vida que además repercuten en la adolescencia y la edad adulta. Las representaciones sobre la alimentación se fundamentan en el contexto social y cultural del individuo y orientan una práctica. El contexto de las madres puede determinar una práctica de alimentación complementaria adecuada o inadecuada, a partir de lo que se entiende y comparte como alimentación adecuada por su grupo social (Fuzeto & de Oliveira., 2010). En este sentido, es importante reconocer las prácticas propias de los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrodescendientes, raizales, palanqueras, gitanos y campesinas, las cuales son diversas en contextos urbanos y rurales.

Las madres reinterpretan y reordenan los discursos de los profesionales de la salud en el contexto de la vida cotidiana y de sus posibilidades reales. A la hora de elegir, preparar y ofrecer la comida, algunas madres resignifican las pautas recibidas y siguen su propia lógica y formas culturales, muchas veces contrapuesta a la ideal. Las representaciones sobre los alimentos suelen estar ancladas en creencias o conocimientos propios, en las que el carácter 'fuerte' de un alimento puede asociarse tanto con algo 'bueno' (porque protege al cuerpo de las enfermedades) como con algo 'peligroso', porque puede 'sobrecargar' al organismo (Lima et al., 2014).

Los medios de comunicación influyen en la producción de representaciones y valores simbólicos. En este sentido, lo que puede ser abstracto o distante para una generación, se vuelve familiar para la siguiente (Lima et al., 2014) y puede perpetuar comportamientos y conductas alimentarias que no son del todo benéficas. Esto, a su vez, se refuerza con los consejos del círculo cercano, algunos conocimientos tradicionales y la falta de información brindada por parte de profesionales. De esta manera, algunos productos comercializados se establecen en el imaginario de algunas mujeres como 'suplementos alimentarios' para reforzar la alimentación (Forero et al., 2018) y se genera una valoración positiva de estos productos que cambia las decisiones, las prácticas y por ende los beneficios esperados de la alimentación complementaria. La AC se reconoce como parte fundamental del desarrollo y se constituye como un punto importante de partida en los esfuerzos para una nutrición adecuada de la población.

La AC promueve la incorporación del bebé en el contexto alimentario y sociofamiliar a partir de la introducción de alimentos distintos a la leche materna (La Orden Izquierdo E., 2016), por lo que la AC puede verse como un determinante de la construcción social. La alimentación cumple funciones en el desarrollo de preferencias alimentarias de las niñas y los niños y su capacidad para autorregular las ingestas de alimentos.

Las personas encargadas del cuidado influyen en tres aprendizajes asociados con las conductas alimentarias de las niñas y niños: por familiarización, aprendizaje asociativo y aprendizaje observacional (Birch & Doub, 2014). El primero hace referencia a permitir a las niñas y niños hacerse familiares con alimentos saludables que pueden no ser fácilmente aceptados. El segundo se refiere a las asociaciones hechas con la emoción de un momento particular, como comer, que influye sobre las preferencias y conductas. Los estudios realizados sobre esta manera de aprendizaje se han desarrollado en niños con edades superiores a los 2 años y enfatizan la importancia de brindar experiencias positivas que podrían ligarse a una visión salutogénica de la nutrición. El tercero se refiere a la gran capacidad que tienen los niños para observar, procesar e imitar lo que hacen sus cuidadores, incluyendo aquello que comen. De esta manera, es más probable que un niño consuma un alimento poco familiar para él cuando observa a su cuidador consumirlo con entusiasmo, al igual que rechazar alimentos saludables si su cuidador expresa disgusto por estos en presencia del niño (Birch & Doub, 2014).

Por esto el papel de cuidadores, madres y padres es fundamental, pues en ellos recaen las decisiones alimentarias, el contexto social y cultural alrededor de la alimentación y los hábitos alimentarios que serán promovidos en etapas posteriores de la vida. El proporcionar un entorno de alimentación cálido y acogedor (que tenga en cuenta las necesidades y las etapas de desarrollo de los bebés y niños pequeños) permite que el cuidador se convierta en un modelo a seguir para una alimentación saludable con posibles resultados benéficos sobre la dieta y el peso corporal del niño o niña (Pérez-Escamilla, Segura-Pérez & Lott., 2017).

Lo anterior hace imperativo abordar la AC desde todas las esferas de la sociedad, a partir de la comprensión de las características contextuales, culturales, sociales, económicas y de acuerdo con las necesidades de cada población, dejando espacio para la individualidad. Es necesario establecer diálogos de saberes alrededor de la LM y la AC desde el abordaje de los enfoques de Derechos Humanos, diferencial, interseccional, de género y de acción sin daño, referidos previamente, en donde los conocimientos y experiencias de comunidades, familias, madres y profesionales conversen sobre estrategias que propendan por la salud y nutrición de las niñas y los niños del país y se espera que este PDLMAC sea un insumo para su desarrollo.

3.2.3. Otras definiciones relacionadas con la lactancia materna y la alimentación complementaria

El abordaje de la lactancia materna y la alimentación complementaria incluye algunas definiciones y conceptos relevantes para lo establecido en el PDLMAC 2021-2030, que se presentan a continuación:

Destete: se refiere al cese total de la lactancia. Este no debe confundirse con el inicio de la alimentación complementaria o diversificación alimentaria.

Modo de lactancia: da cuenta del método utilizado para llevar a cabo la lactancia, que puede incluir el seno, biberón, taza, cuchara, entre otros. Algunos investigadores consideran que el modo de lactancia debería ser incluido dentro de las definiciones de lactancia, complementando la definición tradicional que se concentra en el alimento consumido, pero no en el cómo se consume, que puede tener efectos sobre diversas dimensiones biopsicosociales (Noel-Weiss et al., 2012).

Primeros 1000 días: período del ciclo de vida que abarca desde la concepción hasta los dos años de edad.

Alimentación saludable: “es aquella que satisface las necesidades de energía y nutrientes en todas las etapas de la vida considerando su estado fisiológico y velocidad de crecimiento. Promueve el suministro de nutrientes de la madre al feto, la práctica de la lactancia materna, incluye alimentos ricos en nutrientes en la alimentación complementaria y se caracteriza por ser una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada, diversificada e inocua que previene la aparición de enfermedades asociadas con una ingesta deficiente o excesiva de energía y nutrientes” (ICBF & FAO, 2018, p. 5).

Alimentación perceptiva: dimensión clave de la crianza perceptiva que involucra reciprocidad entre el niño o niña y la persona que le alimenta (Pérez-Escamilla, Segura-Pérez & Lott., 2017). Se refiere a que una buena alimentación del niño pequeño no es solo la comida en sí, sino “cómo come, dónde come y con quién come; siendo uno de los pilares de la alimentación complementaria recomendado por la OMS. Este concepto se ha incorporado en las GABA de los menores de dos años, a fin de fomentar “la autorregulación y el desarrollo cognitivo, social y emocional. Esta autorregulación incluye varias dimensiones que pueden afectar comportamientos de alimentación como: el autocontrol, poder de voluntad, esfuerzo de control, no buscar gratificación instantánea, regulación emocional y la inhibición” (ICBF, 2018, p. 92).

Crianza perceptiva: estilo de crianza enfocado en fomentar el desarrollo de la autorregulación y promover el desarrollo cognitivo, social y emocional (Pérez-Escamilla, Segura-Pérez & Lott., 2017). Se relaciona con la crianza amorosa que implica criar a los niños y a las niñas en un contexto de cuidado, basado en el amor y en las buenas prácticas familiares y culturales. UNICEF ha planteado algunos consejos para la crianza amorosa, basados en que “criar con amor significa también proteger a niños, niñas y adolescentes de las situaciones que aún no pueden dominar y darles la oportunidad de enfrentarse a diferentes situaciones que le ayudan a crecer como persona y les permiten desarrollar la capacidad para resolver o experimentar” (UNICEF, s. f., p.2).

De igual manera, la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia promueve la Crianza Amorosa + Juego con un compromiso de hacer “de nuestros hogares, barrios, veredas, municipios, departamentos y de nuestro país en general, entornos que protegen

las infancias, espacios donde la vida de ellas y ellos transcurran en el marco del respeto, el diálogo, el Juego en familia y el equilibrio entre los derechos y las responsabilidades. Entornos donde padres, madres, cuidadores, niños, niñas y adolescentes valoren la diversidad y pluralidad de identidades y formas de vida; y promuevan la vivencia y construcción de relaciones pacíficas, equitativas y democráticas” (CPNA, 2021, p. 9).

3.3. Determinantes sociales y su relación con la lactancia materna y la alimentación complementaria

De acuerdo con la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las cuales los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Las inequidades en salud son las desigualdades evitables en salud entre grupos de personas, entre y dentro de los países. Estas desigualdades surgen de los desequilibrios en una o varias esferas dentro y entre las sociedades (WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization, 2008).

Las condiciones sociales y económicas y sus efectos en la vida de las personas determinan su riesgo de enfermar y las medidas que se toman para evitar que se enfermen o traten la enfermedad cuando esta ocurre. Desigualdades como la pobreza infantil son obstáculos importantes para mejorar la salud y nutrición de las poblaciones y se conoce que la infancia y adolescencia son períodos de gran susceptibilidad a factores externos que producen cambios posteriormente traducidos en peores resultados en salud en la edad adulta (Harris K.M., Perreira K.M. & Lee D., 2009).

En este sentido, han surgido propuestas que buscan entender y enfrentar aquellos aspectos que influyen negativa o positivamente sobre el desarrollo de la salud, enfermedad y nutrición. Este es el caso del modelo de determinantes sociales de la salud propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS), que se ha acoplado también a los campos de la nutrición y la actividad física.

Los determinantes sociales de la nutrición se enmarcan en la seguridad alimentaria y nutricional en la que se evidencian condiciones económicas y posibilidades de acceso a los componentes alimentarios, marcados a su vez por la disponibilidad ecológica, geográfica y económica de diversos recursos. A estos se añade el comportamiento alimentario, que incluye condicionantes socioafectivos, sociolaborales, psicosociales e incluso publicitarios. Dentro de los determinantes sociales de la desnutrición en los países de América Latina y el Caribe se han abordado la educación, la cultura, las condiciones de empleo, el género y la etnia (Jiménez D., Rodríguez A. & Jiménez R., 2010); sin embargo, existen otros determinantes que influyen sobre la LM y la AC.

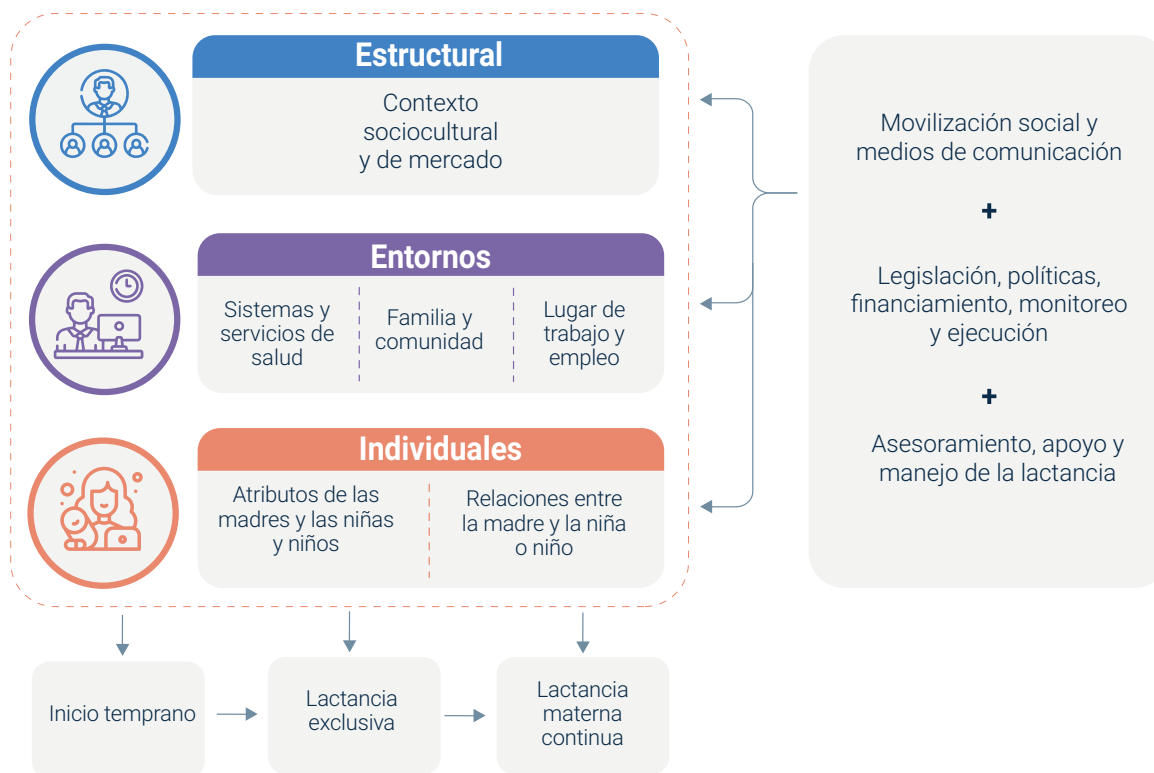
Algunos diferenciales como la migración, la pertenencia étnica, la posición socioeconómica y el sexo son determinantes del estado nutricional de la población infantil en diversas poblaciones (Moussa K., Sanz J. & Wanden C., 2014) (Sun et al., 2019). El estado socioeconómico de los hogares ha sido también un predictor importante del estado nutricional de las niñas y los niños en diferentes países, según el cual en los hogares con peor estado socioeconómico (más pobres) los niños y niñas sufren de manera desproporcional desnutrición crónica (Sun et al., 2019).

En las relaciones entre los determinantes sociales de la salud con la nutrición en poblaciones indígenas, se encuentran como determinantes importantes en la nutrición de los niños y niñas, la falta de servicios básicos y vivienda adecuada, el nivel educativo y analfabetismo, las barreras geográficas y la sensibilidad (o falta de esta) hacia las tribus o comunidades (Vallejo M., Castro L., Cerezo M., 2016) (Shirisha P., 2019). En la población urbana se ha observado como determinantes relevantes en la nutrición el nivel socioeconómico y educativo de los padres y hogares (Álvarez L., Goetz J. & Carreño C., 2012). Existen diferencias nutricionales importantes entre la zona rural y urbana, en donde el sexo y el nivel socioeconómico son aspectos preponderantes (Flórez C. & Nupia A., 2001).

Los determinantes sociales impactan las prácticas de crianza en cinco áreas fundamentales: estabilidad económica, educación, contexto comunitario y social, salud y el vecindario o ambiente cercano (Walker D., 2020). La alimentación de bebés y niños pequeños está fuertemente influenciada por los diferentes niveles de los determinantes sociales, las políticas alimentarias, así como por los sistemas alimentarios y de salud que rodean a los cuidadores y las niñas y los niños. Entender este contexto es fundamental para proporcionar información, educación y apoyo sobre la crianza a los cuidadores, así como para abordar el acceso a alimentos saludables de una manera culturalmente apropiada (Pérez-Escamilla, Segura-Pérez & Lott., 2017).

En la serie de la revista *The Lancet* sobre lactancia materna 2016, se identificaron diversos determinantes de la lactancia materna y se propuso un modelo conceptual en el cual se incluyeron los determinantes que operan en múltiples niveles y afectan las decisiones y comportamientos sobre la lactancia materna a lo largo del tiempo (Ilustración 2). Asimismo, se resaltó que, con algunas excepciones médicas, casi todas las mujeres son biológicamente capaces de amamantar. Sin embargo, como se ha referido previamente, las prácticas de lactancia están condicionadas por una amplia gama de determinantes históricos, socioeconómicos, culturales e individuales (C. Rollins, et al., 2016).

Ilustración 2. Los componentes de un entorno propicio para la lactancia materna: un modelo conceptual



Fuente: Adaptado de Nigel C Rollins, Nita Bhandari, Nemat Hajeebhoy, Susan Horton, Chessa K Lutter, José C Martines. (2016). ¿Por qué invertir y qué se necesitará para mejorar las prácticas de lactancia? serie | lactancia materna | volumen 387, número 10017, p491-504, 30 de enero de 2016

A pesar de que este modelo fue conceptualizado con énfasis en la práctica de la lactancia materna, es inevitable plantear la relevancia de cada uno de los niveles para una adecuada alimentación complementaria.

El nivel estructural se refiere a los determinantes sociales que afectan a toda la población. Estos determinantes incluyen las tendencias sociales, publicidad, medios y productos disponibles en el mercado. Las intervenciones a nivel estructural incluyen legislación, políticas y movilización social y de los medios de comunicación para cambiar las actitudes y prácticas sociales.

En los sistemas de salud, los proveedores de atención médica influyen y apoyan las decisiones de alimentación en momentos clave antes y después del nacimiento y más tarde, cuando surgen desafíos, para mantener la lactancia materna exclusiva y continua.

Las actitudes sociales y culturales y los factores del mercado dan forma al contexto estructural de la lactancia materna. La lactancia materna a menudo se describe como

el ideal para las niñas y los niños, lo que demuestra la devoción materna. Sin embargo, en algunos entornos, las mujeres que desean amamantar en público experimentan reacciones negativas, en particular en los espacios de trabajo donde empleadores y compañeros manifiestan incomodidad con la práctica. Por lo que, el trabajo de las mujeres se ha convertido en uno de los motivos principales para no amamantar o destetar prematuramente.

En el nivel más próximo, en las mujeres, la conducta de amamantamiento está influenciada por atributos personales como su edad, peso, educación y confianza, y por atributos de su hija e hijo como el sexo, el bienestar y el temperamento, por lo que la lactancia materna es un comportamiento que conlleva una relación entre la madre y su hija e hijo. Las interacciones momento a momento entre ellos, incluido si se piensa que la niña o niño está satisfecho y contento, son el resultado de la internalización de las influencias por parte de la madre en el nivel de los determinantes estructurales y los entornos.

Adicionalmente, los determinantes individuales, incluidos los consejos y las prácticas que modifican la confianza y la autoeficacia de la madre, pueden afectar negativa o positivamente la lactancia materna. De esta manera, las experiencias en la posición y agarre para la lactancia, así como el apoyo percibido, especialmente en las primeras semanas después del nacimiento, y la anticipación de las dificultades para amamantar son aspectos que pueden promover la continuidad o el abandono de la lactancia. En donde, las madres que no amamantan con éxito tienen menos probabilidades de intentar amamantar en embarazos posteriores. Adicionalmente, el llanto o la irritabilidad de la niña o niño, la percepción de hambre y el sentimiento de incapacidad hacen que la madre asuma que no tiene suficiente leche y que introduzca sucedáneos de la leche materna (C. Rollins, et al., 2016).

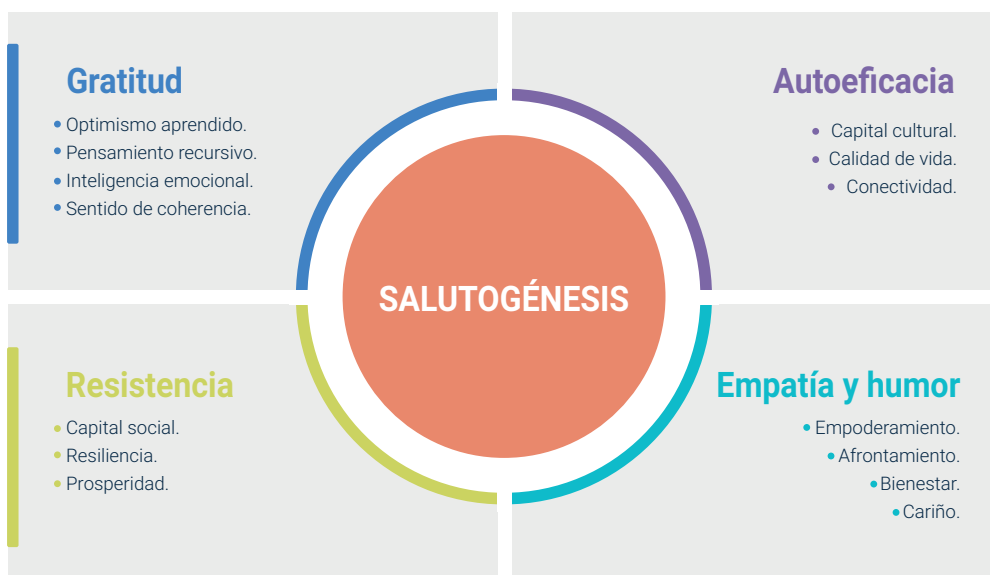
Todo lo anterior llama la atención sobre la necesidad de un trabajo intersectorial adecuado que permita hacer frente a los determinantes de la salud y la nutrición infantil, entendiendo que dichos determinantes tienen implicaciones sobre todo el curso de vida (Arias M., Tarazona F., Granados C., 2012). En este sentido, se considera relevante reconocer también la existencia de otros modelos, como el de las Acciones para una Nutrición Infantil Óptima, propuesto en la serie de The Lancet sobre Nutrición Materna e Infantil (Black R, et al., 2013) al igual que el del Informe de la Nutrición Mundial 2020 (Mischa R., et al., 2020), que contienen varios de los elementos considerados previamente y permiten una visión integral de los determinantes de una nutrición adecuada en todas las poblaciones.

3.4. Salutogénesis y activos en salud y alimentación

La salutogénesis se ha definido de diversas maneras, a partir del modelo descrito por Antonovsky en la década de los 80, apartándose de una visión médica tradicional, que transita de la patogénesis al entendimiento de la “creación de salud”. De esta manera la

salutogénesis refiere el “origen de la salud” y se ha constituido como un modelo enfocado en los factores que apoyan la salud y el bienestar (Antonovsky, 1996) (Mittelmark & Bauer 2017). Bajo la “sombrija sobre la salutogénesis” (Lindström & Erickson, 2010) se resaltan los diversos aspectos que contribuyen con la salud tratados por diferentes actores y agrupados en teorías comunes (ilustración 3).

Ilustración 3. Teorías asociadas a la salutogénesis



Fuente: Adaptado y simplificado de Lindström, Eriksson y Wikström. (Lindström & Eriksson, 2010), sobre su modelo de sombrilla de la salutogénesis. Cada uno de los conceptos incluidos refiere una teoría y ha sido agrupado en otros grandes conceptos. En el modelo original se expone cada uno de los autores asociados a las diferentes teorías.

El modelo salutogénico surge como contrapropuesta al pensamiento patogénico y de prevención de la enfermedad a través de la reducción de los factores de riesgo. Estos modelos pueden ser vistos como complementarios ya que el modelo salutogénico presta mayor atención a aquellos aspectos positivos que permiten conservar y aumentar la salud y el bienestar.

La LM es uno de los resultados con enfoque salutogénico (Smith V. et al., 2014). El grado con el que se disfruta de la lactancia se correlaciona de manera positiva con la duración, más sentimientos positivos y mejor relación con su bebé, su percepción de la relación de su pareja con el bebé, una percepción más fuerte sobre la relación parental de pareja y un mayor sentido de coherencia (Granberg et al., 2020).

Diversos estudios han resaltado la importancia de ver la lactancia no solo como una manera de alimentar al bebé, sino también como un reto existencial para la madre y una

oportunidad para tener mayor contacto con los hijos (Palmér et al., 2010). Se ha observado que a pesar de que la lactancia presupone retos para la madre y su pareja, esta es capaz de reducir el estrés que experimenta la madre, con un efecto positivo sobre la maternidad y el subsecuente cuidado. Lo anterior se encuentra directamente relacionado con el sentido de coherencia, que expresa la capacidad de hacer frente a factores estresantes y gestionar las tensiones con éxito y ha sido uno de los principales postulados del modelo salutogénico.

La investigación sobre AC es un poco más limitada y aún no se encuentran reportes que vinculen de manera directa los postulados del modelo salutogénico; aunque se podrían identificar elementos que se dirijan en la misma dirección. De acuerdo con los resultados de estudios cualitativos, se considera que al igual que para la LM, la AC podría jugar un rol importante en el sentido de coherencia y en la mejora de indicadores para la madre y las niñas y los niños. En este orden, se ha observado que el enfoque salutogénico permite una mejora en la práctica de estilos de vida saludables asociados con la alimentación, lo que podría justificar su implementación para el caso de la AC.

A pesar de que se requiere de más investigaciones sobre estos modelos en la LM y la AC, esta propuesta reivindica la necesidad de pensar la salud, la alimentación y la nutrición desde una perspectiva positiva y propende por promover en mejor medida una nutrición adecuada de las niñas y los niños del país, de sus madres y familias. El PDLMAC 2021-2030 asume que las niñas y los niños sujetos de su implementación parten con un gran potencial de desarrollar activos de bienestar que no se pueden dejar de lado, que deben ser potenciados en cada momento de intervención, que deben ser comprendidos, reconocidos y apalancados por la institucionalidad y la sociedad en su conjunto; constituyéndose en la base del compromiso estructural del Plan.

3.5. Enfoque territorial

El concepto de territorio asume un papel central para entender las relaciones de poder que se desarrollan en los procesos de producción y uso del espacio (Fuini L., 2017). Implica la comprensión de un espacio vivido, situado histórica, política y económicamente y que se condiciona como resultado de procesos de transformación y organización de los grupos sociales (Molina A., 2018). Aludiendo a la realidad geográfica podría entenderse a partir de una de las vertientes que trabaja el espacio como vivencia, representación, experiencia, lugar y construcción social (Lindón A., 2012). Existe una discusión teórica sobre los conceptos de territorio, espacio y lugar, cuya solución no es objeto del Plan; sin embargo, se tiene en cuenta que:

Los territorios constituyen la expresión histórica de las dimensiones espacio y tiempo; se estructuran a partir de las relaciones entre seres humanos y entre estos y los demás elementos biofísicos del planeta. No hay acción humana que

ocurra fuera de los territorios, pues la primera es constitutiva de los segundos. Los territorios son pues construcciones sociales manifiestas en múltiples niveles de escalas espaciales (Morales F. & Jiménez F., 2018, pp. 15-16).

En este sentido, el enfoque territorial se ha abordado de diversas maneras en las teorías de desarrollo y en la planificación de políticas públicas, que incluyen perspectivas multidimensionales, globales, de multinivel, en las que se hace referencia a la comprensión de los fenómenos que atraviesan lo urbano y lo rural.

El enfoque territorial en el PDLMAC 2021-2030 pone el foco de atención en las relaciones sociales que ocurren en los territorios y por tanto se fortalece el papel primordial de los actores que participan y construyen cada uno de ellos. Se resalta la importancia de la ruralidad, pero no se circunscribe a esta, en tanto se entiende que dichas relaciones se construyen en todos los niveles y existe interdependencia entre lo urbano y lo rural.

Al respecto se traen algunos elementos para la comprensión del territorio que son útiles en su análisis y las implicaciones para el desarrollo de acciones en el PDLMAC 2021-2030:

- Toda relación social tiene ocurrencia en el territorio y se expresa como territorialidad. El territorio es el escenario de las relaciones sociales y no solamente el marco espacial que delimita el dominio soberano de un Estado.
- El territorio es un espacio de poder, de gestión y de dominio del Estado, de individuos, de grupos y organizaciones y de empresas locales, nacionales y multinacionales.
- El territorio es una construcción social y nuestro conocimiento de este implica el conocimiento del proceso de su producción.
- La actividad espacial de los actores es diferencial y por lo tanto su capacidad real y potencial de crear, recrear y apropiar territorio es desigual.
- En el espacio concurren y se sobreponen distintas territorialidades locales, regionales, nacionales y mundiales, con intereses distintos, con percepciones, valoraciones y actitudes territoriales diferentes, que generan relaciones de complementación, de cooperación y de conflicto.
- El territorio no es fijo, sino móvil, mutable y desequilibrado. La realidad geosocial es cambiante y requiere permanentemente nuevas formas de organización territorial.
- El sentido de pertenencia e identidad, el de conciencia regional, al igual que el ejercicio de la ciudadanía y de acción ciudadana, solo adquieren existencia real a partir de su expresión de territorialidad. En un mismo espacio se sobreponen múltiples territorialidades y múltiples lealtades (Montañez G. & Delgado O. 1998).

Al hablar de un enfoque territorial se debe hablar de identidad, de relaciones sociales, intereses, organización, espacio, construcciones sociales y poder. No sería posible entender los territorios si no se consideran sus diversas dimensiones, si no se incluyen sus diferentes actores. Para la LM y la AC esto implica poder acercarse a las distintas realidades que se presentan en las diferentes regiones del país y abordarlas de acuerdo con sus especificidades, características y dinámicas. El enfoque territorial del PDLMAC 2021-2030 establece el reconocimiento de los territorios, sus dinámicas, sus actores, identidades, necesidades y construcciones; trasciende aproximaciones exclusivamente político-administrativas que, si bien les dan estructura a las acciones institucionales, debilitan comprensiones sociales e intersubjetivas de más amplio espectro, relevantes para la LM y la AC.

De igual manera, se reconoce que en los territorios es donde sucede lo proximal, que se encuentra o no aquello que se requiere para lograr lo esperado en LM y AC. En los territorios se identifican los diferenciales más profundos y específicos; en su geografía, distribuciones y recursos se hace posible una acción o se requiere adecuarla. Es allí donde se cuenta con alimentos o no, con accesos a servicios, con redes sociales y de apoyo, donde se materializa el conjunto de políticas públicas, donde existen o no capacidades institucionales.

La gestión territorial es una línea de acción que dinamiza y le da sostenibilidad a la Política de Estado para el desarrollo integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se entiende como “las acciones de fortalecimiento para la ejecución de la Política en los territorios con miras a la especialización de la arquitectura institucional, el incremento de las capacidades de los servidores públicos locales, la promoción de la descentralización y autonomía territorial” (Ley 1804 de 2016). Del mismo modo, otras políticas públicas de orden sectorial como la Política Integral de Atención en Salud resaltan los roles territoriales en la integración de la atención y la intervención de determinantes de la salud; y la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional que estableció como estrategia su expresión en un plan nacional y planes territoriales que operaran en armonía con otros planes de inversión y acción, y en especial con la atención alimentaria a la primera infancia. Igualmente, asimismo, el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes de Desarrollo cuatrienales son políticas adaptadas a las realidades y especificidades territoriales, culturales y alineadas a derroteros nacionales.

3.6. Transformación de prácticas sociales e institucionales

La transformación social puede entenderse como la reestructuración de los aspectos de la vida que van desde la cultura hasta las relaciones sociales, de la política a la economía, de la manera en que pensamos a la manera en que vivimos (Rabie M., 2013). Las razones de dicha transformación son variadas y pueden incluir aspectos culturales propios de una

comunidad, decisiones individuales y acciones institucionales, entre otras. Las teorías sobre transformación social permiten entender y abordar los cambios en las prácticas sociales e institucionales, que pueden ser aplicadas a la LM y la AC en tanto constituyen prácticas mediadas por los contextos sociales y culturales.

Las políticas públicas como acción pública (de todos) se materializan no solo a través de los bienes y servicios de los que se disponen para atender las demandas y necesidades existentes; sino que suceden en contextos construidos socialmente. Estos contextos, a su vez, están determinados por la subjetividad que subyace a las relaciones humanas que se dan en las dinámicas permanentes de interacción en diversos ámbitos familiares, laborales, institucionales, educativos, abiertos como la calle, entre otros.

Prácticas como la LM y la AC son expresiones de estas dinámicas intersubjetivas que definen comportamientos individuales y sociales. Estas prácticas son visibles en los espacios vitales cotidianos, así como en lo institucional y fuera de allí, por los individuos y grupos que los componen. Como lo expresa la ENSIN 2015, los cambios alimentarios son procesos de transformación social que se configuran a partir de interacciones de prácticas que se modifican por encuentros generacionales y por la influencia de comportamientos y estereotipos incorporados por la tecnología, la comunicación, la globalización. Los logros esperados en este Plan Decenal se relacionan con prácticas sociales e institucionales. Por esto, la transformación de estas prácticas es un camino estructural de la organización estratégica y operativa del mismo, al acoger propuestas de intervención basadas en los cambios del comportamiento.

Propuestas como las teorías y estudios del comportamiento, en contraposición con algunas que se conciben desde la acción racional, toman relevancia en las explicaciones que subyacen a las decisiones que toman los individuos en sus hábitos y prácticas cotidianas. Se han propuesto diversos principios que podrían explicar la conducta humana, entre los que se incluyen: i) las conductas de otras personas importa, ii) los hábitos son importantes (las personas hacen muchas cosas sin pensar en ellas de manera consciente), iii) las personas están motivadas a hacer 'lo correcto', iv) las expectativas de las personas influyen en la manera en que se comportan, v) las personas tienen aversión a la pérdida, vi) las personas fallan al calcular durante la toma de decisiones y vii) las personas necesitan sentirse involucradas y efectivas para realizar un cambio (Dawney E. & Shawn H., 2005).

Los modelos del comportamiento no han sido ampliamente utilizados en las prácticas de LM y AC; sin embargo, en los campos de la alimentación y nutrición humana se han trabajado con gran profundidad las intervenciones de cambio de comportamiento. Este tipo de intervenciones se conocen de manera general como "educación en nutrición" o "educación nutricional" y se han aplicado con especial énfasis en la práctica de la AC, refiriéndolas como intervenciones de comunicación para el cambio de comportamiento en

la alimentación complementaria (CFBC, por su sigla en inglés). Algunas intervenciones con efectos positivos sobre la alimentación complementaria incluyen: el cambio de conductas; promover comportamientos mejorados, según las necesidades de la comunidad; el desarrollo de soluciones creativas; y una estrategia integral con un componente comunicativo. Así, se ha observado que estos enfoques de cambio de comportamiento pueden ser alternativas costo-efectivas en la reducción de las tasas de desnutrición (IYCN, 2011) y pueden plantearse para la consecución de mejores objetivos relacionados con la LM y la AC.

4



DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN RELACIONADO CON LOS SUJETOS TITULARES DE DERECHO, LA LACTANCIA MATERNA Y LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



El Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030 parte de un diagnóstico de situación relacionado con los sujetos titulares de derechos a los que el Plan se dirige como centro y razón de ser de este, al alcance específico de la lactancia materna y la alimentación complementaria, que son el objeto de énfasis de su actuación. También parte de los principales hallazgos y resultados relacionados con las líneas que orientan el direccionamiento estratégico del Plan.

Para este diagnóstico, se partió de los documentos previos a la formulación del Plan, relacionados con el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, que corresponden a la Evaluación de Proceso publicada en el 2016 y la Valoración de Efectos realizada en el 2020. También se revisaron algunas fuentes adicionales, que si bien ya habían sido incluidas en estos análisis contaban con información de interés para la formulación. Otra fuente principal en la elaboración final de este capítulo fueron los aportes de los diferentes actores, según las categorías de análisis que se establecieron para esos fines. La participación lograda durante la formulación complementa y ratifica los insumos obtenidos previamente.

4.1. Caracterización según indicadores poblacionales relacionados con los sujetos titulares de derecho en el Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021 - 2030

Colombia se ha caracterizado por transformaciones demográficas relacionadas con disminuciones en la fecundidad y en la mortalidad y con el envejecimiento poblacional, con diferentes resultados en el país. Esto se relaciona con una mayor urbanización, mayor participación femenina en los espacios laborales y educativos, cambios en la jefatura de hogar, transformaciones en las configuraciones de los hogares y con un incremento en la migración internacional hacia el país (por la crisis política y económica en Venezuela).

Estos múltiples aspectos se asocian con el tamaño y distribución de los grupos poblacionales relacionados con el PDLMAC tanto en los resultados obtenidos en los últimos diez años, como en las exigencias a las que se debe responder en los próximos diez años.

Para efectos del PDLMAC 2021-2030 se tienen dos grupos de sujetos a quienes se espera responder. En primer lugar, las niñas y los niños desde su concepción y hasta sus dos años por lo menos; y en segundo lugar, las mujeres que de acuerdo con sus decisiones ejercen su sexualidad y dan paso a la fecundidad que se materializa en los embarazos y posteriores nacimientos de sus hijos e hijas. Todos estos momentos vitales y roles que se asumen a través del curso de vida requieren de acciones dirigidas a las mujeres en edad fértil, gestantes y, de acuerdo con el objeto de este Plan, durante los procesos de lactancia, alimentación y crianza de sus hijos e hijas, lo que implica articulación con otros instrumentos de política.

La caracterización relacionada con los sujetos que aborda el PDLMAC 2021-2030 se divide en lo relativo a las mujeres y situaciones derivadas de los momentos vitales que inciden en la fecundidad, la gestación, la lactancia materna y la crianza de sus hijos e hijas; y lo relacionado con los niños y las niñas hasta los dos años de edad con énfasis en la situación nutricional identificada por la ENSIN 2015.

4.1.1. Caracterización relacionada con las mujeres y sus momentos vitales

Para referirse a las situaciones y factores relacionados con los momentos vitales de las mujeres que tienen la posibilidad y capacidad de dar vida a niñas y niños en el próximo decenio, se han seleccionado algunos análisis incluidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015. Esta encuesta es una de las fuentes para comprender lo que sucede con las mujeres en edad fértil y en eventos relacionados con la salud materna y su contexto próximo, una vez son madres o se preparan para serlo.

La fecundidad es el hecho vital que materializa el potencial derivado de las condiciones de fertilidad de mujeres y hombres, es el momento que le da origen a la gestación de las niñas y los niños sujetos de derechos en el marco de este Plan Decenal. El ejercicio de la sexualidad a través del curso de vida de mujeres y hombres es el espacio que genera la posibilidad de embarazarse y de continuar con el proceso de gestación y del nacimiento de niños y niñas. En este contexto, el Plan Decenal reconoce a las mujeres desde la preconcepción como sujetos de derecho y de exigibilidad de intervenciones, dado que lo que sucede con ellas, sus condiciones de bienestar, cuidado, salud, alimentación y nutrición, entre otras, tienen incidencia en los procesos y momentos vitales que permitirán mejores resultados tanto para ellas como para sus hijas e hijos.

A partir de la ENDS 2015, se encontró que la mujer en edad fértil es la jefa de hogar; el 56,5% cuentan con secundaria o más en su nivel educativo, las mujeres que en el momento de la encuesta estaban trabajando, con una diferencia significativa en relación con los hombres de la misma edad; el porcentaje de mujeres que dejaron de estudiar por un embarazo, en edades entre los 13 y los 24 años; observando que es mayor en zona rural que en la urbana

casi 4 puntos porcentuales; y el porcentaje de mujeres en unión con riesgos de concebir un hijo y de mortalidad y sus importantes diferenciales entre zonas y con respecto al total país (ver tabla 2).

Tabla 2. Indicadores básicos seleccionados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015

Indicadores	Total País	Zona	
		Urbana	Rural
Porcentaje de hogares con jefe mujer	36,4	39,6	25,5
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años con secundaria completa o más	56,5	64,3	27,1
Porcentaje de hombres de 13 a 49 años con secundaria completa o más	51,6	60,1	24,6
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que trabajan actualmente	53,6	56,6	41,8
Porcentaje de hombres de 13 a 49 años que trabajan actualmente	75,0	72,6	82,6
Porcentaje de mujeres de 13 a 24 años que abandonaron el estudio por embarazo	6,9	6,0	9,7
Porcentaje de mujeres en unión a riesgo de concebir un hijo con riesgo elevado de mortalidad	32,7	28,1	43,9
Tasa Global (Total) de Fecundidad (hijos por mujer)	2,0	1,8	2,6
Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años madres o embarazadas del primer hijo	17,4	15,1	24,8
Porcentaje de mujeres de 13 a 19 años alguna vez embarazada	13,8	12,2	18,6
Porcentaje de hombres de 13 a 19 años con un hijo o más	1,5	1,4	1,9
Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	17,0	14,1	27,2
Porcentaje de hombres de 20 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	35,6	38,8	35,1
Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que tuvo su primera unión antes de los 20 años	39,6	34,3	58,3
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibió atención prenatal de médica/o o enfermera/o	97,5	98,9	93,7
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibió atención de médica/o o enfermera/o durante el parto	95,9	99,0	88,1
Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibió control postnatal por médica/o o enfermera/o	99,4	99,6	98,8

Fuente: encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo I. pp. 45-48

Para efectos de la atención de las mujeres y su protección durante la gestación es relevante resaltar que la tasa global de fecundidad ha disminuido en especial en zonas urbanas (1,8), siendo mayor el número de hijos en aquellas mujeres que no tienen educación (3,9) y en el quintil más bajo (2,0) (ENDS, 2015, p. 269). Llama la atención que, en zonas rurales, los porcentajes de mujeres madres o embarazadas del primer hijo o alguna vez embarazada, son superiores en edades de 13, 15 a 19 años; con un 13.8% alguna vez embarazada y un 17.4% que ya eran madres o lo serían en los siguientes meses (ENDS, 2015, p. 287). En contraste, el porcentaje de hombres con un hijo o más es muy pequeño, lo que se relaciona con un inicio más temprano del rol reproductivo en las mujeres; en especial aquellas en condiciones socioeconómicas menos favorables (ENDS, 2015, p. 283).

Otros indicadores importantes en relación con la fecundidad son los intervalos intergenésico y protogenésico (que se refieren al lapso entre hijos o hijas y al período entre la unión y el nacimiento del primer hijo respectivamente) en los cuales se reconoce que los intervalos cortos, se asocian a peores condiciones de salud en las niñas y los niños: bajo peso al nacer, desnutrición y mortalidad neonatal; y le dan contexto a los nacimientos y a la crianza de acuerdo con las características de las uniones (ENDS, 2015, p. 275). Las mujeres más jóvenes (de 15 a 19 años), las que viven en la zona rural, con menor nivel educativo y quintil más bajo de riqueza tienen los menores intervalos intergenésicos (ENDS, 2015, p. 39). Con respecto al intervalo protogenésico se evidencia que el 33,7% de los nacimientos ocurrió fuera de una unión y un 50,7% de los nacimientos se concibió antes de una unión (ENDS, 2015, p. 39), situaciones relevantes cuando se analiza la presencia y apoyo de la pareja.

Esto también atañe a la organización de los hogares y sus relaciones con la tipología familiar, encontrando que para el 2015 el 11,1% de los hogares es unipersonal, el 19,1% está constituido por dos personas y el 23.3% por tres personas; con disminución de las familias extendidas y compuestas, incremento de hogares monoparentales con jefatura femenina y convivencia sin parentesco (ENDS, 2015, p. 11).

Con respecto al inicio de las relaciones sexuales se encuentra que el inicio antes de los 18 años aumentó tanto en mujeres como en hombres, pasando de 40,9% a 65% en las primeras y de 72,9% a 81,2% en ellos (ENDS, 2015, p. 49), lo que incrementa la posibilidad de embarazos a edades más tempranas.

En el contexto de la lactancia materna y sus logros de exclusividad y continuidad, son de especial relevancia las situaciones en las que la madre puede dejar a su bebé cuando debe salir o volver al trabajo. Algunos hallazgos de la ENDS 2015 ilustran circunstancias que influyen en estos resultados y en el bienestar integral de los niños y las niñas. Las madres muestran diferencias de edad con su pareja, entre 6 a 20 años menos, que las coloca en condiciones de asimetría de poder con el padre de su primer hijo o hija (ENDS, 2015, p. 296). En otros casos, no se dispone de opciones de cuidado de las niñas y los niños menores, al momento de ausentarse del hogar, lo que se puede convertir en un grave factor limitante para la participación económica; o forzar a acudir a opciones

de cuidado como los niños mayores del hogar o a vecinos y amigos, que pueden agregar riesgos. Se acude con frecuencia a los abuelos y en los quintiles de mayor riqueza a la empleada doméstica (ENDS, 2015, p. 27).

En cuanto a la salud materna y los servicios recibidos, en la tabla 2 se incluyen tres indicadores importantes: porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibió atención prenatal de medicina o enfermería, porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibió atención de medicina o enfermería durante el parto, porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibió control postnatal de medicina o enfermería; todos con resultados óptimos, en su mayoría por encima del 95%. Estas atenciones se convierten en momentos de oportunidad para consolidar los conocimientos y las buenas prácticas en relación con el cuidado durante la gestación, el primer contacto, el inicio temprano de la lactancia y la posterior adherencia a la misma. Aquí cabe la pregunta del por qué la distancia entre estos logros obtenidos en la atención materna y el que no se logre el inicio temprano de la lactancia materna.

Con respecto a estos mismos indicadores, el DANE en sus reportes de estadísticas vitales muestra que el comportamiento del porcentaje de nacidos vivos con menos de ocho controles prenatales durante los años 2017, 2018 y 2019 fue de 63,3%, 63% y 62,7% respectivamente; y el porcentaje de partos institucionales se ha ubicado por encima del 98% en los tres períodos (98,9%; 98,3% y 98,4% respectivamente). Se ratifica que estos indicadores de acceso y contacto adecuado con los servicios de salud deberían fortalecer el cuidado y protección de los recién nacidos y la lactancia materna, dados los múltiples beneficios que tiene para el binomio madre e hijo o hija.

Estos hallazgos muestran que son múltiples los elementos incidentes relacionados con las mujeres, sus parejas y familias; con la fecundidad en el país, resaltando algunos diferenciales y contextos que deben incorporarse en los análisis territoriales específicos y en la implementación de lo incluido en el Plan Decenal. Con énfasis en los acumulados vitales que colocan a las mujeres en capacidades diferenciales de decisión, empoderamiento, apoyo y posibilidades de prácticas protectoras en relación con la LM y la AC.

4.1.2. Caracterización relacionada con las niñas y los niños

Los principales sujetos del Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030 son las niñas y los niños desde su gestación y hasta los dos años de vida. La Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015 reitera que estos años son cruciales para toda la vida, teniendo en cuenta la incidencia de una adecuada alimentación y nutrición en su desarrollo integral, sobrevivencia hasta los 5 años, reducción de morbilidad y mortalidad y soporte de consecuencias positivas para el resto de la vida (ENSIN, 2015). Las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño son uno de los determinantes individuales que afecta el estado nutricional.

En este contexto, se sabe que las dificultades en la práctica de la lactancia materna y en la alimentación complementaria generan en las niñas y los niños amenazas y riesgos relacionados con

la desnutrición, deficiencias en vitaminas y minerales; e incluso exceso de peso. Estas dificultades afectan su crecimiento, su desarrollo mental y de capacidades; aumentan las probabilidades de presencia de enfermedades prevalentes de la infancia y a futuro diabetes y enfermedades cardiovasculares (ENSIN, 2015).

De acuerdo con estos planteamientos, a continuación, se presentan los principales hallazgos de la ENSIN 2015 relacionados con el estado nutricional de las niñas y los niños menores de cuatro años y en particular, los menores de dos años (ver tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de situación nutricional seleccionados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015

Indicadores	Total País	Region						Urbano	Rural
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Orinoquía - Amazonía	Bogotá		
Prevalencia de desnutrición aguda en niños y niñas de 0 a 4 años (%)	1,6	2,2	*1,5	^1,5 ¹	*1,4 ²	*0,4	**0,9 ³	^ 1.4	^ 1.8
Prevalencia de desnutrición aguda en las niñas y los niños menores de 2 años (%)	2,36	SDD ⁴	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Prevalencia de desnutrición aguda moderada en los menores de 5 años (%)	1,2	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Prevalencia de desnutrición aguda severa en los menores de 5 años (%)	0,3	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD

¹A: coeficiente de variación igual o mayor a 15% y menor a 20%, la precisión es aceptable.

²*: coeficiente de variación igual o mayor a 20% y menor a 30%, la precisión es "regular" y por lo tanto debe ser usada con precaución.

³** : coeficiente de variación igual o mayor a 30%, la precisión es muy baja y por lo tanto debe ser usada con precaución.

⁴SDD: sin desagregación disponible. Explicado por el alcance de representatividad muestral de la encuesta.

Indicadores	Total País	Region						Urbano	Rural
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Orinoquía - Amazonía	Bogotá		
Retraso en talla en niñas y niños de 0 a 4 años (%)	10,8	12,1	9,5	9,7	9,9	^12,3	13	9,0	15,4
Desnutrición global en menores de 5 años (%)	3,1	4,6	*2,2	^2,5	*1,8	*1,4	**4,2	2,6	4
Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años (%)	6,4	5,6	6,7	7,6	5,6	4,2	^6,6	6,3	6,6
Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 2 años (%)	6,7	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 3 años (%)	4,9	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 2 años (%)	24,7	25,7	23,8	18,6	26,6	33,1	29,7	SDD	SDD
Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 59 meses (%)	6,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	24,1	26,1
Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 11 meses (%)	35,6	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Prevalencia de deficiencia de vitamina A en niños y niñas de 1 a 4 años	14,8	20,2	^ 8,0	14,9	15,3	*14,0	^ 9,6	27,9	25,9

Indicadores	Total País	Region						Urbano	Rural
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	Orinoquía - Amazonía	Bogotá		
Deficiencia de zinc en la población de 1 a 4 años (%)	27,3	35,8	18,3	23,8	28,3	22,5	^24,4	35,4	37,2

Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional, 2015.

Se incluyen los resultados por región (alcance territorial de la ENSIN 2015) en los que se puede evidenciar que, si algunas de estas problemáticas o deficiencias nutricionales se encuentran por encima del hallazgo nacional, implica la necesidad de consolidar acciones y generar diferenciales que superen de forma específica estas desigualdades.

Otro aspecto que se considera relevante en este análisis es lo relacionado con la seguridad alimentaria en los hogares, también medida en la ENSIN 2015, de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA armonizada), que mide la inseguridad alimentaria basada en la experiencia de los hogares. De esta forma se clasifican los hogares de acuerdo con su prevalencia de seguridad o inseguridad alimentaria. Así, los hallazgos son los siguientes:

La prevalencia nacional de Inseguridad Alimentaria en el Hogar (INSAH) de acuerdo con la ENSIN 2015, correspondía al 54,2%; la inseguridad leve alcanzó un 31,9 %; el 13,8% de los hogares se encontró en inseguridad alimentaria moderada y en inseguridad alimentaria severa estaba el 8,5% (ENSIN, 2015, p. 132). La inseguridad alimentaria en los hogares fue mayor en las áreas menos urbanizadas y más dispersas del país. Con más del 50% de hogares en inseguridad alimentaria en el país, es evidente que aún persisten determinantes estructurales que impiden que un hogar tenga el acceso suficiente, adecuado y de calidad a los alimentos necesarios (ENSIN, 2015, p. 136).

En relación con esto, la ENSIN también indagó sobre autoconsumo y estrategias de afrontamiento como protectoras. Lo analizado por la ENSIN 2015 se incluye en este capítulo como un referente de la disponibilidad de alimentos para la alimentación complementaria. En la encuesta se plantea que “garantizar la disponibilidad de alimentos en el hogar, se convierte en un factor protector de la seguridad alimentaria, pues esto promueve un consumo suficiente y equilibrado por parte de todos los miembros de la familia y de la comunidad, permitiéndoles alcanzar niveles adecuados de nutrición, salud y seguridad alimentaria” (ENSIN, 2015, p. 137).

La prevalencia nacional de autoconsumo alcanzó un 15,9%; el 3,6% de los hogares tiene autoconsumo diario de frutas y verduras y el 6,4% autoconsumo diario de proteína de origen animal (ENSIN, 2015, p. 137). Como otras experiencias protectoras para que los hogares obtengan alimentos diferentes a la compra o producción, se encontraron: recibir alimentos regalados o donados y la práctica de la pesca; las prácticas de recolección silvestre, trueque y caza se evidenciaron en un 20,9% de los hogares (ENSIN, 2015, p. 139).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento (lograr acceso y disponibilidad de alimentos) se encontró que a nivel nacional el 51,6% de los hogares realizó alguna de estas estrategias (ENSIN, 2015, p. 140). Las estrategias de mayor prevalencia observadas fueron: el consumir alimentos de menor calidad o más baratos, pedir prestado para comprar alimentos o depender de un familiar, amigo o conocido para adquirirlos y disminuir porciones de las comidas para que alcanzara en el hogar (ENSIN, 2015, p. 142).

Adicionalmente, el 8,6% de los hogares con menores de 18 años tuvo que enviar algún niño o niña del hogar con los vecinos o familiares por falta de alimentos. Las menores prevalencias se encontraron en las estrategias de afrontamiento insostenibles, las cuales suman 8,5%, siendo las que aumentan la vulnerabilidad, ya que son aquellas donde los hogares venden sus pertenencias e incluso sus bienes productivos (ENSIN, 2015, p. 142).

4.2. Caracterización según indicadores relacionados con la lactancia materna y la alimentación complementaria

Los indicadores relacionados con la lactancia materna y la alimentación complementaria muestran el comportamiento de lo que se espera con el amamantamiento, el tiempo de exclusividad, la introducción de otros alimentos y factores relacionados con los servicios e indicaciones recibidos. La fuente utilizada fue la ENSIN 2015 (ver tabla 4).

Tabla 4 Indicadores relacionados con la lactancia materna y la alimentación complementaria seleccionados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2015

Indicadores	Total País	Region					
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	O-A ⁵	Bogotá
Porcentaje de niñas y niños menores de 3 años que recibieron lactancia materna (alguna vez)	97,2	96,3	96,8	97,6	97,2	98,0	98,6
Porcentaje de madres que no amamantaron	2,8	SDD ⁶	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Motivos de no amamantar							
No le bajó la leche (%)	36,0	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
El niño se rehusó (%)	23,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD

⁵Orinoquía y Amazonía

⁶SDD: sin desagregación disponible. Explicado por el alcance de representatividad muestral de la encuesta.

Indicadores	Total País	Region					
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	O-A ⁵	Bogotá
Otros motivos: madre/niño enfermo, problemas en el pezón, problemas de succión, esposo o compañero que no están de acuerdo con la práctica de lactancia materna, madre tenía que trabajar (%)	40,0	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de madres de niñas y niños menores de 3 años que iniciaron la lactancia materna en la primera hora de nacido	72,6	70,9	70,2	76,8	74,7	73,9	68,0
Porcentaje de inicio en la primera hora de nacido según tipo de parto							
Parto vaginal	81,3	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Cesárea	61,9	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de inicio en la primera hora de nacido en niños y niñas con bajo peso al nacer	57,2	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de inicio de la lactancia materna en el primer día de nacido	17,6	17,2	22,1	14,1	15,2	17,6	22,0
Porcentaje de inicio de la lactancia materna después del primer día de nacido	9,88	11,9	7,7	9,1	10,1	8,5	*10,0

Indicadores	Total País	Region					
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	O-A ⁵	Bogotá
Porcentaje de niños y niñas recibieron líquidos distintos a la leche materna durante los 3 primeros días de nacimiento	29,6	35,1	24,5	29,5	29,8	24,2	27,3
Porcentaje de niños y niñas menores de seis meses que recibieron lactancia materna exclusiva	36,1	20,5	41,3	36,2	45,9	41,9	^45,6
Porcentaje de niños y niñas menores de 0 a 1 mes que recibieron lactancia materna exclusiva	51,6	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas menores de 2 a 3 meses que recibieron lactancia materna exclusiva	33,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas menores de 4 a 5 meses que recibieron lactancia materna exclusiva	25,0	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas menores de 4 a 5 meses que ya no recibían lactancia materna	15,9	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas menores de seis meses que no recibieron lactancia materna	10,8	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD

Indicadores	Total País	Region					
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	O-A ⁵	Bogotá
Porcentaje de niños y niñas que recibieron lactancia materna durante el primer mes de vida y también leche de fórmula	25,4	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas menores de seis meses que recibieron lactancia materna y también otros líquidos no lácteos	3,3	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de mujeres que recibieron información relacionada con la práctica de lactancia materna durante la gestación	78,7	77,3	78,4	79	74	74	88,4
Porcentaje de madres que reportaron recibir la recomendación de utilizar leche de fórmula	41,6	45,1	38	40,6	38,5	27,7	49
Porcentaje de casos en los que la recomendación de uso de leche de fórmula fue realizada por un profesional de la salud	79,1	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de casos en los que la recomendación de uso de leche de fórmula fue realizada por un pariente/amigo/pareja	21,7	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de los niños y niñas de 0 a 23 meses en Colombia fueron alimentados con biberón	50,8	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses que aún recibían leche materna	45,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD

Indicadores	Total País	Region					
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	O-A ⁵	Bogotá
Porcentaje de niños y niñas de 4 a 5 meses de edad que recibieron el día anterior a la Encuesta alimentos sólidos, semisólidos o blandos	24,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de mamás de los niños y niñas de 6 a 8 meses que reportaron haber ofrecido alimentos como sopa espesa, puré, papilla o seco en el día anterior a la Encuesta	78,0	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses que eran amamantados y ya estaban consumiendo alimentos diferentes a la leche materna	82,6	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de los niños y niñas amamantados de 6 a 9 meses de edad según grupos de alimentos consumidos							
Cereales	78,1	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Líquidos no lácteos	65,8	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Origen animal	63,9	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de los niños y niñas no amamantados de 6 a 9 meses de edad según grupos de alimentos consumidos							
Leche de fórmula	69,3	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Cereales	68,0	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Líquidos no lácteos	51,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD

Indicadores	Total País	Region					
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	O-A ⁵	Bogotá
Origen animal	51,0	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses que consumieron alimentos fuentes de hierro como carnes y vísceras el día anterior a la Encuesta	69,3	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses no amamantados que cumplían la recomendación de frecuencia de alimentación con leche	84,1	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses que consumieron al menos 4 de 7 grupos de alimentos al día	71,8	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas no amamantados de 6 a 23 meses que consumieron al menos 4 de 7 grupos de alimentos al día	76,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas amamantados de 6 a 23 meses que consumieron al menos 4 de 7 grupos de alimentos al día	67,4	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que consumieron en el día, el número mínimo de veces de alimentos sólidos, semisólidos o blandos recomendados	61,1	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD

Indicadores	Total País	Region					
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	O-A ⁵	Bogotá
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 8 meses que eran amamantados y consumieron al menos 2 veces al día alimentos sólidos, semisólidos o blandos	58,2	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas de 9 a 23 meses que consumieron al menos 3 veces al día alimentos sólidos, semisólidos o blandos	40,6	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses no amamantados y consumieron al menos 4 veces al día alimentos sólidos, semisólidos o blandos (incluyendo dos tomas de leche)	78,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses que 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	36,5	30,2	33,7	38,6	32,6	42,1	49,5
Porcentaje de niños y niñas amamantados de 6 a 8 meses que 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	27,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD

Indicadores	Total País	Region					
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	O-A ⁵	Bogotá
Porcentaje de niños y niñas de 9 a 23 meses que 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	33,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas no amamantados de 6 a 23 meses que 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	41,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Porcentaje de niños y niñas entre 12 y 15 meses de edad que aún recibían leche materna	52,2	48,2	67,4	46,2	55,8	71,6	[*39,1
Porcentaje de niños y niñas entre 20 y 23 meses de edad que aún recibían leche materna	31,6	33,4	*40,4	27,2	24,7	*34,7	*31,1
Lactancia materna total (Mediana en meses)	14,0	13,1	17,4	12,5	16,9	17,8	12,7
Motivos para suspender la lactancia materna referidos por las madres de los niños y niñas menores de 3 años (Porcentajes)							
El niño o niña rehusó	25,8	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD

Indicadores	Total País	Region					
		Atlántica	Oriental	Central	Pacífica	O-A ⁵	Bogotá
Edad de destete	21,3	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Se le acabó la leche a la madre	19,5	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Madre enferma/ débil	7,0	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Madre trabajando	6,7	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Cansancio de la madre	3,1	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Niño enfermo/ débil	1,9	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD
Quedó embarazada	1,8	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD	SDD

Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional.2015. pp. 158, 159,161, 162-170

Como se puede observar en los diferentes indicadores seleccionados, se evidencian múltiples situaciones que establecen retos importantes para el PDLMAC 2021-2030 en tanto se tienen resultados que muestran el debilitamiento de las prácticas de lactancia materna a medida que se avanza en la edad de los menores, la introducción temprana de alimentos que afecta la exclusividad de los primeros seis meses, el uso y origen de recomendaciones erróneas relacionadas con las leches de fórmula y motivos de no amamantamiento y suspensión de la lactancia materna que deben ser analizados e intervenidos oportuna y eficazmente.

Se evidencian diferencias regionales que implican que aquellos territorios que han obtenido mejores resultados, los mantengan y continúen con dicha tendencia, más allá de que se establezcan metas nacionales que están por debajo de estos; y que reflejan los esfuerzos que se esperan a partir del resultado nacional y las capacidades institucionales para lograrlo. Esto significa que existen regiones con resultados desfavorables respecto de la prevalencia nacional y sus exigencias son mayores y otras con mejores comportamientos cuyas experiencias deben ser de especial interés para profundizar en prácticas exitosas y de eficacia diferencial. El enfoque territorial se sustenta en dichos diferenciales y deben materializarse desde una exploración local específica de lo que debe soportarse en acciones acordes con lo que sucede en cada territorio y sus poblaciones.

4.3. Otros aspectos de la caracterización situacional para el Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021 - 2030

En el marco de derechos y de su contribución en el desarrollo integral de las niñas y los niños para efectos de la formulación de este Plan, se identificaron las líneas estratégicas que recogen el conjunto de las actuaciones que deben dar respuesta a la situación actual, en la búsqueda efectiva de la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna y de la adecuada alimentación complementaria en el Plan Decenal. En este caso, se sintetizan los hallazgos derivados de la Evaluación de Medio Término del PDLM 2010-2020, el Análisis Institucional, la Valoración de Efectos de este y los aportes recabados en el proceso de construcción participativa; como complemento a los indicadores disponibles en las fuentes institucionales oficiales, incluidos en los puntos anteriores.

Los resultados de la Evaluación de Proceso del PDLM 2010-2020 realizada en el 2016, evidenció debilidad en la gestión del Plan, lo que llevó a que no se implementara este instrumento de política en lo sectorial e intersectorial de manera articulada con otras políticas públicas intersectoriales como la de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la de Desarrollo Integral de la Primera Infancia en el nivel territorial. No se contó con planes de acción con enfoque territorial, ni con un procedimiento claro de monitoreo, seguimiento y evaluación, para garantizar el cumplimiento de sus objetivos y metas.

Dentro de las recomendaciones validadas por expertos en la Evaluación de Proceso del PDLM 2010-2020 realizada en el 2016, se resaltan las siguientes:

- Aplicar enfoques de género, intercultural y diferencial considerando el contexto, el territorio, la diversidad y la cultura.
- Desarrollar marcos normativos orientados a fortalecer la alimentación complementaria de las niñas y los niños como derecho fundamental, en desarrollo del Artículo 44 de la Constitución Nacional.
- Gestionar intersectorialmente la armonización del PDLM 2010-2020 con las políticas públicas de Primera Infancia, SAN, Salud Sexual y Reproductiva, Emergencias y Desastres, VIH/SIDA y Trabajo Decente, para promover el derecho de las madres a amamantar y el derecho de los niños y niñas a ser amamantados.
- Generar mecanismos de reconocimiento de organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales como actores clave en la parte asistencial, técnica y política, el mantenimiento de la LM en la agenda pública y el debate nacional.
- Actualizar el Decreto 1397 de 1992, sin perder su poder vinculante y de obligatoriedad, que aplique en la legislación nacional el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM, acorde con las Resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud, normas nacionales e internacionales de derechos de los niños, niñas y mujeres.

- Definir los responsables, roles y funciones para cada uno de los actores institucionales e intersectoriales, según las acciones establecidas en el PDLM 2010-2020.
- Generar estrategias de responsabilidad social empresarial enfocadas en la promoción, apoyo y protección de la LM, así como la consideración de aspectos de carácter ético que eviten conflictos de interés de la industria, los canales de comercialización y los medios de comunicación masivos.

En el Análisis Institucional del PDLM 2010-2020 se identificó la estructura de gobierno de la política y su gobernanza en tres niveles de análisis (macro, meso y micro). A continuación, se presentan los principales resultados:

En cuanto al panorama de la situación institucional y estructura de gobierno de la política de LM 2010-2020, la misma es doblemente intersectorial:

- Cuatro sectores involucrados directamente: salud, inclusión social, trabajo y educación.
- Existencia de tres comisiones intersectoriales en las que se aborda directa o indirectamente la política de LM: CISP, CISAN y CIPI.
- Importantes avances normativos del último decenio que abordan temas diversos: reforma al CST y salas de lactancia materna.

También se evidenció heterogeneidad territorial, en cuanto a la incorporación desigual de los temas relacionados con LM en los PTS/PDT y la existencia de diferentes instancias de articulación, como los Comités de Lactancia Materna, Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional y Comités IAMI.

En cuanto al análisis multinivel de la gobernanza de la política de LM, se identificó en primera medida una estructura macro (internacional y constitucional) estable y coherente con los objetivos principales de la política. Tanto la Constitución Política como los avances de los organismos internacionales a los que Colombia pertenece, llevan décadas trabajando por la protección y la promoción de la lactancia materna y, en este nivel, no se encontraron elementos de debate ni de ajustes estructurales.

En el nivel meso, por su parte, se cuenta con información que evidencia las dinámicas tanto del diseño institucional como del diseño de política, además de los avances normativos ya mencionados. En efecto, con el liderazgo del MSPS, Prosperidad Social e ICBF, y con la participación de otras entidades del nivel nacional, se ha avanzado en la elaboración de políticas sectoriales que abordan directamente la lactancia materna. Como herramientas para la articulación de esas políticas, se cuenta con instancias intersectoriales como la CIPI y la CISAN.

Con respecto a la Valoración de Efectos del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, desde la perspectiva institucional y social se encontraron avances y limitaciones

en el cumplimiento de este Plan. Los hallazgos son diferentes al abordar cada uno de los objetivos y dentro de estos se presentan particularidades:

En consideración al objetivo 1, relacionado con el fortalecimiento en el desarrollo de capacidades, específicamente sobre el marco normativo, los diferentes actores reconocen el avance que ha tenido Colombia con relación a la protección de la maternidad y a la práctica de la LM. Durante la vigencia del PDLM 2010-2020 se han legislado diferentes normas que van desde la ampliación de la licencia de maternidad, la implementación de las SAFL en el entorno laboral, hasta la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Estas normas han contribuido en el ejercicio de los derechos de las mujeres y sus familias.

Se percibió un débil reconocimiento de los contenidos de las RIAS y de su obligatoriedad, por parte de los actores involucrados en su implementación. Esta implementación de las RIAS exige el desarrollo de capacidades técnicas y funcionales que permitan dar respuesta a las situaciones que limitan el acceso a las atenciones en lactancia materna y a los requerimientos que la Resolución 3280, de 2018, establece para la oferta de esta atención en salud.

La desinformación en LM y alimentación infantil (por parte de las madres, sus familias, los profesionales de salud, los tomadores de decisión y la comunidad en general) sumada al bombardeo publicitario de los sucedáneos de la leche materna y a la falta de apoyo y leyes que protejan al binomio madre-hijo, disminuye la confianza de las madres y las hacen dudar de su capacidad para mantener la lactancia, abandonando esta práctica.

La consejería se reconoció como una estrategia efectiva para apoyar la práctica de la lactancia materna exclusiva y alcanzar las metas globales de LM. Sin embargo, diversos actores, refirieron poca formación en lactancia y alimentación complementaria, durante el pregrado y durante el ejercicio de su profesión. Por lo tanto, se requiere inicialmente profundizar en la formación en LM en los profesionales del área de la salud, con un posterior énfasis en la aplicación de estos conocimientos con técnicas de consejería.

Con respecto a las transformaciones sociales a favor de la LM, referidas al objetivo 2 del PDLM 2010-2020, desde el punto de vista institucional se centraron en el fortalecimiento de los entornos favorables a la LM. Allí jugó un papel muy importante la implementación de SAFL del entorno laboral en diferentes regiones del país y la puesta en funcionamiento de los Bancos de Leche Humana.

En relación con la gestión política asociada a la LM, referente al objetivo 3 del PDLM, se evidenciaron avances en la gestión política para la promoción, protección y apoyo a la LM, en el marco de la implementación del PDLM 2010-2020. También, reconocieron la asistencia técnica como uno de los factores fundamentales para implementar, fortalecer y garantizar el sostenimiento de las acciones a favor de la LM y la alimentación complementaria.

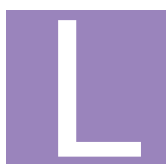
Adicionalmente, sobre la sostenibilidad de las acciones, no se identificó una estrategia clara en los territorios orientada al mantenimiento de las acciones a favor de la LM. Los actores que participaron en la valoración de efectos propusieron, entre otras, las siguientes recomendaciones:

- La nueva política en lactancia materna debe incluir de manera explícita el tema de la alimentación complementaria y la alimentación materno infantil, para que el abordaje de las madres y sus hijos sea desde la gestación.
- Actualizar el Decreto 1397 de 1992 sobre la comercialización y publicidad de alimentos.
- Establecer una mejor articulación entre la Política Integral de Primera Infancia y el Plan Decenal de Lactancia Materna.
- Consolidar la lactancia materna a través de su posicionamiento como política de Estado y como tema prioritario en la agenda social, política y comunitaria; que no quede como un tema sólo de la agenda en salud.
- Incluir en el nuevo Plan Decenal de Lactancia Materna un enfoque territorial y un enfoque de determinantes sociales, considerando lo diverso del territorio.
- Incluir en el Plan, de manera explícita, las responsabilidades y las acciones a desarrollar por los actores involucrados incluyendo sector privado, agremiaciones y los Ministerios de Trabajo y Educación.
- Trabajar el entorno de la familia extensa y la comunidad para el cuidado y protección de los niños y niñas para que todos conozcan la importancia de amamantar en los primeros años de vida.
- La oferta programática de las entidades públicas debe contemplar las barreras sociales que surgen a partir de las condiciones socioeconómicas de las madres, la edad, el entorno familiar que las rodea y el apoyo con el que cuentan en el proceso de lactancia materna.
- Articular en los Planes de Desarrollo la lactancia materna, pues muchas veces solo se tienen metas en cifras de mortalidades, disminución de anemias, desnutrición, etc. Por lo tanto, si se establecen más indicadores específicos sobre lactancia materna en los Planes de Desarrollo, se cumplirán las metas establecidas y se articularán mejor al nuevo plan decenal.

5



VISIÓN DE FUTURO DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 2021 - 2030



a visión de futuro se expresa en el objetivo general del PDLMAC 2021-2030: generaciones de niñas y niños y de mujeres en momentos de su curso de vida relacionados con lo preconcepcional, la gestación, lactancia y alimentación de sus hijas e hijos en sus dos primeros años de vida.

Objetivo general: *mejorar la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria de las niñas y niños en sus mil primeros días de vida en todo el territorio nacional durante el periodo 2021-2030.*

La planificación de procesos de acción pública es una actividad que pretende visualizar el futuro y plantear caminos para llegar a él. También se relaciona con el ciclo de políticas públicas que parten del reconocimiento de situaciones problemáticas que por su relevancia deben ser incorporadas a la agenda pública a cargo del Estado y de la sociedad en general. Esto significa que no todo lo que distintos actores de las dinámicas sociales identifican como problema a resolver encuentra espacio en la agenda común, o si lo tiene no siempre logra y mantiene la preponderancia esperada.

Las apuestas señaladas en los capítulos anteriores y la situación de partida implican que la lactancia materna y la alimentación complementaria deben verse como parte de las acciones en protección integral de las niñas y los niños. Esas acciones son vinculantes y por ende hacen parte estructurante de la agenda pública del país, de forma permanente y con predominio sobre muchas otras.

Los derechos y su marco de aplicación deben sustentarse en la implementación de acciones orientadas a garantizar que se asuma el imperativo público, ético, social, y global de hacer que cada niña y niño nazca, crezca, viva y se desarrolle en el país, tenga la garantía de acceder a la alimentación adecuada en sus primeros años de vida; al más alto nivel de salud posible, al desarrollo integral, a las mejores oportunidades y en conjunto a una vida digna. Esta es la base de los compromisos y la razón de ser del PDLMAC 2021-2030, como instrumento que se integra al conjunto de políticas públicas relacionadas.

Esta visión de futuro del PDLMAC 2021-2030, se relaciona con lo establecido en la Política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia De Cero a Siempre y fortalece el mejor comienzo con base en acciones que toman en cuenta lo pregestacional, lo gestacional y desde el nacimiento la comprobada eficacia de la lactancia materna y su continuación con una adecuada alimentación complementaria.

El abordaje de las mujeres como titulares de derechos se entiende de igual manera en relación con otro conjunto de políticas públicas referidas específicamente a ellas y cuyo alcance no se acota en este Plan. Por esta razón, la visión del futuro del PDLMAC establece una apuesta por la generación de valor público explícito y de lo que espera la sociedad completa para sus actuales y nuevas generaciones de niñas y niños y de mujeres en momentos de su curso de vida relacionados con lo preconcepcional, la gestación, lactancia y alimentación de sus hijas e hijos en sus dos primeros años de vida.

De esta forma, el PDLMAC 2021-2030 se convierte en el instrumento de política pública que debe incidir con la mayor efectividad posible en el estado nutricional de las niñas y los niños, en los procesos de salud-enfermedad relacionados y por ende en su desarrollo integral. De igual forma, debe propender por garantizar condiciones y contextos mejorados para las mujeres y madres, en sus diferentes roles relacionados; a fin de contar con mayores posibilidades de protección para el binomio madre e hijo o hija.

Como referentes internacionales relacionados con la visión del PDLMAC 2021-2030, se tienen los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que plantean una serie de desafíos organizados en la Agenda 2030, acogida por el país mediante el documento CONPES 3918 de 2018, en el que se establece la “Estrategia para la Implementación de los ODS en Colombia”, definiendo las siguientes metas para el Objetivo 2, Hambre Cero, que coinciden con el alcance temporal del PDLMAC 2021-2030; con el concurso de múltiples acciones de los diferentes sectores estatales involucrados en sus logros:

Acceso Universal a Alimentos Seguros y Nutricionales:

- Prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar, moderada o severa (13,9% a 2030).
- Porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva (51% a 2030).

Terminar con todas las formas de desnutrición:

- Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años (5% a 2030).
- Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años (0.9% a 2030).
- Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (5 por 100.000 menores de 5 años a 2030).

Con relación a la Meta 3, Salud y Bienestar, se propuso reducir la mortalidad materna

- Tasa de mortalidad materna (32 por 100.000 nacidos vivos a 2030).
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (99% a 2030).
- Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (93% a 2030).

Acabar con las muertes prevenibles de menores de 5 años de edad:

- Tasa de mortalidad neonatal (6 por mil nacidos vivos a 2030)
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años (ajustada) (15 por mil nacidos vivos a 2030).
- Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año (ajustada) (14 por mil nacidos vivos a 2030).

Por otra parte, es necesario señalar que la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria son clave para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Son acciones de efectividad reconocida para mejorar la nutrición (ODS 2), prevenir la mortalidad infantil, reducir el riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles (ODS 3) y trasmisibles evitables, favorecer el desarrollo cognitivo (ODS 4). La LM aporta a la protección del planeta proporcionando un alimento natural y sostenible a los niños y niñas desde su nacimiento (ODS 6 y 7). Tanto la LM como la AC contribuyen a reducir la pobreza, promover el crecimiento económico y reducir las desigualdades (ODS 1).

Un segundo referente ha sido planteado por la OMS al reconocer que con respecto a la nutrición infantil “se necesita actuar mundialmente de forma acelerada para abordar un problema que se expande de manera agresiva y que supone la doble carga de la malnutrición” (2017), la Resolución WHA65.6, en 2012, respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño donde se fijan seis metas mundiales de nutrición para 2025, que aspiran a: 1) reducir un 40% el número de niños menores de 5 años con retraso de crecimiento; 2) reducir un 50% la anemia en mujeres edad fecunda; 3) reducir un 30% los casos de bajo peso al nacer; 4) conseguir que no aumente el sobrepeso infantil; 5) aumentar al menos a un 50% la tasa de lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida; y 6) reducir y mantener por debajo del 5% la emaciación infantil.

En este sentido, la ENSIN 2015 plantea que “las recomendaciones internacionales están dirigidas a que todos las niñas y los niños inicien la lactancia materna durante la primera hora de nacidos, en la medida que es una práctica que aumenta la probabilidad del consumo de calostro (“primera leche”), rico en factores de protección, y a mantener la lactancia materna exclusiva. Las otras recomendaciones son: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y su mantenimiento hasta los dos años o más, así como una alimentación complementaria variada que tome en cuenta la frecuencia de alimentos, su densidad energética y contenido nutricional, para asegurar que se cubran las necesidades nutricionales de las niñas y los niños de acuerdo con su edad y situación de lactancia” (ENSIN, 2015, p. 367).

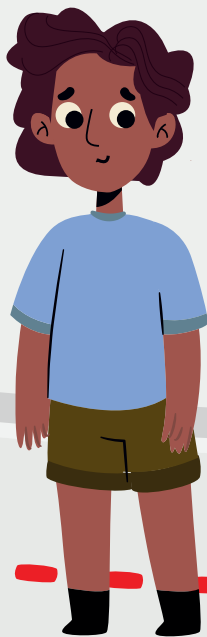
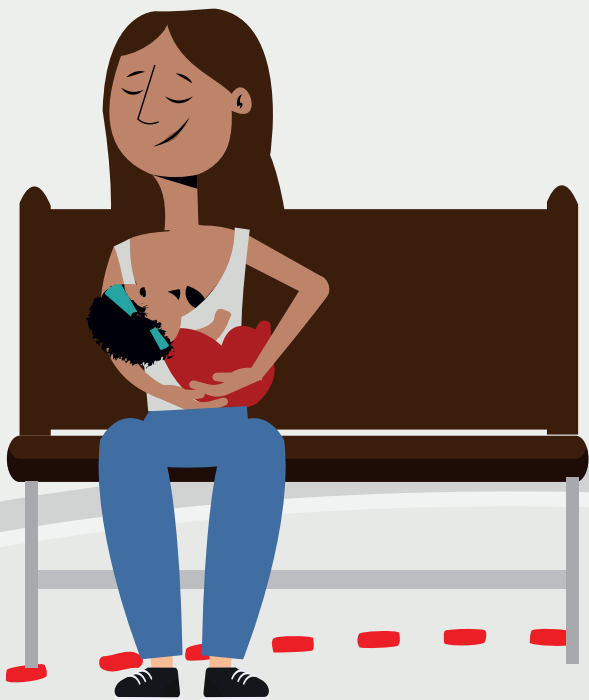
Los propósitos que se plantean reconocen que el PDLMAC 2021-2030 es un instrumento de política pública que contribuye al conjunto de acciones existentes y por venir, dirigidas a los sujetos titulares de derechos involucrados en su contenido y alcance. En este sentido,

sus fortalezas aportan a cumplir fines mayores, y por lo tanto se expresan y se constituyen en un primer nivel de referencia y trascendencia hacia los impactos y resultados esperados cuando se logra la sinergia de un conjunto amplio de actuaciones estatales y sociales. De esta forma se plantean como propósitos del Plan Decenal:

- Aportar a la vida y desarrollo integral de las niñas y los niños desde la gestación hasta por lo menos sus dos años de edad, por medio de adecuados procesos institucionales, sectoriales, sociales y de articulación relacionados con la promoción, apoyo y protección de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.
- Aportar a la vida, condiciones y situaciones de las mujeres que de acuerdo con su curso de vida y autonomía se encuentran en procesos preconceptionales, de gestación, parto y postparto; lactancia y crianza; involucrando a sus parejas, familias, Estado y sociedad en general.

Estos propósitos se materializan mediante la construcción de la cadena de valor que sustenta el desarrollo estratégico y táctico del Plan. En el Sistema de control se presentan los indicadores y metas que dan cuenta de los efectos e impactos, relacionados con un estado nutricional adecuado de niños y niñas, disminución de la malnutrición, disminución de la mortalidad evitable asociada a causas nutricionales, incrementos progresivos de los indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria y mejora en la salud materna mediante la adecuada atención durante la gestación.

6



DESARROLLO ESTRATÉGICO Y TÁCTICO DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 2021 - 2030



Las niñas y los niños desde la gestación y hasta los dos años de vida son sujetos titulares de derecho. La garantía de su goce efectivo está a cargo del Estado, gobierno, institucionalidad, sociedad y familia. Todos están vinculados a respetar, proteger y cumplir con las obligaciones que estructuran y dan forma concreta a los enunciados generales de los derechos. Es bajo esta premisa que se formula el PDLMAC 2021-2030.

El Plan Decenal hace un llamado al marco de política pública nacional más relevante hacia la garantía de derechos, dirigido a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia y a las niñas y los niños menores de 2 años. El Plan incorpora los compromisos internacionales y nacionales con una amplia participación de actores y sectores, y reconoce los desarrollos normativos, técnicos y operativos que contribuyen a la garantía de los derechos a la alimentación adecuada, a la salud y al desarrollo integral. El PDLMAC 2021-2030 busca la articulación con los demás orientadores de la acción conjunta en el país relacionada con la protección integral de las niñas y los niños.

De este modo, los planteamientos estratégicos y tácticos que establece el PDLMAC 2021-2030 reconocen las características particulares que tienen los territorios, sus dinámicas, sus actores, sus especificidades socioculturales y sus necesidades. Esto implica un abordaje sensible y coherente con el principio de descentralización administrativa y la autonomía de las entidades territoriales, por lo que reconoce y refuerza la distribución de competencias entre los diversos niveles de la administración territorial.

A la Nación le corresponde la definición de planes, políticas y estrategias; a los departamentos el control sobre la prestación de los servicios y a los municipios la prestación de dichos servicios (Ley 489 de 1998). Asimismo, se reconocen las competencias de las entidades nacionales descentralizadas frente a sus disposiciones y facultades para la delegación y desconcentración de funciones, que de este modo facilitan la adecuada implementación y desarrollo de acciones concretas del PDLMAC 2021-2030 en la respectiva entidad local o regional sobre la cual ejercen su función.

Para ahondar en los postulados estratégicos y tácticos del PDLMAC 2021-2030, a continuación se presenta una arquitectura institucional que permite mapear y armonizar

los lineamientos de política pública nacional sobre los que se sustenta su accionar, las instancias e instituciones que interactúan para lograr sinergias intersectoriales en los distintos niveles de la administración territorial, así como la interacción con otros actores públicos, privados y de la sociedad civil con obligaciones y responsabilidades para la garantía de los derechos de las niñas y niños en sus primeros mil días de vida.

Seguidamente, se presentan las líneas estratégicas, con sus respectivas proyecciones de resultados, objetivos, productos y actividades que deberán ser implementadas en lo local, guardando las proporciones y particularidades de cada nivel territorial, en consonancia con las competencias y facultades otorgadas a las instituciones de acuerdo con el territorio donde se desempeñan.

6.1. Arquitectura Institucional del PDLMAC 2021-2030

El PDLMAC 2021-2030 define su implementación de manera intersectorial, con la participación de diversas entidades del nivel nacional y territorial, y tiene en cuenta la armonización de los diferentes instrumentos de política pública que pueden contribuir al alcance de sus objetivos y metas.

Retomando los resultados del Análisis Institucional realizado al PDLM 2010-2020, se estructuró la arquitectura institucional del PDLMAC 2021-2030, en función de los actores que intervienen en este, sus competencias, las interacciones de estos actores en su desarrollo y las instituciones que definen esas interacciones.

El PDLMAC 2021-2030 se enmarca en el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, SNBF, entendido este como “el conjunto de agentes, instancias de coordinación y articulación y de relaciones existentes entre estos, para dar cumplimiento a la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, y al fortalecimiento familiar en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal” (ICBF, 2013, pp. 26).

Lo anterior, porque la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria son prácticas que contribuyen con la garantía de los derechos a la alimentación adecuada, a la salud y al desarrollo integral de los niños y niñas en sus primeros dos años de vida. Esto implica garantizar la realización de acciones coordinadas y articuladas para la protección integral, responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia.

Por lo tanto, y siguiendo el esquema de operación del SNBF, será el Consejo de Política Social, en sus niveles nacional, departamental, distrital y municipal, la instancia de orientación donde se movilice la articulación de acciones institucionales e intersectoriales para el cumplimiento de lo establecido en el PDLMAC 2021-2030. Lo anterior permite la armonización de otras políticas públicas, y sus instancias de articulación, que se solapan

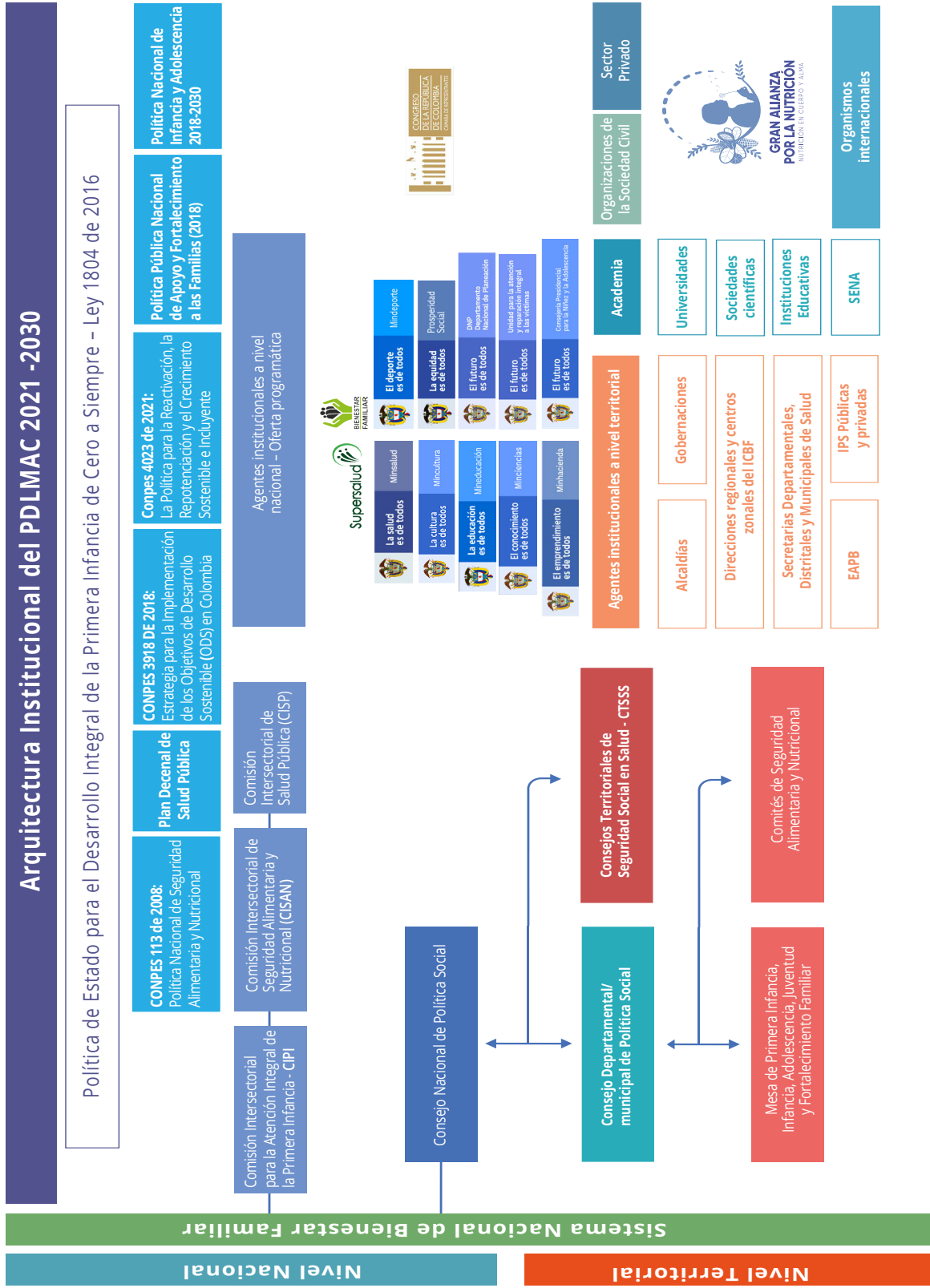
con las acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna en la población de cero a 2 años, como son:

- La Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia -De Cero a Siempre- (Ley 1804 de 2016), que “representa la postura y comprensión que tiene el Estado colombiano sobre la primera infancia, el conjunto de normas asociadas a esta población, los procesos, los valores, las estructuras y los roles institucionales y las acciones estratégicas lideradas por el Gobierno, que en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad”. Para lo anterior, dicha ley estableció la necesidad de un trabajo coordinado, articulado y de gestión a cargo de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia CIPI, y su implementación territorial bajo lo definido por esta Comisión, en el marco del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, SNBF.
- La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Conpes 113 de 2008) parte del reconocimiento del derecho de toda persona a no padecer hambre, por lo que reconoce la SAN como un asunto de Estado y de seguridad nacional. De este modo, establece como Objetivo general “garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad”; en particular incorpora la necesidad de desarrollar “acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad”. Dada la magnitud y el alcance de esta Política se contará con una Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, CISAN.
- El Plan Decenal de Salud Pública, “plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial (...), asimismo, establece estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud”. Para lograr su accionar coordinado y los procesos de seguimiento de los diferentes sectores, se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública, CISP.
- La Estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en Colombia (Conpes 3518 de 2018), se articula con el PDLMAC 2021-2030, para el cumplimiento de los siguientes ODS: 1- Fin de la pobreza, 2- Hambre cero, 3- Salud y bienestar, 4- Educación de calidad, 6- Agua limpia y saneamiento y 7- Energía asequible y no contaminante.

- La Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias 2014 – 2024 se formuló de acuerdo a lo previsto en la Ley 1361 de 2009, la cual “pretende, desde la perspectiva de derechos, brindar orientaciones generales para la acción del Estado en torno a la comprensión, movilización social y gestión política, con miras a promover el apoyo y fortalecimiento de las familias en términos de desarrollo humano y social en todos los territorios del país, asumiendo a las familias como sujetos colectivos de derechos y agentes de transformación en un sentido amplio plural y diverso.” Esta política se vincula con el PDLMAC 2021-2030 específicamente en el desarrollo de su objetivo 3 “Promover relaciones democráticas en las familias como agentes de transformación social”, porque, la familia juega un papel fundamental en la toma de decisiones de las mujeres sobre la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, pues es en este espacio donde se transmiten las creencias, hábitos, actitudes e implícitamente algunas conductas.
- La Política para la Reactivación, la Repotenciación y el Crecimiento Sostenible e Incluyente: Nuevo Compromiso por el Futuro de Colombia (Conpes 4023 de 2021), incorporó en su Plan de Acción la necesidad de “crear nuevas condiciones para el desarrollo integral de la niñez para revertir los efectos negativos de la emergencia”, por lo que se potenciarán las acciones de seguridad alimentaria y nutricional en el marco de la Gran Alianza por la Nutrición y el Plan de Trabajo Contra la Desnutrición Ni1+, que entre 2021 y 2026 plantea la movilización social efectiva, en el marco del ODS 17 y el enfoque de múltiples partes interesadas en la seguridad alimentaria y nutricional para sumar actores con acciones sensibles y directas en nutrición, que permitan la mejora de los indicadores de resultado en la práctica de lactancia materna, la reducción de la mortalidad por desnutrición, la desnutrición aguda y la anemia en toda la población infantil de los territorios más afectados por dicha situación.

Con lo anterior, a continuación, se describe de manera gráfica la arquitectura institucional del PDLMAC 2021-2030:

Ilustración 4. Arquitectura institucional del PDLMAC 2021-2030



Fuente: elaboración propia

A. Competencias de los principales actores en el PDLMAC 2021-2030

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS): Es la entidad encargada de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud. Se encarga de la formulación de políticas, planes y programas, la coordinación intersectorial y la articulación de actores de salud con el fin de mejorar la calidad, oportunidad, accesibilidad a los servicios de salud y sostenibilidad del sistema.

El MSPS tiene un rol de rectoría en la política de atención integral a la primera infancia, de manera intersectorial con el ICBF y el MEN. Su competencia está ligada a la definición de los estándares de nutrición y salud, así como de los ambientes sanos desde la gestación hasta los 6 años, la prevención y atención a la enfermedad y el impulso de prácticas de vida saludable. Igualmente, lidera la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores.

El rol del MSPS en el Plan Decenal está en la elaboración de lineamientos técnicos y operativos para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria. El MSPS también brinda asistencia técnica a las entidades territoriales en el marco de lo dispuesto en la normatividad vigente para la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB): brindan asesoría a las IPS que hacen parte de su red y se adaptan a los lineamientos del Plan Territorial de Salud (PTS) del lugar donde prestan sus servicios.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): son instituciones de carácter público o privado que prestan los servicios médicos, consulta, hospitalización y de cuidados intensivos. Son contratadas por una EAPB para que cumplan con los planes y servicios que estas ofrecen en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. En relación con el PDLMAC 2021-2030, dado que prestan atención materno-infantil, promueven entornos favorables para la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria e incorporan acciones para su efectivo cumplimiento (como lo establece la Resolución 3280 de 2018).

Prosperidad Social: es la cabeza del sector de Inclusión Social y Reconciliación. Está encargada de diseñar, formular, coordinar e implementar políticas, proyectos, planes y programas encaminados a la inclusión social y la superación de la pobreza. Su rol en el Plan Decenal está en desarrollar procesos de gestión de oferta social, acompañamiento técnico y fortalecimiento de capacidades a los territorios para reconocer y apoyar las

acciones que promueven la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, como estrategia de interés en el marco de las políticas públicas para la superación de la pobreza y la equidad social.

Ministerio de Educación Nacional: lidera la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas para la garantía del derecho a la educación y la prestación de un servicio educativo con calidad, esto en el marco de la atención integral. Este Ministerio tiene competencia en la definición de la línea técnica para la educación inicial a través de la construcción de referentes conceptuales, pedagógicos y metodológicos. Se articula en el PDLMAC con la promoción de entornos de vida saludable, protectores de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, basados en instrumentos como las Guías Alimentarias para la población colombiana menor de 2 años.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF): promueve el desarrollo y la protección integral de niños, niñas y adolescentes, así como el fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes y las familias. Es el ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF). Tiene a su cargo la formulación, desde la Dirección de Nutrición, de los lineamientos técnicos de alimentación y nutrición en donde se incluye el apoyo y el fomento de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, así como de la elaboración, actualización y divulgación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Colombiana. Asimismo, actualmente ejerce la Secretaría Técnica de la CISAN, lo que le permite articular y coordinar de forma interinstitucional las acciones del Eje de Consumo de alimentos, para potenciar intervenciones que promueven, protegen y apoyan la práctica de la LM y la AC.

Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia: dependencia adscrita al despacho del Jefe de Gabinete en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, DAPRE. El objetivo principal de esta dependencia de la Presidencia de la República es “velar por la garantía de los derechos de la niñez, la adolescencia y sus familias, a través de la armonización de políticas públicas, programas, proyectos, estrategias y atenciones, que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida, y permitan desarrollar talentos, capacidades y habilidades, para consolidar proyectos de vida legales y sostenibles. Todo esto, como respuesta institucional al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible” (Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia, 2020).

La Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia tiene a su cargo las funciones de “asesorar y asistir al Gobierno Nacional y a las entidades territoriales en el diseño, implementación, ejecución y evaluación de las acciones que promueven la generación de oportunidades para la infancia y la adolescencia, para el goce efectivo de sus derechos”, asimismo, debe “gestionar alianzas con organismos y entidades nacionales e internacionales, de carácter público y privado para la formulación de políticas y programas para el cumplimiento de la atención integral de los niños y niñas (...)”; por lo tanto está

encargada de presidir, coordinar y ejercer la secretaría técnica de la CIPI; y, entre otros debe “promover en coordinación con las demás entidades competentes, en el marco de la CIPI, las estrategias que faciliten el acceso de los niños y niñas a los servicios de nutrición ofrecidos por las entidades gubernamentales y no gubernamentales con el objetivo de que mejoren su formación integral y su calidad de vida” (Decreto 1784 de 2019).

Esta Consejería Presidencial desempeña un rol primordial que garantiza la implementación del PDLMAC 2021-2030, en coordinación intersectorial, de manera articulada con las políticas públicas de SAN y de Desarrollo Integral de la Primera Infancia, en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal. Esta Consejería Presidencial estructura esquemas de asociación público-privadas, en la promoción de mecanismos de cooperación nacional e internacional, tal y como se establece en los arreglos institucionales para el cumplimiento de la Ley 1804 de 2016.

En el marco de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre (Ley 1804 de 2016), y sus orientaciones frente a la gestión intersectorial, así como las competencias y funciones institucionales para la coordinación e integración para la ejecución de dicha política, en el marco de la CIPI, las demás entidades del orden nacional allí mencionadas, deberán sumarse de manera coordinada al desarrollo estratégico y táctico del PDLMAC 2021-2030. Esto con el fin de armonizar intervenciones e incorporarse a las acciones concretas que promueven, protegen y apoyan la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria a nivel nacional y en su despliegue territorial de acuerdo con sus alcances, competencias, organismos o socios implementadores a través de los cuales desarrollen sus operaciones sectoriales.

Entidades Territoriales: su rol está definido en función de sus competencias sectoriales, principalmente en materia de salud, atención integral a la primera infancia y seguridad alimentaria y nutricional. Esto plantea un margen de acción amplio para las autoridades locales, en función de sus capacidades y prioridades políticas.

Los alcaldes y gobernadores deben partir de sus competencias y funciones en relación con la garantía de los derechos de los niños y las niñas, principalmente en lo relacionado con el diseño, implementación y seguimiento de la Ruta Integral de Atenciones de la Política de Estado De Cero a Siempre. En esta Ruta, la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria son reconocidas condiciones que materializan las realizaciones del nivel más alto posible de salud y permiten un adecuado estado nutricional en los dos primeros años de vida. Es por esto que los Consejos de Política Social del orden nacional, departamental, distrital y municipal, deberán orientar el proceso de implementación de dicha Política y promover la articulación de sectores, la construcción de relaciones intersectoriales, la generación de líneas de acción unificadas y el equilibrio entre el orden nacional y territorial.

Las Entidades Territoriales cuentan con diferentes instrumentos de planeación en los que pueden incorporar acciones relacionadas con el PDLMAC 2021-2030. Ya sea mediante los Planes de Desarrollo territorial (departamental, distrital o municipal, según sea el caso), o mediante planes específicos como los Planes Territoriales de Salud (PTS), los Planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional, de Primera Infancia, de Salud Sexual y Reproductiva. Se considera que las entidades territoriales tienen un rol principalmente de ejecución y, parcialmente, de decisión.

Asimismo, los gobiernos departamentales, distritales y municipales deberán mantener relación directa con la CIPI por vía del SNBF local, para canalizar la asistencia técnica para sus iniciativas y para el desarrollo de políticas, programas y proyectos en materia de primera infancia (Ley 1804 de 2016), como se contempla en la implementación del PDLMAC 2021-2030.

Sociedad civil, madres, padres, cuidadores, familia y organizaciones comunitarias:

la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre “representa la postura y comprensión que tiene el Estado colombiano sobre la primera infancia, el conjunto de normas asociadas a esta población, los procesos, los valores, las estructuras y los roles institucionales y las acciones estratégicas lideradas por el Gobierno, que en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad” (artículo 2, ley 1804 de 2016).

De este modo, se espera que las organizaciones de la sociedad civil desarrollen diversas iniciativas de información, capacitación y promoción de acciones que apoyen, protejan y promuevan la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, dirigidas a las madres y sus familias en los territorios. Asimismo, se espera que los padres, cuidadores, familias y comunidad sean responsables con los cuidados en los dos primeros años de vida de niñas y niños y acudan de manera oportuna a los servicios de salud, educación inicial e inclusión social que ofertan las instituciones públicas para garantizar el goce efectivo de los derechos a la salud, la alimentación adecuada y el desarrollo integral de la primera infancia.

Academia: las instituciones de educación superior (IES), entendidas como las entidades que forman profesionales en diferentes disciplinas y profesiones para producir, desarrollar y transmitir conocimiento, juegan un papel esencial en la implementación del PDLMAC 2021-2030, desde la gestión innovadora del conocimiento para las transformaciones sociales.

Sector privado: como lo establece la FAO en sus Directrices Voluntarias en apoyo a la realización progresiva del derecho humano a la alimentación adecuada (2004), “se alienta a los Estados a aplicar un enfoque basado en la existencia de numerosas partes

interesadas en la seguridad alimentaria nacional para identificar las funciones y fomentar la participación de todos los interesados directos, comprendidos la sociedad civil y el sector privado, a fin de aprovechar sus capacidades especializadas con vistas a facilitar el uso eficiente de los recursos” (FAO, 2004, p. 16).

De este modo, en el marco de la iniciativa de la Gran Alianza por la Nutrición (Conpes 4023 de 2021), es necesario gestionar alianzas público-privadas que repercutan en el desarrollo de nuevas acciones de promoción de entornos favorables, movilización social, estrategias de comunicación e investigación en pro de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.

B. Escenarios de acción

Hace referencia a los espacios intersectoriales en que los actores interactúan y toman decisiones. Los escenarios de acción formales, como los comités, comisiones o mesas en los que los actores de diferentes sectores se reúnen para tomar decisiones sobre sus acciones en temas específicos y con reglas claramente definidas, son el insumo central para analizar cómo abordar en los diferentes entornos los temas de lactancia materna y alimentación complementaria enmarcados en el Plan Decenal 2021-2030.

Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI): su objetivo es coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia. Esta es la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados (Decreto 1416 de 2018). El eje central de la CIPI es la implementación de la Política ‘De Cero a Siempre’ y el aumento de la cobertura para la Atención Integral de la Primera Infancia (Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia, 2020). El rol de la CIPI, a través del trabajo articulado de sus entidades participantes, es garantizar la implementación del PDLMAC 2021-2030 en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, con la estructuración de los esquemas de asociación público-privadas y promover los mecanismos de cooperación nacional e internacional. Asimismo, la CIPI da lineamientos para establecer la oferta regional de servicios y proyectos de inversión de las entidades del orden nacional. La CIPI, como instancia de concertación a nivel nacional, establece que los alcaldes y gobernadores se sustenten en los Consejos de Política Social, entre otros, como “escenarios indispensables para garantizar la adecuada planeación, gestión, toma de decisiones y evaluación de la Política por parte de los distintos actores responsables de la misma” (Decreto 1416 de 2018).

Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN): esta comisión es la “máxima instancia estatal de dirección, coordinación y seguimiento interinstitucional, de articulación de políticas y programas y de seguimiento a los compromisos de cada

uno de los actores de la Seguridad Alimentaria y Nutricional” (Ley 1355 de 2009). Para su operación territorial promueve la creación y operación de Comités o Mesas técnicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional que se articulan a los Consejos departamentales, distritales y municipales de Política Social, para que actúen como espacios de concertación y articulación de esta política. Para la implementación del PDLMAC, la CISAN debe promover la articulación de acciones, específicamente del Eje de Consumo de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, para su implementación en armonía con los servicios de atención integral de la primera infancia, que se coordinan desde la CIPI. También debe apoyar el mejoramiento de las capacidades institucionales en los niveles territoriales y en los ámbitos público y privado, armonizando acciones de ambas políticas.

Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP): esta comisión es la instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores responsables del desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública (Decreto 859 de 2014). Busca soluciones integrales en las políticas públicas de bienestar, desarrollo y calidad de vida de la población. El rol de esta comisión en el PDLMAC se puede establecer de acuerdo con las funciones de esta comisión:

1. Recomendar los lineamientos técnicos para identificar e intervenir los determinantes en salud y coordinar el rol de cada sector en los mismos.
3. Proponer planes o proyectos relacionados con la modificación positiva de los determinantes en salud.
4. Coordinar y servir como instancia de concertación y articulación con los diferentes actores públicos y privados para actuar sobre los determinantes en salud.
11. Establecer los mecanismos de coordinación, participación y articulación de las Comisiones Intersectoriales y sus mesas o comités temáticos que tenga relación con la salud pública bajo criterios de eficiencia y eficacia, que apoyen el funcionamiento de la Comisión.” (Decreto 859 de 2014).

A nivel territorial, dichos escenarios de acción son el reflejo de los del nivel nacional:

Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud y Fortalecimiento Familiar (MIIAFF): es una instancia de operación y desarrollo técnico del SNBF en el marco del Consejo de Política Social (del orden municipal, distrital y departamental). Es la mesa especializada en la que deben confluir las temáticas y comités relacionados con la primera infancia, infancia, adolescencia, juventud y fortalecimiento familiar.

Comité y/o Mesa Técnica de Seguridad Alimentaria y Nutricional: se define como un organismo del nivel departamental y municipal encargado de asesorar, articular y coordinar con entidades oficiales, organizaciones No gubernamentales y personas naturales, la estructuración conjunta para la elaboración de Planes, Programas y Proyectos relacionados

con la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional en coordinación con las políticas del gobierno municipal y departamental, en articulación con sus Consejos de Política Social. Dichos Comités o Mesas técnicas formulan e implementan Planes Territoriales de SAN a largo plazo que, en su dimensión de Consumo de Alimentos, abordan diferentes estrategias para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la LM y la adecuada AC.

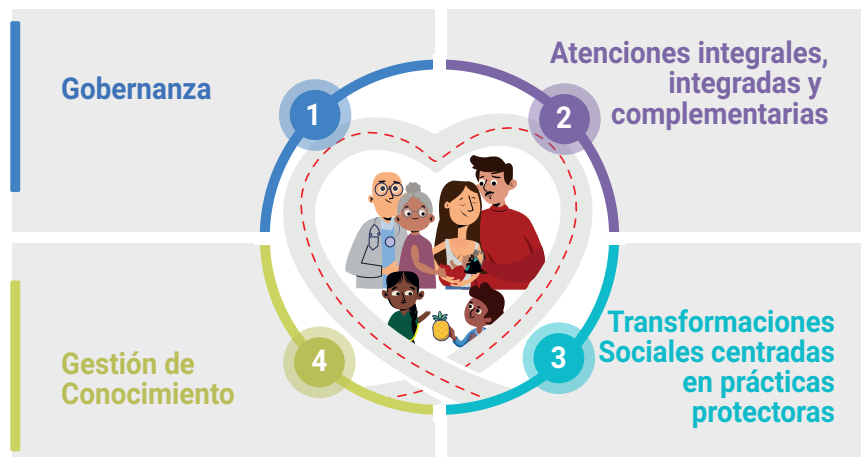
Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS): es un espacio de toma de decisiones, en el que se desarrollan políticas concertadas frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asesora a las Direcciones de Salud de las respectivas jurisdicciones en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud en la orientación de los sistemas territoriales de seguridad social en salud.

6.2. Líneas Estratégicas del PDLMAC 2021 - 2030

El proceso de formulación del PDLMAC 2021-2030 se desarrolló desde un enfoque de derechos, con perspectiva territorial y de gestión social. A través de procesos participativos, este proceso permitió identificar experiencias y buenas prácticas para seguir potenciando sus efectos, reconocer los resultados que vienen rezagados y promover intervenciones innovadoras y con efectividad sustentada en la evidencia.

De este modo, el PDLMAC 2021-2030 adopta una estructura fundamentada en cuatro líneas estratégicas que se convierten en grandes ordenadores de hacia dónde debe dirigirse la protección, la promoción y el apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria. Estas líneas estratégicas recogen la integralidad de las acciones de los actores involucrados, en busca del fortalecimiento de mejores prácticas, su transferencia intergeneracional en el marco del cuidado y crianza, de manera que se haga sostenible y se sume a todas aquellas acciones que contribuyen al desarrollo integral de las niñas y los niños.

Ilustración 5. Estructura de las líneas estratégicas del PDLMAC 2021-2030



Fuente: elaboración propia

6.2.1 Gobernanza

En el marco del Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030, la gobernanza se comprende como un proceso que define y direcciona las acciones, para lograr los objetivos planteados como resultado de la interacción entre las entidades gubernamentales, organizaciones sociales y privadas. A partir de un trabajo de coproducción, asociación y corresponsabilidad buscan resolver problemas, enfrentar desafíos y crear compromisos para la protección y apoyo de la lactancia materna y la alimentación complementaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; Whittingham, 2010).

La gobernanza implica la participación de múltiples actores en diferentes niveles y alcances. En lo gubernamental se requiere del apoyo político y técnico de las distintas entidades estatales cuya misionalidad es responsable de los fines buscados. Desde la perspectiva de acuerdos de financiación, es fundamental la participación de actores públicos y privados. Asimismo, en un nivel más allá del gobierno, se incluyen actores no gubernamentales que contribuyan a la acción desde una participación activa en todo el ciclo de política. En todo caso, se entiende la acción intersectorial más allá de la integración de acciones entre sectores gubernamentales, involucrando los sectores privados y sociales, con incidencia en las decisiones que se derivan de lo incluido en el PDLMAC 2021-2030.

Para alcanzar las finalidades planteadas mediante una acción conjunta y coordinada con las demás entidades del sector o de otros sectores, el ejercicio de la gobernanza requiere, de la implementación de procesos como la regulación, coordinación intersectorial, la abogacía, la planeación territorial, financiamiento y la movilización social.

Objetivo de la línea estratégica de gobernanza

Posicionar en la agenda pública la adecuada práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria, mediante acciones y estrategias sectoriales e intersectoriales.

Resultados

- Acuerdos sectoriales e intersectoriales para la implementación efectiva del Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, PDLMAC 2021-2030, entre diferentes sectores públicos, privados y la sociedad civil.
- Gestantes y mujeres en periodo de lactancia, padres, madres, familias y cuidadores que ejercen y exigen el derecho a la salud y a la alimentación adecuada de las niñas y los niños.
- Comunidades y sociedad civil que participan en la gestión del PDLMAC 2021-2030.
- Espacios de rendición de cuentas que proporcionan información para la toma de decisiones frente a la situación de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria para cada nivel territorial.

Producto 1. Definición de las prioridades sectoriales e intersectoriales en el marco del ejercicio y goce efectivo de los derechos de las niñas y los niños hasta los 2 años de edad, de acuerdo con su contexto territorial, poblacional y diferencial, así como su incidencia en la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Identificar las prioridades de atención, en el marco de la garantía de los derechos de las niñas y niños que repercuten en la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	Mesa de nutrición de la CIPI Dirección del SNBF CISAN CISP	Gobernaciones y Alcaldías. Consejo de Política Social: – Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar. – Comités y /o mesas de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
2	Gestionar la respuesta intersectorial a las prioridades de atención identificadas para la implementación de las atenciones que repercutan en la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	Mesa de nutrición de la CIPI Dirección del SNBF CISAN CISP	Gobernaciones y Alcaldías. Consejo de Política Social: – Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar. – Comités y /o mesas de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
3	Establecer escenarios de diálogo permanente con los líderes comunitarios, autoridades étnicas, sociedad civil, sector privado y de gobierno, para el desarrollo de estrategias que permitan el reconocimiento de las prioridades de atención en el marco de la garantía de los derechos de las niñas y los niños, que repercuta en la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016. Ministerio Interior. Academia.	Gobernaciones y Alcaldías. Entidades del orden territorial con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar. Autoridades indígenas. Consejos comunitarios de comunidades negras. Comunidad gitana o Pueblo Rrom.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
4	Generar espacios de debate dentro de la agenda legislativa, entre expertos, miembros de la sociedad civil y Congresistas, para la construcción de iniciativas, acciones y proyectos, para la protección de la maternidad y la incidencia en determinantes de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	CIPI MSPS ICBF CPNA	Gobernaciones y Alcaldías. Federación Nacional de Departamentos Federación Colombiana de Municipios Asocapitales

Producto 2. Implementación de acuerdos sectoriales e intersectoriales nacionales y territoriales que promuevan, protejan y apoyen la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, en el marco de la atención integral de las gestantes, mujeres en periodo de lactancia, niñas y niños hasta los 2 años de edad en los entornos donde viven y se desarrollan.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Integrar los instrumentos de políticas públicas que orienten y visibilicen las acciones de los actores y sectores involucrados en la atención integral en los mil primeros días de vida, así como aquellas dirigidas a la garantía de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	Mesa de nutrición de la CIPI con el apoyo del MEN, MSPS e ICBF Dirección del SNBF	Gobernaciones y Alcaldías. Consejo de Política Social: – Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar.
2	Establecer alianzas estratégicas entre sectores, para el desarrollo de acciones conjuntas dirigidas a la promoción, protección y apoyo a la práctica de lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	Mesa de nutrición de la CIPI CISAN CISP	Gobernaciones y Alcaldías. Consejo de Política Social: – Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar. – Comités y /o mesas técnicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Federación Nacional de Departamentos. Federación Colombiana de Municipios. Asocapitales.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
3	Definir elementos comunes y de énfasis misional dentro de los instrumentos de planeación sectorial que faciliten y viabilicen la articulación de las acciones en pro de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria de los diferentes sectores en coherencia con las dinámicas de los territorios y de las instituciones implicadas.	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la CIPI	Entidades del orden territorial con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar.
4	Incorporar en los Planes de Desarrollo del orden departamental y municipal, planes sectoriales y en los Planes de Acción Anuales, los resultados, metas y objetivos que sirvan de plataforma estratégica para la respuesta dirigida a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia, las niñas y los niños hasta los 2 años de edad con atenciones encaminadas al fortalecimiento de prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria.	DNP Dirección del SNBF	Gobernaciones y Alcaldías. Enlaces territoriales del SNBF

Producto 3. Fortalecimiento de las capacidades territoriales de abogacía y coordinación sectorial e intersectorial para la protección de la práctica de lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, siendo la Política de Desarrollo Integral de la Primera Infancia plataforma vinculante para la gestión territorial.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Diseñar e implementar un plan de fortalecimiento de capacidades territoriales para la abogacía y coordinación sectorial e intersectorial en torno a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, en el marco de la línea de acción de la gestión territorial de la Política de Desarrollo Integral de la Primera Infancia.	Dirección del SNBF ICBF MSPS CPNA	Gobernaciones y Alcaldías. Consejo de Política Social. – Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
2	Gestionar los recursos dirigidos a la acción y respuesta intersectorial, para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, la disminución de brechas y la continuidad y sostenibilidad de la oferta programática disponible.	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la CIPI.	Gobernaciones y Alcaldías. Consejo de Política Social.

Producto 4. Seguimiento y evaluación a las medidas establecidas para el abordaje sectorial e intersectorial de las prioridades de las niñas y los niños hasta los 2 años de edad en torno a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Activar procesos comunitarios que fomenten la exigibilidad de la garantía del derecho a la alimentación adecuada de las niñas y los niños, y su correspondiente veeduría ciudadana.	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la CIPI Redes de veedurías	Gobernaciones y Alcaldías. Consejo de Política Social. Enlaces del SNBF. Redes, federaciones o asociaciones de veedurías ciudadanas territoriales. Veedurías ciudadanas, Juntas de vigilancia, Comités de Desarrollo y Control Social.
2	Monitorear las acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, de acuerdo con las competencias y responsabilidades en cada nivel territorial.	CPNA CISAN Mesa de nutrición de la CIPI Dirección del SNBF	Gobernaciones y Alcaldías. Consejo de Política Social. – Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar. – Comités y /o mesas técnicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
3	Realizar la rendición de cuentas relacionada con los avances en las acciones sectoriales e intersectoriales y logros referidos a la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la CIPI.	Gobernaciones y Alcaldías.
4	Desarrollar procedimientos para la formulación de indicadores a partir de nuevas fuentes de información, como registros administrativos que monitoreen el avance de las atenciones que promueven, protegen y apoyan la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria en el marco Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia como insumo para el fortalecimiento de las atenciones y que se articulen con otras fuentes de información.	Mesa de nutrición de la CIPI. Mesa de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia con el apoyo del DNP, ICBF, MSPS y MEN.	Gobernaciones y Alcaldías. Consejo de Política Social. – Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar.

6.2.2 Atenciones integrales, integradas y complementarias

Las atenciones integrales, integradas y complementarias son aquellas acciones intencionadas y efectivas que se requieren para materializar los resultados e impactos esperados en la nutrición, la salud y el desarrollo integral de las niñas y los niños desde la gestación hasta los 2 años de edad. Sugieren un abordaje integral de sus prioridades como personas y sujetos de derechos. De ahí la importancia de integrar, las acciones dirigidas a esta población en los instrumentos de política pública vigentes y complementar con aquellas acciones innovadoras que respondan a las realidades, particularidades y vulnerabilidades de las mujeres en edad fértil, gestantes, mujeres lactantes, niñas y niños que habitan en el territorio nacional.

Las atenciones de esta línea estratégica son predominantemente institucionales y capaces de lograr la primacía de la lactancia materna y de la alimentación complementaria en la vida de las niñas y los niños menores de dos años en Colombia, con énfasis en los primeros meses de forma exclusiva. Además, son las atenciones que protegen y preparan a las mujeres para asumir la fecundidad, la gestación y la lactancia materna. Como respuestas

suponen una explícita relación y adecuación a las prioridades de las mujeres, las niñas y los niños de acuerdo con sus características diferenciales, las exigencias de sus entornos y estructuras de cuidado y protección; y demás situaciones que exigen el ajuste en las ofertas acorde con las realidades y dinámicas sociales, territoriales, poblacionales y diferenciales.

Se incluyen las acciones que permiten que estas respuestas se materialicen y entreguen de manera efectiva y oportuna a los sujetos de derecho y que se enmarcan en las responsabilidades, funciones y competencias de los involucrados en la garantía de los derechos de las niñas y los niños menores de 2 años y mujeres en periodo de lactancia.

Esta línea estratégica reconoce la normativa, la organización programática institucional según su misionalidad, alcance, destinatarios de sus ofertas, momentos que atiende, estructura de atención y de gestión, sistemas de información, desarrollo de capacidades, asistencia técnica, vigilancia y control, alianzas, cooperación e intervenciones privadas. El abordaje propuesto no solo es desde su existencia sino desde su efectividad, sostenibilidad, continuidad, sobreposición y vacíos existentes, su incidencia diferencial, así como las capacidades técnicas y de gestión, sus interacciones con las comunidades, con los sujetos y grupos de interés. También desde el uso de recursos, de la gestión de riesgos, compromisos de gobierno; entre diversos aspectos que ordenan lo que hace parte del PDLMAC 2021-2030.

La organización de las atenciones reconoce e incorpora la noción de entornos protectores, favorecedores y potenciadores. Estos son espacios físicos, sociales, culturales, políticos y económicos en los que las mujeres en periodo de lactancia, niñas y niños hasta los 2 años se desenvuelven. Son escenarios propicios para promover, exigir y defender sus derechos, en particular el derecho a la salud, la alimentación y la adecuada nutrición. Estos entornos donde cotidianamente se entregan estas atenciones son el hogar, los espacios públicos, educativos, institucionales, laborales y virtuales.

Objetivo de la línea estratégica de atenciones integrales, integradas y complementarias

Garantizar las atenciones efectivas para la promoción, protección y apoyo a la práctica de lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria dirigida a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia, las niñas y los niños menores de 2 años como contribución al desarrollo integral.

Resultados

- Actores y sectores involucrados en el desarrollo integral de las niñas y los niños que establecen atenciones efectivas en lactancia materna y adecuada alimentación complementaria, de acuerdo con sus responsabilidades y competencias.
- Niñas y niños que reciben atenciones para la protección y apoyo de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.

- Mujeres gestantes, en periodo de lactancia y sus familias que reciben las atenciones para la protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.
- Recién nacidos que reciben atención integral e inicio oportuno de la lactancia materna.
- Acciones implementadas y evaluadas que hacen parte de la oferta programática de cada sector y de acuerdo con las características territoriales, poblacionales y diferenciales.

Producto 1. Implementación de atenciones que promuevan y protejan la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, contempladas desde la oferta programática, dirigidas a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia, las niñas y los niños menores de 2 años.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Coordinar sectorial e intersectorialmente acciones que incentiven la demanda de las atenciones definidas en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social relacionadas con la primera infancia, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.	MSPS	Direcciones Territoriales de Salud, Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar.
2	Desarrollar capacidades en el talento humano a cargo de las atenciones que hacen parte de la oferta programática definida por cada sector para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria en el marco de la atención integral (y sus atributos) de las niñas y los niños hasta los 2 años de edad con perspectiva diferencial, intercultural e interseccional.	MSPS ICBF Prosperidad Social MEN	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS. Centros zonales ICBF. Secretarías de educación territoriales.
3	Actualizar y desarrollar los lineamientos técnicos y herramientas operativas que hacen parte de la oferta programática definida por cada sector para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	CPNA MSPS ICBF Prosperidad Social MEN	Direcciones Territoriales de Salud, Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar. EAPB, IPS, Centros zonales ICBF. Secretarías de educación territoriales.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
4	Implementar acciones definidas intersectorialmente para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, que puedan ser incluidas en la oferta programática de cada sector responsable de la atención integral en los mil primeros días de vida.	No aplica	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS, Centros zonales del ICBF. Secretarías de educación territoriales.
5	Continuar con la implementación de las acciones que hacen parte de la oferta programática definida por cada sector y de las cuales se han observado resultados positivos, para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, incorporando los avances técnicos, tecnológicos, normativos y la nueva evidencia disponible según la pertinencia establecida.	No aplica	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS, Centros zonales del ICBF. Secretarías de educación territoriales.
6	Actualizar el Decreto 1397 de 1992 teniendo en cuenta las actualizaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud.	MSPS	No aplica
7	Fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control al cumplimiento de las directrices, normativas, definiciones técnicas y operativas relacionadas con la implementación de atenciones dirigidas a la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, de acuerdo con las competencias y responsabilidades en cada nivel territorial.	MSPS ICBF Prosperidad Social MEN Superintendencia Nacional de Salud –SNS. Superintendencia de Industria y Comercio. INVIMA	Direcciones Territoriales de Salud, Centros zonales del ICBF. Superintendencia Nacional de Salud –SNS. Superintendencia de Industria y Comercio. GTT INVIMA.

Producto 2. Ejecución de estrategias integradas e integrales, dirigidas a los padres, madres, familias y comunidad, para el desarrollo de capacidades que orienten su rol de cuidado, crianza y potencien la práctica de lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Implementar procesos para el desarrollo de capacidades, adecuadas al territorio y con enfoque diferencial, para el fomento de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria dirigidos a las madres, padres, cuidadores y comunidades como parte de la oferta programática de cada institución en la atención integral de las niñas y los niños.	No aplica.	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS, Centros Zonales del ICBF. Secretarías de educación territoriales.
2	Disponer de mecanismos que garanticen el acceso equitativo de la población rural y rural dispersa a las acciones para el desarrollo de capacidades en la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	No aplica.	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS, Centros zonales del ICBF. Secretarías de educación territoriales.

Producto 3. Mensajes validados, incluyentes y con adecuación cultural, a través de medios de comunicación masiva nacionales, departamentales, distritales, locales, comunitarios e institucionales, que promuevan la práctica de la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria y el acceso a la oferta programática de los sectores responsables del desarrollo integral de las niñas y los niños.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Implementar estrategias intersectoriales de información y comunicación poblacional con adecuación sociocultural y enfoque diferencial para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria como práctica clave en el desarrollo integral de las niñas y los niños hasta los 2 años de edad.	CPNA MSPS MEN ICBF Prosperidad Social	Direcciones Territoriales de Salud, Comités de SAN, Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar, EAPB, IPS. Centros zonales ICBF. Secretarías de educación territoriales.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
2	Implementar las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos –GABA- para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años para Colombia, de acuerdo con las características territoriales, articuladas con los actores y sectores responsables de la atención integral de las niñas y los niños en sus primeros mil días de vida, de acuerdo con las competencias y responsabilidades en cada nivel territorial y su oferta programática actual y futura.	ICBF MEN MSPS Prosperidad Social	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS. Centros zonales ICBF. Secretarías de educación territoriales.
3	Desarrollar estrategias de comunicación con enfoque diferencial para la promoción de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria que estén adaptadas a las características territoriales y diferencias poblacionales de las comunidades como: facilidad de acceso a información digital; creencias y prácticas culturales; discapacidad auditiva y visual; disponibilidad local de alimentos, entre otros.	CPNA MEN MSPS Prosperidad Social	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS, Centros zonales del ICBF. Secretarías de educación territoriales.
4	Gestionar recursos con el sector privado y/o con organismos de cooperación internacional, sin conflictos de interés, para el desarrollo de estrategias de comunicación teniendo en cuenta las diferentes realidades territoriales e involucrando prácticas, saberes y tradiciones propias de las diversas poblaciones y comunidades.	CPNA Sector Privado	Alcaldías y Gobernaciones. Sector Privado.
5	Desarrollar herramientas innovadoras e inclusivas de información y comunicación, soportadas en las TIC, sobre la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria a nivel nacional y territorial con adaptación intercultural.	CPNA MEN MSPS Prosperidad Social MinTIC Universidades	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS, Centros zonales del ICBF. Secretarías de educación territoriales, Universidades.
6	Intercambiar contenidos y piezas de comunicación que promuevan la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, para uso y distribución en los programas sociales y aquellos para la superación de la pobreza, con referencia en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos –GABA- para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años para Colombia.	CPNA MEN MSPS Prosperidad Social MinTIC Universidades	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS, Centros zonales del ICBF, Secretarías de educación territoriales, Universidades.

Producto 4. Estímulos y/o reconocimientos dirigidos a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia, padres, madres, familias y cuidadores que promuevan y mantengan las prácticas protectoras de lactancia materna y adecuada alimentación complementaria.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Desarrollar estrategias o mecanismos de estímulos y/o reconocimientos dirigidos a gestantes, mujeres en periodo de lactancia, padres, madres y cuidadores que promuevan y practiquen la lactancia materna exclusiva, la lactancia continuada y la adecuada alimentación complementaria, en el marco de la atención integral.	CPNA Sector Privado MEN MSPS Prosperidad Social	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS. Centros zonales del ICBF Secretarías de educación territoriales. Sector privado.
2	Gestionar recursos con sectores y actores públicos y privados para la generación de estímulos y/o reconocimientos dirigidos a las acciones para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, sin conflicto de intereses.	CPNA Sector Privado MEN MSPS Prosperidad Social	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS, Secretarías de educación territoriales. Sector Privado.

Producto 5. Implementación de espacios físicos en los entornos laboral, educativo, institucional y espacios públicos, que favorezcan la protección, promoción y apoyo a la práctica de la lactancia materna.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Orientar técnicamente a las empresas públicas y privadas en el diseño e implementación de políticas y estrategias para la promoción, protección y apoyo de la práctica de la lactancia materna que incluya alternativas o modalidades de trabajo para las mujeres en periodo de lactancia (el trabajo en casa, flexibilidad de horarios o trabajo parcial) para promover la continuidad de la lactancia hasta que las niñas o los niños cumplan 24 meses de edad.	CPNA MSPS	Direcciones Territoriales de Salud. Gestoras Sociales.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
2	Dar cumplimiento al artículo 6 de la Ley 1823 de 2017: “el Ministerio de Hacienda determinará los beneficiarios, alivios o incentivos tributarios para las empresas privadas que adopten las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral”.	Ministerio de Hacienda Ministerio de Trabajo	No Aplica
3	Continuar con la implementación de Salas Amigas de la Familia Lactante en los Centros de Desarrollo Infantil –CDI-, Jardines Infantiles y demás servicios de educación inicial, con el acompañamiento de las Secretarías de Salud, o quien haga sus veces, en el orden departamental, distrital o municipal.	ICBF	Centros zonales del ICBF. Direcciones Territoriales de Salud.
4	Generar acuerdos con los sectores comercio, industria, turismo, recreación, entre otros, para el fomento de espacios públicos amigables con la familia lactante, garantizando el derecho de las mujeres a amamantar a sus hijas e hijos en el espacio público, sin ningún tipo de discriminación.	CPNA Sector Privado	Gobernaciones, Alcaldías, Sector Privado.

6.2.3 Transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras

Las transformaciones sociales se definen como una serie de factores que contribuyen al cambio en la sociedad integrando la cultura, costumbres y tradiciones con las experiencias personales al modificar la manera de ver y abordar las situaciones que se presentan. En el caso de los procesos pedagógicos, a través de la educación y cultivando un espíritu crítico y responsable, donde tenga cabida la participación, se pueden lograr transformaciones sociales auténticas. Como señala Paulo Freire, “no estoy en el mundo simplemente para adaptarme a él, sino para transformarlo” (Freire, 2005).

Para el PDLMAC 2021-2030, las transformaciones sociales corresponden a la serie de componentes y causas que contribuyen al cambio social en relación con los imaginarios y prácticas de lactancia materna y adecuada alimentación complementaria. Parten del conocimiento de las necesidades de la comunidad y del reconocimiento y comprensión de las prácticas culturales y tradiciones de las personas que habitan cada territorio. De esta forma, se busca favorecer y promover aquellas que pueden ser protectoras de los derechos de las mujeres y del desarrollo integral de las niñas y los niños, y concertar o

establecer acuerdos para desestimular y transformar aquellas que puedan representar un riesgo (Cossio Betancur, 2014).

Asimismo, las transformaciones sociales buscan generar simbiosis entre individuos, familias y colectivos sociales para que conozcan, defiendan y promuevan el derecho a la alimentación adecuada, a partir de procesos participativos y deliberativos que propicien la inclusión de la ciudadanía: mujeres, familia, comunidad, redes sociales de apoyo, permitiendo responder de manera efectiva, a las problemáticas sociales de sus territorios.

Dentro de esos escenarios, la familia juega un papel fundamental en la toma de decisiones de las mujeres. Es en la familia donde se transmiten las creencias, hábitos, actitudes e implícitamente algunas conductas, siendo las mujeres de la familia quienes ejercen mayor influencia en la nueva madre sobre su cuidado y el de su bebé. Por lo anterior, es clave considerar a la familia en la construcción de nuevas formas de concebir la lactancia materna y la alimentación complementaria. Las iniciativas en el campo de la enseñanza y de la investigación, partiendo de esas costumbres y tradiciones, estructuran acciones y forman profesionales de salud como agentes del cuidado, pues en muchos casos, las enseñanzas de la academia, no se relacionan con las necesidades reales de las mujeres en lactancia y sus familia (Spanó N., 2007).

La formación es un proceso permanente que transforma, reestructura y promueve el aprendizaje a lo largo del curso de vida, es considerado como un proceso dinámico que se alimenta a través del intercambio de experiencias, información y conocimiento; por lo tanto, la identificación de competencias constituye un elemento importante para diseñar y ajustar las estrategias de atención integral en salud.

Derivado de lo anterior, corresponde a las mujeres, a sus parejas y a las comunidades empoderadas y con esos conocimientos, recuperar y trasladar los saberes, logrando paulatinamente transformaciones sociales donde se reconozca el papel fundamental que juega la lactancia materna en la salud, el desarrollo y la supervivencia del ser humano. Esas actuaciones deben llevar a que las mujeres, con el apoyo de sus parejas y familias, logren ganar confianza en su propio cuerpo y en su propia capacidad de amamantar y es allí donde como sociedad se les debe brindar apoyo eficaz a ellas y a sus familias para realizar los cambios y transformaciones que sean necesarios de tal manera que se logren superar las barreras y obstáculos que aún se presentan (Spanó N., 2007).

Igualmente, es necesario generar cambios en el comportamiento y normas sociales que desestiman el valor de la lactancia materna, tienen resistencia frente a la donación de leche, censuran la lactancia en espacios públicos y asumen la lactancia como responsabilidad exclusiva de las mujeres. Dichas transformaciones deben llevar a que se valoren las múltiples prácticas de la lactancia materna fortaleciendo la participación activa de redes de apoyo y, por otro lado, se recojan experiencias de estrategias de comunicación para el cambio de normas sociales.

Se propone el diseño e implementación de procesos de movilización y empoderamiento comunitario para el logro de las transformaciones sociales con relación a las prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria. Estos procesos deben partir del conocimiento de las necesidades de la comunidad y del reconocimiento y comprensión de las prácticas culturales y tradiciones de las personas que habitan cada territorio. De esta forma, se busca favorecer y promover aquellas prácticas que son inclusivas y protectoras de los derechos de las mujeres y del desarrollo integral de las niñas y los niños.

El PDLMAC busca, desde la institucionalidad, potenciar los sistemas de ayuda natural de las personas, grupos y comunidades de los territorios. El apoyo social se fundamenta en los sistemas de cooperación que se dan de manera espontánea y natural en las personas para prevenir, manejar o recuperarse de las crisis y por lo tanto se exhorta a que las intervenciones que se realicen fortalezcan o complementen dichos sistemas (Villalba Quesada, 1993). El respaldo a la lactancia materna dentro de la red social y las nociones de redes de apoyo, fundamentados en los sistemas de cooperación, favorecen los esfuerzos en pro de la lactancia natural. Es primordial el apoyo social para lograr los objetivos trazados que en la mayoría de los casos no será posible si no se pone suficiente énfasis en el apoyo comunitario (Turnbull Plaza, Escalante Izeta, & Klunder Klunder, 2006).

Objetivo de la línea estratégica de transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras

Desarrollar mecanismos de movilización y empoderamiento social hacia una cultura de fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria de manera participativa, reflexiva y creativa, desde la comprensión y el respeto por la diversidad y la dignidad humana, la igualdad de género, la no violencia y la no discriminación, centrada en prácticas protectoras.

Resultados

- Personas, familias y comunidades que reconocen la importancia de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria como elementos fundamentales para el desarrollo integral de las niñas y los niños en sus mil primeros días de vida.
- Territorios con estrategias activas de movilización social relacionadas con la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria en los mil primeros días de vida de niñas y niños.
- Líderes sociales, representantes de grupos étnicos y actores comunitarios del territorio participan activamente en la construcción de procesos para la promoción de una adecuada alimentación del lactante y del niño pequeño.

Producto 1. Implementación de estrategias de movilización social que fomenten el liderazgo de las organizaciones de la sociedad civil para la protección de los derechos de la mujer y del desarrollo integral de las niñas y los niños hasta los 2 años de edad.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Desarrollar estrategias de movilización social que fomenten el liderazgo de las organizaciones de la sociedad civil para la protección de los derechos de la mujer y del desarrollo integral de las niñas y los niños en sus mil primeros días de vida.	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la CIPI	Gobernaciones, Alcaldías, Direcciones Territoriales de Salud, Centros zonales del ICBF, Organizaciones de sociedad civil, Secretarías de educación territoriales. Gestoras Sociales. Sector privado.
2	Generar procesos de movilización social, a través de las redes sociales virtuales y/o presenciales, relacionados con el derecho de las mujeres a amamantar a sus hijas e hijos libres de presiones comerciales y sociales, y el derecho de las niñas y los niños a la alimentación adecuada y al desarrollo integral.	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la CIPI	Gobernaciones, Alcaldías, Direcciones Territoriales de Salud, Centros zonales del ICBF, Organizaciones de sociedad civil, Secretarías de educación territoriales. Gestoras Sociales. Sector privado.

Producto 2: Empoderamiento de la población en general frente a la importancia que tiene la participación en la formulación de planes y respuestas para mejorar la práctica de la Lactancia Materna y la adecuada Alimentación Complementaria en las niñas y niños hasta los 2 años de edad.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Generar estrategias para la participación comunitaria en el marco de la garantía progresiva del derecho a la alimentación adecuada en las niñas y los niños, con énfasis en la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la CIPI	Gobernaciones, Alcaldías, Direcciones Territoriales de Salud, Centros zonales del ICBF, Organizaciones de sociedad civil. Gestoras Sociales.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
2	Gestionar mecanismos de participación de la sociedad civil en el seguimiento al PDLMAC 2021-2030, así como a la calidad de las atenciones recibidas en los diferentes entornos	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la CIPI	Gobernaciones, Alcaldías, Direcciones Territoriales de Salud, Centros zonales del ICBF, Organizaciones de sociedad civil. Gestoras Sociales.

Producto 3. Adopción de prácticas favorecedoras y protectoras de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria por parte de las comunidades y de la sociedad civil, a partir del reconocimiento de hábitos, tradiciones y costumbres.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Implementar espacios concertados con las comunidades que permitan el reconocimiento de sus realidades, experiencias, hábitos, costumbres e imaginarios que favorecen o ponen en riesgo la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria como insumo para la promoción y adopción de prácticas protectoras y sostenibles.	Entidades del orden nacional con competencias en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - Ley 1804 de 2016, en el marco de la CIPI	Direcciones Territoriales de Salud, Centros zonales del ICBF, Prosperidad social regional, Organizaciones de sociedad civil. Gestoras sociales.
2	Desarrollar estrategias de comunicación que promuevan el respeto hacia la práctica de la lactancia materna en el espacio público y privado, el reconocimiento de las mujeres en el libre ejercicio del derecho de amamantar en cualquier espacio, la normalización de la lactancia materna como parte del derecho a la alimentación adecuada y a la atención integral de la primera infancia.	CPNA MEN MSPS Prosperidad Social	Gobernaciones, Alcaldías, Direcciones Territoriales de Salud, Centros zonales del ICBF, Secretarías de educación territoriales, Gestoras Sociales, Organizaciones de sociedad civil, Sector privado.

Producto 4. Implementación de estrategias para el fortalecimiento de los soportes familiares, sociales y comunitarios, mediante la conformación de redes para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Conformar redes que apoyen y acompañen a padres, gestantes y mujeres en periodo de lactancia, familias y cuidadores de las niñas y los niños a través de la identificación de líderes, grupos de parteras, organizaciones, dispositivos comunitarios y demás mecanismos interesados en la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria y el desarrollo integral de las niñas y los niños.	CPNA MSPS ICBF Prosperidad Social	Direcciones Territoriales de Salud, IPS, Centros zonales del ICBF, Organizaciones de sociedad civil. Gestoras sociales.
2	Desarrollar capacidades en los miembros de las redes de apoyo conformadas para el acompañamiento y orientación en la práctica de la lactancia materna y de la adecuada alimentación complementaria al interior de su comunidad, reconociendo sus saberes propios.	No aplica	Direcciones Territoriales de Salud, Centros zonales del ICBF, Organizaciones de sociedad civil. Gestoras Sociales. Sector privado.
3	Desarrollar procesos de fortalecimiento para la gestión social de proyectos que promuevan, protejan y apoyen la práctica de la lactancia materna, dirigidos a líderes, grupos de parteras, organizaciones o dispositivos comunitarios, que trabajan en los territorios en seguridad alimentaria y nutricional y atención a la primera infancia, teniendo en cuenta los saberes y prácticas propias de las comunidades y grupos étnicos.	CPNA Sector privado.	Direcciones Territoriales de Salud, Centros zonales del ICBF, Organizaciones de sociedad civil. Gestoras Sociales. Sector privado.

6.2.4 Gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento consiste en la identificación, construcción, preservación, uso, apropiación y transferencia de conocimiento que fortalezca la comprensión y toma de decisiones en relación con la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria. Esta línea estratégica busca generar evidencias técnico-científicas, administrativas y experienciales que transformen el quehacer institucional a favor de estas prácticas. Busca que el conocimiento sea difundido y oriente las acciones de la población en general, así como la labor de las instituciones, del personal de la salud, de los diversos profesionales y sectores relacionados con la materia (Ministerio de la Protección Social, 2010).

La gestión de conocimiento estimula la capacidad de aprender, generar conocimiento nuevo o mejorar el actual. Es la base para la generación de capital intelectual, capacidades

organizativas, nuevas tecnologías de la información y la comunicación, así como de recursos estratégicos para la innovación (Farfán Buitrago & Garzón Castrillón, 2006). Su implementación requiere de un conjunto de actividades de selección, captura, organización, depuración, análisis, presentación, uso y difusión de la información a través de canales de acceso y consulta eficientes.

El desarrollo estratégico y táctico de esta línea comprende las acciones de identificación, generación, preservación, uso, apropiación y transferencia del conocimiento que permita comprender las barreras, costumbres, prácticas, saberes, paradigmas, intervenciones, experiencias sobre los derechos a una alimentación y nutrición adecuada, a la salud y al desarrollo integral de las niñas y los niños hasta sus dos años de vida y de las mujeres gestantes y en periodo de lactancia.

Objetivo de la línea estratégica Gestión del Conocimiento

Establecer procesos de gestión e innovación del conocimiento para el fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, sin conflicto de intereses.

Resultados

- Investigaciones teóricas y aplicadas en relación con la nutrición y alimentación durante los primeros mil días de vida, libres de conflictos de interés.
- Herramientas tecnológicas inclusivas que facilitan el acceso a la información sobre lactancia materna y alimentación complementaria, y para la interacción de la comunidad con profesionales de la salud, instituciones y redes de apoyo.
- Talento humano capacitado con conocimientos teóricos y prácticos en lactancia materna y adecuada alimentación complementaria de acuerdo con la evidencia disponible.

Producto 1. Desarrollo de líneas de investigación con énfasis en nutrición durante los mil primeros días de vida con enfoque diferencial.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Establecer alianzas con centros y grupos de investigación e instituciones de educación superior, para generar líneas de investigación interdisciplinarias en nutrición durante los mil primeros días de vida, con énfasis en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, sin incurrir en conflictos de interés.	CPNA MINCIENCIAS Universidades Sector Privado	Universidades. Sector Privado. Gestoras Sociales.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
2	Desarrollar procesos de investigación sobre determinantes de la práctica de la Lactancia Materna y la Alimentación Complementaria, con resultados difundidos, en relación con la nutrición y alimentación durante los primeros mil días de vida, con enfoque diferencial.	MINCIENCIAS Universidades MSPS-INS ICBF	Universidades.
3	Promover la vinculación de proyectos de ciencia, tecnología e innovación entre el sector público, privado y la academia, en una relación inter y transdisciplinar con otros campos del saber, desde el enfoque diferencial, con énfasis en nutrición durante los mil primeros días de vida, sin conflictos de interés.	MINCIENCIAS Universidades Sector Privado	Sector privado. Universidades.
4	Promover el desarrollo de semilleros de investigación sobre lactancia materna y alimentación complementaria en dependencias académicas relacionadas con ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas y demás áreas de interés, en las instituciones de educación superior.	MINCIENCIAS Universidades	Universidades.

Producto 2: Integración transversal de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, GABA, para gestantes, mujeres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años para Colombia, al Programa para la Promoción de Estilos de Vida Saludable en las instituciones educativas.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Generar espacios de concertación con el Ministerio de Educación Nacional, las Secretarías de Educación y las instituciones de educación media, respetando la autonomía del sector, para la integración transversal de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos –GABA- para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años, al Programa para la promoción de estilos de vida saludable.	MSPS ICBF CPNA MEN	Secretarías de Educación.
2	Diseñar recursos educativos de uso transversal a lo largo de toda la trayectoria educativa con base en las GABA para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años	MSPS ICBF CPNA MEN	Secretarías de Educación.

Producto 3. Formación permanente del talento humano, a cargo de la atención integral a la primera infancia, en competencias para la promoción, protección y apoyo a la práctica de lactancia materna y adecuada alimentación complementaria.

No.	Actividades	Gestores de acción a nivel nacional	Gestores de acción a nivel territorial
1	Desarrollar mesas de concertación con instituciones de educación superior en áreas de la salud y las agremiaciones de profesionales existentes para la inclusión de contenidos técnicos relacionados con lactancia materna y alimentación complementaria, en los programas académicos y currículos, respetando la autonomía institucional, libre de conflicto de intereses.	CPNA MSPS ICBF MEN Sociedades científicas Universidades	Universidades. Agremiaciones de profesionales del área de la salud.
2	Fortalecer alianzas, libres de conflicto de interés, con sociedades científicas, instituciones de educación superior y entidades de gobierno, para el diseño de proyectos educativos sobre nutrición en los mil primeros días de vida.	CPNA MSPS ICBF MEN Sociedades científicas Universidades	Universidades.
3	Fortalecer los procesos de formación continua al talento humano en consejería en lactancia materna y alimentación complementaria, mediante alianzas con instituciones de educación superior, que estén dirigidos a los profesionales de diversas áreas del conocimiento responsables de la atención integral en los mil primeros días de vida.	MSPS ICBF MEN Universidades	Direcciones Territoriales de Salud, EAPB, IPS. Universidades.

7



GESTIÓN DEL PLAN DECENAL DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA 2021-2030



El modelo de gestión del PDLMAC hace referencia a la integración de las acciones y actividades que desempeña cada uno de los actores públicos, privados y la sociedad civil, a fin de lograr mejores resultados buscando eficiencia y efectividad. Este modelo de gestión del PDLMAC comprende los niveles estratégico, táctico y operativo. El primero, corresponde al proceso de direccionamiento estratégico que incluye al análisis de involucrados, el análisis de situación del derecho a la alimentación adecuada de las niñas y niños, la identificación de brechas en la garantía del derecho y la formulación de los resultados esperados.

A partir de estos resultados esperados emergen los procesos tácticos que soportan la operación y permiten la acción sectorial e intersectorial en el marco de las competencias, responsabilidades y funciones del orden nacional, departamental y local, con el apoyo, vinculación y articulación permanente con los diferentes procesos de planeación que se deben adelantar en el territorio nacional. Por último, el nivel operativo del modelo de gestión del PDLMAC tiene en cuenta lo dispuesto y establecido en las líneas estratégicas. Estas líneas estratégicas son marco general para definir las acciones de los actores responsables en el logro de los resultados relacionados con la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.

El modelo de gestión del PDLMAC parte del reconocimiento de los compromisos vinculantes y no vinculantes y de las prioridades y resultados definidos a nivel territorial. En los primeros se encuentran compromisos como los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Plan Nacional de Desarrollo, Política de Desarrollo Integral en la Primera Infancia, Plan Decenal de Salud Pública y los resultados del análisis de la garantía del derecho humano a la alimentación adecuada bajo el modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

Entre los segundos, se encuentran los definidos a nivel nacional, departamental y local, que trazan la ruta a seguir y se constituyen en el eje articulador de las respuestas de los actores para la protección de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.

Para esto, y en armonía con las líneas estratégicas definidas, es fundamental establecer la gobernanza como eje central y transversal en la gestión del PDLMAC. Los principios de la buena gobernanza se refieren a los compromisos que deben cumplir los actores que participan en la toma de decisiones públicas para fortalecer su legitimidad y efectividad

y que buscan mejorar los procesos de toma de decisiones y contribuir con el desarrollo económico y social. Los principios de la buena gobernanza teniendo como referencia los propuestos por el PNUD, son:

- **Centrado en las personas:** las acciones deben ser formuladas pensando en la incidencia positiva sobre los sujetos de derecho, trascendiendo los procesos.
- **Participación:** implica reconocer y tener en cuenta la voz de todos los ciudadanos.
- **Consensos:** construcción basada en el diálogo, mediando los diferentes intereses.
- **Normatividad:** los marcos legales deben propender por la reducción de las desigualdades, principalmente cuando se trate de la garantía de los derechos humanos.
- **Transparencia:** los ciudadanos tienen derecho a conocer la información, esta debe estar disponible de forma clara que facilite la lectura y comprensión de la situación que se está monitoreando o evaluando.
- **Capacidad para responder:** las instituciones y actores deben responder a sus competencias y funciones, así como a los ciudadanos. Respuestas a todos los actores implicados.
- **Equidad:** todos los ciudadanos deben contar con oportunidades de acuerdo con sus condiciones. Grupos poblacionales vulnerables deben ser prioridad para recibir respuestas efectivas.
- **Inclusión:** acceso efectivo a la oferta de servicios para la población más vulnerable.
- **Efectividad y eficiencia:** resultados en personas, familias y comunidades haciendo el mejor uso de los recursos.
- **Responsabilidad por rendir cuentas:** los tomadores de decisión y formuladores de políticas públicas tiene como responsabilidad socializar a la ciudadanía los resultados de su gestión y desempeño.
- **Generación del conocimiento:** decisiones basadas en la evidencia que incida en los resultados deseados en la población.

7.1. Ordenadores de la gestión del PDLMAC 2021 - 2030

La gestión de PDLMAC reconoce una serie de ordenadores que permiten la interacción entre las acciones a cargo de los actores involucrados en su implementación, las apuestas de territorialización y las atenciones dirigidas a la población sujeto de intervención (niños, niñas y gestantes, mujeres en periodo de lactancia, familia, cuidadores, redes de apoyo y comunidades). Esta gestión busca los resultados esperados en estas poblaciones, de tal forma que logren la coherencia entre los niveles de gestión adoptados por el Plan Decenal y

la materialización de los principios de las buenas prácticas de gobernanza. Para comprender su alcance, de manera que se consideren permanentes a la hora de definir los medios a través de los cuales se cumplirán las responsabilidades y compromisos adquiridos, se describe cada uno de ellos:

A. Sujeto modulador de la respuesta

La evolución de la política pública en los últimos tiempos ha llevado a poner de relieve a la persona como sujeto en el que se concreta el goce efectivo de los derechos. El PDLMAC 2021 - 2030 hace un llamado a todos los actores a coordinar la acción y concretar respuestas que estén orientadas hacia las personas. Esto sugiere pasar de la acción centrada en los servicios, hacia la acción centrada en los sujetos. Así, las gestantes, mujeres en periodo de lactancia, recién nacidos, niñas y niños se convierten en protagonistas activos. Y el entorno, los actores públicos, privados y la sociedad, se convierten en el medio para contribuir a los resultados esperados para su vida, bienestar, salud y alimentación.

B. Resultados como ímpetu de la garantía de derechos

Para el PDLMAC como instrumento operativo de política pública, los resultados se constituyen en el estado, situación o condición deseada en los sujetos titulares de derechos (gestantes, mujeres en periodo de lactancia, recién nacido, niñas y niños hasta los dos años de edad). Se derivan de la interacción conjunta y complementaria de todos los actores en los diferentes niveles de gestión, por tal razón, se convierten en un elemento clave para orientar la acción territorial, institucional, social y comunitaria a partir del reconocimiento de las funciones, responsabilidades y competencias.

En la práctica, los resultados se convierten en el pilar de la planificación estratégica, la gestión y ejecución de respuestas, el seguimiento y evaluación. Los resultados orientan las respuestas efectivas que causan efectos positivos en la práctica de la lactancia materna, la adecuada alimentación complementaria y el desarrollo integral de las niñas y los niños.

C. Rol y funciones, un desafío para fronteras y sinergias

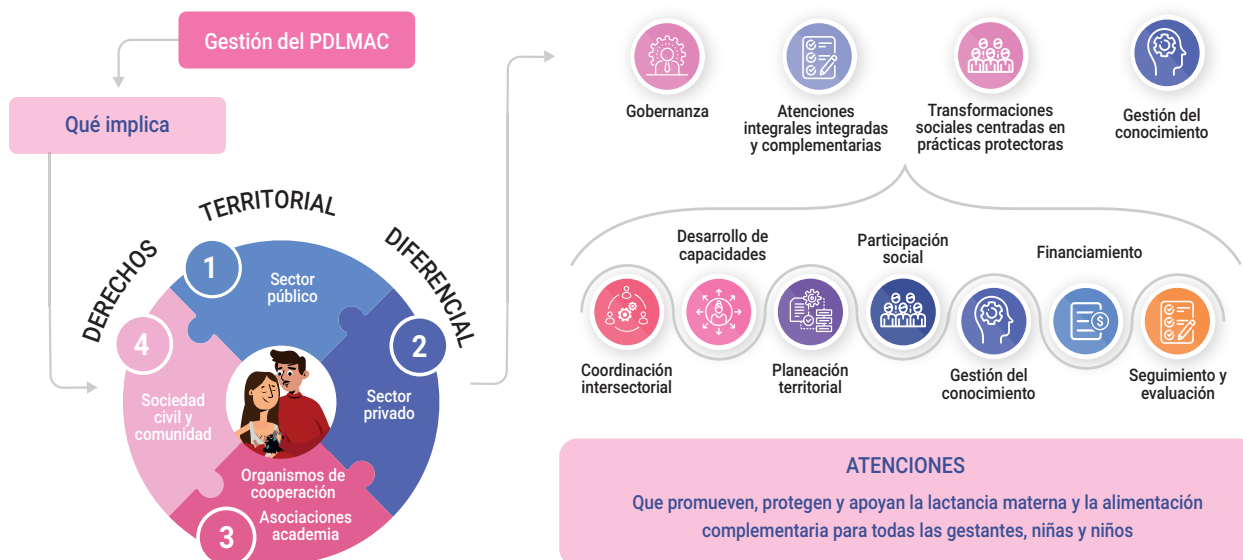
El campo de acción de la mayoría de los actores involucrados en la implementación del PDLMAC 2021-2030 está definido normativamente. Esto genera facilitadores o barreras para la concertación de las respuestas. En particular, respuestas en las cuales se requiere la participación de varios actores. Por lo que reconocer los puntos comunes en la operación de estos permite poner en evidencia los linderos que demarca el actuar y las potenciales interacciones que favorecen la concertación y la definición de acciones innovadoras y colaborativas que podrían generar efectos con impacto positivo en los resultados esperados. Por esta razón, los roles o funciones también son elementos estructurales que ordenan la gestión.

D. Territorio como plataforma para la gestión

Las características geográficas, ambientales, sociales y poblacionales que convergen en los territorios determinan el alcance de las acciones, los medios y los recursos a través de los cuales se espera lograr los resultados definidos en el PDLMAC 2021-2030. Por esto, resulta conveniente tenerlas presentes de tal forma que se realicen las adecuaciones o adaptaciones requeridas para que todos los sujetos de intervención que habitan en ellos, logren acceder a las respuestas planteadas sin excepción y todos los actores implicados en su garantía asuman los desafíos que esto implica. Es decir, para que el territorio o sus características no se conviertan en la justificación de inequidad del derecho y de la acción ineficiente.

7.2. Modelo de gestión del PDLMAC 2021 - 2030

Ilustración 6. Propuesta de modelo de gestión del PDLMAC 2021-2030



Fuente: elaboración propia

En el PDLMAC 2021-2030, es fundamental la vinculación activa de los diferentes sectores y actores a nivel nacional, departamental, distrital y municipal para que en los espacios de gestión con reconocimiento político y comunitario se realice la alineación de acuerdos, compromisos, metas y resultados. Gracias a esta vinculación de actores, es posible potenciar la acción conjunta, en función de la garantía y protección de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, en el marco de sus responsabilidades, funciones y competencias.

El modelo de gestión para el PDLMAC 2021 - 2030 se fundamenta en la gestión basada en procesos, a través de los cuales se ordenan las acciones para la implementación, adaptación, adecuación, seguimiento y evaluación de este.

Ordenar la gestión por procesos le ofrece a todos los actores involucrados en la implementación del PDLMAC 2021-2030 estructurar en cada nivel de gestión y en el marco de las competencias y responsabilidades, las acciones y el conjunto de actividades establecidas en cada uno de las líneas estratégicas.

Esta gestión favorece la coordinación a partir del reconocimiento de elementos comunes para intervenir en las problemáticas o gestionar las barreras para la implementación. También ayuda a superar los límites de la fragmentación, el abordaje temático o por competencias o por fuentes de financiamiento. El modelo de gestión para la implementación del plan propone los siguientes procesos que se identifican como transversales o comunes en la misionalidad de cada sector o institución:

A. Coordinación intersectorial

Se refiere a toda acción desarrollada conjuntamente entre los sectores público, privado o comunitario o entre las instituciones gubernamentales para responder de manera sostenible e integral ante una necesidad o situación priorizada en el territorio; en la que se ven implicados varios actores o que sobrepasa el abordaje o accionar de un actor, sector o institución en particular.

Busca potenciar recursos, complementar o lograr sinergia de las acciones, bienes y servicios, compartir riesgos, responsabilidades y beneficios por medio de un trabajo articulado y sistemático entre los sectores públicos, privados, instituciones y organizaciones sociales o comunitarias. Esta coordinación intersectorial se da alrededor de objetivos, temas, agendas y estrategias comunes que permitan superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y lograr mayor eficacia de las intervenciones.

B. Desarrollo de capacidades

Corresponde al conjunto de acciones o actividades dirigidas a generar las transformaciones y condiciones que empoderen a las personas (sujetos de derechos) para que aporten al logro de los resultados esperados de la implementación de políticas, planes, proyectos y estrategias encaminadas a la atención integral, así como para la exigibilidad de sus derechos.

El desarrollo de capacidades busca generar y fortalecer los conocimientos, habilidades y actitudes en el Talento Humano a cargo de la atención integral. Estas capacidades funcionales de los sectores, actores, instituciones y organizaciones contribuyen de forma sostenible a la gestión técnica, administrativa y financiera de las acciones orientadas al logro de resultados y la garantía de derechos de las mujeres, las niñas y los niños.

C. Planeación Territorial

La planeación hace parte del ciclo de la gestión integral en los departamentos, distritos y municipios. Es un proceso participativo que, bajo una secuencia lógica, asume los desafíos, retos, objetivos, estrategias, acciones e intervenciones para alcanzar los productos propuestos en el PDLMAC 2021-2030 y orientar la gestión a nivel territorial. Esta planeación debe realizarse con base en las competencias, necesidades, condiciones y características de su territorio, para adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el PDLMAC.

D. Gestión de conocimiento

Es un proceso que comprende un conjunto de actividades de selección, captura, organización, depuración, análisis, presentación, uso y difusión de la información a través de canales de acceso y consulta eficientes, que pone a disposición información de manera pertinente, oportuna, confiable y asequible para la toma de decisiones. Se expresa en investigación, experiencias exitosas, lecciones aprendidas, procesos de educación formal e innovación.

E. Gestión de recursos o financiamiento

Abarca la movilización de fondos específicos, es decir, la asignación, definición y desembolso de recursos para financiar las acciones sectoriales e intersectoriales o respuestas conjuntas. Hace referencia a la ejecución óptima de los recursos y las acciones necesarias para el direccionamiento, coordinación, ejecución, monitoreo y evaluación de los bienes, servicios, atenciones o intervenciones contempladas en los planes de cada entidad.

F. Participación social

Es el proceso a través del cual la ciudadanía, familias y comunidades se organizan e inciden en las decisiones públicas que afectan sus realidades, condiciones y situaciones aportando a la consecución de su bienestar y a la garantía de sus derechos. En este sentido, la participación permite: legitimar las atenciones o respuestas disponibles; ejercer control social sobre la gestión de las políticas públicas y de los actores a cargo; transformar los entornos; fortalecer la autonomía de las personas, familias y comunidades e incidir sobre la planeación y presupuesto de las políticas públicas. Por tal razón, la participación social se considera transversal a todo el ciclo de gestión de las políticas públicas.

G. Vigilancia y control

Es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación de las responsabilidades, funciones y competencias de un sector, actor, institución u organización pública o privada. La vigilancia y el control sirven para solicitar, confirmar, analizar y evaluar de manera puntual la información que se requiera (condiciones,

calidad, pertinencia, situación jurídica y financiera) en el marco de la atención integral de las mujeres, las niñas y los niños.

H. Seguimiento y evaluación

Son dos procesos interdependientes y continuos, mediante los cuales se lleva a cabo un monitoreo del desarrollo y cumplimiento de las atenciones o acciones y actividades que hacen parte de las políticas, programas, planes, proyectos y estrategias. También incluye el seguimiento a los efectos que genera en los sujetos de atención, con el fin de orientar acciones de mejora y contar con insumos para la toma de decisiones.

7.3. Responsabilidades para la gestión del PDLMAC 2021 - 2030

El componente de gestión del Plan de Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria - PDLMAC 2021-2030 busca orientar a los actores involucrados frente a los elementos esenciales que permiten la materialización de las acciones, que a su vez contribuyen al logro de los resultados esperados en las líneas estratégicas planteadas. Así, la gestión contempla tres niveles, con los siguientes alcances:

Gestión estratégica: corresponde a las acciones que permiten el cumplimiento de las disposiciones normativas nacionales e internacionales dirigidas al bienestar individual y colectivo, involucrando a las instancias que representan al Estado y que tienen a cargo la garantía de los derechos de las personas que habitan en el territorio nacional. Estas acciones reflejan el ejercicio de la rectoría, gobernanza y autoridad, que se expresan en el establecimiento de prioridades, la definición de objetivos, la proyección de resultados, la determinación de metas, la provisión de bienes y servicios sociales, la distribución equitativa de los recursos y la estabilidad, continuidad y sostenibilidad de la oferta.

Gestión táctica: corresponde a las acciones específicas que dan cuenta del rol, función, responsabilidad o competencias de una instancia o actor en particular. Se refiere al dominio técnico o experticia en un tema en específico, que permite la toma de decisiones, fundamentadas en la evidencia científica y dan sustento a la consecución de objetivos, a la definición de actividades, a la previsión y adecuación de los recursos necesarios para la consecución de los resultados esperados.

Gestión operativa: es la expresión de las disposiciones estratégicas y técnicas que permiten dar respuesta a las situaciones específicas y cotidianas, desde una perspectiva territorial, así como permite la identificación de beneficiarios (sujetos de derecho), la asignación de responsables de las intervenciones (actores a cargo

en el marco de sus roles y competencias), la disposición de oferta y arquitectura institucional y las herramientas e instrumentos para seguimiento y evaluación.

Gestionar la implementación del PDLMAC 2021-2030 exige a todos los actores involucrados en los distintos niveles de la gestión la articulación, armonización y complementariedad de las acciones. Bajo esta premisa y en coherencia con el Análisis Institucional y Valoración de Efectos del PDLM 2010-2020, a continuación, se presentan las responsabilidades para la gestión del plan según el nivel de gestión:

Nivel estratégico

- Armonizar el Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030, con las políticas públicas nacionales y territoriales, con particular énfasis en la Política de Desarrollo Integral a la Primera Infancia de “Cero a Siempre”, la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Política de Atención Integral en Salud y los Planes decenales de cada sector.
- Concertar y definir los resultados y metas esperados con la implementación del PDLMAC 2021-2030, en el nivel nacional y territorial, en el marco de lo establecido en compromisos nacionales e internacionales.
- Definir las acciones y la oferta institucional sectorial e intersectorial requerida para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria y los mecanismos de integración y complementariedad entre las mismas.
- Acompañar a todos los actores involucrados en la implementación del PDLMAC 2021-2030, en la adopción y adaptación de este, a través del diseño y desarrollo de metodologías e instrumentos para el monitoreo, seguimiento y evaluación de los recursos técnicos, administrativos y financieros destinados para el logro de las metas propuestas a nivel territorial y nacional.
- Realizar el seguimiento, evaluación y actualización de metas, acciones estratégicas o actividades que hacen parte de la oferta institucional, mediante la gestión y articulación de procesos de concertación con todos los actores públicos y con la comunidad.
- Definir, asignar y ejecutar los recursos necesarios y suficientes para la implementación del PDLMAC 2021-2030, a fin de garantizar las acciones de gestión, necesarias y suficientes, para materializar las atenciones o la oferta institucional sectorial y la oferta complementaria intersectorial.

- Establecer de manera conjunta con los sectores público, privado, las instituciones y las organizaciones sociales los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: i) el reconocimiento y posicionamiento de las prioridades relacionadas con la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria; ii) la inclusión de las atenciones dirigidas a mejorar la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria en los planes operativos anuales o en su equivalente; iii) la coordinación para la ejecución, monitoreo y evaluación de las atenciones; iv) el seguimiento y evaluación de atenciones; v) la participación social en los procesos de formulación y seguimientos de las atenciones.

Nivel táctico

- Estructurar y definir la organización institucional para la adopción del PDLMAC 2021-2030 en cada territorio.
- Alinear los compromisos institucionales de los actores involucrados en el territorio, con los lineamientos del PDLMAC 2021-2030 y el contexto integral de planificación del territorio.
- Adoptar y adaptar el PDLMAC 2021 -2030, para la operación de las líneas estratégicas de acuerdo con las competencias, responsabilidades y funciones de cada uno de los actores involucrados a nivel territorial.
- Gestionar la disponibilidad y competencia del talento humano en cada territorio requerido para la gestión e implementación del PDLMAC 2021-2030.
- Analizar la disponibilidad, suficiencia y completitud de la oferta institucional de acciones y atenciones dirigidas a mejorar la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria en cada territorio.
- Adoptar y adaptar los lineamientos y metodologías para el proceso de adecuación sociocultural de las atenciones y acciones dirigidas a la promoción de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria de acuerdo con las particularidades poblacionales y territoriales.
- Concertar y definir los resultados y metas esperados con la implementación del PDLMAC 2021-2030 en cada territorio, en el marco de lo establecido en compromisos nacionales e internacionales.
- Definir, asignar y ejecutar los recursos necesarios y suficientes para la implementación del PDLMAC 2021 -2030, a fin de que se garanticen las acciones de gestión, necesarias y suficientes, para materializar las atenciones o la oferta institucional

sectorial y la oferta complementaria intersectorial a nivel departamental y municipal. Establecer de manera conjunta con los sectores público, privado, las instituciones y las organizaciones sociales los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen: i) el reconocimiento y posicionamiento de las prioridades relacionadas con la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria; ii) la inclusión de las atenciones dirigidas a mejorar la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria en los planes operativos anuales o en su equivalente.

- Realizar el seguimiento, evaluación y actualización de metas, acciones estratégicas o actividades que hacen parte de la oferta institucional, mediante la gestión y articulación de procesos de concertación con todos los actores públicos y con la comunidad.
- Disponer para la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la implementación del PDLMAC 2021 -2030, con el fin de fortalecer la participación social, para garantizar la ejecución transparente y eficaz de los recursos en concordancia con las acciones.

Nivel operativo

- Organizar la gestión, oferta y operación de las atenciones para la promoción de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria en función de los sujetos de atención (gestantes, mujeres en periodo de lactancia y las niñas y los niños) de la manera que reduzca la fragmentación, la duplicidad de las atenciones y la respuesta atomizada.
- Ajustar procesos administrativos, operativos y financieros, para eliminar barreras de acceso a las atenciones relacionadas con la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria en el marco de la atención integral.

El componente de gestión del PDLMAC no pretende asignar responsabilidades adicionales a los actores involucrados y hace un llamado a reconocer los ordenadores propuestos (sujeto, resultado, roles, funciones y características territoriales) para facilitar la interacción y la implementación del plan de manera coherente con los niveles de gestión y con las responsabilidades, funciones y competencia. Esta interacción, en el nivel operativo, permite asumir funciones de liderazgo, trabajo colaborativo y coordinado y establecer acuerdos y alianzas en favor de la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria de las niñas y los niños menores de 2 años.

El liderazgo en la implementación del PDLMAC a nivel nacional estará a cargo de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI), en colaboración de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) quienes, con

la participación de las entidades de nivel nacional que las conforman, desarrollarán las acciones y definirán las herramientas operativas para su despliegue territorial a través de las dependencias que hacen sus veces en cada territorio. El liderazgo de la implementación del PDLMAC a nivel territorial debe ser responsabilidad de la instancia intersectorial que realice la gestión, seguimiento y evaluación de la garantía de los derechos de las niñas y los niños en el marco del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, SNBF (ver arriba Arquitectura Institucional del PDLMAC 2021-2030, e identificar a nivel territorial cuáles son las instancias intersectoriales existentes adscritas al Consejo de Política Social).

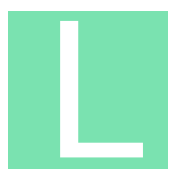
Las acciones del PDLMAC adoptadas y adaptadas en el nivel nacional y territorial no tienen una asignación presupuestal adicional a la ya definida para cada una de las entidades públicas involucradas. Sin embargo, la intencionalidad de lograr el trabajo colaborativo de parte de todos los actores involucrados, promueve la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento que den soporte, sostenibilidad y cobertura a las actividades que en cada nivel se definan para lograr la transformación y resultados deseados.

El seguimiento y evaluación a los resultados del PDLMAC 2021-2030 a nivel nacional será responsabilidad de la CIPI a través de la Mesa de Nutrición y la Mesa de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia, quienes se encargarán de establecer los instrumentos, flujo de información, periodicidad del reporte y lineamientos para la gestión de la información. A nivel territorial, el seguimiento y evaluación estará a cargo de la instancia intersectorial que lidera la implementación de este Plan.

8



ORIENTACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PDLMAC 2021-2030



La implementación del PDLMAC 2021-2030, se refiere a la aplicación de las decisiones adoptadas en cada uno de los niveles de gestión, así como en los territoriales. Este proceso necesariamente acata los mandatos normativos de Estado y sectoriales que definen directrices para la atención de la primera infancia. La implementación tiene como fin la materialización de las acciones propuestas en cada línea estratégica, que contribuyen a las metas y resultados esperados tanto en el proceso, como en los sujetos.

El proceso de implementación del PDLMAC, debe lograr entre otros, los siguientes efectos: i) fortalecer la gobernanza territorial; ii) propiciar el concurso mancomunado de los diferentes actores de los sectores público y privado involucrados para el logro de resultados; iii) potenciar la capacidad institucional y la complementariedad de acciones en todos los niveles territoriales; iv) promover la participación y movilización social y comunitaria; y v) evaluar permanentemente los hitos de la implementación del PDLMAC 2021-2030.

Se propone a los actores involucrados en la implementación del PDLMAC 2021-2030 trazar la línea de trabajo en un plan de acción concertado, adoptado y adaptado a las condiciones territoriales y poblacionales. El plan de acción se convierte en el instrumento que concreta la formulación de la política pública, clarifica su implementación y establece un marco referencial y operativo para el seguimiento y la evaluación. El plan de acción debe reflejar los acuerdos alcanzados de todos los involucrados, lo que afianza el compromiso de actores públicos y privados y la articulación institucional de cara a la implementación.

La elaboración del plan de acción para la implementación del PDLMAC 2021-2030 es el punto de partida y el primer hito en todo el proceso. El plan de acción parte de reconocer los avances y resultados en cada nivel territorial y de gestión. Este balance se convierte en la línea de base para trazar las metas y objetivos estratégicos y de resultados en la población. Si bien cada territorio, en el marco de su autonomía, define las metas, los objetivos, las acciones, las estrategias y el seguimiento, monitoreo y evaluación, aquí se proponen cinco momentos que orientan la formulación de acciones y las responsabilidades de los actores para su cumplimiento.

Momento 1. Organización estratégica y funcional (Gobernanza)

- **Conformación del equipo funcional a nivel nacional, departamental y local:** en todos los niveles se debe hacer un análisis de funciones, responsabilidades y competencias institucionales, y de las instancias intersectoriales que desarrollan acciones y seguimiento al cumplimiento de los derechos de las niñas y los niños, a fin de conformar el equipo funcional responsable de la implementación del PDLMAC 2021-2030, en los niveles nacional y territorial. Se recomienda no generar nuevas instancia o espacios si el territorio ya cuenta con ellos. Este equipo debe articularse y armonizar las acciones de manera que se contribuya a potenciar acciones y a la garantía de la atención integral de las niñas y los niños.

Es necesario definir la arquitectura institucional territorial y la estructura de Gobierno del PDLMAC 2021-2030 en el territorio, incluyendo al Sistema Nacional de Bienestar Familiar y la participación social en el ámbito local (ver como referencia la ilustración 4. Arquitectura Institucional). Esta instancia liderará en el nivel nacional y en cada territorio, la elaboración, seguimiento, evaluación y ajuste del plan de acción para la implementación del PDLMAC 2021-2030.

Momento 2. Participación ciudadana

- **Identificación de los actores y el alcance del proceso de participación ciudadana:** este elemento se constituye en el segundo hito de la implementación del PDLMAC – 2021-2030, garantizar que la sociedad civil se integre activamente en el proceso, se convierte en uno de los mecanismos de empoderamiento social y una condición para fortalecer la gobernanza local. En este momento se sugiere con especial énfasis el reconocimiento de las necesidades y fortalezas de las comunidades para la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, que puede darse a través de mapeo de activos con enfoque salutogénico u otras herramientas de participación y acción comunitaria.

Momento 3. Adopción y adaptación del PDLMAC 2021 – 2030

- **Análisis de la situación de los derechos de las niñas y los niños:** el equipo funcional y la ciudadanía deben reconocer en cada nivel (nación, departamento y municipio) la situación de los derechos de las niñas y los niños con especial énfasis en el derecho a la alimentación adecuada y a la situación de la lactancia materna y la alimentación complementaria se propone que este análisis incluya como mínimo tres elementos de análisis (MSPS, 2014):
 - Garantía de los derechos: procesos de construcción, voluntad política, y existencias de mecanismos institucionales para la garantía y protección de la lactancia materna y alimentación complementaria.

- Titulares de derechos: capacidades de las mujeres, niños, niñas, padres y cuidadores, para el ejercicio de sus derechos (respeto, promoción, participación y exigibilidad).
- Determinantes sociales: con énfasis particular en los relacionados con la práctica de la lactancia materna y la alimentación adecuada.
- **Definición de los objetivos, metas y resultados esperados:** a partir del reconocimiento de la situación se deben establecer las metas de producto y de resultado que se esperan con la implementación del PDLMAC 2021-2030 en cada nivel territorial. Es necesario establecer indicadores que den cuenta del cumplimiento de las metas y de los cambios generados en las niñas, niños, mujeres en periodo de lactancia, sus familias y comunidad, es clave contar con una línea de base para monitorear el grado de avance.
- **Evaluación de las acciones propuestas y balance en la implementación:** el equipo funcional debe analizar y evaluar las acciones propuestas en el PDLMAC 2021-2030 e identificar cuáles han sido implementadas en el territorio que requieran mantenerse, potenciar mejorar o implementar como innovación. .
- **Adopción y adaptación del PDLMAC a las condiciones poblacionales y territoriales:** el plan como instrumento indicativo debe ser adoptado por todos los territorios y adaptado a las condiciones y particularidades territoriales y poblacionales. Para esto, es indispensable hacer la revisión y análisis de las respuestas propuestas en cada línea estratégica, a fin de identificar, priorizar y formular aquellas que le contribuyen a las metas y resultados esperados. La participación de los actores sociales y comunitarios es clave en el proceso de adaptación sociocultural de las respuestas, el equipo funcional debe ser el líder en la generación de mecanismos que permitan la efectiva integración de las ciudadanía en este proceso.

Momento 4. Elaboración del plan de acción para la implementación del PDLMAC 2021 – 2030

El equipo funcional como responsable de la elaboración del plan de acción, debe garantizar que este instrumento operativo aborde elementos estratégicos y técnicos de planificación. Los primeros tienen el propósito de posicionar el tema como una oportunidad para contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas y el logro de sus realizaciones, viabilizar las transformaciones que sean necesarias para contrarrestar las barreras en la implementación, vencer la resistencia al cambio y crear condiciones propicias para la implementación del PDLMAC. Los segundos permiten la formulación de las orientaciones e instrumentos para su operación, considerando el contexto socio-cultural, político e institucional.

El plan de acción que debe ser formulado cada año, debe como mínimo definir:

- La gobernanza y la prioridad política en cada nivel de gestión.
- Resultados concretos de impacto a corto y mediano plazo.
- El alcance estratégico que contribuya al logro de los resultados y cierre de brechas identificadas en cada territorio.
- La factibilidad técnica y financiera de las acciones.
- Los actores responsables de cada acción.
- Los hitos que se deben evaluar para monitorear el grado de implementación del PDLMAC 2021 – 2030.

La elaboración del plan de acción requiere el uso de referentes conceptuales y metodológicos de planeación, de manera que se garantice la coherencia entre los objetivos, metas, resultados y acciones, se considera clave mantener relación entre los productos y los resultados. Es necesario definir la responsabilidad institucional para cada uno de los productos y actividades, teniendo en cuenta las competencias de las entidades (los responsables pueden ser entidades o instituciones del sector público, o privado, academia y/o sociedades científicas). Se deben incluir acciones que respondan a la aplicación de los enfoques, así como acciones que atiendan las perspectivas institucionales y de política pública actual y vigente, siempre teniendo presente que el plan de acción debe ser lo más integral posible.

Asimismo, el plan de acción debe definir y establecer los recursos y fuentes de financiación para la gestión del PDLMAC, así como para la operación de las respuestas efectivas. A nivel nacional y en el territorio se debe tener en cuenta que existen múltiples fuentes a considerar: recursos de inversión y funcionamiento, alianzas público-privadas, cooperación internacional, recursos de políticas articuladas con los diferentes niveles territoriales. El equipo funcional, para la implementación del PDLMAC 2021-2030, debe garantizar la viabilidad y factibilidad del plan de acción. Esto exige que, en el momento de la elaboración, se reconozcan los elementos constitutivos de los instrumentos de planeación territorial sectoriales, no solo para alinear en términos de estructura, sino para garantizar que las acciones formuladas cuenten con respaldo financiero y operativo.

En este sentido y manteniendo la línea técnica y operativa de la planeación territorial, se propone la estructura para la formulación del plan de acción a partir de una Matriz (ver tabla 5), que permite la concreción del PDLMAC 2021-2030 en cada territorio y en cada nivel de gestión.

Una vez definido el plan de acción, se hace necesario comunicarlo todos los interesados. El equipo funcional del nacional y territorial, en cabeza de la entidad líder, dará a conocer el contenido del plan y generar los medios y condiciones para garantizar su divulgación.

Momento 5. Seguimiento y monitoreo al plan de acción

- **Diseño de un sistema o tablero de control de indicadores de producto**, que permita dar cuenta de la gestión y el desempeño de los involucrados, así como la generación de alertas que permitan la gestión de barreras oportunamente. Para tal efecto, se considera fundamental definir la línea de base y la identificación de las fuentes de datos existentes para su medición, así como la gestión de los instrumentos o fuente de medición local para la medición de aquellos resultados.
- **Seguimiento y monitoreo:** durante la implementación del PDLMAC 2021-2030, se propone iniciar con un proceso permanente orientado al cumplimiento de los compromisos establecidos por cada uno de los involucrados, en la fase inicial este proceso debe ser realizado de manera trimestral de tal forma que permita acciones de mejora oportunas. Cada año, al finalizar el periodo, se debe verificar los procesos que facilitaron o dificultaron el logro de los compromisos y su impacto en las metas de producto y resultado propuestas, este proceso debe permitir el ajuste para su nueva formulación.

Tabla 5. Matriz para la formulación del plan de acción para la implementación del PDLMAC – 2021-2030

LÍNEA ESTRATÉGICA DEL PDLMAC	¿QUÉ SE QUIERE ALCANZAR?	ATENCIÓN ACCIÓN	¿CUÁNTO SE QUIERE LOGRAR?	¿CUÁNDO SE QUIERE LOGRAR?	¿EN DÓNDE SE QUIERE REALIZAR?	¿CON QUIÉNES REQUIERE TRABAJAR?	¿CON QUÉ RECURSOS LO LOGRA?	¿CÓMO SABER SI SE ALCANZA EL OBJETIVO?
1. Gobernanza.	Resultados en salud – Metas	Acciones Concretas	Cobertura	Corto, mediano o largo plazo	Área geográfica- Ambito Territorial	Actores institucionales- Actores sociales y comunitarios	Recursos propios – Regalías – Conpes – Cooperación internacional	Fuentes de información, seguimiento y evaluación de resultados.
	1.							
	2.							
2. Atenciones integrales, integradas y complementarias.	1.							
	2.							
	n...							
3. Transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras.	1.							
	2.							
	n...							
4. Gestión del conocimiento.	1.							
	2.							
	n...							

9



SISTEMA DE CONTROL DEL PDLMAC



El esquema de control del Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria (PDLMAC) 2021-2030 parte del marco lógico y la construcción de la cadena de valor. Esta es una herramienta que consta de cinco eslabones, los cuales describen la generación de valor público, así:

Ilustración 7. Esquema de cadena de valor



Fuente: elaboración propia a partir de DNP (2014).

- **Insumos:** recursos necesarios (físicos, humanos, económicos, etc.) para la generación de valor.
- **Procesos:** actividades que transforman los insumos en el bien o servicio entregado a la población.
- **Productos:** bienes o servicios entregados a la población obtenidos de la transformación de insumos, en este eslabón se engranan los actores que generan y los que usan los bienes y servicios.
- **Resultados:** efectos de corto plazo relacionados con la intervención una vez se consumen los productos.
- **Impactos:** efectos de largo plazo atribuibles a la intervención.

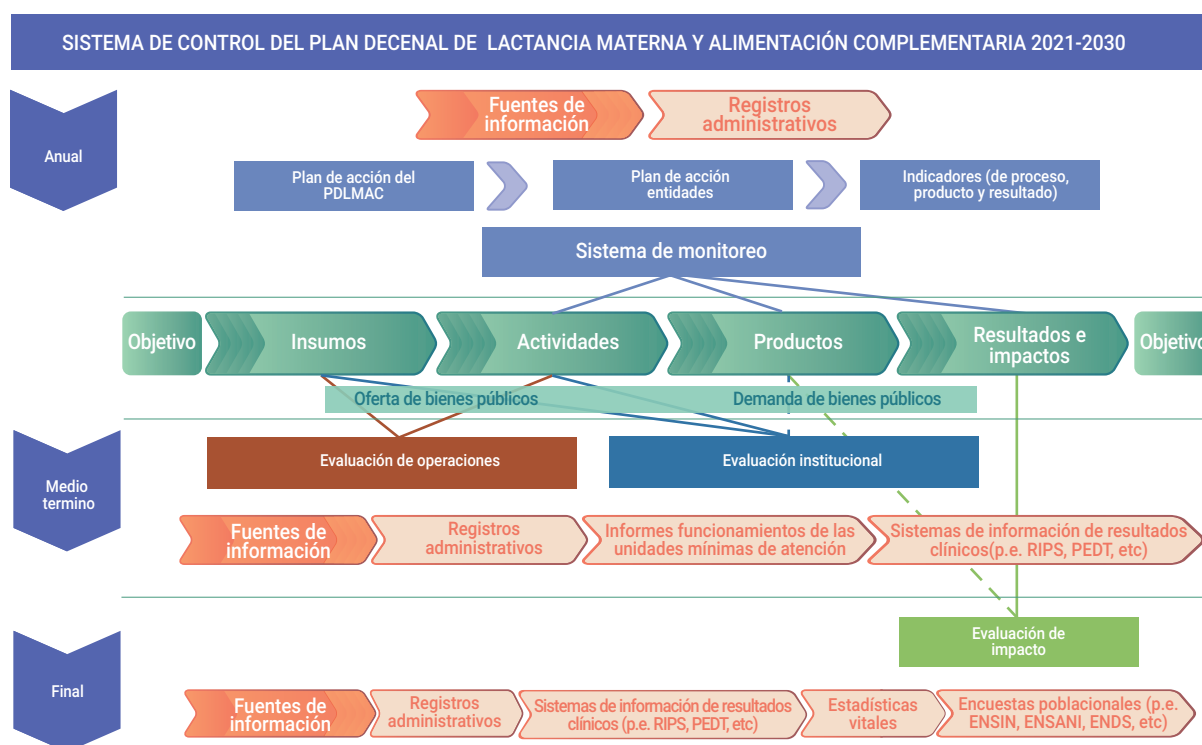
La cadena de valor es útil para tener consistencia y coherencia entre los objetivos, los planes y los resultados. Además, posibilita la retroalimentación del proceso de generación de valor público verificando el logro de los objetivos en términos de entrega de bienes y servicios, resultados alcanzados e impactos (DNP, 2014). La cadena de valor hace énfasis tanto en el procedimiento como en los resultados, se constituye como un eje estructurador para el seguimiento integral y permite analizar la productividad y eficiencia del gasto, la eficacia, la efectividad, el costo-efectividad y la calidad de una intervención pública (DNP, 2014).

Se plantea la construcción de un esquema de control que recolecta y analiza información sobre indicadores definidos de forma permanente para el seguimiento al PDLMAC 2021-2030 e incluye la ejecución de evaluaciones al plan, de manera que brinde información para orientar de forma más clara la toma de decisiones.

A manera de resumen, la ilustración 8 presenta el modelo de control del PDLMAC 2021-2030, mediante la representación de la cadena de valor, que es la “secuencia causal de una intervención para el desarrollo que estipula la secuencia necesaria para lograr los objetivos deseados, comenzando con los insumos, pasando por las actividades y los productos, y culminando en el efecto directo, el impacto y la retroalimentación” (OECD, pág. 33, 2002).

En la ilustración se muestra el esquema de monitoreo anual por medición de indicadores de gestión, producto y resultado, una evaluación de medio término que evalúa los insumos, procesos y producto de la cadena de valor, y una evaluación final dirigida fundamentalmente a los resultados e impactos.

Ilustración 8. Sistema de control del PDLMAC 2021-2030



Fuente: elaboración propia.

9.1. Definición de metas del PDLMAC 2021-2030

Las metas del PLDMAC 2021-2030 se definieron de acuerdo con sus resultados en términos de efectos e impactos y con lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia (CONPES 3918 de 2018), la ENSIN 2015 y otras fuentes relacionadas con los indicadores propuestos. El cálculo de las metas planteadas para el PLMAC 2021-2030 se realizó de la siguiente forma:

1. Se estableció una línea base para cada una de las metas propuestas, tomando como referencia el último periodo con información disponible:
 - a. Para las metas relacionadas con lactancia materna, desnutrición y exceso de peso, la línea base se tomó de la ENSIN de 2015.
 - b. Para las metas relacionadas con mortalidad se tomó como referencia el valor para el año 2019, calculado a partir de las Estadísticas Vitales y de las proyecciones de población del DANE.
 - c. Para la meta relacionada con la atención en salud para la promoción y apoyo de la lactancia materna, el valor de referencia se tomó de los indicadores de protección específica y detección temprana, relacionados con el reporte de la Resolución 4505 de 2012.

2. Una vez establecida la línea base para cada meta, se procedió a revisar, en las fuentes de información disponibles, el comportamiento del indicador a través del tiempo. A partir de este comportamiento se definió el proceso de proyección de la meta a 2022, 2025 y 2030:
 - a. Una vez revisados y encontrados los valores de cada indicador para, al menos, dos periodos en el tiempo, se realizó el cálculo de la proyección.
 - b. Para las metas en las que solo se tenían disponibles dos puntos en el tiempo (la línea base y un punto adicional de un periodo anterior), se proyectó la meta mediante la adaptación del algoritmo de obtención de metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Sanhueza et al., 2020)⁷, que solo requiere de 2 puntos en el tiempo para su cálculo. El proceso realizado para las metas con esta característica fue:
 - Calcular el cambio porcentual anual promedio (CPAP), mediante la siguiente fórmula:

$$CPAP = \frac{\ln(\text{Indicador}_{t1}) - \ln(\text{Indicador}_{t0})}{(t1 - t0)}$$

Donde $\ln(\text{Indicador}_{t0})$ y $\ln(\text{Indicador}_{t1})$ corresponden al valor del indicador en el año más antiguo y reciente respectivamente, y t_0 y t_1 corresponden al año más antiguo y al año más reciente respectivamente. Si el resultado de esta operación era negativa se multiplicó por un factor de ajuste para que su tendencia fuera positiva.

- Teniendo el valor de CPAP y el valor del indicador en la línea base, se establece la meta para cada periodo de interés para cada indicador mediante una función exponencial, calculada así:

$$\text{MetaIndicador}_{tt} = \text{Indicador}_{base} * \exp \left[\left(\frac{CPAP}{100} \right) * (t_t - t_{base}) \right]$$

⁷Se trata de una metodología para formulación de metas cuantitativas que reflejen la mejoría del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS 3), que pueda aplicarse tanto a nivel nacional como subnacional, la cual puede utilizar como datos fuente encuestas de hogares o registros administrativos, dependiendo de la disponibilidad de información.

Donde I_{base} corresponden al valor del indicador definido en la línea base, y I_t y t_t corresponden al año de la línea base y al año al que se desea establecer la meta respectivamente.

- c. Para las metas cuyos indicadores presentaban una serie de tiempo más amplia, como en los casos de las metas de mortalidad, estas se establecieron mediante la variación porcentual promedio del indicador, con el fin de evitar que la alta variación que se presenta en estos indicadores llegue a afectar el establecimiento de las metas a cumplir, así:
- Se calculó la variación % del indicador para cada periodo de la serie de tiempo, mediante la siguiente fórmula:

$$variación\%_{tn} = \frac{Indicador_{tn} - Indicador_{tn-1}}{Indicador_{tn-1}} * 100$$

Donde Variación %_{tn} es la variación porcentual del indicador en el año n, y Indicador_{tn} y Indicador_{tn-1} es el valor del indicador en el año n y en el año inmediatamente anterior al año n respectivamente.

- Una vez obtenidos las variaciones porcentuales para cada indicador se procede a realizar el cálculo de la media de las variaciones, así:

$$variación\% \text{ media}_{tn} = \frac{\sum \text{variación}\%}{N}$$

Donde $\sum \text{variación}\%$ es la sumatoria de las variaciones porcentuales para cada periodo, y N es el número de variaciones promedio sumadas.

- Una vez establecida la variación porcentual media, se multiplica de forma continua para cada indicador, a partir del año del indicador tomado como línea base.

Dado el retraso en la realización de la cuarta versión de la ENSIN, esperada para 2020, será necesario que, en su momento, se realice una evaluación de la proyección de metas establecidas para el PDLMAC 2021-2030 cuyo cálculo depende de esta fuente de información. Esta evaluación permitirá tener en cuenta los nuevos hallazgos y delimitar los efectos esperados a mediano y largo plazo, con base en la situación alimentaria y nutricional más recientemente disponible, así como los años de corte proyectados para dicha encuesta.

En la tabla 6 se presentan las metas del PDLMAC 2021-2030:

Tabla 6. Metas del PDLMAC 2021-2030

N°	Meta	Línea de base
1	Lograr un incremento de la lactancia materna exclusiva de manera progresiva en el 42,2% para el año 2022, un 45,0% para el año 2025 y un 51% para el año 2030.	36,1% Fuente: ENSIN 2015
2	Lograr un incremento de la lactancia materna continua al año de vida de manera progresiva, con una prevalencia del 60,6% para el año 2022, un 64,7% para el año 2025 y un 71,9% para el año 2030.	52,2% Fuente: ENSIN 2015
3	Lograr un incremento de la lactancia materna continua a los dos años de vida de manera progresiva, con una prevalencia del 41.9% para el año 2022, un 47,4% para el año 2025 y un 58,1% para el año 2030.	31,6% Fuente: ENSIN 2015
4	Disminuir la cantidad de niños y niñas que reciben alimentos complementarios antes de los 6 meses de vida, de manera progresiva, logrando un 12,8% para el año 2022, en un 10,9% para el año 2025 y en un 8,3% para el año 2030.	24,50% Fuente: ENSIN 2015
5	Lograr la introducción de alimentos semisólidos, sólidos o blandos entre los 6 y 8 meses de edad de manera progresiva; llegando a una prevalencia del 85,3% para el año 2022, un 87,2% para el año 2025 y un 90,5% para el año 2030.	78% Fuente: ENSIN 2015
6	Disminuir el uso de biberón para alimentar a niños y niñas menores de dos años de manera progresiva, logrando en un 40% para el año 2022, 25% para el año 2025 y un 20% para el año 2030	50,80% Fuente: ENSIN 2015
7	Reducir la tasa de mortalidad evitable en menores de un año por deficiencias y anemias nutricionales a 0,32 para el año 2030.	0,39 por mil nacidos vivos Fuente: DANE -Estadísticas Vitales (EEVV) año 2019
8	Reducir la tasa de mortalidad evitable en menores de dos años por deficiencias y anemias nutricionales a 17,4 para el año 2030.	21,17 por 100.000 menores de 2 años Fuente: DANE -Estadísticas Vitales (EEVV) año 2019

N°	Meta	Línea de base
9	Disminuir la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 2 años a 7,5 por 100.000 menores para el año 2030.	9,12 muertes por 100.000 menores de dos años (Año 2019) Fuente: EEVV – DANE 2019
10	Lograr que los recién nacidos en Colombia que son atendidos institucionalmente sean amamantados en la primera hora de su nacimiento, llegando a el 83,7% para el 2022, el 88,2% para el 2025 y el 98,2% para el 2030.	72,60% Fuente: ENSIN 2015
11	Disminuir la prevalencia del exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en menores de dos años de manera progresiva llegando a un 7,1% para el año 2022, 5,7% para el año 2025 y un 4,4% para el año 2030.	7,02% Fuente: ENSIN 2015
12	Disminuir la prevalencia de desnutrición global en niñas y niños menores de 2 años de manera progresiva, logrando un 2,3% para el año 2022, 2,1% para el año 2025 y un 1,7% para el año 2030.	3,10% Fuente: ENSIN 2015
13	Disminuir la prevalencia de retraso en talla (desnutrición crónica) en niñas y niños menores de 2 años de manera progresiva en un 5,4% para el año 2022, 4,8% para el año 2025 y un 3,9% para el año 2030.	8,80% Fuente: ENSIN 2015
14	Lograr que el 30% de niñas y niños del territorio nacional reciban consulta para la promoción y apoyo a la lactancia materna en niños menores de 2 meses para el año 2022; el 50% para el 2025 y el 80% para el 2030. ^a	(Sin línea de base)
15	Lograr que el 77,8% de las gestantes reciban atención en salud para la promoción y apoyo de la lactancia materna para el año 2022; el 85,7% para el 2025 y el 95,3% para el 2030.	76,12% Fuente: Indicadores Protección Específica y Detección Temprana Bodega de Datos SISPRO (SGD)
16	Disminuir la prevalencia de desnutrición aguda en niñas y niños menores de 2 años de manera progresiva, logrando un 0,92% para el año 2022, 0,61% para el año 2025 y un 0,31% para el año 2030.	2,36% Fuente: ENSIN 2015

Fuente: elaboración propia.

^aEsta meta se definió en la mesa de concertación con el MSPS el día 24 de agosto de 2021

9.2. Estructura de monitoreo del PDLMAC 2021-2030

El monitoreo del PDLMAC 2021-2030 se define como un proceso continuo que usa la recolección sistemática de información, ordenada a través de indicadores, para orientar a los responsables de implementar el plan, sobre los avances en el logro de sus objetivos por cada línea estratégica con respecto a los resultados esperados (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018). La estructura de monitoreo del PDLMAC 2021-2030 parte de la cadena de valor del PDLMAC y del resultado de la valoración de efectos del Plan Decenal de Lactancia Materna (PDLM) 2010-2020.

9.2.1. Indicadores de seguimiento del PDLMAC 2021-2030

Un indicador es una expresión cuantitativa observable y verificable que describe características, comportamientos o fenómenos de la realidad mediante la medición de una variable o una relación de variables (DANE, 2005; DNP, 2018). Los indicadores son fundamentales en el proceso de seguimiento al cuantificar los cambios en un contexto determinado, seguir el cumplimiento de los planes y generar alertas tempranas para el logro de los objetivos planteados (DNP, 2018). Los indicadores se caracterizan por captar la realidad (filtrada o simplificada en algunos de sus aspectos), comparar la situación a través del tiempo o respecto a patrones establecidos y transmitir la información sobre un tema particular para la toma de decisiones (DNP, 2018).

En la cadena de valor, donde cada eslabón aporta información sobre un aspecto diferente, los indicadores se encuentran asociados al proceso de generación de valor público. De esta manera, los indicadores pueden ser de gestión, producto o resultado. Los indicadores de gestión, ligados a los eslabones de insumos y procesos, miden la cantidad de insumos utilizados y las acciones de gestión realizadas (DNP, 2018). Estos indicadores, que dan información sobre la operación de la intervención y permiten la adopción de buenas prácticas, se dividen en dos subcategorías: (i) insumos –entendidos como factores productivos, bienes y servicios para la generación de valor– y (ii) actividades, acciones que contribuyen a la transformación de insumos en productos (DNP, 2018).

Los indicadores de producto, asociados al eslabón de productos, miden los bienes y servicios entregados y los beneficiarios de estas entregas, por lo que pueden ser de oferta (miden la capacidad de proveer un bien o servicio) o demanda (cuantifican los receptores de los productos) (DNP, 2018). Estos indicadores dan información que permite rediseñar la intervención y tomar decisiones sobre asignaciones presupuestales y priorización de grupos. Los indicadores de gestión, proceso, producto y resultados directos se formularán en los respectivos planes de acción para la implementación del PDLMAC 2021-2030 a nivel territorial.

Los indicadores de resultados, del eslabón de resultados e impactos, dan información sobre los efectos de la intervención; esto es, del cambio en las condiciones de bienestar, en la percepción o en la generación de conocimiento (DNP, 2018). Estos indicadores pueden cuantificar los efectos en términos de los beneficios o consumidores o en términos de los cambios en el bienestar de la población, ayudan a tomar decisiones sobre la continuidad o no de la intervención y brindan la oportunidad de adoptar recomendaciones (DNP, 2018).

A pesar de la riqueza de información que se tiene con la cadena de valor, en la práctica no es posible medirlo todo. Por tanto, se hace necesario priorizar los indicadores siguiendo los principios de: (i) pertinencia, es decir, que las mediciones sean relevantes y útiles para facilitar la toma de decisiones; (ii) precisión, que reflejen la magnitud de lo que se quiere medir; (iii) oportunidad, que los resultados estén disponibles y se den a tiempo para corregir y prevenir y (iv) economía, que los costos de medir y sus beneficios sean proporcionales y racionales (DANE; 2005). De esta manera, de acuerdo con las fuentes de información disponibles, se definieron los siguientes indicadores de resultado del PDLMAC 2021-2030:

Tabla 7. Indicadores de resultados del PDLMAC 2021-2030

Nombre del indicador	Descripción	Cálculo	Fuente	Responsable
Inicio temprano de la lactancia materna.	Proporción de niñas y niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.	(Niñas y niños menores de 24 meses de edad amamantados dentro de la primera hora de su nacimiento/total de niñas y niños menores de 24 meses de edad atendidos) * 100.	ENSIN/Registros administrativos ⁹	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses.	Proporción de niñas y niños menores de 6 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.	(Niñas y niños menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva durante el día anterior / total de niñas y niños menores de 6 meses de edad) * 100.	ENSIN/Registros administrativos	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
Lactancia materna continuada hasta el año.	Proporción de niños y niñas de 12 meses de edad que son alimentados con leche materna.	(Niñas y niños de 12 meses de edad amamantados durante el día anterior a la encuesta/ total de niñas y niños de 12 meses de edad) * 100.	ENSIN/Registros administrativos	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

⁹Se plantea los registros administrativos como posibilidad futura para el cálculo de estos indicadores.

Nombre del indicador	Descripción	Cálculo	Fuente	Responsable
Lactancia materna continua a los 2 años de vida.	Proporción de niñas y niños de 20 a 23 meses de edad que son amamantados.	(Niñas y niños de 20 a 23 meses de edad amamantados durante el día anterior a la encuesta/ total de niñas y niños de 20 a 23 meses de edad) * 100.	ENSIN/Registros administrativos.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
La alimentación con biberón.	Proporción de niñas y niños de 0 a 23,9 meses de edad que son alimentados con biberón.	(Niños de 0 a 23,9 meses de edad que fueron alimentados con biberón durante el día anterior a la encuesta/ total de niñas y niños menores de 24 meses de edad) * 100.	ENSIN/Registros administrativos.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Frecuencia de alimentación con leche para niños no amamantados.	Proporción de niñas y niños no amamantados 6-23,9 meses de edad que reciben al menos dos tomas de leche (fórmula infantil, leche de vaca, o leche de otro animal).	(Niñas y niños no amamantados de 6 a 23,9 meses de edad que recibieron al menos 2 tomas de leche durante el día anterior a la encuesta/ Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad *100).	ENSIN/Registros administrativos.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos.	Proporción de niñas y niños de 6 a 8,9 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semi sólidos o blandos.	(Niñas y niños de 6 a 8,9 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior a la encuesta/ Niñas y niños de 6 a 8,9 meses de edad *100).	ENSIN/Registros administrativos.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Nombre del indicador	Descripción	Cálculo	Fuente	Responsable
Frecuencia mínima de comidas.	Proporción de niñas y niños amamantados y no amamantados de 6 a 23,9 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o blandos (incluyendo tomas de leche para niños no amamantados) el número mínimo de veces o más.	(Niñas y niños amamantados de 6 a 23,9 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más durante el día anterior a la encuesta/Niñas y niños amamantados de 6 a 23,9 meses de edad * 100).	ENSIN/Registros administrativos.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro.	Proporción de niñas y niños de 6 a 23,9 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro, que está especialmente diseñado para los bebés y niños pequeños, o que se fortalece en el hogar.	(Niñas y niños de 6 a 23,9 meses de edad que recibieron alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro /Niñas y niños de 6 a 23,9 meses de edad * 100).	ENSIN/Registros administrativos.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Dieta mínima aceptable (en amamantados).	Proporción de niñas y niños de 6 a 23,9 meses de edad que reciben alimentos de cuatro o más de los siete grupos de alimentos.	(Niñas y niños de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna) / total de niñas y niños menores de 6 a 23 meses de edad atendidos) * 100.	ENSIN/Registros administrativos.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
Desnutrición aguda en niños y niñas de 0 a 2 años.	Prevalencia de desnutrición aguda en niñas y niños de 0 a 2 años.	(Niñas y niños de 0 a 2 años con peso para la talla menor a -2DE) / / total de niñas y niños de 0 a 2 años) * 100.	ENSIN/Registros administrativos.	IPS, EAPB, Entidades Territoriales, MSPS.
Desnutrición global en niños y niñas de 0 a 2 años.	Prevalencia de desnutrición global en niñas y niños de 0 a 2 años.	(Niñas y niños de 0 a 2 años con peso para la edad menor a -2DE) / / total de niñas y niños de 0 a 2 años) * 100.	ENSIN/Registros administrativos.	IPS, EAPB, Entidades Territoriales, MSPS.

Nombre del indicador	Descripción	Cálculo	Fuente	Responsable
Desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 2 años.	Prevalencia de retardo en talla en niñas y niños de 0 a 2 años.	$(\text{Niñas y niños de 0 a 2 años con talla para la edad menor a } -2\text{DE}) / / \text{total de niñas y niños de 0 a 2 años}) * 100.$	ENSIN/Registros administrativos.	IPS, EAPB, Entidades Territoriales, MSPS.
Obesidad en niños y niñas de 0 a 2 años.	Prevalencia de obesidad en niñas y niños de 0 a 2 años.	$(\text{Niñas y niños de 0 a 2 años con peso para la talla mayor a } 3\text{DE}) / / \text{total de niñas y niños de 0 a 2 años}) * 100.$	ENSIN/Registros administrativos.	IPS, EAPB, Entidades Territoriales, MSPS.
Sobrepeso en niños y niñas de 0 a 2 años.	Prevalencia de sobrepeso en niñas y niños de 0 a 2 años.	$(\text{Niñas y niños de 0 a 2 años con peso para la talla mayor a } 2\text{DE y menor o igual a } 3\text{DE}) / / \text{total de niñas y niños de 0 a 2 años}) * 100.$	ENSIN/Registros administrativos.	IPS, EAPB, Entidades Territoriales, MSPS.
Mortalidad en menores de dos años de edad por deficiencias y anemias nutricionales.	Tasa de mortalidad en menores de dos años de edad por deficiencias y anemias nutricionales.	$(\text{Número de defunciones de niñas y niños menores de 2 años de edad por deficiencias y anemias nutricionales} / \text{total de niños y niñas menores de dos años}) * 100.000.$	EEVV – Defunciones (DANE).	IPS, EAPB, Entidades Territoriales, MSPS.
Mortalidad en menores de dos años de edad por desnutrición.	Tasa de mortalidad en menores de dos años de edad por desnutrición.	$(\text{Número de defunciones de niñas y niños menores de 2 años de edad por desnutrición} / \text{total de niños y niñas menores de dos años}) * 100.000.$	EEVV – Defunciones (DANE).	IPS, EAPB, Entidades Territoriales, MSPS.
Consulta para la promoción y apoyo a la lactancia materna en niños menores de 2 meses.	Proporción de niñas y niños menores de 2 meses que reciben atención en salud para la promoción y apoyo de la lactancia materna.	$(\text{Número de niñas y niños menores de 2 meses que reciben atención en salud para la promoción y apoyo de la lactancia materna} / \text{total de niñas y niños menores de 2 meses}) * 100.$	Base de datos Protección Específica y Detección Temprana.	IPS, EAPB, Entidades Territoriales, MSPS.
Atención en salud para la promoción y apoyo de la lactancia materna en Gestantes.	Proporción de gestantes que reciben atención en salud para la promoción y apoyo de la lactancia materna.	$(\text{Número de gestantes que reciben atención en salud para la promoción y apoyo de la lactancia materna} / \text{total de gestantes atendidas}) * 100.$	Base de datos Protección Específica y Detección Temprana.	IPS, EAPB, Entidades Territoriales, MSPS.

Fuente: elaboración propia a partir OMS (2007), Res 3280 de 2018 y Res 202 de 2021

9.2.2. Sistemas de información

A partir de los indicadores anteriores, se identifican las siguientes fuentes de información:

- **Encuesta Nacional de Situación Nutricional - ENSIN**

La ENSIN es una encuesta cuya responsabilidad recae en el MSPS y el Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF). La edición 2015 contó también con el apoyo del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS), el Instituto Nacional de Salud (INS) y la OPS-OMS. Esta encuesta valora la situación nutricional de la población entre los 0 y 64 años (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015). Esta encuesta permite analizar variables que dan cuenta de los objetivos del PDLMAC al indagar en factores como la exclusividad de la lactancia en los primeros seis meses, la duración de esta práctica, el momento en que fue amamantado el bebé por primera vez y la alimentación complementaria de los menores.

Esta encuesta presenta un corte transversal representativo a nivel nacional para seis regiones (Atlántico, Oriental, Orinoquía - Amazonía, Bogotá, Central, Pacífica), catorce subregiones y 32 departamentos del país (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020). No obstante, esta encuesta es quinquenal y su realización depende de la factibilidad evaluada en cada periodo.

- **Estudio Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia - ENSANI**

El ENSANI recolecta información sobre las condiciones nutricionales y alimentarias de los pueblos indígenas priorizados por los autos de la Corte Constitucional por riesgo de desaparición física y cultural. Es implementada por el ICBF con el apoyo de la Universidad Externado de Colombia y el World Food Programme (WFP), la participación del INS y la cooperación de la Universidad de Antioquia (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & Universidad Externado de Colombia, s.f).

Al igual que la ENSIN, el ENSANI presenta un corte transversal que indaga temas de lactancia materna y alimentación complementaria, que se relacionan con los objetivos del PDLMAC. No obstante, esta encuesta no tiene una periodicidad definida, por lo que se considera un complemento a los resultados de la ENSIN.

- **Sistemas de información del MSPS**

El MSPS es la cabeza del sector salud en el nivel central gubernamental, por lo cual compila varias estadísticas que provienen de registros administrativos de carácter censal. De esta manera, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y el Sistema de

Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA del INS reportan al MSPS información anual de las estadísticas vitales actualizadas y consolidadas (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). Esta fuente de información se relaciona con los objetivos del PDLMAC porque tiene información asociada a las variables de mortalidad infantil evitable por desnutrición y años de vida potencialmente perdidos por mortalidad causada por desnutrición y base de datos Protección Específica y Detección Temprana.

- **Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia - SSDIPI**

Es un sistema de información para el seguimiento nominal de las niñas y los niños en primera infancia, mediante el cual se realiza el registro y seguimiento a las atenciones que se brindan a las gestantes y niños y niñas en primera infancia del país, para su desarrollo integral. Este Sistema constituye la principal herramienta de articulación de información sobre las niñas y los niños, su caracterización y la realización de sus derechos. Orientar la toma de decisiones de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre, tanto en el orden nacional como en el territorial (Gobierno de Colombia, 2018, p. 5).

Este sistema se alimenta de las siguientes fuentes de información: Cuéntame (ICBF), Registro Único de Afiliados RUAF (MSPS), Programa Ampliado de Inmunización PAI nominal (MSPS), Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS (MSPS), Sistema de Información de Primera Infancia SIPI (MEN), Sistema de Matricula Estudiantil SIMAT (MEN), Llave Maestra (Prosperidad Social), Circular Externa 020 de 2016 (Superintendencia de Subsidio Familiar).

- **Registros administrativos**

Esta fuente de información es producida por cada entidad involucrada en el PDLMAC, por lo tanto, da cuenta de los avances de manera periódica y con mayor frecuencia que las otras fuentes de información como la ENSIN. No obstante, esta fuente puede considerarse menos confiable al no tener una representación nacional y depender exclusivamente de las instituciones que recolectan la información. En esta línea, son útiles los registros administrativos que permiten hacer seguimiento y monitoreo al PDLMAC en el corto plazo (anualmente) y en el mediano término, especialmente a los indicadores del eslabón de procesos.

9.3. Sistema de evaluación

Con el objetivo de mejorar la planificación, tener oportunidades precisas de mejora en determinados procesos, analizar el desempeño de las acciones y tomar decisiones con mayor certeza y confiabilidad, es recomendable hacer varias valoraciones a lo largo de la ejecución del Plan (Función Pública, 2018).

Estas evaluaciones están definidas como apreciaciones sistemáticas y objetivas de una intervención desde su diseño, implementación y resultados (OECD, 2010). La utilidad de las evaluaciones para el PDLMAC 2021-2030 radica en conocer si este ha cumplido sus objetivos, para evitar su fracaso y brindar evidencia para tomar decisiones informadas y realistas. La evaluación da lugar a la rendición de cuentas y la transparencia al dar legitimidad al uso de los recursos públicos e informar al público sobre los esfuerzos hechos por el gobierno y si estos logran los resultados esperados (OECD, 2020).

Por lo tanto, el esquema de control plantea la realización de una evaluación de medio término al PDLMAC 2021-2030 y una evaluación de impacto al final. Antes de profundizar en cada una de las evaluaciones estipuladas, es importante aclarar que ambas deben seguir principios de integridad, honradez y respeto tanto por los derechos humanos como por las diferencias culturales, las costumbres, creencias y prácticas religiosas de todos los implicados, así como todas las consideraciones éticas que tengan lugar (OCDE, 2010).

9.3.1. Evaluación de medio término (operaciones e institucional)

En la mitad del periodo de ejecución del PDLMAC 2021-2030, se estipula la realización de una evaluación de operaciones e institucional. Por un lado, la evaluación de operaciones se centra en los insumos y procesos de la cadena de valor, analiza sistemáticamente cómo opera el Plan y cómo sus procesos conducen al logro de sus objetivos e identifica las relaciones que cada proceso requiere para producir un bien o servicio (DNP, 2012; DNP, 2014). Por otro lado, la evaluación institucional se centra en los procesos y productos, analiza y valora el arreglo institucional en el que opera el PDLMAC 2021-2030 y profundiza en las razones por las cuales se presentan fallas en la capacidad institucional con el fin de brindar insumos que mejoren la gestión y la entrega efectiva de los bienes o servicios (DNP, 2012; DNP, 2014).

La evaluación tendrá como objetivo conocer la operación del Plan y su entrega de bienes y servicios. Lo anterior dará lugar a la identificación de factores de éxito y cuellos de botella y permitirá incorporar las recomendaciones necesarias que aseguren el logro de los objetivos en el plazo estipulado y adviertan posibles riesgos.

Para la ejecución de la evaluación de medio término se recomienda un diseño que parta de la cadena de valor, donde se identifique a los involucrados en la intervención, de manera que se obtenga información actualizada sobre el Plan (DNP, 2014). Esta información permitirá identificar los problemas y las necesidades asociadas a la cadena de valor, específicamente a los eslabones de insumos, procesos y productos, contribuyendo así a acotar el alcance de la evaluación. En particular, se recomienda provisionalmente medir las intervenciones y variables que, por su importancia dentro del Plan (ver tabla 8), se puedan incluir en la agenda de evaluaciones de políticas públicas.

Tabla 8. Intervenciones priorizadas para la evaluación de medio término

Línea estratégica	Intervenciones priorizadas	Variables
Gobernanza	<p>Prioridades en el marco del ejercicio y goce efectivo de los derechos de las niñas y los niños hasta los 2 años de edad, de acuerdo con su contexto territorial y poblacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes que inciden en la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria. • Escenarios de diálogo
	<p>Acuerdos intersectoriales que promuevan, protejan y apoyen la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de planeación con intervenciones para la LM y AC. • Escenarios de coordinación y concertación. • Sinergias entre sectores.
	<p>Capacidades territoriales de abogacía y coordinación sectorial e intersectorial para la promoción de la práctica de lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de fortalecimiento de capacidades territoriales. • Estrategias de cooperación técnica.
	<p>Seguimiento y evaluación a las medidas establecidas para el abordaje intersectorial de las prioridades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos comunitarios. • Monitoreo de las acciones. • Acciones de gobernanza. • Espacios de rendición de cuentas.

Línea estratégica	Intervenciones priorizadas	Variables
Atenciones integrales, integradas y complementarias	Oferta programática dirigida a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia, niñas y niños menores de 2 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos de formación al talento humano. • Instrumentos de planeación con intervenciones para la LM y AC. • Acciones que incentiven la demanda de atenciones definidas en la Res 3280. • Lineamientos técnicos de cada sector. • Oferta programática de cada sector. • Acciones de inspección, vigilancia y control.
	Desarrollo de capacidades para rol de cuidado y crianza para los padres, madres, familia y comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos de desarrollo de capacidades a padres, madres, familia y comunidad. • Acceso de la población rural y rural dispersa a las acciones de desarrollo de capacidades.
	Mensajes de adecuación cultural a través de medios masivos de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias y herramientas de comunicación innovadoras. • Gestión de recursos. • Sinergias y alianzas.
	Estímulos y/o reconocimientos a padres, madres, familias y cuidadores para promover y mantener la LM y AC.	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de estímulos y/o reconocimientos. • Gestión de recursos.
	Espacios físicos que favorezcan la protección, promoción y apoyo a la práctica de la LM.	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento a las empresas públicas y privadas. • Incentivos tributarios. • Continuidad de las salas amigas de la familia lactante. • Acuerdos con nuevos sectores.

Línea estratégica	Intervenciones priorizadas	Variables
Transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras	Movilización social para la protección de los derechos de la mujer y del desarrollo integral de los niñas y niños menores de 2 años y el cambio de normas sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de movilización social permanentes.
	Empoderamiento de la población en la formulación de planes para mejorar la LM y AC.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias y mecanismos de participación comunitaria.
	Prácticas favorecedoras y protectoras de la lactancia materna y la alimentación complementaria adoptadas por parte de las comunidades y de la sociedad civil.	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios de concertación con las comunidades. • Estrategias de comunicación.
	Fortalecimiento de soportes familiares, sociales y comunitarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Redes sociales y comunitarias para el cuidado de menores. • Desarrollo de capacidades a las redes. • Fortalecimiento para la gestión social.
Gestión del conocimiento	Líneas de investigación en nutrición con enfoque diferencial y sistematización de experiencias para identificar y buenas prácticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Alianzas con centros y grupos de investigación. • Investigaciones en curso. • Proyectos de ciencia, tecnología e innovación. • Semilleros de investigación.
	Integración de manera transversal de las GABA para gestantes, mujeres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años para Colombia, al Programa para la Promoción de Estilos de Vida Saludable en las instituciones educativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios de concertación. • Recursos educativos.
	Formación permanente del talento humano a cargo de atención integral a la primera infancia.	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos de formación al talento humano. • Alianzas.

Fuente: elaboración propia (2021).

Se sugiere que, desde el diseño, la evaluación considere un enfoque de métodos mixtos (con información cuantitativa y cualitativa), que incorpore la necesidad de triangular actores, fuentes y métodos, así como mecanismos específicos para optimizar la validez interna de los hallazgos y conclusiones y la identificación de condiciones de validez externa. A continuación, se presentan algunas consideraciones particulares de la evaluación de operaciones e institucional.

9.3.1.1. Evaluación de operaciones

Esta evaluación está centrada en el logro de las metas de productos entregados frente a los insumos invertidos, la gestión y la operación. Es útil para detectar cuellos de botella en los procesos y el funcionamiento del Plan (Kusek y Gorgensen, 2010). Se caracteriza por: (i) recolectar información primaria y secundaria, (ii) reconstruir el mapa de procesos de la intervención, (iii) identificar los actores con sus responsabilidades y el tipo de relaciones que sostienen, (iv) e identificar las barreras y cuellos de botella en el flujo de las operaciones (DNP, s.f.a).

Algunas preguntas orientadoras de este tipo de evaluación contextualizan la intervención e indagan por el modelo principal de implementación del Plan, si los procesos y procedimientos están definidos para la entrega de productos y si los productos son consistentes con los objetivos de la política (DNP, s.f.a). Igualmente, se pueden incluir preguntas sobre la producción y la entrega de bienes y servicios, sobre los actores que intervienen o los cuellos de botella para la producción y la entrega (DNP, 2012). Asimismo, se incluyen preguntas que identifiquen los recursos, como: ¿con qué recursos se cuenta para implementar el Plan? o ¿son suficientes los recursos para la producción de bienes y servicios? (DNP, s.f.a). Se proponen las siguientes preguntas orientadoras agrupadas por dimensiones, que aplican a las intervenciones y variables priorizadas y acotan el alcance de esta evaluación para el PDLMAC 2021-2030 (DNP, 2012; SDP, 2019):

a. Contexto y relevancia: Indaga por la implementación del Plan y su correspondencia con los objetivos planteados.

- ¿Cómo se desarrollan las operaciones planeadas para lograr cada producto y resultado del Plan?
- ¿Son consistentes los procesos para transformar los insumos y producir los bienes y servicios con los objetivos del Plan?
- ¿Son consistentes los procesos para entregar los bienes y servicios con los objetivos del Plan?
- ¿Cuáles razones operacionales influyen en que se logre o no la producción deseada?
- ¿Dónde se detectan disparidades entre el diseño y la implementación del Plan?

b. Producción y entrega: Se refiere al cumplimiento de los procesos de producción y entrega de bienes y servicios estipulados en el Plan.

- ¿Se desarrolla la producción y entrega de bienes y servicios, de acuerdo con el diseño del Plan?
- ¿Se entregan de forma adecuada y consistente todos los elementos del Plan?
- ¿Son consistentes los procesos de producción y entrega en todas las locaciones geográficas?
- ¿Cómo ejecutan las acciones los actores responsables?

c. Recursos: Profundiza en los recursos existentes para ejecutar el Plan.

- ¿Con qué recursos financieros, humanos y físicos cuenta la implementación del Plan?
- ¿Son adecuados y suficientes los recursos financieros, humanos y físicos del Plan?

En cuanto al desarrollo de la evaluación, se parte de la identificación de los procesos de la política, para luego priorizar los procesos a evaluar de acuerdo con los recursos disponibles (DNP, 2012). Con esta información, se identifica el enfoque y la metodología de evaluación, así como las fuentes de información necesarias. De esta manera, se procede a recolectar la información, analizarla y elaborar las recomendaciones.

9.3.1.2. Evaluación institucional

Esta evaluación se enfoca en el grado de capacidad institucional, sus fortalezas y debilidades, así como la articulación de los actores y las brechas para la gestión (DNP, 2012; DNP, s.f.b). Se caracteriza por: (i) examinar los procedimientos técnicos, administrativos y de gestión; (ii) conocer la calidad de las relaciones; (iii) establecer un marco de referencia de la capacidad institucional; (iv) identificar los roles y competencias de los actores y (v) examinar las reglas de juego establecidas (DNP, s.f.b).

En este contexto, algunas preguntas orientadoras de este tipo de evaluación arrojan indicios sobre el conocimiento de la organización, por ejemplo, se pregunta si el Plan cuenta con los recursos apropiados para soportar sus acciones, si tiene una misión clara y compatible o si sus prácticas de gestión son adecuadas (DNP; s.f.b). Esta evaluación indaga por la arquitectura institucional de la política, al preguntar por quiénes participan y cómo, o por la fluidez y calidad de las relaciones y la coordinación entre diferentes ámbitos para la implementación (DNP; s.f.b).

Se proponen las siguientes preguntas orientadoras agrupadas por dimensiones, las cuales se aplican a las intervenciones y variables priorizadas, de forma que acotan el alcance de esta evaluación para el PDLMAC 2021-2030 (DNP, 2012; SDP, 2019):

a. Conocimiento: Indica el conocimiento sobre las prácticas de gestión y las capacidades institucionales en el marco del desarrollo del Plan.

- ¿Cómo funcionan las prácticas de gestión y las capacidades institucionales en el marco de la implementación del Plan?
- ¿Son consecuentes y adecuadas al Plan y al contexto regional las prácticas de gestión y las capacidades institucionales?
- ¿Hay transparencia y rendición de cuentas en la implementación del Plan?
- ¿Qué debilidades tiene la institucionalidad para cumplir con los objetivos del Plan?
- ¿Qué cambios se requieren para mejorar la capacidad institucional con el fin de implementar efectivamente el Plan?

b. Responsables e interacciones: Profundiza en el rol de cada actor y las relaciones entre los involucrados en el Plan.

- ¿Cómo ejecuta cada actor responsable su acción? ¿Con qué capacidades cuenta?
- ¿Cómo interactúan los actores involucrados en el Plan?
- ¿Hay canales formales de comunicación entre los actores involucrados?
- ¿Se detectan puntos de mejora en las relaciones y la comunicación de los actores involucrados?

Respecto al desarrollo de esta evaluación, se toma como punto de partida la construcción de la cadena de valor y la identificación de cuellos de botella. Con esto, se identifica los actores involucrados en la coordinación y ejecución del Plan para determinar el enfoque y la metodología de la evaluación y las fuentes de información pertinentes (DNP, 2012). Así, se desarrolla la recolección de la información, analiza los resultados y hace sus recomendaciones.

9.3.2. Evaluación de impacto

Una vez terminada la implementación del PDLMAC (i.e. en diez años), se plantea la realización de una evaluación de impacto, la cual se centrará en el eslabón de impactos, para identificar los efectos atribuibles al Plan (DNP, 2014). La evaluación de impacto ayudará a determinar si el Plan tuvo el efecto esperado, al cuantificar el impacto o efecto causal de su intervención sobre sus beneficiarios. Es decir, la evaluación de impacto establece la causalidad entre el Plan y los resultados obtenidos.

Este tipo de evaluación permite: (i) probar la efectividad de un programa determinando el impacto causal; (ii) probar las innovaciones de diseño en una intervención; (iii) conocer cuál de las modalidades de una intervención es más costo-efectiva; y (iv) examinar si la intervención es más efectiva para ciertos subgrupos (Gertler et al, 2017).

Se sugiere medir los indicadores de impacto de todas las líneas estratégicas, haciendo énfasis en el de atenciones, donde se concentra el grueso de las acciones dirigidas a la población. En la tabla 9 se muestran las variables que medirá esta evaluación de acuerdo con las intervenciones priorizadas en la evaluación de medio término.

Tabla 9. Priorización en la evaluación de impacto

Línea estratégica	Variables impacto
Atenciones integrales, integradas y complementarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones antropométricos. • Prevalencia LM y AC. • Inicio LM y AC. • Duración LM. • Estado nutricional (desnutrición y exceso de peso). • Mortalidad.
Transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Apropiación de prácticas de LM y AC. • Cambio de cultura alrededor de la lactancia.
Gestión del conocimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Buenas prácticas identificadas y apropiadas.

Fuente: elaboración propia (2021).

Esta propuesta es susceptible a cambios y se debe propender, junto con el DNP, por la inclusión de esta evaluación en la agenda de evaluaciones de políticas públicas en el país. En esta línea, se proponen las siguientes preguntas orientadoras, agrupadas por dimensiones, las cuales acotan el alcance de esta evaluación para el PDLMAC 2021-2030 (DNP, 2012; SDP, 2019):

a. Efectividad y atribución: Hace referencia a la medición del impacto y el grado de causalidad entre este y el Plan.

- ¿Cuál es el impacto estimado del Plan sobre los indicadores definidos? ¿Los impactos muestran diferencias por región?
- ¿Llegaron a la población objetivo las acciones implementadas por el Plan?
- ¿Hay satisfacción entre los beneficiarios con los bienes y servicios entregados por el Plan?
- ¿Los impactos observados se deben al Plan o se observarían en su ausencia?

- ¿Hay evidencia sobre una mejora en los beneficiarios respecto a su situación inicial?
- ¿Cómo afectó el Plan la población objetivo?
- ¿Qué recomienda para mejorar el impacto?

b. Impactos imprevistos: Está asociado a los impactos no anticipados, ya sea positivos o negativos, asociados al Plan.

- ¿Los impactos son los previstos o hay otros?
- ¿Hay efectos inesperados como resultado del Plan? ¿Son estos positivos o negativos?
- ¿Qué modificaciones, en caso de existir, mejorarían los efectos imprevistos negativos?

Para el desarrollo de esta evaluación, se sugiere incluir aspectos de diseño e implementación del Plan y evitar centrarse únicamente en el resultado de interés. Entonces, para su ejecución, se parte de la cadena de valor y de la identificación de los involucrados en la intervención para obtener información actualizada sobre el Plan, de modo que se determinen las necesidades ligadas al eslabón de impactos (DNP, 2014). En este caso, el uso de métodos mixtos de investigación es altamente recomendable debido a que las estrategias cuantitativas son más rigurosas para identificar los efectos de los programas, mientras que las cualitativas contribuyen a examinar profundamente los mecanismos por los que se están generando los resultados (Gertler et al, 2017; Khandar, Koolwal & Samad, 2009).

Desarrollo de la evaluación de impacto

La evaluación de impacto se interesa por el efecto causal al estimar la diferencia entre el resultado con el Plan y el mismo resultado sin el Plan (Gertler et al, 2017). Para alcanzar su objetivo, la evaluación de impacto recurre al concepto de contrafactual, esto es, lo que habría ocurrido con los beneficiarios del Plan en ausencia de este (Gertler et al, 2017).

Se destaca la necesidad de un grupo de comparación para estimar lo que hubiese ocurrido a los beneficiarios de la intervención en su ausencia. En este punto, el equipo de trabajo que evalúe el Plan se debe asegurar que el grupo de comparación y el de beneficiarios tengan características observables promedio similares en ausencia del programa, que el grupo de comparación no se vea afectado por el PDLMAC y que los resultados del grupo de comparación sean iguales a los resultados de los beneficiarios si ambos son objeto de la intervención (Gertler et al, 2017). Ante la dificultad de encontrar un contrafactual válido y considerando el deber de garantizar el derecho a la lactancia, se puede enfocar la evaluación hacia la efectividad de ciertas intervenciones, por ejemplo, formas de hacer el seguimiento (mensajes de texto), formas de transmitir la información, entre otros. Esto dependerá de si está en el alcance del PDLMAC 2021-2030.

En este tipo de evaluación también se requiere de microdatos, es decir, de información a nivel de beneficiarios. Para este caso particular, las fuentes de información administrativas

con microdatos que miden las variables a evaluar son insuficientes, por lo tanto, se requiere del levantamiento de información primaria tanto cuantitativa como cualitativa. Para ello, se recomienda realizar muestreo aleatorio o un muestreo aleatorio estratificado o un muestreo de clústeres, además de utilizar cálculos de potencia para conocer el tamaño mínimo de la muestra a nivel nacional y territorial (departamental y municipal) (Gertler et al, 2017).

Finalmente, vale la pena resaltar que si se realiza un levantamiento de línea base, cuando se ejecute la evaluación se sugiere optar por métodos experimentales. Si esto no es posible, lo mejor es utilizar métodos cuasiexperimentales, especialmente, emparejamiento o diferencias en diferencias, debido a que son aplicables para casi todas las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Agence National d'Accreditation et d'Évaluation en Santé. (2002). Allaitement maternel-mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris.
- Aguilar I., M. J. (11 de Octubre de 2016). La importancia de las REDES de apoyo. Obtenido de María José Aguilar Idáñez. Recuperado de: <https://mariajoseaguilaridanez.wordpress.com/2016/10/11/la-importancia-de-las-redes-de-apoyo/>.
- Alcaldía de Medellín. (2016). Plan Docenal: Medellín, ciudad y ruralidad de niños, niñas y adolescentes 2016/2028.
- Álvarez-Castaño, L.S., Goez-Rueda, J.D., Carreño-Aguirre, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 98-113.
- Álzate Yepes, T. (2013). Informe final sobre las características de los Programas de ICEAN en Colombia. Las Buenas Prácticas en Programas de Información, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición (ICEAN). FAO, Iniciativa América Latina y Caribe Sin Hambre.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Arias, M., Tarazona, M. C., Lamus, F., & Granados, C. (2013). Estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad. *Revista de salud pública*, 15, 613-625.
- Ávila-Toscano, J. H. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 65-74.
- Banco Mundial. Prevalencia de emaciación (% de menores de 5 años) – Colombia. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.WAST.ZS?locations=CO>.
- Becerra Bulla, F., Peña Álvarez, D., Puentes Valencia, V., & Rodríguez Cepeda, D. (2009). Lactancia Materna: una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(3), 246-257. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000300006.
- Birch, L. L., & Doub, A. E. (2014). Learning to Eat: Birth to Age 2Y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 723S-728S.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., De Onis, M., ... & Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries. *The Lancet*, 382(9890), 427-451.
- Bower, J. (2016). En torno al sentido de gobernabilidad y gobernanza: delimitación y alcances. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (67), 149-162.
- Caballero, M. A. (1997). Corte Constitucional, Sentencia C-470 de 1997.
- Castillo Cubillos, M. (2017). El papel de la participación ciudadana en las políticas públicas, bajo el actual escenario de la gobernanza: reflexiones teóricas. *Gobernanza, ciudadanía e identidad* (23), 157-180. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n23/2011-0324-recs-23-00157.pdf>.
- Cerda Muñoz, L. (2008). La madre que amamanta y el entorno laboral. *Matronas Profesional*, 1(9), 21-26.
- Camarotti, C. M., Nakano, A. M. S., Pereira, C. R., Medeiros, C. P., & Monteiro, J. C. D. S. (2011). Perfil de la práctica del amamantamiento en grupo de madres adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(1), 55-60.
- Cobo-Armijo, F., Charvel, S., & Hernández-Ávila, M. (2017). La regulación basada en desempeño: Estrategia para incrementar las tasas de lactancia materna. *Salud Pública México*, 59(3), 314-320, doi: 10.21149/8122.

- Coca C., M. (2007). Importancia y concepto del posicionamiento una breve revisión teórica. *Perspectivas*, 105-114.
- Coll-Planas G. Solà-Morales R & Misse M. (2019). Guía para la incorporación de la interseccionalidad en las políticas de diversidad sexual y de género. Montevideo. Recuperado de: <https://www.metropolis.org/sites/default/files/resourcess/Gu%C3%ADa-interseccionalidad-pol%C3%ADticas-diversidad-sexual-genero.pdf>.
- Comisión Nacional de Lactancia Materna (2009). Política Pública de Lactancia Materna. San José: Ministerio de Salud.
- Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia & Fundación Salutia. (2020). Análisis Institucional y Valoración Efectos PDLM 2010-2020. Bogotá
- Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia, et al. (2020). Crianza amorosa + Juego. Brújula. Bogotá. Recuperado de: <https://juegoyniñez.org/wp-content/uploads/2020/12/Brujula-2021.pdf>.
- Consejo Nacional de Política Social. (31 de marzo de 2008). CONPES 113 “Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN)”. Bogotá.
- Consejo Nacional de Alimentación Bolivia. (2014). Política de Alimentación y Nutrición (PAN) en el Marco del Saber Alimentarse para Vivir Bien. La Paz: Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición.
- Consejo Nacional de Política Social. (15 de marzo de 2018). CONPES 3918 “Estrategia para la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia”. Bogotá.
- Consejo Nacional de Política Social. (11 de febrero de 2021). CONPES 4023 de 2021 “Política para la reactivación, la repotenciación y el crecimiento sostenible e incluyente: Nuevo compromiso por el futuro de Colombia”. Bogotá.
- Cossio Betancur, P. L. (2014). Trabajo social en la construcción de políticas de seguridad alimentaria en el contexto de las transformaciones sociales latinoamericanas. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 87-104.
- Dawney, E., & Shah, H. (2005). *Behavioural Economics: Seven Principles for Policy-Makers*. New Economics Foundation.
- Defensoría del Pueblo. (2019). Advertencias Defensoriales. Bogotá D.C.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2005). Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores. Bogotá D.C.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2017). Estadísticas Vitales – EEVV. Cifras definitivas Año 2017. Diciembre de 2018. Bogotá D.C.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2018). Estadísticas Vitales – EEVV. Cifras definitivas Año 2018. Diciembre de 2019. Bogotá D.C.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2019). Estadísticas Vitales – EEVV. Cifras definitivas Año 2019. Diciembre de 2020. Bogotá D.C.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). Guía para la inclusión del enfoque diferencial e interseccional en la producción estadística del sistema estadístico nacional
- Departamento Nacional de Planeación – DNP (2012). Guía para la evaluación de políticas públicas.
- Departamento Nacional de Planeación - DNP. (2014). Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación de políticas públicas. Bogotá D.C. DNP. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Cartilla%20Guia%20para%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20Ago%2013.pdf>.

- Departamento Nacional de Planeación - DNP. (2018). Guía para la construcción y análisis de indicadores. DNP. Bogotá D.C. Recuperado de: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Guia_para_elaborar_Indicadores.pdf.
- Departamento Nacional de Planeación - DNP. (30 de abril, 2021) Plan Nacional de Desarrollo. Bogotá D.C. Recuperado de: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Paginas/Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>.
- Departamento Nacional de Planeación – DNP (s.f.b). Evaluación institucional. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Institucional.pdf>.
- Departamento Nacional de Planeación – DNP (s.f.a). Evaluación de operaciones. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Operaciones.pdf>.
- Esguerra C. & Alanis J. (2014). Interseccionalidad y políticas públicas LGBTI en Colombia: usos y desplazamientos de una noción crítica. *Revista de estudios sociales*, (49), 19-32.
- Espejo, R., & González, J. (2015). Aprendizaje transformativo y programas de investigación en el desarrollo docente universitario. *Revista de docencia universitaria - REDU*, 309-330.
- Estévez González, M., Martell Cebrián, D., Medina Santana, R., García Villanueva, E., & Saavedra Santana, P. (2002). Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales Españoles de Pediatría*, 56(2), 144-150. Obtenido de <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403302789443>.
- Faúndez, A., & Weinstein, M. (2012). Ampliando la Mirada: La integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos.
- Flórez, C.E. & Nupia, A. (2001). Desnutrición infantil en Colombia: inequidades y determinantes.. Bogotá: Documentos CEDE
- Forero, Y., Acevedo, M. J., Hernández, J. A., & Morales, G. E. (2018). La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(5), 612-620.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. 2a edición. México: Siglo XXI.
- Fuini, L. L. (2017). Construções teóricas sobre o território e sua transição: A contribuição da Geografia brasileira. *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*, 26(1), 221-242.
- Fundación Salutia. (2020). Análisis de la Situación Institucional de Política Pública de Lactancia Materna y sus Actores. Bogotá: Fundación Salutia.
- Fundación Salutia. (2020). Diseño de la Metodología para la Actualización del PDLM 2021-2030. Bogotá: Fundación Salutia.
- Fundación Salutia. (2020). Estado del Arte sobre Modelos de Gestión para la Actualización del PDLM. Bogotá: Fundación Salutia.
- Fundación Salutia. (2020). Informe de Recomendaciones de la Evaluación del Diseño y Proceso del PDLM 2010-2020. Bogotá: Fundación Salutia.
- Fundación Salutia. (2020). Informe de Resultados de la Valoración de Efectos del PDLM 2010-2020. Bogotá: Fundación Salutia.
- Fundación Salutia. (2020). Revisión de Literatura y Estado del Arte para la Actualización del PDLM 2021-2030. Bogotá: Fundación Salutia.
- Fuzeto, K. L. R., & de Oliveira, A. C. L. (2010). Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba/PR. *Cadernos da escola de saúde*, 1(3).

- García-Calvente, M., Marcos-Marcos, J., Bolívar-Muñoz, J., et al. (2016) Guía para incorporar el enfoque de género en la planificación de políticas sociales. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública y Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.
- García-Magdaleno, V., & Laureano-Eugenio, J. (2019). Representaciones sociales frente a la lactancia materna en mujeres rurales y urbanas en Jalisco, México: Estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 83-93. doi:<https://doi.org/10.18597/rcog.3303>.
- Garibay, E. M. V., Mercado, E. G., Haro, A. L., & Esparza, N. C. M. (2019). Is There Gender Discrimination in Full Breastfeeding in Mexico?. *Nutrición Hospitalaria: Organó oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 36(3), 545-551.
- Gertler, P. J., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L. B., & Vermeersch, C. M. (2017). La evaluación de impacto en la práctica. The World Bank.
- Gobierno de Colombia. (2013). Estrategia de atención integral a la primera infancia: Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Bogotá. Recuperado de: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamientos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>.
- Gobierno de Colombia. (2018). Política Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030. Bogotá.
- Gobierno de la República México. (2014). Estrategia Nacional de Lactancia Materna. Ciudad de México: Secretaría de Salud & Sistema Nacional de Salud.
- Gobierno Nacional Paraguay. (2014). Política Nacional de Niñez y Adolescencia. Asunción: Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia Paraguay.
- Gómez, R. D. (2012). Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 30(2): 223-236.
- González-Burboa, A., Miranda-Valdebenito, N., Vera-Calzaretta, A. & Arteaga-Herrera, O. (2017) Implementación de la política pública para el cuidado de la primera infancia en el contexto chileno: una mirada desde salud al "Chile Crece Contigo". *Revista de Salud Pública*, 19(5), 711-715. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n5/0124-0064-rsap-19-05-00711.pdf>.
- González de Cosío-Martínez, T., Hernández-Cordero, S., Rivera-Dommarco, J. & Hernández-Ávila, M. (2017). Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Pública México*, 59(1), 106. Recuperado de: <https://doi.org/10.21149/8102>.
- González M., J. (2002). Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Revista médica uruguaya*, 192-197.
- Granberg, A., Ekström-Bergström, A., & Bäckström, C. (2020). First-Time Mothers' Enjoyment of Breastfeeding Correlates with Duration of Breastfeeding, Sense of Coherence, and Parental Couple and Child Relation: A Longitudinal Swedish Cohort Study. *Nursing Research and Practice*, 2020, 8194389.
- Grupo de la Serie de Lactancia Materna de The Lancet. (2016). ¿Por qué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia materna? *The Lancet*, 17- 30.
- Harris, K. M., Perreira, K. M., & Lee, D. (2009). Obesity in the transition to adulthood: predictions across race/ethnicity, immigrant generation, and sex. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(11), 1022-1028.
- Hernández, G. A. (2019). El sempiterno estigma de la mujer. Complejidades en la construcción de la identidad y el rol social. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay.

- Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(Suppl.), S35-S45.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. (2015). *Ambientes Seguros- Aldeas Infantiles SOS Colombia*. Bogotá: Medios Directos.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF-OEI. (2016). Documento de sistematización de la estrategia "Construyendo juntos entornos protectores". Bogotá. Recuperado de: <https://oei.int/downloads/disk/5OemRHVnRZWFJwZW1GamFXOXVMbkJrWmlJN0lHWnBiR1Z1WVcxbEtq>.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. (2017). Manual operativo de la estrategia construyendo juntos entornos protectores. 60. Colombia. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/mo9.pp_manual_operativo_construyendo_juntos_entornos_protectores_v5.pdf.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años para Colombia*. Manual del Facilitador.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2020). *Libro Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015*.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Universidad Externado de Colombia. (s.f.). Consulta de documentos generales. Recuperado de: https://fchsh.uexternado.edu.co/ensani/info_legal_data.php.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2020). *Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años*.
- ICBF. (2020). *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para Mujeres Gestantes, Madres en Período de Lactancia, Niños y Niñas Menores de 2 Años para Colombia*. Manual del Facilitador. 2a Edición. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/system/files/guias_alimentarias_basadas_en_alimentos_para_mujeres_gestantes_madres_en_periodo_de_lactancia_y_ninos_y_ninas_menores_de_2_anos_para_colombia_2_0.pdf.
- Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. (2005). *Aprender a desaprender en la búsqueda de un aprendizaje transformativo*. Apuntes sobre la capacitación de gerentes sociales. Washington, D.C.
- International Labour Office. (2016). *Maternity cash benefits for workers in the informal economy*.
- Jiménez-Benítez, D., Rodríguez-Martín, A., & Jiménez-Rodríguez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25, 18-25.
- Khandker, S. R., Koolwal, G. B., & Samad, H. (2009). *Handbook on Quantitative Methods of Program Evaluation*. Washington, DC: World Bank.
- Kusek, J., & Görgens, M. (2010). *Making Monitoring and Evaluation Systems Work: A Capacity Development Toolkit*. Washington: World Bank.
- Lieberman, Z., Woodward, A. L., Sullivan, K. R., & Kinzler, K. D. (2016). Early Emerging System for Reasoning About the Social Nature of Food. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(34), 9480-9485.
- Licencia de paternidad compartida. Proyecto de Ley. Sess 2. 2019. Recuperado de: <http://www.senado.gov.co/index.php/az-legislativo/proyectos-de-ley>.
- Lima, A. P. E., Javorski, M., Amorim, R. D. J. M., Oliveira, S. C. D., & Vasconcelos, M. G. L. D. (2014). Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 965-971.
- Lindón, A. (2012). La concurrencia de lo espacial y lo social. *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales*, 585-622.

- Lindström, B., Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology Community Health*, 59(6),440–442. doi: 10.1136/jech.2005.034777.
- Lindström, B., Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's Guide to Salutogenesis: Salutogenic Pathways to Health Promotion. The IUHPE Global Working Group on Salutogenesis*. Helsinki: Folkha Isan Research Center. Health promotion research. Research Report: 2010:2.
- Mannion, C. A., Hobbs, A. J., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International breastfeeding journal*, 8(1), 1-7.
- Manrique Patiño, A., & Villalba Hernández, K. (2020). Análisis de las representaciones sociales sobre la lactancia materna en espacio público de un grupo de mujeres- madres lactantes en la ciudad Santiago de Cali. Santiago de Calid: Universidad Autónoma de Occidente. Recuperado de: <https://red.uao.edu.co/bitstream/handle/10614/12412/T09240.pdf?sequence=7&isAllowed=y>.
- Mariano, G. J. D. S., & Silva, I. A. (2018). Significando o amamentar na prisão. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(4).
- Martínez Herrera, E. (2006). La gestión del conocimiento en políticas públicas en salud y participación social. *Revista CES*, 21(1), 101-108.
- Martínez-Plascencia, U., Rangel-Flores, Y. Y., & Rodríguez-Martinez, M. (2017). ¿Lactancia materna o en pareja? Un estudio sobre las experiencias de reconfiguración de cuerpos, roles y cotidianidades en madres y padres mexicanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00109616.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia*. Bogotá: Organización para la Excelencia en Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Decreto 859 de 2014. Se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública, que será una instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores responsables en el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Anexo técnico: profundización del análisis de situación de las niñas, niños y adolescentes; en el ejercicio del derecho a la salud y el derecho a la alimentación y nutrición.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá: MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias*. Bogotá: MinSalud
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018 - "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal . Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Impacto normativo lactancia materna 2019*. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/PublishingImages/Paginas/analisis-de-impacto-normativo/Anexo%201.%20Problema%20AIN%20lactancia%20materna%20versi%C3%B3n%208%20de%20abril.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Participación Social: orientaciones para su desarrollo en el marco de la gestión de la salud pública y del plan de salud pública de intervenciones colectivas*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) *Lineamientos para la implementación y fortalecimiento de la estrategia IAMII. 2016*
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015) *Informe Monitoreo Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. 2015*

- Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomos I y II.
- Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Resumen ejecutivo.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Catálogo de Información. Recuperado de <https://www.sispro.gov.co/catalogos/Pages/catalogo-de-informacion.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia (2010). Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2009). Política Nacional de Lactancia Materna. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud El Salvador. (2011). Política de Protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna. San Salvador: Unidad de Nutrición del Ministerio de El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala. (2010). Política Pública Desarrollo Integral de la Primera Infancia. Ciudad de Guatemala: Instituto Interamericano del Niño, La niña y el Adolescente.
- Ministerio de Salud Panamá. (2012). Plan Nacional de Combate a la Desnutrición. Ciudad de Panamá: Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nutricional.
- Mittelmark MB, Bauer GF. (2017) The Meanings of Salutogenesis. En: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, et al., editors. *The Handbook of Salutogenesis* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2017. Chapter 2. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435854/doi:10.1007/978-3-319-04600-6_2.
- Molina, C. E. (2013). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3, 203-222.
- Molina Jaramillo, A. N. (2018). Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00075117.
- Montañez G., & Delgado, D. (1998). Espacio, territorio y región: conceptos básicos para un proyecto nacional. *Cuadernos de geografía: Revista Colombiana de Geografía*, 7(1-2), 120-134.
- Montero, M. (2003, 3a. reimpresión 2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires - México: Editorial Paidós.
- Moral, A., Bolibar, I., Seguranyes, G., Ustrell, J. M., Sebastiá, G., Martínez-Barba, C., & Ríos, J. (2010). Mechanics of sucking: comparison between bottle feeding and breastfeeding. *BMC pediatrics*, 10, 6. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-6>.
- Morales, F., & Jiménez, F. (2018). *Fundamentos del enfoque territorial: actores, dimensiones, escalas espaciales y sus niveles*. México: CEIICH, UNAM.
- Moreira, C., Cedrés, D., Ramírez, E., & Gorgoroso, Z. (Septiembre de 2017). Amamantamiento en los espacios públicos. La construcción del discurso. Montevideo.
- Morgan, A., & Hernán, M. (2013). Promoting Health and Wellbeing Through the Asset Model. National Institute of Child Health and Human Development
- Mosaiko, R. D. (2012). Reflexiones sobre movilización social. Educación para una ciudadanía global. Recuperado de: https://ciudadaniaglobalhiritartasuna.files.wordpress.com/2012/04/2012_04_docmovilizacionmosaiko.pdf.
- Moussa, K. C., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2014). The Social Determinants of Health of the Child-Adolescent Immigration and Its Influence on The Nutritional Status: Systematic Review. *Nutricion Hospitalaria*, 30(5), 1008-1019.

- Mújica, O. J. (2015). Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(6), 433-41.
- National Heart, Lung and Blood Institute. (1977). *Handbook for Improving High Blood Pressure Control in the Community*. US Government Printing Office Washington D.C.
- Newman, J., & Wilmott, B. (1990). Breast Rejection: A Little-Appreciated Cause of Lactation Failure. *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien*, 36, 449-453.
- NICHHD. About Breastfeeding and Breastmilk. Consultado en: enero 29 de 2021. Recuperado de: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/breastfeeding/conditioninfo>.
- Noel-Weiss, J., Boersma, S., & Kujawa-Myles, S. (2012). Questioning Current Definitions for Breastfeeding Research. *International Breastfeeding Journal*, 7(1), 1-4.
- Nutt, P.C. (1984). *Planning Methods for Health and Related Organization*. Toronto: John Wiley & Sons.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OECD. (2020). *Building Capacity for Evidence-Informed Policy-Making: Lessons from Country Experiences*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OECD (2010). *Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación de lactante y del niño pequeño*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del Niño pequeño*.
- Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Apoyando el desarrollo en la primera infancia: de la ciencia a la aplicación a gran escala*. *The Lancet*, 1 - 8.
- OMS/UNICEF. (1989). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad*. Ginebra.
- OPS - OMS. (2013). *Avances y retos de lactancia materna - Colombia 1970 a 2013: un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas*.
- OPS - OMS. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*.
- OPS. (2009). *Liderazgo Territorial y Alianzas para la Atención Integral en Salud de la Infancia*. Buenas Prácticas en Salud Pública en Colombia. Bogotá.
- OPS. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Evaluación de Proceso Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Género y salud*. Revisado el 12 de febrero de 2021. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). *Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad*.
- OPS-MSPS. (2016). *Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables*. Bogotá D.C. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamientos-entornos-nacionales-2016.pdf>.

- Organización Internacional del Trabajo. (2014). *La maternidad y la paternidad en el trabajo*. Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (FAO). (2004) *DIRECTRICES VOLUNTARIAS en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional*. Aprobadas por el Consejo de la FAO en su 127º período de sesiones.
- Ortegón Quiñones, E. (2009). *Guía Sobre Diseño y Gestión de la Política Pública*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Pabón Mantilla, A., & Aguirre Román, J. (2009). La protección jurisprudencial a la maternidad en Colombia. *Revista Diálogo de Saberes*, 263-282.
- Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nyström, M. (2010). Breastfeeding: An Existential Challenge – Women's Lived Experiences of Initiating Breastfeeding within the Context of Early Home Discharge in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5(3), 5397.
- Pérez-Escamilla, R., Segura-Pérez, S., & Lott, M. (2017). Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A Responsive Parenting Approach. *Nutrition Today*, 52(5), 223-231.
- Pérez M & Moreno A. (2017). Maternidades y lactancias desde una perspectiva de género. *Dilemata*, (25), 143-155.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. (2009). *La gobernanza democrática y el PNUD*. Nueva York. Recuperado de <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/es/FF-democraticgovernance-2009-SP.pdf>.
- Proyecto Promoción de la Lactancia en Europa. (2004). *Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: Plan Estratégico*. Dublín.
- Rabie M. (2013). *Social Transformation*. En: *Global Economic and Cultural Transformation*. New York: Palgrave Macmillan.
- Rist, R. & Kusek, J. (2004). *Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System. A Handbook for Development Practitioners*. Washington, D.C.: World Bank.
- Rodríguez, E. C. (2014). ¿Qué deben ser las políticas públicas interculturales? *Ciencia e Interculturalidad*, 15(2), 68-80.
- Rodríguez, D. M. (2009). *El trabajo en red como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en la atención primaria en salud (APS)*. Ministerio de de la protección social, Bogotá D.C, Bogotá.
- Rodríguez, J., & Escobar, C. e. (2004). *Mobilización social y promoción de la salud en la infancia, una estrategia de intervención*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Rollins, N.C., Bhandari, N., Hajeerhoy, N., et al. *Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices? The Lancet*, 2016; 387:491-504.
- Rosas-Ferrusca, F. J., Calderón-Maya, J. R., & Campos-Alanís, H. (2012). Elementos conceptuales para el análisis de la gobernanza territorial. *Quivera. Revista de Estudios Territoriales*, 14(2), 113-135.
- Salazar Villegas, V. J., & Sepúlveda Villegas, E. S. (2015). *Mobilización social como política pública: experiencia Buen Comienzo de Medellín, Colombia*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1267-1274.
- Sánchez Melero, H., & Gil Jaurena, I. (2015). Análisis interseccional y enfoque intercultural en el estudio de la ciudadanía y la participación: consideraciones epistemológicas. *Diálogo Andino*, 47, 143-149.
- Sanhueza, A., Espinosa, I., Mújica, O.J., da Silva Jr., JB. (2020). Sin dejar a nadie atrás: una metodología para establecer metas de reducción de desigualdad en salud del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44:e155. Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.155>.
- Save The Children. (2016). *Modelo de protección en contextos en alto riesgo: Tumaco protector de la niñez*. Tumaco.

- Sebastián, M. P. (2017). Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 227-238.
- Secretaría Distrital de Planeación. (2019). *Guía para el seguimiento y evaluación de políticas públicas*. Bogotá.
- Corte Constitucional. (2018). Sentencia SU075/18. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=88080>.
- Smith, P. H. (2018). Social Justice at the Core of Breastfeeding Protection, Promotion and Support: A Conceptualization. *Journal of Human Lactation*, 34(2), 220-225.
- Smith, V., Daly, D., Lundgren, I., Eri, T., Benstoem, C., & Devane, D. (2014). Salutogenically Focused Outcomes in Systematic Reviews of Intrapartum Interventions: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Midwifery*, 30(4), e151–e156.
- Sosa, M. A. (2009). *Evaluación y monitoreo de la lactancia materna en el municipio de Envigado. Informe Final*.
- Spanó N., A. (2007). El espacio social de mujeres y su referencia para el cuidado en la práctica de la lactancia. *Revista Latino-am Enfermagem*, 230-238.
- Stuart-Macadam, P. (2017). *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*. Routledge.
- Sun, Q., Liu, X., Meng, Q., Tang, S., & Yu, B. (2009). Evaluating the Financial Protection of Patients with Chronic Disease by Health Insurance in Rural China. *International Journal for Equity in Health*, 42,1-10. Doi:10.1186/1475-9276-8-42
- Thomaz, E., Alves, C., Gomes, L. F., Ribeiro de Almeida, C., Soares de Britto, M., Hilgert, J. B., & Wendland, E. M. (2018). Breastfeeding Versus Bottle Feeding on Malocclusion in Children: A Meta-Analysis Study. *Journal of Human Lactation*, 34(4), 768-788. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0890334418755689>.
- Torres-Melo, J., & Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas. Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*.
- Turnbull-Plaza, B., Escalante-Izeta, É., & Klunder-Klunder, M. (2006). Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Una primera exploración. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(2), 97-104.
- UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, PMA, Pontificia Universidad Javeriana. (2017). *Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu: evidencias y propuestas de intervención*. Bogotá. Recuperado de: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/DeterminantesMortalidadMaternalIndi%CC%81gena-3-7-19.pdf>.
- UNICEF. (2019). *Licencia Parenteral remunerada y políticas orientadas a la familia: Un informe de evidencias*. Nueva York: United Nations Children's Fund (UNICEF). Recuperado de: <https://www.unicef.org/media/95126/file/Parental-Leave-ES.pdf>.
- UNICEF- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Lactancia Materna en el Entorno Laboral - Guía para empresas colombianas*. Bogotá.
- UNICEF, Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). *Guía para el fomento de una cultura de lactancia materna en los centros de trabajo*. México D.F.
- UNICEF. (s. f.). Friso 3. *Consejos para una crianza amorosa*. Recuperado de: https://www.unicef.org/colombia/media/5241/file/FRISO3_CONSEJOS%20PARA%20UNA%20CRIANZA%20AMOROSA.pdf.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2016). *Joint Statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against*

Women in Law and in Practice, and the Committee on the Rights of the Child in Support of Increased Efforts to Promote, Support and Protect Breast-Feeding. Revisado el 14 de febrero de 2021. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871&LangID=E>

USAID. (2009). Diplomado Gestión En Políticas Públicas De Salud-USAID. Junio-Septiembre de 2009

USAID Infant and Young Child Nutrition Project. (2011). Behavior change interventions and child nutritional status. Evidence from the promotion of improved complementary feeding practices.

Vallejo-Solarte, M. E., Castro-Castro, L. M., & Cerezo-Correa, M. (2016). Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. *Universidad y Salud*, 18(1), 113-125.

Van Esterik, P. (1994). Breastfeeding and Feminism. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 47, S41-S54.

Vidal, F. S. (2017). Lactivismo como movimiento de resistencia: (re)acciones activistas en contextos urbanos mexicanos. *Dilemata*, 239-250.

Vilar, C. B., Escribà-Agüir, V., & Ferrero-Gandía, R. (January de 2007). A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Epidemiology and Public Health CIBER*, 187-194.

Villalba Quesada, C. (1993). Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Psychosocial Intervention - Colegio Oficial de Psicología de Madrid*, 69-85.

Villalonga, F. (2003). Innovación Tecnológica e Innovación Social: aplicaciones sociales de las TIC. Documento en línea. Recuperado de: <http://www.uoc.edu/dt/20235/index.htm1>

IYCN. (2011). Behavior Change Interventions and Child Nutritional Status. Washington. Recuperado de <https://www.fsnnetwork.org/resource/behavior-change-interventions-and-child-nutritional-status-evidence-promotion-improved>.

WABA. (2019). Empoderémonos, hagamos posible la lactancia. Recuperado de: http://worldbreastfeedingweek.org/2019/wp-content/uploads/2019/06/a_folder_ES_2019_A4.pdf.

Walker, D. K. (2020). Parenting and Social Determinants of Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35 (1), 134-136. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33593509/>.

Walsh, C. (2009). Interculturalidad, Estado, Sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar-Abya-Yala.

Warren, J. J., Slayton, R. L., Bishara, S. E., Levy, S. M., Yonezu, T., & Kanellis, M. J. (2005). Effects of Nonnutritive Sucking Habits on Occlusal Characteristics in the Mixed Dentition. *Pediatric Dentistry*, 27(6), 445-450.



**El futuro
es de todos**

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia

