

...

Guía de prevención y manejo del riesgo y la **desnutrición crónica**

EN MENORES DE UN AÑO DE EDAD
COMO UN EVENTO DE INTERÉS EN
SALUD PÚBLICA

Fundación Santa Fe de Bogotá: Salud Poblacional,
grupo de investigación CEIS
Fundación Éxito - FE

En alianza con:

Secretaría Distrital de Salud, Bogotá – SDS
Secretaría Distrital de Integración Social, Bogotá – SDIS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF

2019

...

Aviso Legal

Esta guía es un instrumento que ofrece opciones de intervención/acción sobre un grupo poblacional que podría verse o es afectado por desnutrición crónica. Su uso ha de ser flexible, pues se pretende que las recomendaciones aquí estructuradas puedan ser adaptadas y adoptadas al entorno en el cual se pondrán en práctica. La intervención aquí planteada, al igual que las recomendaciones, se construyeron pensando en dar todo el potencial posible de escalamiento. La guía no supone compromiso alguno de ser implementada, pero tampoco exime de responsabilidades a quienes hacen uso de ella. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, los autores de la guía pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y no asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.



Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique que la prohibición o restricción expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB) y la Fundación Éxito (FE). Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso del grupo de investigación de la FSFB, Centro de Estudios e Investigación en Salud CEIS y de la Fundación Éxito. En todo el material copiado ha de aparecer la correspondiente citación de la siguiente manera: FSFB, CEIS, FE. Guía de prevención y manejo del riesgo y la desnutrición crónica como un evento de interés en salud pública 2019.

Financiación

Este documento está financiado por la Fundación Éxito. Todo el trabajo producido es editorialmente independiente de su fuente de financiación.



Información de Contacto

Kenny Margarita Trujillo Ramírez | Directora del Proyecto Desarrollo de una intervención en Salud Pública para niños menores de un año en riesgo y con desnutrición crónica en el Distrito Capital. kmargaritatrujillo@gmail.com

Diana María Pineda Ruiz | Líder de inversión Social y Generación del Conocimiento | Fundación Éxito | Cra. 48 N° 32B sur 139 | Tel: 574 6049696 | Envigado, Antioquia, Colombia | diana.pinedaruiz@grupo-exito.com

Eje de Salud Poblacional | Fundación Santa Fe de Bogotá | Cra. 7B No. 123-90 - Piso 3 | Tel.: 571 603 0303 Ext. 5715 | Bogotá D.C. – Colombia | ceis@fsfb.org.co | www.fsfb.org.co |

Presentación

de la Guía y opiniones de expertos

Saludo de la directora del proyecto

La desnutrición crónica, que significa baja talla para la edad, es una condición que refleja no solo la salud actual del niño o niña que la padece sino la historia nutricional desde su concepción. Las consecuencias de padecer este retraso de talla para la edad afectan tanto de forma individual como colectiva a los entornos en donde se desarrolla la cotidianidad de estos sujetos afectados.

Tal y como se ha estudiado por años, el retraso de la talla repercute también sobre el desarrollo cerebral de los niños y niñas que se encuentran en su pico de crecimiento, no hay un momento de la vida donde se logre mayor desarrollo de conexiones neuronales como durante el primer año de vida. Es por ello que un individuo con desnutrición crónica tendrá como parte de las consecuencias de ésta, menor probabilidad de desarrollar funciones cognitivas de mayor eficiencia para afrontar la vida, con lo cual se hacen menos productivos para la sociedad.

Entonces, intervenir la desnutrición crónica, posicionarla como tal y no solo desde la clasificación antropométrica de talla baja o retraso en talla, que puede nominalmente hacerla ver como una condición de menor impacto, debe ser una prioridad para el desarrollo de las sociedades y sus territorios. Sin embargo, no es una tarea menor pues requiere de la voluntad política de quienes lideran la acción intersectorial y de la acción conjunta y efectiva sobre las familias y los niños y niñas afectados de quienes operan y desarrollan las intervenciones en los territorios.

El documento presentado a continuación demuestra que es posible traducir la evidencia científica y las políticas públicas en acciones cotidianas que, articuladas y desarrolladas eficientemente pueden mostrar resultados exitosos.

La presente guía es el resultado de la gestión eficiente de una alianza público-privada que convocó los intereses misionales sobre el cuidado y atención de primera infancia de la alcaldía mayor de Bogotá, a través de sus Secretarías de Salud y Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, la Fundación Éxito y Fundación Santa Fe de Bogotá. Instituciones que, a través de sus equipos técnicos se comprometieron a mostrar la importancia de posicionar la desnutrición crónica como un evento que desde la salud pública debe intervenir para garantizar el potencial de crecimiento de los niños y niñas desde su concepción, como un pilar de desarrollo para un territorio como Bogotá DC.

Finalmente, y como directora de este proyecto agradezco a cada uno de los profesionales de los equipos técnicos de las instituciones con quienes desarrollamos esta guía en sus diferentes fases, incluyendo el proyecto piloto que nos dejó importantes lecciones de cómo traducir la evidencia y las políticas públicas en acciones sencillas que pueden afectar positivamente a las comunidades con quienes construimos conjuntamente por el bienestar y calidad de vida.

Espero este documento sea de utilidad para los diferentes públicos para quienes está dirigido.



Contenido

1. Acrónimos utilizados en esta guía	9
2. Glosario	10
3. Cómo utilizar este documento	14
4. Objetivos y ámbito de aplicación	16
5. Antecedentes	18
ii. Sobre las intervenciones para reducir el retraso en talla infantil	
iii. Contexto de la desnutrición en Colombia	21
1. Situación actual de la DNTC en el mundo	21
2. Antecedentes y marco normativo sobre nutrición en la primera infancia en Colombia	22
3. Situación de la DNTC en población infantil en Colombia y Bogotá	25
iv. Estudio de intervención DNTC FSFB-FE en menores de 1 año	26
6. Justificación para la guía en DNTC	33
7. Objetivos de la guía	35
8. Metodología de la guía	36
9. Resultados de la guía	43
9.1 Resultados de la revisión sistemática de la literatura	43
Prevención de riesgo o DNTC	46

Manejo de la DNTC	47
Intersectorialidad en DNTC	50
9.2 Resultados de talleres de intersectorialidad	54
9.3 Indicadores de vigilancia epidemiológica	57
10. Hoja de ruta	69
11. Conclusiones y mensajes clave	85
1. Retraso en talla y Desnutrición Crónica	85
2. Es evidente la importancia de posicionar la problemática del riesgo y/o la DNTC	85
3. Es necesario conocer y reconocer las consecuencias de la DNTC para el desarrollo social del territorio, del país	88
4. Se deben fortalecer los sistemas de información y las acciones de vigilancia epidemiológica para ser compartidas entre sectores	90
5. Se debe hacer un fuerte llamado a que las EAPB articulen acciones hacia la prevención y el manejo de la DNTC como un evento de interés en salud pública	91
6. Los cambios que la política SAN está atravesando actualmente, deben considerarse como una oportunidad para desarrollar la intersectorialidad en la prevención y el manejo de la DNTC como un evento de interés en salud pública.	92
.....	92
7. Una intervención integral y articulada, en el marco de la	

salud pública, con seguimiento sistemático individuo a individuo es clave para lograr tendencias positivas sobre el crecimiento lineal de niños y niñas afectados por el riesgo y/o desnutrición crónica. 93

8. Sobre la implementación de las acciones definidas en esta guía de prevención y manejo del riesgo y la desnutrición crónica como un evento de interés en salud pública.

..... 93

12. Limitaciones 94

13. Equipo de investigación e intervención del proyecto 95

14. Agradecimientos a los colaboradores de intervención en DNTC 99

15. Anexos 100

16. Referencias bibliográficas 137

1. Acrónimos utilizados en esta guía

AARR: promedio de tasa anual de reducción (Average Annual Rate Reduction)

ARA: Ácido araquidónico

CEIS: Centro de Estudios e Investigación en Salud

CISAN: Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional

CLSAN: Comités Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional

CODIA: Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia

COLIA: Comités Operativos Locales de Infancia y Adolescencia

CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social

COPACO: Comité de Participación Comunitaria en Salud

DHA: Ácido Docosahexaenoico

DNTC: Desnutrición crónica

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

FE: Fundación Éxito

FSFB: Fundación Santa Fe de Bogotá

GABA: Guías Alimentarias Basadas en Alimentos

IEC: Estrategias de Información Educación y Comunicación en salud

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NICE: The National Institute for Health and Care Excellence

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAE: Programa de Alimentación Escolar

PIB: Producto Interno Bruto

RIAGA: Ruta Integral de Atenciones desde la Gestación hasta la Adolescencia

SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional

SDE: Secretaría Distrital de Educación

SDS: Secretaría Distrital de Salud

SDIS: Secretaría Distrital de Integración Social

SISVAN: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del Distrito Capital

SP: Salud Poblacional



2. Glosario

Actores comunitarios: son aquellos colectivos que comparten códigos, símbolos e imaginarios que dan sentido a unos intereses y vivencias comunes; pueden estar organizados o ser espontáneos; son todos aquellos ciudadanos, organizaciones sociales y de base con capacidad para actuar y proponer acciones (1).

Actores ciudadanos: de manera creciente surge una afirmación de la ciudadanía como actor y se revaloriza e intensifica su participación en las decisiones y la vida política; por lo cual la participación ciudadana en el ejercicio de las políticas públicas juega un papel fundamental(1).

Actores sociales: son todos los tomadores de decisiones, individuos, grupos o coaliciones en la sociedad civil o instituciones públicas involucradas en iniciativas para el desarrollo comunitario (2).

Alimentación Complementaria –AC: Es el periodo de transición entre la lactancia materna exclusiva y la alimentación propia de la familia. Inicia a partir de los 6 meses y finaliza a los 23 meses de edad, manteniendo la lactancia materna durante los dos primeros años o más. Incluye la introducción gradual de alimentos frescos y variados de consistencia semisólida

y sólida, adicionales a la leche materna, hasta incluir los alimentos que consume toda la familia, aproximadamente a los 12 meses de edad. Estos alimentos deben ser un complemento de la leche materna con el fin de cubrir las necesidades nutricionales, que a partir de este periodo no son cubiertas en su totalidad por ésta (3) (4) (5).

Autoridad sanitaria fortalecida: Para materializar la intersectorialidad es importante considerar el fortalecimiento de la autoridad sanitaria local en relación con las capacidades necesarias para ejercer la rectoría en salud, el direccionamiento y la conducción de estrategias e iniciativas en pro de la salud de la población de su territorio. Incluye el fortalecimiento para la gestión de la salud pública, entendida esta, como el proceso dinámico, integral sistemático y participativo que está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos en salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar resultados en salud (6).

Desnutrición crónica (DNCT). Se produce cuando una persona no ingiere suficientes

alimentos de manera recurrente, lo que la lleva a padecer retraso del crecimiento. La desnutrición aumenta la probabilidad de contraer enfermedades infecciosas como la diarrea, el sarampión, el paludismo y la neumonía, y la malnutrición crónica puede afectar al desarrollo físico y mental de un niño pequeño (7)

Enfoque de curso de vida: El curso de vida hace referencia al conjunto de trayectorias o roles que sigue el desarrollo de las personas a lo largo del tiempo, que son moldeadas por interacciones y la interdependencia de los aspectos biológicos y sociales del individuo; los contextos culturales, sociales e históricos en los cuales transcurre la vida y, los sucesos vitales y las transiciones individuales, familiares o comunitarias (8).

Modelo de determinantes sociales de la salud: Aquellas situaciones o condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población. Los Determinantes Sociales de la Salud conforman un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente. La relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el estado de salud es, por ello, compleja, e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado,

abarcen desde el nivel microcelular hasta el macroambiental (9).

Empoderamiento de la comunidad: Entregar la toma de decisiones definitivas a la comunidad (6).

Evento de interés en salud pública: Conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad (enfermedad, factores protectores, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes) (6).

Factor que condiciona la intersectorialidad: Serie de condiciones existentes en el territorio que permiten crear el escenario adecuado para que la intersectorialidad se produzca, relacionadas directamente con la capacidad de la sociedad para responder a los problemas (6).

Factor que demanda intersectorialidad: Son aquellas situaciones, eventos, necesidades o problemas de salud, bienestar y calidad de vida cuya naturaleza compleja demanda una solución que va más allá de las posibilidades del sector salud por sí solo, y que, por lo tanto, implica la planeación, organización y desarrollo consciente de procesos de integración con otros sectores para alcanzar respuestas efectivas (6).

Factor que desencadena la intersectorialidad: Son aquellos cuya

utilización y presencia resulta fundamental para asegurar una acción coherente y coordinada entre los diferentes sectores y actores en el territorio ante las necesidades, problemas o prioridades de salud, de bienestar y calidad de vida identificados y que demandan para su abordaje la acción intersectorial. Estos factores están relacionados con enfoques, técnicas, habilidades, estilos, métodos de trabajo y tecnologías gerenciales (6).

Intersectorialidad: Una relación reconocida entre parte o partes del sector salud y parte o partes de otro sector que se forma para tomar acciones en una problemática o para alcanzar resultados en salud en una forma que es más eficiente, efectiva o sostenible de lo que el sector salud pudiera alcanzar por sí solo, lo cual requiere el acuerdo de mecanismos institucionales (10).

Longitud: medición que se realiza a niñas y niños menores de dos (2) años en posición acostado (posición horizontal). Se debe tomar la medida de longitud con la ayuda de un infantómetro, sin importar si el niño o niña ya se sostiene en pie (11).

Primera Infancia: La primera infancia es la etapa de la vida que va desde el nacimiento hasta los 6 años. Las experiencias vividas por los niños durante estos años influyen significativamente en sus posibilidades futuras (12).

Puntaje Z: Es una medida estadística que

expresa en cuántas unidades de desviación estándar se aleja una puntuación individual (valor antropométrico) de la media de la población (13).

Retraso en talla: También denominado como talla baja para la edad, que corresponde a un déficit en la talla con relación a la edad. El indicador T/E se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar (11).

Sector: Se ha planteado a partir de dos aproximaciones: una que diferencia el sector público, sector privado y comunidades, la cual considera las alianzas público-privadas en la mejora de la provisión de servicios públicos. Otra, que considera como sector a las diferentes organizaciones gubernamentales (educación, salud, agricultura, hacienda, cultura, vivienda, etc.), y sus diferentes relaciones en la provisión de servicios públicos. Por lo tanto, los diferentes sectores se han considerado como la composición de estas dos aproximaciones, es decir, sector público, privado, comunidad y sectores gubernamentales (6).

Seguridad alimentaria y nutricional: Seguridad alimentaria y nutricional es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y

activa. Acorde a lo establecido en el CONPES 113. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (14).

Transectorialidad: “Las decisiones de un sector tienen influencia y carácter vinculante con las decisiones de otros sectores. Esta se convierte más que un momento en un fin último de la intersectorialidad, un momento de avance donde se han logrado superar los funcionalismos estrictos de los sectores y se han generado procesos conjuntos de respuesta integrada” (11)

Voluntad política: Es la disposición plena de los gobiernos territoriales para asumir la intersectorialidad como un principio de actuación para convertir en realidad lo que tanto se preconiza en cuanto a dar respuestas integradas que favorezcan la salud, bienestar y calidad de vida de la población. Es la base para convocar y suscitar el apoyo colectivo a un objetivo común (6).

3. Cómo utilizar este documento



Esta guía de prevención y manejo del riesgo y la DNTC como un evento de interés en salud pública es un documento integral basado en la evidencia existente en la literatura mundial y en la experiencia adquirida a través de la implementación de una intervención en salud pública en DNTC en niños y niñas menores de un año en tres localidades en Bogotá.

No pretende ser un manual o una guía de instrucciones, sino una herramienta para guiar las buenas prácticas, la vigilancia epidemiológica y mejorar la toma de decisiones de todos los actores involucrados en la prevención o manejo del riesgo y la DNTC en niños y niñas menores de un año incluyendo prestadores servicios de salud, atención social, gobierno, educación, la comunidad y los cuidadores principales.

Esta guía debe ser revisada y adaptada en la práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno, así como de las necesidades y preferencias de las personas y las familias que acceden al sistema de salud y de atención social. Además, la guía proporciona una visión general de las estructuras y actores que tienen un papel fundamental para ofrecer los mejores cuidados posibles a la primera infancia basados en la evidencia.

En la práctica hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas de formación, intervenciones, herramientas de documentación y la vigilancia epidemiológica del riesgo y la DNTC en niños y niñas menores de un año.



Si una institución adopta esta guía, recomendamos que sigan los siguientes pasos:

1. Evaluar sus políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos en relación con las recomendaciones de esta guía.
2. Identificar las necesidades que presentan tales políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos.
3. Anotar las recomendaciones que sean aplicables al entorno concreto y que puedan aplicarse para abordar las necesidades de la institución.
4. Desarrollar un plan para implementar las recomendaciones, fomentar las buenas prácticas y evaluar los resultados.

Nos gustaría saber cómo ha implementado esta guía.
Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia.

Información de Contacto

Kenny Trujillo

Directora del Proyecto Desarrollo de una intervención en Salud Pública para niños menores de un año en riesgo y con desnutrición crónica en el Distrito Capital.
kmargaritatrujillo@gmail.com

Gina Paola Arocha Zuluaga

Coordinadora de Proyectos | Eje de Salud Poblacional|
Cra. 7B No. 123-90 - Piso 3 | Tel.: (571) 603 0303 Ext. 5715 | Bogotá D.C. – Colombia |
ceis@fsfb.org.co | www.fsfb.org.co |

Diana María Pineda Ruiz

Líder de inversión Social y Generación del Conocimiento | Fundación Éxito | Cra. 48 N° 32B sur 139| Tel: 574 6049696 | Envigado, Antioquia, Colombia| diana.pinedaruiz@grupo-exito.com|



4. Objetivos y ámbito de aplicación



Esta guía es un documento que recopila, analiza y aplica información pertinente sobre prevención y manejo del riesgo y la DNTC como un evento de interés en salud pública. Es un documento integral basado en la evidencia y desarrollado de forma sistemática que incluye recomendaciones para personal de salud, de programas de asistencia social, del sector educativo

(incluyendo los dedicados a la educación inicial), líderes y actores en la comunidad, padres y cuidadores, gestores y legisladores sobre temas específicos de prevención y manejo del riesgo y la DNTC en los periodos del curso de vida desde la preconcepción hasta el primer año de vida.

Los principales objetivos de esta guía son **la prevención del riesgo y la DNTC en los niños menores de 1 año y la oportuna identificación, manejo/atención y seguimiento de los niños menores de 1 año con riesgo o DNTC**. El fin es que ésta sea utilizada por todos los actores involucrados en el curso de vida, para mejorar la calidad de sus prácticas y fomentar: a) el cuidado a la salud y nutrición en el periodo preconcepcional; b) el cuidado a la salud y nutrición durante el embarazo; c) la lactancia materna; d) la alimentación complementaria adecuada; e) el adecuado cuidado y seguimiento al crecimiento y desarrollo.

A través de la divulgación e implementación de la guía, se espera posicionar la DNTC como una prioridad en salud pública en Colombia.

La metodología para el desarrollo del documento estuvo basada en las recomendaciones de la Guía metodológica para el desarrollo de guías de práctica orientadas a la salud pública, Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia; y las guías de NICE en salud pública “The NICE public health guidance development process (third edition)”, Reino Unido. Adicionalmente, las acciones previstas en este documento están basadas en el marco normativo colombiano principalmente a través de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud RIAS en el curso de vida de carácter individual y colectivo; y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, Resolución 3280 de 2018 y el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, Resolución 2626 de 2019 (15, 16).

En complemento a la recopilación y revisión de la literatura científica disponible hasta la actualidad, en junio de 2019, se convocó a un panel de expertos procedentes de distintos sectores de Bogotá, Distrito Capital y con experiencia en la temática para validar una batería de indicadores a ser priorizados para la adecuada vigilancia epidemiológica en temas de prevención y manejo del riesgo y la DNTC en niños y niñas menores de un año. Se considera que el panel tuvo carácter intersectorial del territorio, ya que se conformó con actores de los siguientes sectores: a) salud; b) academia; c) atención social; d) educación; y e) gobierno. Adicionalmente, se desarrolló un estudio piloto de intervención del riesgo y la desnutrición crónica, en el marco de la salud pública, en menores de 12 meses residentes en tres localidades del Distrito Capital.

5. Antecedentes

La DNTC o retraso en el crecimiento infantil es uno de los factores o limitantes más relevantes en el logro del desarrollo humano a nivel mundial y afecta aproximadamente a 162 millones de niños menores de 5 años en todo el mundo (4). Un niño o niña de 0 a 59 meses de edad presenta retraso en la talla o talla baja para la edad, cuando la estatura está por debajo de -2 desviaciones estándar en las referencias de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud – OMS (17).

La ganancia de longitud en la primera infancia es un indicador trazador de crecimiento saludable debido a la asociación con el riesgo de morbilidad y mortalidad, las enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida, la capacidad de aprendizaje y la productividad, con implicaciones en el desarrollo económico de los países. Se estima que los niños y niñas con DNTC, pueden llegar a perder 2 o 3 años de curso escolar y tener un 23% menos de ingresos en la vida adulta, lo cual se refleja en una reducción del 3% en el Producto Interno Bruto (PIB) a escala nacional (18). También está estrechamente relacionado con el desarrollo infantil en varios aspectos, incluidas las capacidades cognitivas, del lenguaje y motoras sensoriales (4).

El retraso en talla es la consecuencia irreversible de situaciones como: infecciones a repetición, estimulación

psicosocial inadecuada, así como de deficiencias nutricionales durante los primeros mil días -desde la concepción hasta los dos años-, entre otros. El retraso del crecimiento tiene efectos negativos a largo plazo en individuos y sociedades, incluyendo: desarrollo cognitivo y físico disminuido, capacidad productiva reducida, bajos salarios en la adultez, e inadecuado estado de salud, además de presentar mayor riesgo de enfermedades degenerativas como la diabetes (17). Cuando un niño o niña tiene déficit de talla y presenta exceso de peso, se aumenta el riesgo de presentar enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición en años posteriores (19).

Determinantes del retraso en talla

A partir de la evidencia de las últimas décadas en relación con los factores que inciden en la nutrición materno – infantil, se propuso un marco conceptual para lograr una nutrición y desarrollo fetal e infantil óptimos. Este marco describe los factores claves de la alimentación, el comportamiento y la salud respecto de una nutrición óptima para el crecimiento y el desarrollo, y cómo se ven afectados por la seguridad alimentaria subyacente, los recursos para el cuidado y las condiciones ambientales, que a su vez se moldean mediante las condiciones económicas y sociales, los contextos nacionales y globales, la capacidad, los recursos y la gobernanza (20). En la ilustración 1, se muestran los factores



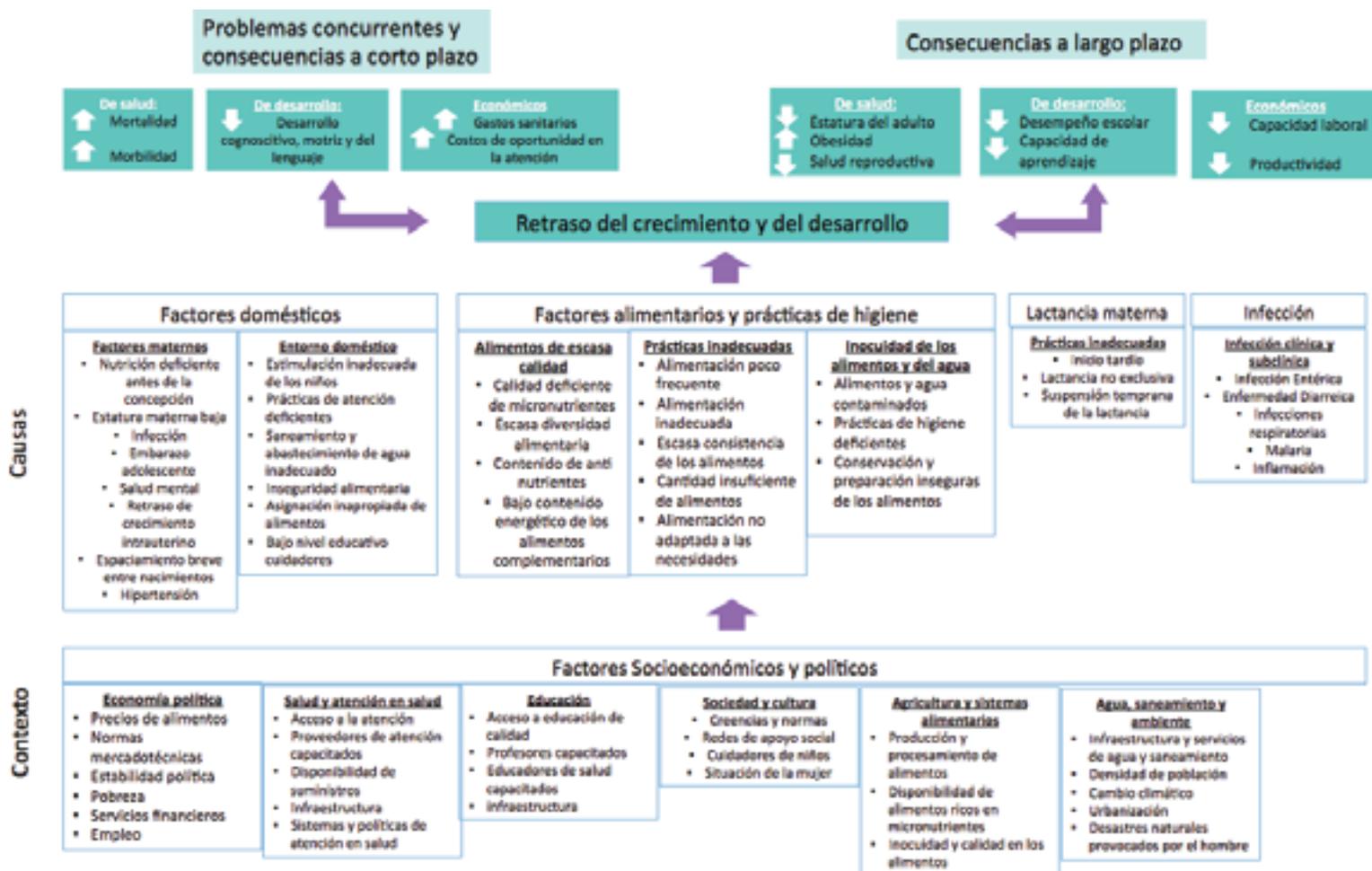


Ilustración 1. Tomado y adaptado de Organización Mundial de la Salud. Retraso del crecimiento en la ez: Retos y oportunidades (21)

relacionados con el contexto y las causas de la DNTC.

Entre las causas inmediatas del retraso en el crecimiento se destaca el deficiente estado nutricional de la madre gestante y las deficiencias de micronutrientes desde la gestación (22); el inicio tardío de la lactancia materna y suspensión temprana; la introducción temprana de alimentos diferentes a la leche materna; además de dietas inadecuadas que conllevan a deficiencias de micronutrientes y afectación del neurodesarrollo en los primeros dos años de vida (20). Se subrayan los factores maternos con posibles impactos transgeneracionales o directos en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas en los primeros mil días. Incluso, el hogar también es fundamental, este puede ser un entorno propicio, limpio,

seguro y estimulante para nutrir adecuadamente a la madre y al niño (22).

La talla baja para la edad se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria, bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. El retraso en talla es más severo si tiene inicio en edades tempranas; asociado a bajo peso materno; peso y talla bajos al nacer; prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria; y enfermedades infecciosas recurrentes, entre otros (17).

ii. Sobre las intervenciones para reducir el retraso en talla infantil

A partir de la evidencia disponible en cuanto

a intervenciones altamente costo efectivas en la prevención y manejo del retraso en talla infantil y del marco de estrategias claves para lograr un estado nutricional y desarrollo fetal e infantil óptimos, se han propuesto diferentes iniciativas para reducir los efectos físicos y cognitivos irreversibles del déficit en la ganancia de talla en los primeros años de vida. Simultáneamente, éstas contribuyen al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS, los cuales están en la agenda pública de la mayoría de los países. Por su parte, Unicef en 2011 (20) propuso las intervenciones de acuerdo con la oportunidad, es decir, diferencia las acciones de prevención, cambios en el entorno socio-cultural, tratamiento de la DNTC y otras actuaciones (18). Bhutta y colaboradores demostraron el potencial efecto de diez intervenciones nutricionales específicas en la salud y mortalidad infantil, las cuales podrían incidir en el retraso en el crecimiento y la desnutrición aguda severa. El efecto se evaluó incrementando la cobertura al 90% de (i) suplementación de ácido fólico en el periodo preconcepcional, (ii) complementación alimentaria con el fin de obtener un balance de energía y proteína positivo en gestantes, (iii) suplementación de calcio para madres, (iv) suplementación de múltiples micronutrientes durante el embarazo, (v) promoción de la lactancia materna, (vi) alimentación complementaria adecuada, (vii) administración de vitamina A, (viii) suplementación preventiva de zinc en niños de 6 a 59 meses, (ix) tratamiento de la desnutrición aguda moderada y (x) tratamiento de la desnutrición aguda severa (20).

Los análisis sugieren que las intervenciones con el mayor potencial de efecto sobre la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años son el manejo de la

desnutrición aguda severa, la suplementación preventiva con zinc y la promoción de la lactancia materna. Adicionalmente, el incremento de la cobertura de las diez intervenciones también tuvo relación con la reducción en 20.3% del retraso en crecimiento, y del 61.4% de la desnutrición aguda severa (23).

En la revisión sistemática realizada por Hossain et al, en enfoques basados en evidencia para el retraso en el crecimiento infantil en países de renta baja y media; los autores identificaron catorce programas en 19 países que redujeron el retraso en el crecimiento infantil. El promedio de tasa anual de reducción (AARR, por sus siglas en inglés) varió de 0.6 a 8.4, y las intervenciones más implementadas fueron educación y consejería nutricional, seguimiento y promoción al crecimiento infantil, vacunación, agua, saneamiento e higiene y vinculación a seguridad social. El programa se consideró efectivo cuando la reducción en el retraso en el crecimiento fuese igual o mayor al 3% en el AARR. El éxito de las intervenciones radicó en la combinación de compromiso político, coordinación intersectorial, participación ciudadana, plataformas de prestación de servicios basadas en comunidad y metas más ambiciosas en cobertura y cumplimiento. Se resalta que los resultados de las intervenciones pueden variar si el contexto difiere (24).

A partir de la evidencia disponible, algunos países de la región latinoamericana, incluyendo Colombia, han mejorado los esfuerzos para incidir en los factores determinantes del estado de salud y nutrición materna e infantil. No obstante,

las publicaciones con los resultados de las intervenciones son escasas.

Una de las experiencias de la región latinoamericana a destacar es la de Perú, en donde la reducción del retraso en talla se posicionó en la agenda de varios gobiernos locales. Entre el año 2008 y 2016 la prevalencia pasó del 28% al 13%, es decir que tuvo una reducción de 15 puntos porcentuales en 8 años, siendo mayor la obtenida en zonas rurales – donde también era mayor la afectación de niños y niñas. Las tendencias seculares, el crecimiento económico constante, el aumento del gasto, el énfasis en los resultados, los programas sociales bien focalizados hacia los pobres y la ampliación del acceso a los servicios de salud son factores que parecen haber contribuido a la acelerada reducción de los niveles de retraso en el crecimiento en el Perú (25).

Diferentes estudios, sobre el caso de Perú han señalado que la combinación de al menos dos variables, como el acceso a los servicios de salud y un entorno saludable, se asocia significativamente con el aumento de la talla, con diferencias entre los distritos priorizados dentro del programa Crecer (reducción de 21.4 puntos porcentuales) y los no priorizados (reducción de 13,8 puntos porcentuales) (25).

Como un marco importante para la prevención y manejo de la desnutrición crónica, se ha descrito la necesidad de aproximación desde un enfoque de coordinación intersectorial (26). Cabe resaltar que el riesgo y la DNTC están afectados por factores que exceden al sector salud, y que son interdependientes de influencias económicas, políticas, sociales, culturales, de educación,

agricultura y ambientales, así como de los sistemas alimentarios (27).



Contexto de la desnutrición en Colombia

1. Situación actual de la DNTC en el mundo

El mundo se ve enfrentado a diversas formas de malnutrición, entre ellas, la DNTC o retraso del crecimiento. Esta condición de talla insuficiente respecto de la edad en los menores se presenta como consecuencia de un déficit nutricional sostenido, generalmente asociada a uno o más de los siguientes factores: condiciones socioeconómicas deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o unos cuidados inapropiados para el lactante y el niño pequeño (28).

De acuerdo con el informe sobre seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo, en América Latina y el Caribe el retraso en talla en niños y niñas menores de 5 años registra una tendencia a la baja en las últimas décadas. Según las estimaciones más recientes de la OMS, en 2017, el 9,6% de las niñas y niños menores de 5 años presentan retraso en el crecimiento (29).

Como se mencionó anteriormente, una de las manifestaciones de la desnutrición es el retraso en el crecimiento o DNTC, la cual hace referencia a una talla para la edad menor a menos dos desviaciones estándar (-2DE) de la mediana de la población de referencia y surge como el resultado del fracaso de crecimiento adecuado en longitud/estatura (26).

Diversos estudios evidencian que la DNTC incide negativamente en el curso de vida de los individuos, desde la etapa intrauterina

hasta la adultez. Frente a las consecuencias a corto plazo se observa que aquellos niños y niñas que presentan esta condición son más susceptibles a enfermedades infecciosas; por ejemplo, presentan mayor recurrencia de episodios de Enfermedad Diarreica Aguda (30) e Infección Respiratoria Aguda (IRA), consideradas como una de las principales causas de mortalidad infantil (31). Enfermedades infecciosas que consecuentemente aumentan el riesgo de mortalidad, frente a quienes tienen un estado nutricional adecuado (32).

Adicionalmente, la DNTC infantil deja secuelas permanentes en el desarrollo de los niños y niñas, afectando así su nivel educativo, inclusión social y laboral, y de productividad en etapas adultas, lo cual por se, se convierte en un factor de inequidad. Frente al potencial educativo, se observa que la DNTC impide el adecuado desarrollo cognitivo y limita la capacidad de aprendizaje (33) (20), lo que se traduce en una alta probabilidad de incorporación tardía, repetición y deserción escolar, y bajo rendimiento académico en general (34). En la adultez se asocia con baja productividad laboral y disminución del ingreso salarial. Se estima que los niños con retraso en el crecimiento, cuando son adultos, pueden tener ingresos hasta en un 20% menos, en comparación con quienes no tuvieron esta condición (35) (36). Finalmente, y no menos preocupante, la DNTC se asocia con el incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, y enfermedades cardiovasculares (20).

2. Antecedentes y marco normativo sobre nutrición en la primera infancia en Colombia

Colombia desde hace varias décadas ha tenido diferentes programas dirigidos a población vulnerable que ayudan a contrarrestar su situación y mejorar sus condiciones de vida. Desde la década de los años 50 se ha tenido ayuda alimentaria financiada por los gobiernos y la cooperación internacional (37), en el 2001 se implementó el programa de subsidios condicionados denominado Familias en Acción, el cual demostró la reducción en 9.0 puntos porcentuales en la tasa de retraso en talla, incluyendo a los niños de contextos rurales menores de siete años (al 5% de significancia) (38).

A partir de los resultados de las últimas Encuestas Nacionales de la Situación Alimentaria y Nutricional de la población colombiana, ENSIN 2010 y 2015, se han diseñado e implementado políticas públicas que contribuyen a los diferentes determinantes de la seguridad alimentaria y nutricional de la población colombiana y especialmente de los niños y niñas menores de 5 años en el marco de la Política nacional de SAN y el Plan Nacional de SAN 2012-2019, la política de Cero a Siempre y actualmente la Alianza por la Nutrición, que busca posicionar la nutrición como una gran causa nacional y convoca al trabajo multisectorial como la forma de adelantar las estrategias con mejores y más eficientes resultados. Posiblemente, y de acuerdo con la evidencia científica de acciones similares, estas intervenciones podrán tener efecto en la reducción de las prevalencias de retraso en talla que actualmente presenta Colombia. A continuación, se mencionan algunos dispositivos legales, estrategias y programas relacionados:

a) Modelo de Acción Integral Territorial MAITE. De acuerdo con la resolución 2626 de 2019 es un "Modelo fundamentado en la Atención Primaria en Salud, centrado en las personas, las familias y comunidades, que asegura la efectiva participación social y comunitaria a través de la coordinación de agentes, usuarios y otros actores, con acciones sectoriales e intersectoriales" a lo largo de todo el territorio nacional. La implementación de MAITE permitirá desarrollar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). MAITE implica el desarrollo de acciones y herramientas que se gestionen articuladamente desde acuerdos interinstitucionales y comunitarios para lograr responder a las prioridades de salud de la población, mejorarla, satisfacer sus expectativas, y dar sostenibilidad al sistema; todo liderado desde los departamentos o distritos (16).

b) Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. Son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud definidas en la modificada Política Integral de Atención en Salud, PAIS. Las RIAS proponen la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud en cuanto a equidad y bienestar social. Las RIAS que inicialmente adopta Colombia son: 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, cuyos lineamientos técnicos y operativos se han establecido a través de la resolución 3280 de 2018 (15). La implementación de las RIAS es ratificada en la línea de acción 2, denominada Salud Pública de MAITE (16) .

c) Conpes 113 de 2007. Es el dispositivo legal que enmarca la acción en Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN en Colombia. Este Conpes, establece la importancia de una instancia de alto nivel para vincular a todos los sectores y niveles que intervienen en la planeación, desarrollo, seguimiento y evaluación de la SAN; que lidere y coordine las acciones derivadas en el tema; que pueda establecer lineamientos de política y normativos y articular la seguridad alimentaria y nutricional con otras políticas públicas (14).

d) Decreto 508 de 2007. Permite dar marco normativo al abordaje de la intersectorialidad, la cual es un pilar trascendental para abordar temas de nutrición. Este marco político, da piso al ejercicio en espacios intersectoriales, los Comités Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional CLSAN, que se encargan de la coordinación a nivel local de la política pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN en los espacios locales (39), donde verdaderamente se dan las interacciones de las poblaciones para quienes van direccionadas las actividades planeadas.

Con el fin de dar respuesta a los planteamientos del Conpes, en el nivel nacional está la CISAN (Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional) como la estructura institucional para dirigir y coordinar esta política SAN a favor de armonizar los diferentes sectores involucrados (Decreto 2055 de 2009) (40), una apuesta importante para operativizar la intersectorialidad en el país.

e) Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en Colombia 2014 – 2021.

Tiene como objetivo prevenir y reducir las deficiencias de micronutrientes en la población colombiana, con énfasis en niños y niñas hasta 12 años, gestantes y mujeres en edad fértil (41).

f) Programa Nacional para la Prevención y Reducción de la anemia nutricional en la primera infancia. Tiene como objetivo prevenir y reducir la anemia nutricional en la Primera Infancia, con énfasis en los mil primeros días de vida, a través del fortalecimiento de 11 atenciones: Valoración del estado de salud emocional, social, física y nutricional; suplementación con micronutrientes; esquemas completos de vacunación para la edad; pinzamiento del cordón umbilical cuando este deje de latir; valoración física completa del recién nacido; administración neonatal de Vitamina K; consejería y educación en alimentación y nutrición; preparación para la lactancia materna y los cuidados de su hijo o hija; atención en salud oral; medidas profilácticas y las pruebas de tamizaje neonatal; contacto piel a piel de la niña o niño recién nacido con la madre; iniciar la lactancia materna a la niña o niño recién nacido en la primera hora de nacimiento; admisión y valoración completa a la gestante para iniciar labor de parto; apoyo y atención durante las fases del parto, alumbramiento, puerperio inmediato; orientación sobre cuidados, alimentación y signos de peligro para la gestante y su hijo durante el puerperio; valoración de crecimiento y desarrollo; desparasitación; y fortificación casera con micronutrientes en polvo a niños y niñas de 6 a 23 meses de edad (42).

g) Implementación del lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses. Tiene como propósito orientar

trabajadores de salud en la adecuada identificación, tratamiento y seguimiento de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. La aplicación en el territorio colombiano está reglamentada a través de la resolución 5406 de 2015 (43). Su desarrollo se encuentra alineado con la gran meta nacional de erradicar las muertes por este tipo de desnutrición, del pilar de equidad del Plan Nacional de Desarrollo de Colombia 2018- 2022 de la alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos.

h) Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA). Establecen la expresión de los principios de educación nutricional en forma de alimentos. Su propósito es brindar herramientas sobre alimentación y nutrición a la población y guiar las políticas nacionales de alimentación y nutrición, así como orientar a la industria de alimentos. Las GABA constituyen una forma práctica de alcanzar las metas nutricionales establecidas para la población, tomando en consideración los factores sociales, económicos y culturales, y el ambiente físico y biológico donde se desenvuelve dicha población (5).

i) Estrategia cero desnutrición crónica. Es un movimiento nacional liderado desde el año 2013 por el Grupo Éxito, a través de su Fundación, que busca reunir al sector público, privado, organizaciones no gubernamentales, academia, medios de comunicación, líderes sociales y comunidad en general para lograr erradicar la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años en Colombia para el año 2030. El propósito de la FE es que esta cifra llegue al 2,3% en 2030. Contempla cuatro áreas de trabajo, incidencia en política pública;

inversión social y generación y divulgación del conocimiento; generación de alianzas y recursos; y comunicación y sensibilización (43).

Varias de las estrategias e iniciativas y los dispositivos legales, anteriormente descritos hacen parte del cumplimiento que Colombia ha dado a los compromisos adquiridos con la comunidad internacional, quien ha instado a los diferentes gobiernos, a mejorar los esfuerzos en inversión y posicionamiento de las intervenciones en los primeros mil días de vida basadas en la evidencia y que sin duda tienen repercusiones en el capital social y crecimiento económico de los países.

3. Situación de la DNTC en población infantil en Colombia y Bogotá

En Colombia, de acuerdo con la ENSIN, del 2010 al 2015 la DNTC ha disminuido pasando de 13,2% a 10,8% en menores de cinco años de edad (44) (45). Sin embargo, esta cifra global enmascara la situación que se presenta por regiones y territorios del país, en donde el problema sigue siendo grave y con escasas posibilidades de solución frente a los determinantes estructurales de esta condición del estado nutricional en la infancia.

Entre las regiones del país, aquellas que presentan las mayores prevalencias son: Bogotá con el 13%, la región de la Orinoquía Amazonía con el 12,3% y la Atlántica con el 12,1% (45). Adicionalmente es importante destacar que el grupo más afectado con DNTC son los niños menores de 1 año y dentro de este grupo, aquellos que están entre los 10 y 11 meses.

En Bogotá, estimaciones de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de Profamilia, realizada en 2000, mostraron que el porcentaje de DNTC era de 14,4%, superior al reportado para este mismo año a nivel nacional (13,5%) (46). Por su parte, la ENSIN 2005 muestra que el retraso en talla en menores de cinco años se encontró en 14.5%, siendo 16.2% a nivel nacional; incluso, en los dos últimos quinquenios de la encuesta, la cifra reportada para Bogotá supera a la nacional, siendo en 2010 16.4%, frente al 13.2% a nivel nacional y en 2015 se reportó que el 13% de niñas y niños residentes en Bogotá presentaban esta condición en el momento de la encuesta, mientras que el 10.8% fue reportado a nivel nacional (44) (45).

Uno de los sistemas de información que reporta el comportamiento de la DNTC en Bogotá, es el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional SISVAN, que obtiene información a partir de los niños y niñas que consultan a los servicios de salud en el Distrito Capital. Este sistema de vigilancia mostró que el porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con DNTC en el distrito, se encuentra estacionario desde el 2012 (47). Ver tabla 1.

Tabla 1. Prevalencia de DNTC en niños y niñas menores de cinco años.

Año	Prevalencia de DNTC en niños y niñas menores de cinco años
2012	18.0%
2014	17.5%
2017	17.1%
2018	17.6%

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN)

Al desagregar esta condición por localidades, se observa que, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, reportó que para el año 2018, las localidades con mayores prevalencias de DNTC en el distrito son **Sumapaz (22.5%), San Cristóbal (21.4%), Ciudad Bolívar (20.9%) y Usme (20.8%) (48).**

Contrastando estos resultados con las condiciones socioeconómicas de los hogares, la Alcaldía Mayor de Bogotá en su ejercicio de caracterización de las localidades del distrito determinó en la encuesta multipropósito del 2017 que la población con mayor porcentaje de pobreza por localidad se encontraba en los tres primeros niveles de SISBEN. Esta caracterización permitió identificar que las localidades con mayor porcentaje de población pobre en la ciudad de Bogotá eran Usme (8,9%), Ciudad Bolívar (8,7%) y San Cristóbal (6,8%); por su parte, Kennedy y Engativá se encontraron en un porcentaje intermedio (4,8% y 3,1%, respectivamente); siendo Engativá una de las localidades con menor crecimiento de pobreza multidimensional para este año. Por su parte, las localidades de Suba, Kennedy y Engativá presentaron los porcentajes más altos de población urbana en la ciudad con 15,9%, 15% y 10,9%, respectivamente y que concuerda con estos niveles de pobreza (49) (50); condiciones que se convierten en determinantes del estado nutricional de los integrantes de los hogares, determinado, posiblemente por una compra de alimentos inadecuada, distribución deficiente de alimentos y nutrientes dentro del hogar, entre otros. Dicho lo anterior, San Cristóbal y Kennedy se convierten en localidades críticas, hacia donde se deben apuntar diversos esfuerzos para mitigar la problemática de DNTC infantil sus

consecuencias.

Es por lo anterior que se hace preciso generar estrategias que permitan mejorar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de estos hogares de acuerdo con las dinámicas propias de sus localidades; de tal manera que se afecten positivamente los determinantes de la DNTC de niños y niñas en condiciones de mayor vulnerabilidad, mejorando la nutrición al comienzo de la vida para contribuir con el mejor arranque posible y así lograr resultados benéficos a corto, mediano y largo plazo (51).

Estudio de intervención DNTC FSFB-FE en menores de 1 año

(Ver documento con el reporte completo de la intervención al respaldo de este documento)

Como se evidenció previamente, el retraso de talla para la edad (desnutrición crónica) en la población infantil en Bogotá muestra cifras superiores frente a las cifras nacionales. Por esta razón, en el año 2018 se constituyó una alianza público-privada entre la Alcaldía de Bogotá con sus secretarías de Salud e Integración Social-SDIS, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF y las Fundaciones Éxito y Santa Fe de Bogotá, cuyo objetivo fue desarrollar una evaluación a partir de una intervención intersectorial en salud pública dirigida a la población menor de 1 año en riesgo o con desnutrición crónica, residentes en Bogotá D.C.

La alianza implementó una estrategia de fortalecimiento a los programas de sociales y de salud con resultados que visibilizan el problema de la desnutrición crónica en la ciudad y las posibles soluciones intersectoriales para su reversión.

El objetivo de la evaluación fue desarrollar una intervención intersectorial en salud pública dirigida a la población menor de 1 año en riesgo o con desnutrición crónica, residentes en Bogotá D.C. Éste fue un estudio analítico de antes y después que permitió determinar la magnitud del cambio en el estado nutricional en los niños menores de 12 meses que participaron de la intervención intersectorial, el cual se fundamentó en acciones recomendadas en salud pública basadas en la evidencia, como las ideales para lograr la salud y nutrición adecuadas en este grupo de edad.

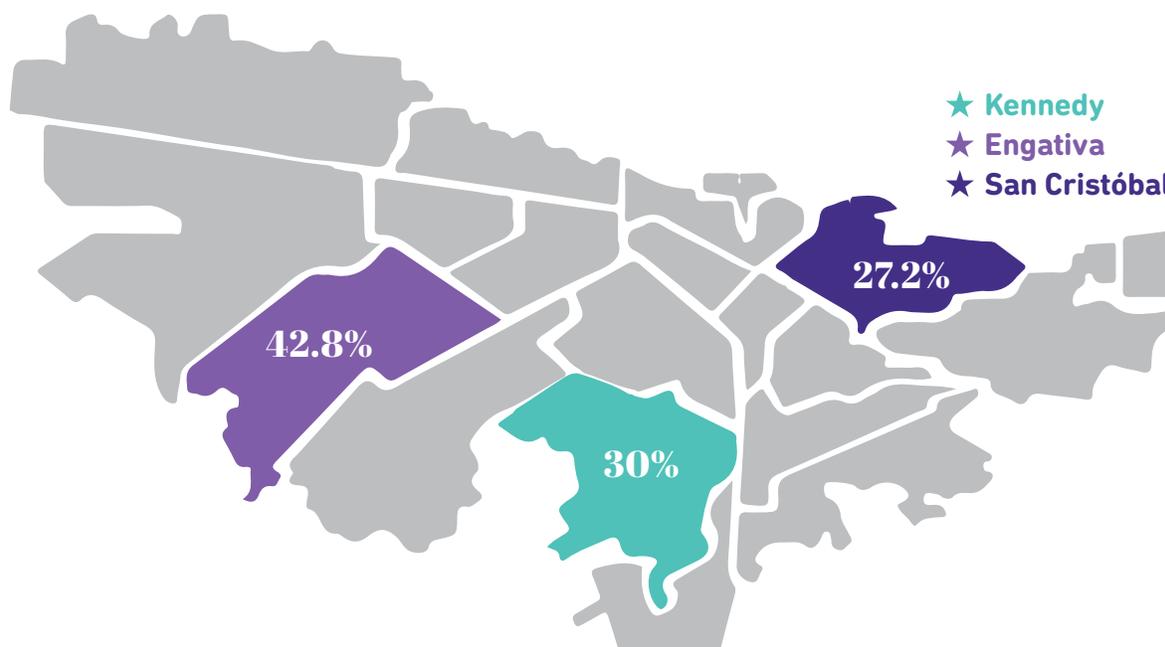
El proyecto se realizó entre julio de 2018 y mayo de 2019 y estuvo planteado a partir del desarrollo de 4 fases así:

I. Reconocimiento de capacidades territoriales frente a la oferta de los diferentes sectores para la primera infancia

En esta fase se realizaron actividades de aprestamiento, caracterización de la oferta social y los servicios de salud y vinculación del equipo de campo en espacios intersectoriales: Comités Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CLSAN).

II. Construcción de la línea de base: identificación del estado nutricional por antropometría, aplicación de encuesta en nutrición, alimentación y salud y educación en salud.

En este estudio fueron incluidos **1.126 niños** pertenecientes a las localidades priorizadas. Se distribuyeron de la siguiente manera por localidades:





El **47,2%** eran niñas.



El **41,7%** de las madres culminaron la secundaria



El **55,5%** eran menores de seis meses



El **27,5%** de las familias estaban afiliadas al régimen subsidiado en salud.



El **89,3%** presentaron sus vacunas al día

Los **criterios de elegibilidad** para participar en la intervención fueron los siguientes:

- ▶▶ Nacidos a término
- ▶▶ Embarazo único
- ▶▶ Estratos 1, 2 y 3
- ▶▶ Que residieran en las localidades priorizadas
- ▶▶ Sin patologías congénitas ni discapacidad
- ▶▶ Clasificados nutricionalmente por antropometría con riesgo y desnutrición crónica

Frente al estado nutricional por antropometría se identificó:

Tabla 2. Estado nutricional por antropometría

Estado nutricional por antropometría	
43,3% retraso en talla	56,7% riesgo de talla baja

Aquellos niños y niñas que presentaban retraso en talla y que a su vez presentaban exceso de peso de acuerdo con el indicador de peso para la talla representaron un 22,1% de la muestra.

III. Intervención: educación a padres, madres y cuidadores, empoderamiento a la comunidad, identificación y seguimiento de las acciones propias de la prestación de servicios de salud y atención social y entrega de complementación alimentaria.

La intervención intersectorial constó de cuatro componentes de acción: atención en salud; atención social; educación a cuidadores y empoderamiento de la comunidad.

El componente de **atención en salud** fortaleció el acceso de las atenciones que requieren los niños en la primera infancia, en especial en los primeros 1000 días. Por su parte, en la **atención social** se estableció la redención de un bono alimentario, de alto valor proteico que incluía queso, huevo de gallina, carne magra, leguminosas, frutas y verduras. Este tenía dos objetivos durante el proceso: el primero, contribuir al mejoramiento nutricional de los niños con un aporte de 33% de los requerimientos calóricos diarios y 100% de los requerimientos de proteínas adicionales a las que los niños recibían en otros programas sociales (la Alcaldía de Bogotá - SDIS ofrece en sus Jardines Infantiles Diurnos 70% de las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes diarias, mientras que el ICBF ofrece en promedio 70% y 100% del requerimiento calórico y proteico día de los niños menores de 1 año, en sus modalidades institucionales y comunitarias en primera infancia). Es de anotar que el suministro alto de proteína de aproximadamente 2 gramos de proteína por kilogramo de peso de beneficiario, estaba pensado en garantizar el refuerzo que

requerían los niños para la recuperación de talla durante la intervención, puesto que la proteína es un nutriente esencial en la garantía del crecimiento lineal.

El segundo objetivo de este componente de la intervención era promover la pedagogía de educación nutricional, compras asertivas de alimentos, entre otros aprendizajes que contribuyeron no solo a una buena adherencia de la intervención, sino a una mejor utilización y aprovechamiento nutricional del bono. Cada familia participante tuvo la oportunidad de obtener hasta diez bonos. Del mismo modo el proyecto apoyó la vinculación de los niños a la oferta social del territorio, pues la estrategia de intervención se planteó como un refuerzo a la oferta ya habilitada por el Estado, por lo que era indispensable que los niños estuvieran inscritos en el algún programa de atención a primera infancia.

El componente de **educación a cuidadores** se centró en la ejecución de dos talleres basados en las necesidades sentidas de la población como la alimentación en el lactante y niño pequeño y crecimiento y desarrollo infantil, empleando las habilidades de consejería.

Finalmente, **en el empoderamiento a la comunidad** se fundamentaron las bases para que las instituciones locales generaran confianza en los participantes, y establecieran redes de apoyo en pro de los cuidados, prácticas de crianza y de salud que se debe tener con los niños en primera infancia, en especial durante la gestación y los primeros dos años.

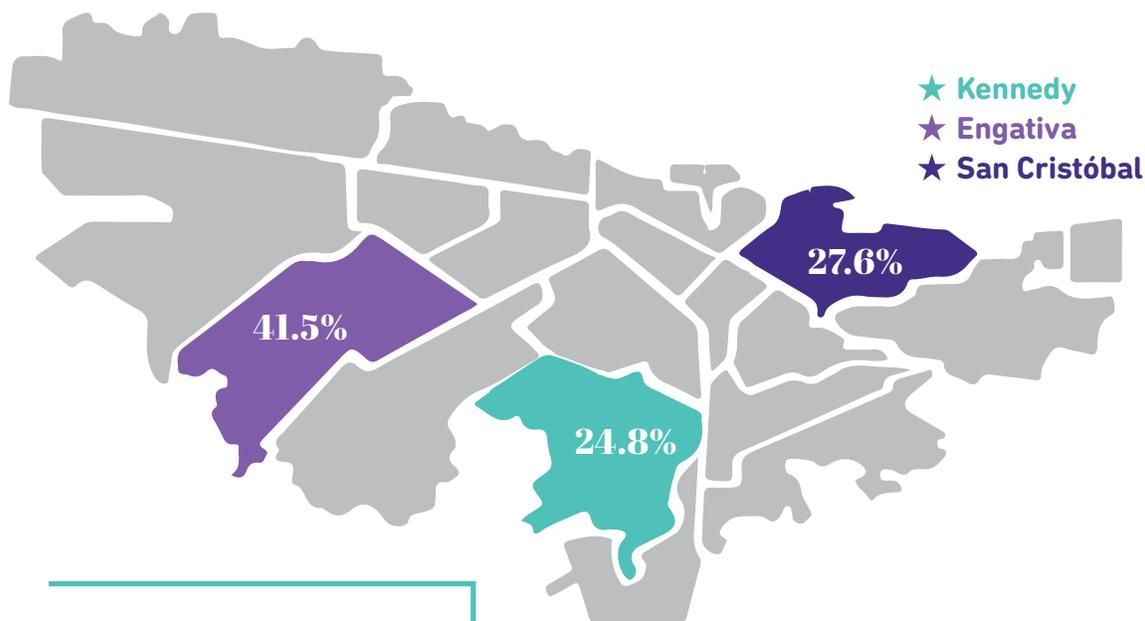
De los 1126 niños y niñas medidos en la línea de base, 830 recibieron todas las acciones definidas en la intervención. La tabla 3 resume las intervenciones y la participación de las familias en cada componente.

Tabla 3. Intervenciones

Educación a padres, madres y cuidadores	Participación
<p>Prácticas de alimentación: lactancia materna y alimentación complementaria.</p> <p>Prácticas de crianza, cuidado y desarrollo infantil.</p>	<p>76,1% de las familias</p> <p>61,9% de las familias</p>
Empoderamiento a la comunidad	
<p>Participación en espacios intersectoriales de SAN locales, comités de infancia de la subred norte, consejo local de gobierno y articulación con la comunidad de barrios priorizados en Kennedy para establecer vigilancia comunitaria.</p>	
Asistencia social y complementación alimentaria con enfoque pedagógico	
<p>Niñas y niños vinculados y recibiendo la oferta social disponible para la primera infancia en su localidad de residencia.</p> <p>Redención de paquete alimentario enmarcado en una estrategia pedagógica para la adquisición de alimentos saludables, con énfasis en aquellas fuentes de proteína de alto valor biológico.</p>	
Atención en salud	
<p>Empoderamiento para el uso oportuno y pertinente de madres, padres y cuidadores sobre la importancia de la asistencia a la valoración integral en salud de sus niños y niñas, incluyendo las prestaciones de vacunación, suplementación con micronutrientes, desparasitación, entre otros.</p>	<p>En la línea de base sólo el 64,1 de los niños y niñas tenían carné de sus controles de valoración integral en salud adecuadas para la edad, en contraste con la línea final en la cual el 81% de los niños y niñas ya contaban con su carné.</p> <p>En la medición final, frente al cumplimiento de la asistencia de la atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del niño y la niña, en el grupo de 9 a 11 meses, el 37% de las niñas y niños cumplieron con el mínimo de consultas. Respecto al grupo de 12 a 18 meses, el 34,9% cumplieron en este aspecto; y en niños mayores de 18 meses el 34,1%, los cumplieron.</p>

IV. Medición de resultados obtenidos de la intervención implementada: Incluyó la medición de cambios de la magnitud del cambio en el estado nutricional por antropometría, en las prácticas de alimentación y descripción de los cambios en la atención y en la oferta social y en salud.

De los 1126 niños que cumplieron con el criterio de tener riesgo o desnutrición crónica y que iniciaron la atención, 830 cumplieron con el 100% de las actividades de la intervención y 686 asistieron a las dos evaluaciones. La principal pérdida de muestra se reportó por cambio de ciudad y por incumplimiento de alguna de las líneas intervención. Los 686 niños evaluados se distribuyeron por localidades así:



El 47,2% eran niñas.



El 64,6% fueron niños y niñas entre 12 y 18 meses
El 22,2% fueron niños y niñas mayores de 18 meses
El 13% fueron niños y niñas entre 9 y 11 meses



El 71,9% de los niños y niñas tienen como cuidador primario a la madre.
El 22,1% de las madres, cuidadoras primarias, cuentan con nivel de estudios técnicos o tecnológicos completo.



El 69,1% de los niños presentaron vacunas acordes a su edad
(Este descenso comparado con la línea de base se relaciona con la disponibilidad de la vacuna de la influenza y su correspondiente refuerzo en la ciudad de Bogotá entre Mayo y Agosto de 2019).

Por su parte en el estado nutricional por antropometría se identificó que:

Tabla 4. Cambios en el estado nutricional por antropometría

Estado nutricional por antropometría	
El 17% de los menores cambiaron su estado nutricional de DNTC a riesgo de talla baja.	El 21,6% de los niños y niñas pasaron de riesgo de DNTC a talla adecuada para la edad.
El 4,5% de los menores con DNTC avanzaron hacia una talla adecuada para la edad	

Del mismo modo, sólo un 2,1% de los niños que reportaron retraso en talla presentaron también riesgo o exceso de peso, en comparación a un 17,9% que presentaron esta misma condición en línea de base.

En conclusión, este estudio de carácter intersectorial, permitió evidenciar un cambio en la magnitud del estado nutricional con el indicador de talla para la edad en el 43,1% de niñas y niños menores de un año, además de fortalecer las prácticas en nutrición y salud. Esto permite visibilizar la necesidad de continuar trabajando en el posicionamiento del retraso en talla o DNTC como un evento de salud pública que requiere de intervenciones intersectoriales en pro de la mejora de la nutrición y desarrollo infantil enmarcado en el curso de vida de los individuos.

Es por esto que los anteriores resultados, sumados a una revisión sistemática de literatura y validación de indicadores mediante talleres con diferentes instituciones a nivel local, permitieron la construcción de la presente Guía de Prevención y Manejo del Riesgo y la DNTC como un Evento de Interés en Salud Pública, la cual se espera que se convierta en una herramienta de política pública y hoja de ruta que aborda este tipo de malnutrición y lograr ser posicionada en el país.



6. Justificación para la guía en DNTC



Dando respuesta a la necesidad de priorizar la DNTC en Colombia, esta guía es un documento de prevención y manejo del riesgo y la DNTC como un evento de interés en salud pública. Es un documento que integra la evidencia científica disponible en la literatura, la evidencia encontrada a partir de una intervención realizada en el contexto local y reflexiones con los actores involucrados en el abordaje de esta temática. Es desarrollado de forma sistemática e incluye, líderes y actores en la comunidad, padres y cuidadores, gestores y legisladores sobre temas específicos de prevención y manejo del riesgo y la DNTC en los periodos del curso de la vida desde la preconcepción hasta el primer año de vida.

Sobre el abordaje de la DNTC como un evento de interés en salud pública, es necesario hacer referencia a la definición de salud pública referida en la ley 1122 de 2007, donde se establece que “está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar integralmente, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad” (53).

Específicamente se busca mejorar las condiciones de la primera infancia en relación con lo que significa el retraso de talla para la edad, que es una condición que afecta la calidad de vida, el bienestar y desarrollo de la población. Adicionalmente

se espera que su prevención y manejo se incluya en el Plan Nacional de Salud Pública, a través de la atención y prevención de los principales factores de riesgo asociados a este tipo de desnutrición (DNTC), así como la promoción de las condiciones y estilos de vida saludables con la acción intersectorial, que vincule a la comunidad como sector clave de las intervenciones (53).

La FSFB y la FE están comprometidas en que esta guía se base en la mejor evidencia científica disponible. Para la elaboración y revisión de esta guía, la FSFB ha reunido a un grupo de expertos que representan a una amplia variedad de sectores y áreas de práctica (véase la lista de actores en el anexo 3). La revisión sistemática de la evidencia se ha basado en los objetivos y el ámbito de la guía, y se ha apoyado en las dos preguntas de investigación relacionadas a continuación.

Las preguntas de investigación establecidas para el desarrollo de esta guía son las siguientes:

1. En la actualidad, ¿cuáles son las acciones recomendadas y que deberían ser monitoreadas en un sistema de vigilancia epidemiológica para la prevención del riesgo y la DNTC en los niños menores de 12 meses en las localidades con mayor prevalencia de estos eventos en Bogotá?

2. En la actualidad, ¿cuáles son las acciones recomendadas y que deberían ser monitoreadas en un sistema de vigilancia epidemiológica para el manejo del riesgo o DNTC en los niños menores de 12 meses en las localidades con mayor prevalencia de estos eventos en Bogotá? ▶▶



7. Objetivos de la guía



El principal objetivo de esta guía es identificar las acciones relacionadas con la prevención, manejo del riesgo o DNTC en las niñas y niños menores de 12 meses en las localidades con mayor prevalencia de estos eventos en Bogotá, que permitan promover acciones intersectoriales que favorezcan su vigilancia epidemiológica.

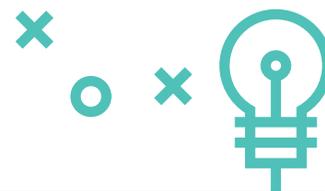
El fin es que esta guía la utilicen todos los actores involucrados desde los sectores salud, social, educación,

gobierno, comunitario y familiar, entre otros para mejorar sus prácticas y fomentar la vigilancia epidemiológica de: a) el cuidado a la salud y nutrición en el periodo preconcepcional; b) el cuidado a la salud y nutrición durante el embarazo; c) la lactancia materna en los menores de 12 meses; d) la alimentación complementaria adecuada en los menores de 12 meses; y, e) el adecuado cuidado y seguimiento al crecimiento y desarrollo en los menores de 12 meses.



A través de la divulgación e implementación de la guía, el riesgo de DNTC y la DNTC serán vistos como una prioridad en salud pública en Bogotá.

8. Metodología de la guía



El desarrollo del documento estuvo basado en las recomendaciones de la Guía metodológica para el desarrollo de guías de práctica orientadas a la salud pública, Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia; y las guías de NICE en salud pública “The NICE public health guidance development process (third edition)”, Reino Unido (54). Adicionalmente, en el marco normativo colombiano, usando como principal estructurador de las recomendaciones la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el curso de la vida. Resolución 3280 de 2018 (15).

Este documento se construyó a partir de múltiples fuentes de información que permitieron tener una perspectiva completa del abordaje del riesgo o DNTC en niñas y niños menores de 12 meses en las localidades con mayor prevalencia de estos eventos en Bogotá, así:

- ▶▶ 1. Modelo conceptual de intervención comunitaria antes y después realizada en el contexto local del proyecto piloto “Desarrollo de una intervención en salud pública para intervenir población menor de 1 año en riesgo y con DNTC residentes en el Distrito Capital”.
- ▶▶ 2. Evidencia científica disponible en la literatura y recopilada a través de una revisión sistemática de la literatura
- ▶▶ 3. Reflexiones sobre intersectorialidad con los actores involucrados en el abordaje de esta temática recopiladas a través de talleres participativos con una metodología cualitativa de estudio de caso.
- ▶▶ 4. Talleres de validación de indicadores de vigilancia epidemiológica con actores involucrados.

Diagrama 1. Metodología de recolección de información para la elaboración de la guía de prevención y atención de la DNTC.



A continuación, la descripción de cada una de las fuentes utilizadas en la construcción de esta guía:

1.

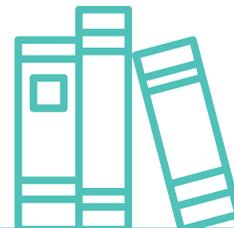
►► **Modelo conceptual de intervención comunitaria antes y después realizada en el contexto local del proyecto piloto “Desarrollo de una intervención en salud pública para intervenir población menor de 1 año en riesgo y con DNTC residentes en el Distrito Capital”.**

Previo a desarrollar la búsqueda sistemática, se utilizó el modelo conceptual de la intervención en DNTC para identificar acciones hacia la atención en salud, asistencia social, educación a cuidadores y empoderamiento de la comunidad recogidas en la evidencia científica, que sirvió de marco conceptual para el protocolo de investigación del proyecto piloto desarrollado (53).

Diagrama 2. Modelo de la intervención en salud pública para intervenir menores de 1 año en riesgo y/o con DNTC residentes en Bogotá.



Fuente: Elaboración propia.



2

►► Evidencia científica disponible en la literatura y recopilada a través de una revisión sistemática de la literatura.

Se realizó una revisión sistemática para evaluar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones de salud pública para la prevención y el manejo del riesgo y la DNTC en niños menores de 2 años. Los temas para los cuales se realizó la síntesis de datos fueron la malnutrición durante el embarazo y los primeros dos años de vida, lactancia materna, alimentación complementaria, servicios de salud para la atención prenatal, desarrollo infantil y las consultas de crecimiento y desarrollo. Adicionalmente, se complementó la búsqueda con literatura que evidenciara acciones intersectoriales o multisectoriales para la intervención en DNTC [1].

Dicha búsqueda se realizó en bases de datos de PubMed, SCOPUS y Web of Science-WOS y adicionalmente se incluyeron documentos referidos por expertos y literatura encontrada en buscadores de entidades referentes en el tema a nivel internacional y nacional como the World Health Organization (WHO), Food and Agriculture Organization (29), UNICEF, BANCO MUNDIAL (BM), Google Scholar.

La revisión y extracción de la información se realizó entre enero y abril de 2019. Para el manejo de los documentos se utilizó el administrador de bibliotecas EndNoteweb. Dada la heterogeneidad de métodos utilizados para evaluar y cuantificar la prevención y el tratamiento de la DNTC en niños menores de 2 años, la variabilidad de los métodos analíticos y la diversidad de los resultados de salud, no fue posible realizar un meta-análisis. Por lo tanto, los resultados se presentan como una revisión sistemática en formato narrativo.

Esta revisión fue reportada de acuerdo con los elementos descritos en las pautas de revisiones sistemáticas y meta-análisis (PRISMA) y fue presentado al Registro Internacional de Revisiones Prospectivas Sistemáticas (PROSPERO) y aprobado con número de registro: CRD42019134431.

►► Criterios de búsqueda

Para la búsqueda en las bases de datos de PubMed, SCOPUS y WOS se utilizaron términos de búsqueda "Malnutrition/prevention & control*" OR stunting, AND "infant" OR "child", AND "prevention" OR "treatment" OR "primary care" (en cualquier parte del documento), aplicando filtros por edad: birth-23 months.

Para la búsqueda de información en buscadores de entidades reconocidas como WHO, FAO, BM y UNICEF, se utilizaron términos de búsqueda "stunting" o "retraso en talla". En donde, a su vez, se incluyeron los documentos conexos o enlaces de interés para el tema.

Para la búsqueda en bases de datos y Google de la documentación en las acciones intersectoriales en DNTC, se construyó la fórmula de búsqueda a partir de los conceptos Malnutrition/prevention & control* OR stunting OR undernutrition AND public-private OR Public Health* OR Public Sector* OR Public-Private Sector Partnerships* OR inter-sectoral OR multi-sectoral AND partnerships OR collaboration OR consolidation OR cooperation OR planning AND infant OR child.

►► Criterios de inclusión y exclusión

Las publicaciones incluidas en la búsqueda fueron aquellas que contenían información de intervenciones de prevención y tratamiento de la DNTC, además de evidencia sobre intersectorialidad, en niños menores de dos años. Se incluyeron documentos de política, guías de atención, revisiones sistemáticas, meta análisis, infografías relevantes, estudios observacionales o experimentales.

Se excluyeron estudios o intervenciones de tratamiento clínico; aquellos que involucraran niños y niñas mayores de dos años; los que no explicaran a profundidad la definición del trabajo intersectorial y articulación de los diferentes sectores o que

no estuvieran asociados con el trabajo intersectorial para incidir en el retraso en talla. Del total de documentos identificados en la búsqueda se seleccionaron 231 para lectura y extracción completa (Gráfica 1).

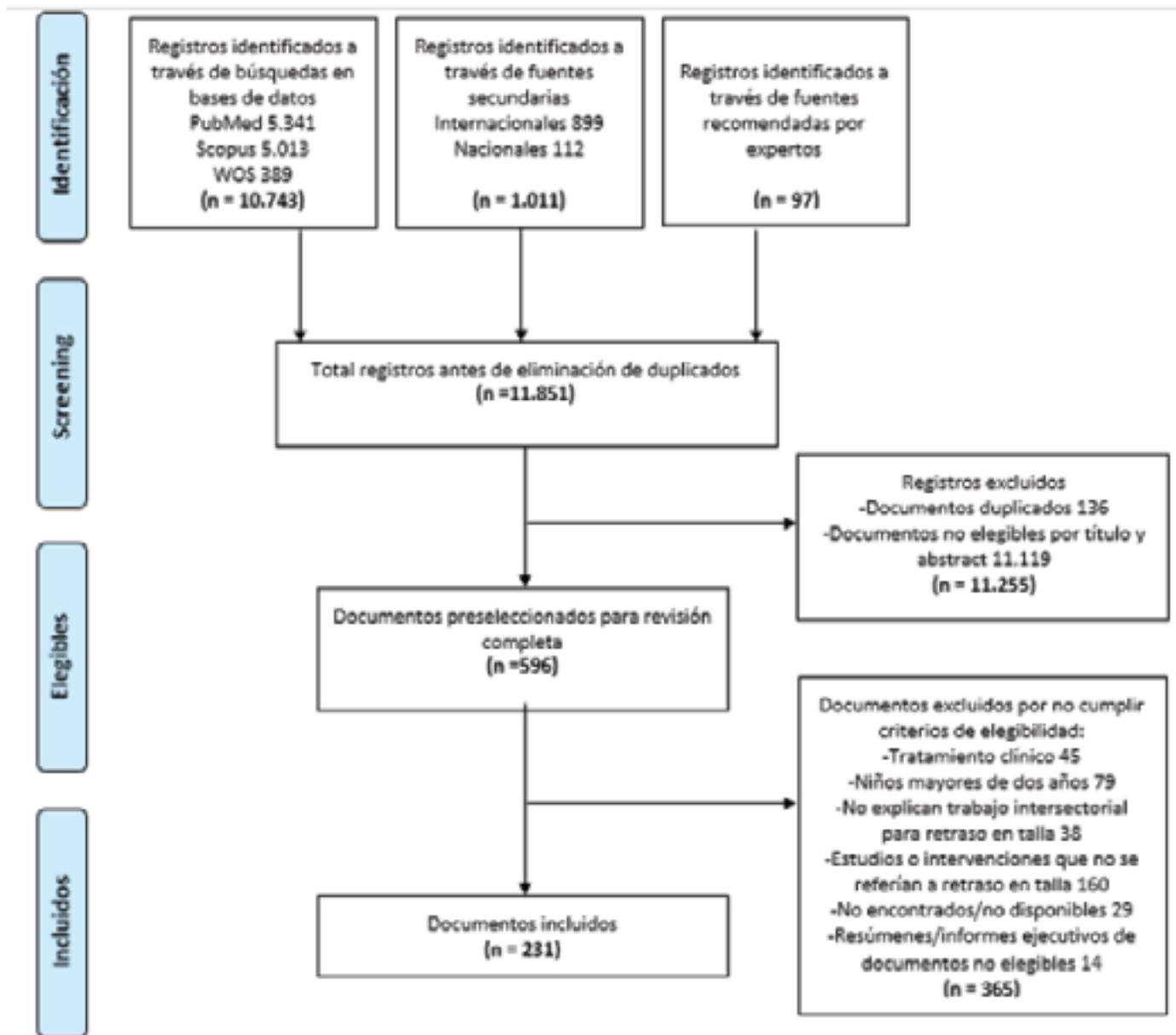
►► Evaluación de la calidad

La evaluación de calidad de los estudios se llevó a cabo a partir del "Checklist para medir la Calidad" propuesto por Downs y Black. Se utilizó dicha escala para evaluar los artículos con respecto a métodos de reporte, validez externa, validez interna y poder para un total de 27 ítems. Además, se clasificaron los artículos de acuerdo con la región, tipo de estudio y tamaño de la muestra (cuando así lo requería). En los documentos no fue posible evaluar la calidad por no aplicar a las categorías del instrumento. Se incluye anexo de calidad de los estudios.

►► Extracción y síntesis de datos

El total de los 231 documentos seleccionados para extracción completa incluyó estudios primarios e intervenciones de salud pública para la prevención y el tratamiento de la DNTC en niños menores de 2 años. A su vez, se tuvo en cuenta si las estrategias descritas se basaron en los servicios de salud, la comunidad, la atención primaria o la red social atendió a las madres y los niños. Se realizó extracción de información de acuerdo con los siguientes ítems: 1) malnutrición durante el embarazo y los primeros dos años de vida; 2) lactancia materna; 3) alimentación complementaria; 4) suplementación con micronutrientes; 5) servicios de salud para la atención prenatal; 6) consultas sobre desarrollo y crecimiento infantil, incluida la evaluación de la talla para la edad en niños menores de 2 años y atención al riesgo o desnutrición crónica en niños menores de 2 años; 7) educación comunitaria, de padres y cuidadores sobre desnutrición crónica en niños menores de 2 años; 8) capacitación de trabajadores sociales y de salud sobre desnutrición crónica en niños menores de 2 años.

Gráfica 1. Flujograma de la revisión sistemática de la literatura sobre prevención y manejo del riesgo o DNTC en menores de 12 meses.





3.

►► Reflexiones sobre intersectorialidad con los actores involucrados en el abordaje de esta temática recopiladas a través de talleres participativos con una metodología cualitativa de estudio de caso.

En paralelo con la implementación de la intervención en DNTC, se realizaron cuatro talleres de intersectorialidad con la participación de representantes de la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría de Integración Social, la Secretaría de Educación Distrital, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la FE y la FSFB. Dichos talleres se llevaron a cabo entre los meses de abril y junio de 2019 y participaron referentes de nivel central de las instituciones mencionadas, así como referentes de los Comités Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CLSAN) de las localidades de Kennedy, San Cristóbal y Engativá. El taller central se realizó a través de plenarios y trabajo en grupo.

Los participantes propusieron acciones con respecto a los cuatro niveles de atención del proyecto. A saber, propuestas para abordar la DNTC desde los frentes de atención en salud, asistencia social, educación a cuidadores y empoderamiento de la comunidad.

Además, se propuso un espacio de discusión y participación alrededor de la intersectorialidad actual de las instituciones convocadas a partir de la caja de herramientas “Caracterizando el tipo de intersectorialidad” del Ministerio de Salud (6). En los talleres locales llevados a cabo en cada una de las tres localidades, los referentes de los CLSAN discutieron las propuestas generadas en el taller central, así como las oportunidades, dificultades y actores adicionales que identificaron para poder ejecutar las acciones en el territorio.



4.

►► Talleres de validación de indicadores de vigilancia epidemiológica con actores involucrados.

La propuesta de indicadores de vigilancia epidemiológica para la prevención y el manejo del riesgo y DNTC en menores de 12 meses fue realizada a partir de la evidencia extraída en la búsqueda de la literatura. Los indicadores fueron construidos con base en documentos de vigilancia epidemiológica y elaboración de indicadores de salud pública de la Organización Panamericana de la Salud (55) (56). Está enmarcada en las etapas del curso de vida desde la preconcepción hasta los 12 meses de vida.

Adicionalmente, los indicadores sobre prevención y detección temprana de alteraciones durante el embarazo y el primer año de vida provenientes de documentos nacionales (e.g. las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal; el CONPES 113; las resoluciones 3280 y 2465; las GABA e indicadores de la Procuraduría General de la Nación para la Rendición pública de cuentas) fueron tenidos en cuenta para la propuesta de los indicadores.

Una vez finalizada la propuesta de indicadores provenientes de la literatura y de los documentos nacionales e internacionales, se realizó una validación de los mismos con actores intersectoriales con el fin de determinar su rol en la medición: 1) en la actualidad o a corto plazo; 2) otros actores responsables o potencialmente responsables de la medición del indicador; 3) la percepción sobre la factibilidad de la aplicación y uso de los mismos en Bogotá y territorio nacional como parte de la vigilancia epidemiológica; 4) determinar la existencia de datos suficientes (nivel de desagregación, unidad de medida, fuente de los datos y periodicidad) para elaborar una ficha técnica para cada uno de los indicadores propuestos (Anexo 2. Lista completa de indicadores y Anexo 4. Instrumento para evaluación de indicadores).

Posteriormente, se convocó a un panel de actores involucrados procedentes de distintos sectores y con experiencia en la temática para validar una batería de indicadores a ser priorizados para la adecuada vigilancia epidemiológica en temas de prevención y manejo del riesgo y la desnutrición crónica en niños y niñas menores de un año. El panel tenía carácter intersectorial, ya que se componía de: a) salud; b) academia; c) atención social; d) educación; y e) gobierno.

9. Insumos para la construcción de la Guía



9.1 Resultados de la revisión sistemática de la literatura

Prevención de riesgo o DNTC

En el marco del curso de vida evidenciaron estrategias que contribuyen con la prevención del riesgo o DNTC durante la ventana de oportunidad que inicia desde la concepción y hasta los próximos mil días de

vida de las niñas y niños (57) (58). Existen diversas estrategias y experiencias que muestran cómo se puede contribuir con la prevención del retraso en talla desde la gestación y que hace tan fundamental la implementación de estrategias que permitan el crecimiento adecuado del feto durante esta etapa de la vida.

Existen estrategias soportadas en la evidencia que, desde la gestación, contribuyeron con un crecimiento adecuado y previnieron el retraso en talla niñas y niños. La atención en salud es una de ellas, siendo las consultas prenatales uno de los factores más importantes en la prevención de dicha condición, ya que aquellas gestantes que tienen al menos una visita de atención prenatal se asocia con la reducción del 4.11% de la probabilidad de retraso de crecimiento. A su vez, tener al menos los cuatro controles prenatales recomendados durante la gestación, reduce la probabilidad de mortalidad infantil (59) (60) (61). Por su parte, la suplementación con micronutrientes en la gestante que incluyen mínimo hierro y ácido fólico, permitió prevenir deficiencias y contribuyó con el crecimiento adecuado del bebé (62) (63) (64) (65) (30) (66) (67) (68) (69). Por supuesto, no se pueden desconocer las prácticas de alimentación en la gestante, las cuales se deben direccionar y promocionar desde diversas entidades con el fin de que estas sean adecuadas y cubran sus necesidades nutricionales durante toda la gestación (70) (61) (71) (72).

A su vez, la vinculación a programas sociales desde la gestación permitió prevenir el retraso en talla en niñas y niños en condiciones de vulnerabilidad. La evidencia de la literatura demostró que la vinculación de madres gestantes, lactantes y niños pequeños en programas de asistencia social, contribuyó con un temprano acercamiento y direccionamiento en temas sobre alimentación materna, cuidado de sus hijos, salud, lactancia materna exclusiva, lactancia materna con alimentación complementaria adecuada, así como la demanda de los servicios en salud materna (73) (74) (75). Adicionalmente, esta medida permitió el suministro de complementación nutricional a dichos hogares en condiciones de vulnerabilidad, previniendo el retraso del crecimiento en niñas y niños (70).

Por otro lado, existe evidencia de otras intervenciones que contribuyeron con un crecimiento posnatal adecuado y la prevención del retraso en talla. Diversos estudios y estrategias a nivel mundial han permitido evidenciar la importancia de las prácticas de alimentación, tales como la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida. Estrategias mundiales demostraron que iniciar la lactancia materna antes de la primera hora de vida del recién nacido es un factor determinante en su crecimiento (76) (61) (77) (78). La literatura analizada evidencia que aquellas niñas y niños alimentados con leche materna exclusivamente durante los seis primeros meses de vida tienen menos riesgo de desarrollar retraso en talla que aquellos niños que no fueron alimentados de esta manera (71) (75) (79) (80).

De acuerdo con la evidencia, otra estrategia referente a las prácticas de alimentación que permitió la prevención del retraso en talla es la adecuada introducción de alimentos complementarios a la leche materna. La inclusión de alimentos adecuados en cantidad, calidad, consistencia y frecuencia, después de los seis meses de edad permitió el crecimiento adecuado de niñas y niños y previene el retraso en talla (67) (81) (82) (83) (84) (85) (75) (79) (80) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92).



Por su parte, la suplementación con múltiples micronutrientes como hierro, vitamina A, C, D E, Zinc, ácido fólico, entre otras (93), a partir de los seis meses de edad contribuyó con la prevención del retraso en talla (94) (67) (71) (75) (95); incluso, la suplementación con ácidos grasos esenciales como Ácido Docosa Hexaenoico (por sus siglas en inglés DHA – Docosahexaenoic Acid) y Ácido Araquidónico (Por sus siglas en inglés ARA - Araquidonic Acid) demostró tener un efecto positivo en el crecimiento y desarrollo infantil (96) (97). Otras estrategias demostraron que el suministro de alimentos fortificados a niñas y niños mayores de seis meses permitió continuar con una ganancia de talla adecuada (98) (99) (100).

Un gran número de estudios evidenciaron que la educación a padres y cuidadores sobre lactancia materna, alimentación complementaria y servicios de salud mejoraron las prácticas de alimentación familiar y contribuyeron con la prevención del retraso en talla en niñas y niños (73, 82) (83) (84) (80); a su vez, la alfabetización materna y la educación permiten prevenir dicha condición (101) (80) (102) (103) y mejoraron las prácticas de alimentación familiar (104) (105). Otro tipo de intervenciones de prevención focalizaron sus esfuerzos en la educación sobre el lavado de manos (106) (81); incluso, se identificó que las actividades de educación materna brindaron herramientas que le permiten tener mayor autoeficacia en el cuidado de la salud del hogar y mejoraron los desenlaces en salud (107) (108).

Con todo lo anterior, se entiende que el retraso en el crecimiento es un desenlace multicausal, y que su prevención demanda acciones desde diversos sectores en los ámbitos nacional, regional, comunitario y doméstico. Tales estrategias involucraron acciones no solo desde el sector salud, sino que requirieron esfuerzos de actividades en programas de asistencia social (60) (103) (109) (110) (27) (111) (112) (113) (75) (71), estrategias desde el sector de agricultura, gobernanza (114), saneamiento y agua (110) (71) (115) (116) (75) (117).

A su vez, diversas estrategias exitosas a nivel mundial sugirieron que las acciones de intervención en nutrición requieren de una planeación, implementación, evaluación y monitoreo que incorporen prácticas nutricionales e higiénicas propias de la población (118) (60), lo cual mejora el desarrollo de las mismas. Adicional a lo anterior, se identifica que el empoderamiento de los líderes del distrito y la comunidad local, son determinantes para el desarrollo de las actividades de prevención del retraso en talla (70) (119) (120).





Prevención desde la gestación

"Las acciones que se concentren desde la gestación son muy importantes en términos de la prevención por el cuidado que se le puede dar a la mamá durante ese periodo y así garantizar una ganancia adecuada de peso que contribuya a su vez a ganancia de peso y de talla del bebé. Además es toda una oportunidad de formar a esas mamás para fortalecer todo lo que tiene que ver con la práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria"

(Entrevista a asesora experta de nutrición, ICBF, Julio de 2019).



Inicio oportuno de la alimentación complementaria

"Las poblaciones de las zonas rurales y las poblaciones étnicas todavía conservan el tema de la lactancia materna. Por esto, podemos decir que la crisis de pérdida de talla los niños de comunidades étnicas, dentro de mi experiencia, está más relacionada con el inicio de alimentación complementaria. La calidad de los alimentos que se pueden introducir y la calidad del agua, hace que el niño empiece a tener riesgos por ejemplo de presentar diarreas"

(Entrevista a asesora experta de nutrición, ICBF, Julio de 2019).



Manejo de la DNTC

El manejo de la DNTC también conlleva diversas estrategias que, de acuerdo con la literatura analizada, permitieron mejorar la condición de las niñas y niños desde la gestación. Una de ellas resaltó la importancia de la prescripción de micronutrientes (121) (65), además de una adecuada valoración nutricional que permita establecer el riesgo nutricional en gestantes (122). La alimentación materna fue un factor trascendental resaltado en la literatura, el cual muestra que una dieta mediterránea,

rica en frutas y verduras, puede modificar el efecto de algunos hábitos perjudiciales que tienen efecto en la talla al nacer (123). Así mismo, los trabajadores comunitarios y la participación comunitaria, de acuerdo a la literatura, jugaron un papel importante en la identificación de gestantes en riesgo o en inseguridad alimentaria y facilitaron la canalización a los servicios requeridos, así como a las intervenciones de tratamiento o manejo de la DNTC en niñas y niños (109) (124) (125) (126).

De acuerdo con la evidencia, otro factor determinante en el crecimiento compensador o catch-up, después de un período de retraso de crecimiento, fue la alimentación complementaria. Una adecuada incorporación de alimentos complementarios a la leche materna en la alimentación de los menores, fueron relevantes en el manejo de la DNTC y por supuesto, los indicadores de diversidad mínima dietaria, frecuencia mínima de comidas, dieta mínima aceptable, brindaron un panorama más claro frente a las prácticas en alimentación de los menores (86) (126) (127).

Otras estrategias de la suplementación con micronutrientes como el zinc y vitamina A, permitieron evidenciar que existe una asociación entre esta práctica, la reducción de la diarrea y el mejoramiento del crecimiento lineal de los menores (122) (128). Otros son los suplementos nutricionales a base de macronutrientes como lípidos (129); fortificación de alimentos complementarios, la cual ha evidenciado un efecto positivo en la ganancia de talla de niños menores de un año (130) (131).

Por otro lado, la evidencia resaltó la importancia en la educación en nutrición, la cual resultó fundamental en este periodo para implementar prácticas adecuadas en niñas y niños con riesgo o DNTC. Se demostró que el material educativo debe ser armonizado entre sectores y debe incluir información acerca de 1) conocimiento, prácticas y creencias sobre cuidado infantil; 2) salud y cuidado nutricional; 3) salud mental, estrés y autoconfianza; 4) autonomía y control de recursos; 5) manejo del tiempo; 6) apoyo social que se recibe de la familia y la comunidad; 7) consumo de frutas y verduras por la madre; 8) prácticas de lavado de mano; y 9) ambientes libres de humo de cigarrillo (77) (132).

Cabe resaltar que, de acuerdo con la literatura, un diagnóstico oportuno de DNTC en menores de un año contribuyó con su recuperación nutricional y permitió que retornara a su canal de crecimiento.



Diagnóstico oportuno del retraso en talla

'La primera generación sin retraso en talla de este país': [sería muy útil] que la ciudad se haga un propósito parecido y lo pueda medir muy bien. Yo percibo que tenemos unas fallas muy grandes frente a cómo se están midiendo y pesando los niños, qué tan bien calibrados están los equipos"

(Entrevista a referente de Salud Colectiva, SDS, Julio de 2019).

"A nosotros nos reportan, [desde sector asistencia social] una cantidad de menores con riesgo. Y cuando los mandamos a las subredes para activar ruta esos niños no están en riesgo, entonces ahí hay que capacitar al personal en cuanto a medidas antropométricas y hay que verificar que realmente los equipos que están utilizando estén calibrados y cumplan con todas las normas para hacer esas mediciones. Yo creería que la norma debería de ser no solamente sector salud"

— (Entrevista a referentes de vigilancia epidemiológica, EAPB, julio de 2019).





Para la educación nutricional, debe haber armonización de conceptos.

"Nosotros estamos actualizados con las GABA y lastimosamente las EAPB están muy desactualizadas en cuanto a GABA y en cuanto a la misma resolución. Entregan documentos o material informativo con recomendaciones [desactualizadas] en alimentación complementaria, lactancia materna y en todo lo relacionado con crecimiento y desarrollo. Hay desinformación también por parte de los profesionales de la salud, como en el tema de la desparasitación".
(Entrevista a referentes operativos del proyecto DNTC, FSFB, Julio de 2019).

"Ahora que estamos en el proceso de implementación de la ruta [RIAS], parte de nuestra dificultad no ha sido lograr lactancia materna exclusiva, sino apropiar los patrones de alimentación complementaria. En alimentación complementaria, particularmente, nos hemos dado cuenta que los profesionales de la salud estamos bastante atrasados"

(Entrevista a referente de atención primaria, EAPB, Julio de 2019).



Intersectorialidad en DNTC

Se identificó que los sectores con acciones relacionadas hacia la DNTC incluyen el sector agropecuario, salud, ambiente, educación, seguridad social, trabajo y gobiernos locales (133) (134) (116) (114). La coordinación entre sectores hacia el financiamiento para mejorar la cobertura y calidad de servicios de nutrición materno infantiles promovió esfuerzos nacionales para mejorar el crecimiento lineal de los niños (67). Por lo tanto, la literatura revisada recalcó la importancia de que la coordinación entre los actores relevantes de políticas en nutrición

tenga un acuerdo sobre lo que comprenden por coordinación, es decir, qué se entiende por coordinación, por quiénes, cómo, dónde y cómo llegar a dicha meta (135). A su vez, que haya seguimiento a los planes de coordinación (71).

Se encontró que los sectores involucrados en la prevención y manejo de la DNTC deben incluir los siguientes 5 pasos en sus operaciones relacionadas con acciones de nutrición (136):

- ▶▶ 1. Los sectores explícitamente incorporan consideraciones nutricionales en el diseño inicial de políticas/proyectos.
- ▶▶ 2. Integran consideraciones nutricionales como elementos de inversiones, no necesariamente como el objetivo primario.
- ▶▶ 3. Modifican el diseño / consideran alternativas para minimizar consecuencias no intencionadas y maximizar impactos positivos.
- ▶▶ 4. Apoyan sus objetivos nutricionales con capacidad técnica.
- ▶▶ 5. Monitorean y evalúan impactos nutricionales con indicadores apropiados

La evidencia de literatura científica también demostró que los sistemas de información son claves para la coordinación intersectorial, por lo que las plataformas de información deben contribuir al análisis de la situación alimentaria ofreciendo información actualizada en tiempo real (135) (137) (113).

Cabe resaltar que, en la literatura revisada, el sector gobierno es de gran importancia como articulador de sectores hacia la DNTC. Por lo tanto, se resaltaron las 10 claves relacionadas con la participación directa de la rama ejecutiva del sector gobierno (27):

- ▶▶ 1. Facilitar la implementación de acciones de grupos coordinados hacia la nutrición infantil.
- ▶▶ 2. Integrar objetivos de nutrición en la agenda de gobierno.
- ▶▶ 3. Asegurar que todos los sectores y actores tengan una comprensión común acerca de las consecuencias de la DNTC.
- ▶▶ 4. Tener un mecanismo para asegurar la implementación local de acciones en nutrición a partir de la descentralización.
- ▶▶ 5. Promover y apoyar la autonomía local de programas de nutrición.
- ▶▶ 6. Buscar la sostenibilidad de los proyectos e iniciativas en DNTC.
- ▶▶ 7. Incorporar a la sociedad civil como una forma de responsabilidad social y rendición de cuentas.
- ▶▶ 8. Desarrollar mecanismos para recolectar información usando indicadores apropiados que permitan el análisis de información.
- ▶▶ 9. Asignar recursos para las actividades que vayan a ser dirigidas por autoridades nacionales o locales.
- ▶▶ 10. Asegurar la transparencia financiera para el manejo de fondos que sean donados por diferentes organizaciones o grupos.

Adicionalmente, la literatura promovió la coordinación intersectorial entre el sector salud y otros sectores. Por ejemplo, la coordinación entre los programas sociales y la vigilancia del retraso en talla, aumentando el uso de los servicios de salud fue fundamental en implementación de transferencias monetarias condicionadas articuladas con salud (73) (138) (139). Los programas de asistencia social que demostraron tener objetivos de nutrición específicos y estar alineados con necesidades locales, así como reforzar el uso efectivo de los servicios de salud, incrementaron el acceso a alimentos y uso de suplementos nutricionales, y sensibilización en la población la importancia del cuidado y

alimentación infantiles (75) (27). Además, la educación en salud se reportó en la literatura como un ejercicio en el que participan distintos sectores y áreas del gobierno, como actividades de promoción de lactancia materna, cuya abogacía trasciende al sector salud (64). Por su parte, la evidencia también indicó la importancia de coordinación entre trabajadores comunitarios del sector agrícola y los trabajadores comunitarios de salud para potenciar beneficios de nutrición (140) (141).

En el mismo sentido, garantizar la participación de la comunidad como un sector fue fundamental para identificar necesidades, barreras en los servicios de salud y nutrición y planear estrategias de

mejora entre los sectores (77) (27) (142). La evidencia científica resaltó que los programas comunitarios de salud necesitan ser complementados por servicios intersectoriales con armonización de conceptos en consejería y nutrición infantil entre los sectores (143).

★ Se encontró que el **sector educación es clave** para desarrollar estrategias de reducción del embarazo en adolescentes e intervenciones indirectas para promover la educación superior de las mujeres y su empoderamiento (144) (77) (145). Además, dicho sector cumple un rol importante en educación en nutrición como es el caso de Mozambique donde, de acuerdo al plan nacional multisectorial para la reducción de la DNTC, se incluyeron indicadores de talento humano del sector educación con habilidades en educación nutricional (111).

Además, se identificó en la literatura analizada que el sector ambiente cumple un rol fundamental para maximizar resultados en nutrición con fuentes de agua potable reduciendo el riesgo de enteropatía ambiental (116) (75) (134) (27) (115). Por su parte, se encontró que el sector del desarrollo podría desempeñar una función complementaria a la de salud al contar con trabajadores de desarrollo de la comunidad que sensibilicen a las familias acerca de la prevención del retraso del crecimiento en los mil primeros días de vida desde la concepción (21). Adicionalmente, se identificó que la academia debe propender por asegurar que sus currículos de educación a profesionales de la salud

provean a los estudiantes conocimientos en habilidades necesarias para proteger, promover y apoyar la lactancia materna y la alimentación complementaria (79).

Por último, en cuanto a la participación de los medios de comunicación, se identificó oportunidades para su participación en articulación con otros sectores para sensibilizar en la importancia de prevenir y atender el retraso en talla como prioridad en el país. En Perú, la estrategia de comunicaciones liderada por las organizaciones no gubernamentales ONG, el sector gobierno y aliados internacionales sensibilizó en la importancia de comprender y encender alarmas sobre el devastador impacto de la DNTC (113). Además, la participación de las ONG mediante estrategias de inclusión de participación comunitaria, la alianza con gobiernos locales para mejorar la consejería a cuidadores en alimentación fue crucial para el éxito de varios programas de DNTC (110)

Se identificó en la literatura la importancia del rol del sector privado (comercial y sin ánimo de lucro) en su experiencia en logística, tecnología y comunicación, por lo cual pueden afinar capacidades y apoyar intervenciones en DNTC (110). Este sector tiene importancia en la fortificación de alimentos y estar en coordinación con el sector gobierno (146) (110) (147) (148) (149). Si se busca alianzas con sector privado, la literatura indicó que debe haber discusión abierta y clara de los objetivos, roles y expectativas de las partes (149).



En Bogotá, cada vez más se reconoce la importancia de la intersectorialidad para el abordaje de la DNTC

"En la medida en que ese a niño se le haga un abordaje intersectorial adecuado se puede hacer una recuperación mayor así sea que traiga ya un retraso desde la gestación que lo refleja en el bajo peso y baja talla al nacer" (Entrevista a referentes PAE, SDE, Julio de 2019).

"Si uno logra esa integralidad: que la familia que es altamente vulnerable tenga por desarrollo económico acceso a un empleo; por [asistencia social] una oferta alimentaria; por salud toda la parte de cuidado... eso es intersectorialidad. Es llegar, pero de manera mancomunada"

(Entrevista a referente Subdirección de Nutrición, SDIS, Junio de 2019).



9.2 Resultados de talleres de intersectorialidad

En los talleres de intersectorialidad, los referentes convocados resaltaron las siguientes acciones para el abordaje de la DNTC, así como oportunidades y/o dificultades para desarrollarlas a nivel local.

Tabla 5. Acciones para abordar el problema de DNTC

Acciones propuestas desde nivel central de entidades convocadas	Oportunidades y/o dificultades para su desarrollo a nivel local discutidos en CLSAN
<p>Establecer una cualificación en consejería en lactancia materna y alimentación complementaria a todos los profesionales que tienen contacto con la población</p> <hr/> <p>Implementar acciones de monitoreo permanente a las EAPB sobre la cobertura y porcentaje de cumplimiento de las acciones de promoción y prevención en la primera infancia.</p> <hr/> <p>Implementar procesos de formación a cuidadores</p> <hr/> <p>Reducir errores en el registro de información en los sistemas de información.</p> <hr/> <p>Determinar una estrategia de articulación desde el sector asistencia social con salud para identificar tempranamente la gestante con bajo peso gestacional o vulnerabilidad.</p> <hr/> <p>Implantar un sistema de comunicación en tiempo real que incluya disponibilidad de cupos, necesidades de atención para niñas y niños en programas sociales</p>	<p>Fortalecer, sensibilizar y cualificar; posicionar el indicador Talla para la edad; Generar ruta de DNTC.</p> <hr/> <p>Necesidad de cualificar a profesionales en toma de medidas antropométricas.</p> <hr/> <p>Divulgar a través de las oficinas y componentes de comunicaciones acciones en IEC (Estrategias de información, educación y comunicación en salud) relacionadas con crecimiento y desarrollo y los cuidados en los primeros mil días de vida.</p> <hr/> <p>Generar acciones de corresponsabilidad de los cuidadores beneficiarios de servicios sociales IPS [deben generar también] procesos de formación a cuidadores.</p> <hr/> <p>Importancia de generar campañas publicitarias e infografías para comunidad hacia lactancia materna y alimentación complementaria.</p> <hr/> <p>Contemplar formación a líderes comunitarios en Juntas de Acción Comunal, articulado con salud y sector asistencia social.</p> <p>Protocolizar una estrategia para realizar manejo y cruce de bases de datos ICBF-SDIS.</p> <hr/> <p>Necesidad de bases de datos unificadas que permitan trazabilidad.</p> <p>Implementar capacitación (sensibilización y formación en DNTC) a los profesionales que tienen atención directa a los usuarios.</p> <hr/> <p>Verificación y mantenimiento de equipos antropométricos</p> <hr/> <p>Priorizar el indicador Talla para la edad para el seguimiento de los niños y niñas</p> <hr/> <p>Necesidad de unificación de conceptos y actualización de conocimientos.</p> <hr/> <p>Necesidad de fortalecer la respuesta desde Secretaría de Planeación para dar respuesta al número de solicitudes visita SISBEN.</p> <hr/> <p>Mejorar la identificación de población en situación de pobreza</p>

Desde el sector educación la referente participante de SDE subrayó el aporte que podría hacer este sector estableciendo como requisito el carnet de salud infantil para procesos de matrícula en el sistema oficial.



Cabe resaltar que, en el taller con referentes del nivel central, los sectores comentaron que generalmente comparten información, sin embargo, recalcaron que esta información se levanta y se comparte principalmente en el contexto de alertas epidemiológicas. Es entonces cuando salud solicita información de los usuarios de los demás sectores, para identificación de casos que se deben reportar. Sin embargo, dicha intersectorialidad puede mejorarse para hacer seguimiento y análisis a la información que las instituciones de asistencia social en el territorio comparten según convenios interadministrativos suscritos (Programas Sociales del Distrito SIRBE (SDIS) y el aplicativo CUÉNTAME (ICBF)).

Adicionalmente, referentes del CLSAN de San Cristóbal resaltaron la importancia de armonizar conceptos de nutrición entre sectores: “No hay conceptos unificados entre profesionales de las EAPB y del sector social, de estilos de vida saludables, lactancia materna y alimentación complementaria generando poca credibilidad o confusión con el cuidador” (Referentes de CLSAN, San Cristóbal. Taller de intersectorialidad. Junio de 2019). A su vez, hay múltiples retos de articulación intersectorial, como lo evidenciaron referentes del CLSAN de Kennedy. Referentes participantes de ICBF recalcaron la importancia de articulación con las EAPB de regímenes subsidiado y contributivo: “debe haber más unión, más comunicación en esa parte de salud” (Referentes de CLSAN, Kennedy. Taller de intersectorialidad. Mayo de 2019). Además, resaltaron que es clave que todos los sectores, incluyendo la comunidad, conozca la regulación de la frecuencia de controles de acuerdo con la Resolución 3280 de 2018.



▶▶ La siguiente lista propone actores actuales y potenciales a movilizar hacia el uso de esta guía. A su vez, espacios intersectoriales clave de socialización y uso, de acuerdo con los sectores que intervendrían hacia la prevención y manejo de la DNTC en el contexto colombiano y reflexiones con referentes de talleres de intersectorialidad.

Tabla 6. Actores actuales y actores potenciales para la prevención y manejo del riesgo y la DNTC como un evento de interés en salud pública, por sectores.

Actores sociales de sector Gobierno	Presidencia de la República Alcaldía Mayor de Bogotá Secretaría Distrital de Gobierno Alcaldías Locales Registraduría Nacional del Estado Civil
Actores sociales del sector salud	Ministerio de Salud y Protección Social Superintendencia de Salud. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y puntos de atención de salud. Secretaría Distrital de Salud
Actores sociales del sector asistencia social	Departamento de Prosperidad Social Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Secretaría Distrital de Integración Social
Actores sociales del sector Educación	Ministerio Nacional de Educación Secretaría Distrital de Educación Instituciones educativas de profesionales de la salud (Academia).
Actores sociales del sector desarrollo económico	Ministerio de Hacienda Secretaría Distrital de Desarrollo Económico
Actores sociales del sector agricultura y ambiente	Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural Secretaría Distrital de Ambiente Secretaría Distrital de Hábitat
Actores sociales del sector privado	Fundación Éxito Fundación Santa Fe de Bogotá, Salud Poblacional. Medios de comunicación
Actores comunitarios y actores ciudadanos	Juntas de Acción Comunal COPACO Líderes comunitarios, madres comunitarias y otros cuidadores que se sumen a actividades de vigilancia comunitaria Observatorios de salud ONG y otros grupos de apoyo a la lactancia materna

Tabla 7. Espacios intersectoriales clave para implementación de la guía

Estado nutricional por antropometría
CISAN
CLSAN
Mesa Distrital de Primera Infancia
CODIA
COLIA
Consejos Locales de Gobierno

9.3 Indicadores de vigilancia e epidemiológica

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud OPS, los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa sucesos colectivos, cuyos resultados sirven para evaluar logros y metas y así poder respaldar (o no) acciones políticas (5). Teniendo en cuenta los atributos de un buen indicador, tales como disponibilidad/factibilidad de implementación, simplicidad, validez, especificidad, confiabilidad, reproducibilidad, sensibilidad, alcance y oportunidad de mejora (5), se buscó que los indicadores planteados mediante la revisión de la literatura, fueran factibles en su aplicación desde los diferentes sectores involucrados en la prevención y manejo del riesgo y desnutrición crónica en niñas y niños menores de un año.

Es por lo anterior que, durante el proceso de validación de indicadores, se seleccionaron 106 de estos para hacer parte de la propuesta para la vigilancia epidemiológica global en temas de prevención y manejo de la DNTC. Tabla 8.

Tabla 8. Consenso de indicadores completos de vigilancia epidemiológica para DNTC por etapa en el curso de vida

Indicadores	Preconcepción	Embarazo	Nacimiento a 6 meses específicamente	Hasta 12 meses	TOTAL
Prevención	4	8	14	17	43
Atención	2	6	10	30	48
Intersectorialidad	0	3	8	4	15
Total	6	17	32	51	106



Sin embargo, teniendo en cuenta la importancia de escalar las acciones de vigilancia de DNTC de acuerdo con las condiciones actuales de la operación de la salud pública, se realizó una propuesta de indicadores priorizados, que contenía aquellos mínimos descritos tanto en la literatura, documentos nacionales e internacionales, guías de práctica y las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal. Además fueron evaluados en el taller de validación por todos los actores, como de posible implementación de acuerdo con su contexto y su práctica actual. (Tablas 9 y 10). Por lo tanto, los indicadores recomendados en esta guía y en la hoja de ruta serán los priorizados.

Cabe anotar que indicadores de documentos nacionales relacionados con el tema fueron incluidos tal cual se encontraban escritos en el documento original. El anexo 3 muestra el número de estos en cada etapa del curso de vida provenientes de documentos nacionales.

Tabla 9. Consenso de indicadores priorizados para la vigilancia epidemiológica de DNTC por etapa en el curso de vida

Indicadores	Preconcepción	Embarazo	Nacimiento a 6 meses específicamente	Hasta 12 meses	TOTAL
Prevención	1	5	8	7	21
Manejo	0	1	6	15	22
Intersectorialidad	0	2	7	0	9
Total	1	8	21	23	52

Tabla 10. Indicadores priorizados para la vigilancia epidemiológica de DNTC en el marco del curso de vida

Prevención	
Preconcepción	Actores potenciales para medición
Propuesta de construcción	
<p>Numerador: número de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), que son sexualmente activas y con intenciones reproductivas, que asisten a consultas de atención preconcepcional, con diagnóstico de delgadez según el índice de masa corporal (<18.5kg/m²)</p> <p>Denominador: Total de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y con intenciones reproductivas que asisten a consultas de atención preconcepcional</p>	EAPB
Embarazo	Actores potenciales para medición
Propuesta de construcción	
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de nacidos vivos a término (37 semanas) con bajo peso al nacer <2500 gramos cuyas madres tuvieron 4 o más controles prenatales durante la gestación</p> <p>Denominador: Total de nacidos vivos a término (37 semanas) con bajo peso al nacer <2500 gramos cuyas madres asistieron a control prenatal.</p>	EAPB, IPS
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes con sus acompañantes que asistieron al menos a 7 sesiones del curso de preparación para maternidad y la paternidad</p> <p>Denominador: Total de gestantes con sus acompañantes asistentes al curso de preparación para maternidad y la paternidad</p>	EAPB

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes que reciben consejería sobre lactancia materna en controles prenatales Denominador: Total de gestantes que asisten a controles prenatales</p>	EAPB
<p>Número de mujeres gestantes atendidos por la oferta social disponible en las modalidades relacionadas con la prevención de la desnutrición</p>	ICBF, SDIS, otros ofertantes de programas sociales territoriales
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de mujeres posparto o posaborto con asesoría en anticoncepción antes del alta (con énfasis en la importancia del periodo intergenésico de 18 meses o más) Denominador: Total de mujeres posparto o posaborto</p>	EAPB

Nacimiento - 6 meses	Actores potenciales para medición
Propuesta de construcción	
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos vivos con bajo peso al nacer Denominador: Total de recién nacidos vivos</p>	EAPB, IPS
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de nacidos vivos con baja talla al nacer <45 centímetros Denominador: Total de recién nacidos vivos</p>	EAPB, IPS
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de mujeres que informan haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido Denominador: Total de mujeres en posparto</p>	EAPB, IPS
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos con lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario Denominador: Total de recién nacidos vivos sanos</p>	EAPB, IPS

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: Lactantes de hasta 6 meses que son alimentados con leche materna exclusivamente Denominador: Lactantes de hasta 6 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: Lactantes de 0 a 6 meses que recibieron lactancia materna predominante en los primeros 6 meses de edad Denominador: Lactantes de 0 a 6 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niños de hasta 6 meses de edad que reciben alimentos complementarios de la leche materna Denominador: Total de niñas y niños atendidos de cero a seis meses de edad.</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de binomios madre - hijo (a) que han recibido valoración de la técnica de la lactancia materna (RPMS) Denominador: Total de binomios madre - hijo (a) en donde el hijo recibe lactancia materna</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF, líderes comunitarios</p>

<p>Hasta 12 meses</p>	<p>Actores potenciales para medición</p>
<p>Propuesta de construcción</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año que reciben la fortificación obligatoria con micronutrientes en polvo Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año</p>	<p>EAPB</p>

<p>Número de estrategias IEC realizadas en el semestre para personal de salud y servicios sociales para reforzar los mensajes clave de las GABA de los menores de 2 años</p>	<p>EAPB, SDIS, ICB, SDS, ALCALDÍA LOCAL</p>
<p>Porcentaje (numerados/denominador x 100) Numerator: Número de niñas y niños de 6 a 12 meses con lactancia materna complementaria Denominator: total de niñas y niños de 6 a 12 meses evaluados</p>	<p>EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerator: número de niñas y niños de 6 a 23 meses de edad que cumplieron con las recomendaciones de la Dieta Mínima Aceptable (variedad y frecuencia) Denominator: Total de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad atendidos.</p>	<p>EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerator: número de familias con niñas y niños menores de 1 año que reciben seguimiento periódico (visita domiciliaria, encuentros individuales y colectivos con las familias, jornadas de medición del estado nutricional, entre otros) del sector social Denominator: Total de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de sector social.</p>	<p>ICBF, SDIS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerator: número de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de servicios/programas sociales que reciben alimentos complementarios de la leche materna (como parte de la complementación alimentaria) Denominator: Total de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de sector asistencia social.</p>	<p>ICBF, SDIS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerator: número de cuidadores de niñas y niños menores de 1 año que reciben información de educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludables - educación para la nutrición Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) Denominator: Total de cuidadores de niñas y niños menores de 1 año que asisten a actividades de sector salud o sector asistencia social</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>

Atención	
Embarazo	Actores potenciales para medición
Propuesta de construcción	
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes con suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico etc.) durante el embarazo Denominador: Total de gestantes atendidas en controles prenatales</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF, SDS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes con bajo peso, que logran ganar peso de forma adecuada de acuerdo con sus semanas de edad gestacional Denominador: Total de gestantes con bajo peso que asisten a controles prenatales</p>	<p>EAPB; ICBF, SDIS</p>

Nacimiento - 6 meses	Actores potenciales para medición
Propuesta de construcción	
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos atendidos en el control ambulatorio, entre los 3 y 5 días posparto Denominador: Total de recién nacidos entre los 3 y 5 días posparto</p>	EAPB, IPS
<p>Duración mediana de la lactancia materna exclusiva</p>	EAPB, IPS, ICBF, SDIS, líderes comunitarios
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de binomios madre - hijo (a) que han recibido valoración de la técnica de la lactancia materna (RPMS) Denominador: Total de binomios madre - hijo (a) en donde el hijo recibe lactancia materna</p>	EAPB, SDIS, ICBF, líderes comunitarios

Hasta 12 meses	Actores potenciales para medición
Propuesta de construcción	
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año que reciben el número de controles indicados de valoración integral de la primera infancia de acuerdo con la edad Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año atendidos</p>	EAPB, SDIS, ICBF
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños con 6 meses o más de edad, con alteraciones nutricionales, detectadas por antropometría, (peso para la talla <-2DS o >2DS, o talla para la edad <-2DS) a quienes se les ha medido la hemoglobina al menos cada 6 meses Denominador: Total de niñas y niños con 6 meses o más de edad, con alteraciones nutricionales detectadas por antropometría, (peso para la talla <-2DS o >2DS, o talla para la edad <-2DS)</p>	EAPB

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad que recibieron el esquema completo de la fortificación obligatoria con micronutrientes en polvo Denominador: Total de niñas y niños atendidos de hasta 6 meses de edad</p>	<p>EAPB, IPS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de consultas de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral del niño Denominador: Total de consultas de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad atendidas a las consultas de valoración integral del niño</p>	<p>EAPB, IPS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños menores de 12 meses con clasificación nutricional por antropometría por los indicadores talla/edad y peso/talla Denominador: Total de niñas y niños menores de 12 meses atendidos en las consultas de valoración integral.</p>	<p>EAPB, IPS, SDIS, ICBF</p>
<p>Prevalencia (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad identificados con retraso en talla/DNTC Denominador: Total de niñas y niños hasta 12 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral.</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC que tres y seis meses después presentan un incremento de talla compatible con estar en el canal de crecimiento adecuado (-1DS +1DS en el puntaje Z para el indicador talla edad) Denominador: Total de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC, atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla y/o DNTC, que tres (3) y 6 meses después, presentan una tendencia positiva sugestiva de un acercamiento al canal de crecimiento adecuado (-1DS +1DS en el puntaje Z para el indicador talla edad) Denominador: Total de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC, atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños de 6 a 23 meses que reciben lactancia Denominador: Total de niñas y niños de 6 a 23 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, IPS, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños de entre 6 y 12 meses de edad que recibieron el esquema completo de la fortificación obligatoria con micronutrientes en polvo Denominador: Total de niñas y niños de entre 6 y 12 meses de edad, atendidos en las consultas de valoración integral.</p>	<p>EAPB, IPS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños que reciben desparasitación a partir de los 12 meses de edad Denominador: Total de niñas y niños a partir de los 12 meses de edad, atendidos en las consultas de valoración integral.</p>	<p>EAPB, IPS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de EAPB implementando las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal en el distrito capital Denominador: Total de EAPB en el distrito capital</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarios de servicios/programas sociales, que reciben como parte de la complementación alimentaria leches de fórmula sin razones médicas aceptables Denominador: Total de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarios de servicios/programas sociales</p>	<p>SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarias de servicios/programas sociales que reciben trimestralmente, como parte de la complementación alimentaria, alimentos complementarios de la leche materna Denominador: Total de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarios de servicios/programas sociales</p>	<p>SDIS, ICBF</p>

Porcentaje (numerador/denominador x 100)
 Numerador: número de niñas y niños hasta 12 meses de edad, atendidos en crecimiento y desarrollo y/o pediatría que tienen indicación de leches de fórmula con razones médicas aceptables
 Denominador: Total de niñas y niños de hasta 12 meses de edad atendidos en las consultas de crecimiento y desarrollo y/o pediatría

SDIS, ICBF

Intersectorialidad

Embarazo

Actores potenciales para medición

Número de espacios intersectoriales (SAN, INFANCIA) donde se prioriza el retraso talla/DNTC como un evento de interés en salud pública (prevención y manejo)

MSPS, SDIS, SDS, ACADEMIA, ICBF

Se identifican factores de vulnerabilidad en el contexto de la gestante y se derivan a servicios sociales de apoyo familiar, social y comunitario (RPMS) (Sí/No).

EAPB, SDIS, ICBF, ALCALDÍA LOCAL, ALCALDÍA

Nacimiento - 6 meses

Actores potenciales para medición

Propuesta de construcción

Número de grupos de apoyo vinculados a los programas y acciones locales dirigidas a la primera infancia.

SDS, SDIS, SED, ICBF, ALCALDÍAS LOCALES

¿Se caracterizan y promueven redes de apoyo social y comunitario para el cuidado y desarrollo de niñas y niños "menores de 1 año"? – (RPMS) (Sí/No)

EAPB, SDIS, ICBF, líderes comunitarios

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de padres y cuidadores que refieren haber recibido educación sobre derechos y deberes en salud (registro civil de nacimiento, afiliación al sistema de salud, inscripción del recién nacido para el seguimiento y consultas de valoración integral en salud (RPMS) Denominador: Total de padres y cuidadores atendidos por sector salud, asistencia social o alcaldía local</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF, ALCALDÍA LOCAL</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños hasta 12 meses de edad del territorio con registro civil Denominador: Total de niñas y niños hasta 12 meses de edad del territorio</p>	<p>Registraduría, Alcaldía Local</p>
<p>Número de personas vinculadas a los diferentes sectores que prestan atención a la primera infancia en un territorio definido (localidad, municipio, departamento, país) certificados como consejeros en alimentación del lactante y niño pequeño</p>	<p>Comités locales de SAN</p>
<p>Número de instituciones que atienden niñas y niños lactantes en el territorio con salas amigas de la familia lactante en funcionamiento</p>	<p>Comités locales de SAN</p>
<p>Número de instituciones distritales implementando la Ruta Integral de Atenciones desde la Gestación (RIAGA) hasta la Adolescencia del Distrito Capital</p>	<p>CODIA</p>

Ver anexo 3. Fichas técnicas de los indicadores.

10. Hoja de ruta



Hoja de ruta para la prevención y manejo del riesgo o DNTC en menores de 12 meses

Tomando como insumos: la evidencia científica relacionada, las jornadas de construcción/discusión entre expertos de diferentes sectores y los aprendizajes del estudio piloto adelantado en las tres localidades de Bogotá sobre niños y niñas con riesgo o desnutrición crónica, se elaboró una hoja de ruta con una propuesta de manejo intersectorial que involucra a todos los actores y sectores relacionados (salud, social, gobierno, planeación, comunidad, cuidadores, entre otros).

Esta hoja de ruta tiene dos opciones de entrada: desde la prevención en cualquiera de las etapas del curso de vida (preconcepción, embarazo, nacimiento hasta 6 meses y 12 meses) o desde el enfoque de atención al detectar un caso de riesgo de DNTC o un caso confirmado de DNTC. Importante resaltar que la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal es un insumo importante en la definición de los procedimientos e indicadores descritos en esta hoja de ruta, por ello el desarrollar ésta permitirá avanzar en los hitos definidos por esta RIAS para la primera infancia.



El diagrama de la hoja de ruta referente al manejo y atención, que tiene sus interacciones con el desarrollo adelantado en intersectorialidad se muestra a continuación en el siguiente diagrama.

Tabla 11. Hoja de ruta para la prevención del riesgo y la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 12 meses (se armonizan con los hitos de las RIAS)

Marco de curso de vida	Procedimientos	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica
Etapa preconcepcional	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS materno perinatal, en el marco de la prevención del retraso en talla en niñas y niños durante la etapa de la gestación.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), que son sexualmente activas y con intenciones reproductivas, que asisten a consultas de atención preconcepcional, en quienes es determinado el índice de masa corporal</p> <p>Denominador: Total de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y con intenciones reproductivas que asisten a consultas de atención preconcepcional</p>
Etapa gestacional	Focalizar estrategias de prevención de desnutrición crónica en población a riesgo.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de nacidos vivos a término (37 semanas) con bajo peso al nacer <2500 gramos cuyas madres tuvieron 4 o más controles prenatales durante la gestación</p> <p>Denominador: Total de nacidos vivos a término (37 semanas) con bajo peso al nacer <2500 gramos cuyas madres asistieron a control prenatal.</p>
	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS materno perinatal, en el marco de la prevención del retraso en talla en niñas y niños durante la etapa de la gestación.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes con sus acompañantes que asistieron al menos a 7 sesiones del curso de preparación para maternidad y la paternidad</p> <p>Denominador: Total de gestantes con sus acompañantes asistentes al curso de preparación para maternidad y la paternidad</p>
	Tratar la importancia y el manejo de la lactancia materna con las gestantes y sus familias, como un factor protector frente al desarrollo de la desnutrición crónica en niñas y niños	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes que reciben consejería sobre lactancia materna en controles prenatales</p> <p>Denominador: Total de gestantes que asisten a controles prenatales</p>

Marco de curso de vida	Procedimientos	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica
	<p>Identificar población vulnerable para así contribuir con la prevención de la desnutrición crónica desde la gestación.</p>	<p>Número de mujeres gestantes atendidos por la oferta social disponible en las modalidades relacionadas con la prevención de la desnutrición</p>
<p>Desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida</p>	<p>Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS materno perinatal, e identificación de factores de riesgo para el retraso en talla en niñas y niños desde la etapa de la gestación.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de mujeres posparto o posaborto con asesoría en anticoncepción antes del alta (con énfasis en la importancia del periodo intergenésico de 18 meses o más) Denominador: Total de mujeres posparto o posaborto</p>
	<p>Identificación de factores de riesgo para el retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos vivos sanos a término (37 semanas) con bajo peso al nacer Denominador: Total de recién nacidos vivos sanos a término</p>
	<p>Identificación de factores de riesgo para el retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de nacidos vivos sanos a término (37 semanas) con baja talla al nacer <45 centímetros Denominador: Total de recién nacidos vivos sanos a término</p>
	<p>Determinación de ayuda a las madres a iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de mujeres que informan haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido Denominador: Total de mujeres en parto</p>
	<p>Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS materno perinatal, en el marco de la prevención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos con lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario Denominador: Total de recién nacidos vivos sanos a término</p>

Marco de curso de vida	Procedimientos	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica
	<p>Cumplimiento por parte de las diferentes entidades en la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños que reciben lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad Denominador: Total de niñas y niños de cero a seis meses de edad.</p>
	<p>Identificación de prácticas de alimentación a niñas y niños que pueden intervenir en su crecimiento.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños que reciben lactancia materna predominante en los primeros 6 meses de edad Denominador: Total de niñas y niños de cero a seis meses de edad.</p>
	<p>Identificación de prácticas de alimentación a niñas y niños que pueden intervenir en su crecimiento.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niños de hasta 6 meses de edad que reciben alimentos complementarios de la leche materna Denominador: Total de niñas y niños de cero a seis meses de edad.</p>
	<p>Establecer sistemas continuos de información desde las diferentes entidades que tienen contacto con madres gestantes, lactantes y niños pequeños.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de cuidadores de niñas y niños menores de 1 año que reciben información de educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludables - educación para la nutrición (RPMS) Denominador: Total de cuidadores de niñas y niños menores de 1 año que asisten a actividades de sector salud o sector asistencia social</p>
	<p>Identificación de prácticas de alimentación a niñas y niños que pueden intervenir en su crecimiento.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de binomios madre - hijo (a) que han recibido valoración de la técnica de la lactancia materna (RPMS) Denominador: Total de binomios madre - hijo (a) en donde el hijo recibe lactancia materna</p>

Marco de curso de vida	Procedimientos	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica
Desde los 6 y los 12 meses de vida	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, en el marco de la prevención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año que reciben la suplementación obligatoria con micronutrientes</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año</p>
	Asegurar que el personal adquiera los conocimientos, competencias y habilidades sobre las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos GABAS.	Número de estrategias IEC realizadas en el semestre para personal de salud y servicios sociales para reforzar los mensajes clave de las GABA de los menores de 2 años
	Identificación de prácticas de alimentación en niñas y niños.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños que reciben lactancia materna hasta los 2 años o más de vida</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños de cero a dos años de edad.</p>
	Identificación de prácticas de alimentación que pueden intervenir en su crecimiento, como la alimentación complementaria de niñas y niños.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños que cumplieron con las recomendaciones de la Dieta Mínima Aceptable (variedad y frecuencia) / Denominador: Total de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad.</p>
	Identificación de acciones de prevención del retraso en talla en niñas y niños, desde la asistencia social a familias en condiciones de vulnerabilidad.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de familias con niñas y niños menores de 1 año que reciben seguimiento periódico (visita domiciliaria, encuentros individuales y colectivos con las familias, jornadas de medición del estado nutricional, entre otros) del sector social</p> <p>Denominador: Total de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de sector social.</p>
	Identificación de acciones de prevención del retraso en talla en niñas y niños, desde la asistencia social a familias en condiciones de vulnerabilidad.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de servicios/programas sociales que reciben alimentos complementarios de la leche materna (como parte de la complementación alimentaria)</p> <p>Denominador: Total de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de sector asistencia social.</p>

Tabla 12. Hoja de ruta para la atención del riesgo y la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 12 meses

Marco de curso de vida	Procedimiento de gestión fundamental	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica
Etapa gestacional	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS materno perinatal, en el marco de la atención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes con suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico etc.) durante el embarazo</p> <p>Denominador: Total de gestantes</p>
	Seguimiento al estado nutricional por antropometría de la gestante, como un factor de atención del crecimiento prenatal.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes con bajo peso, que logran ganar peso de forma adecuada de acuerdo con sus semanas de edad gestacional</p> <p>Denominador: Total de gestantes con bajo peso</p>
Desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida	Permitir el acercamiento del sector salud a la puérpera y neonato a fin de contribuir con la salud materno infantil.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de recién nacidos atendidos en el control ambulatorio, entre los 3 y 5 días posparto</p> <p>Denominador: Total de recién nacidos entre los 3 y 5 días posparto</p>
	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, en el marco de la atención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños de 6 meses de edad que recibieron el esquema completo de la fortificación obligatoria con micronutrientes en polvo</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños de 6 meses de edad</p>
	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, en el marco de la atención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños a término con lactancia materna exclusiva o predominante (RPMS) que reciben suplementos con hierro, vitamina A y zinc</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños a término con lactancia materna exclusiva o predominante</p>

Marco de curso de vida	Procedimientos	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica
	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, en el marco de la atención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.	Duración mediana de la lactancia materna exclusiva
	Identificación de prácticas de alimentación a niñas y niños que intervienen en su crecimiento.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de binomios madre - hijo (a) que han recibido valoración de la técnica de la lactancia materna (RPMS)</p> <p>Denominador: Total de binomios madre - hijo (a) en donde el hijo recibe lactancia materna</p>
	Detección y manejo oportuno de alteraciones nutricionales.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños con 6 meses o más de edad, con alteraciones nutricionales, detectadas por antropometría, (peso para la talla <-2DS o >2DS, o talla para la edad <-2DS) a quienes se les ha medido la hemoglobina al menos cada 6 meses</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños con 6 meses o más de edad, con alteraciones nutricionales detectadas por antropometría, (peso para la talla <-2DS o >2DS, o talla para la edad <-2DS)</p>
Desde los 6 y los 12 meses de vida 1 año	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, en el marco de la atención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año que reciben el número de controles indicados de valoración integral de la primera infancia de acuerdo con la edad</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año</p>
	Identificación de oportunidades de mejora en la asignación de citas a población vulnerable.	Número de citas de valoración integral del niño y la niña según esquema de atención obligatoria (2, 4, 6, 8, 10 y 12 meses).
	Identificación del cumplimiento de asistencia a consultas de valoración integral del niño, con el fin de brindar información oportuna sobre la asistencia a consultas en los menores.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de consultas de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad atendidas en las consultas de valoración integral del niño</p> <p>Denominador: Total de consultas de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad atendidas a las consultas de valoración integral del niño</p>

Marco de curso de vida	Procedimientos	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica
	Detección y manejo oportuno de alteraciones nutricionales.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños con clasificación nutricional por antropometría por los indicadores talla/edad y peso/talla</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños atendidas en las consultas de valoración integral.</p>
	Detección y manejo oportuno de alteraciones nutricionales.	<p>Prevalencia (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad identificados con retraso en talla/DNTC</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños atendidas en las consultas de valoración integral</p>
	Determinación del direccionamiento oportuno de las intervenciones, reflejadas en la ganancia adecuada de talla para la edad en niñas y niños.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC que tres y seis meses después presentan un incremento de talla compatible con estar en el canal de crecimiento adecuado (-1DS +1DS en el puntaje Z para el indicador talla edad)</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC</p>
	Determinación del direccionamiento oportuno de las intervenciones, reflejadas en la ganancia adecuada de talla para la edad en niñas y niños.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla y/o DNTC, que tres (3) y 6 meses después, presentan una tendencia positiva sugestiva de un acercamiento al canal de crecimiento adecuado (-1DS +1DS en el puntaje Z para el indicador talla edad)</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC</p>
	Identificación de prácticas de alimentación en niñas y niños.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños que reciben lactancia hasta los 2 años o más de vida</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños de cero a dos años de edad</p>

Marco de curso de vida	Procedimientos	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica
	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, en el marco de la atención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños de 12 meses de edad que recibieron el esquema completo de la fortificación obligatoria con micronutrientes en polvo</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños de 12 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral.</p>
	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, en el marco de la atención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños que reciben desparasitación a partir de los 12 meses de edad</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños de 12 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral.</p>
	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, en el marco de la atención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños hasta los 12 meses de edad, con esquema completo de vacunación para la edad</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños atendidos en las consultas de valoración integral.</p>
	Identificación del cumplimiento e implementación de las rutas integrales de atención en salud RIAS.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de EAPB implementando las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal en el distrito capital</p> <p>Denominador: Total de EAPB en el distrito capital</p>
	Identificación del cumplimiento de la ruta integral de atención en salud RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, en el marco de la atención del retraso en talla en niñas y niños desde el nacimiento.	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarios de servicios/programas sociales, que reciben como parte de la complementación alimentaria leches de fórmula sin razones médicas aceptables</p> <p>Denominador: Total de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarios de servicios/programas sociales</p>

Marco de curso de vida	Procedimientos	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica
	<p>Seguimiento sobre el suministro de complementación alimentaria a beneficiarios de programas sociales.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarias de servicios/programas sociales que reciben trimestralmente, como parte de la complementación alimentaria, alimentos complementarios de la leche materna Denominador: Total de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarios de servicios/programas sociales</p>
	<p>Establecer sistemas de seguimiento sobre la formulación de alimentos de fórmula para lactantes o leches de tarro.</p>	<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños hasta 12 meses de edad, atendidos en crecimiento y desarrollo y/o pediatría que tienen indicación de leches de fórmula con razones médicas aceptables Denominador: Total de niñas y niños de hasta 12 meses de edad atendidos en las consultas de crecimiento y desarrollo y/o pediatría</p>

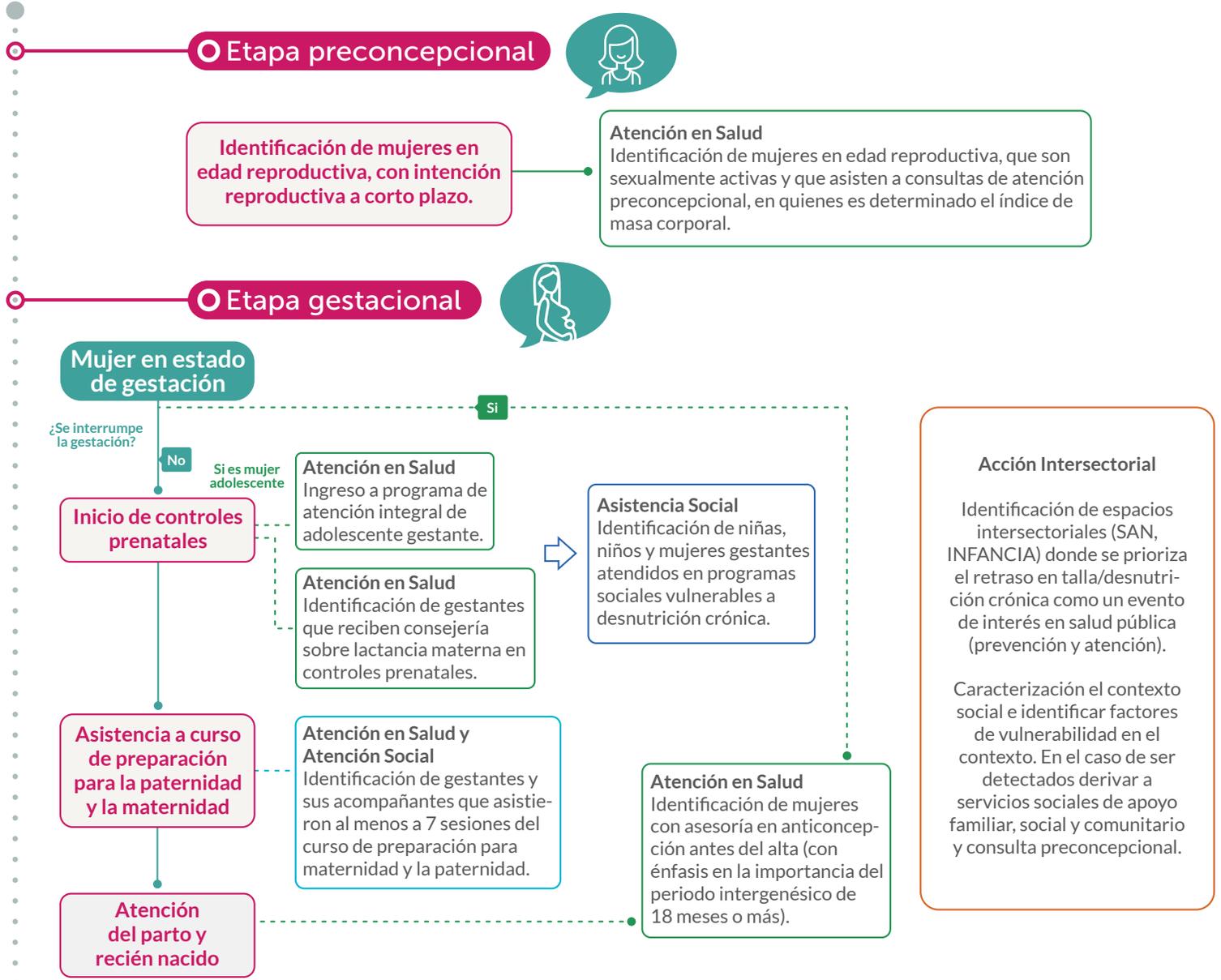
Atenciones intersectoriales para la prevención y la atención del riesgo y la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 12 meses

Marco de curso de vida	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica	Sectores involucrados
Etapa gestacional	Número de espacios intersectoriales (SAN, INFANCIA) donde se prioriza el retraso talla/DNTC como un evento de interés en salud pública (prevención y manejo)	MSPS, SDIS, SDS, ACADEMIA, ICBF
	Se caracteriza el contexto social y se identifican factores de vulnerabilidad en el contexto. En el caso de ser detectados, se derivan a servicios sociales de apoyo familiar, social y comunitario (RPMS) y consulta preconcepcional (Sí/No).	EAPB, SDIS, ICBF, ALCALDIA LOCAL, ALCALDIA
Desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida	Número de grupos de apoyo vinculados a los programas y acciones locales dirigidas a la primera infancia.	SDS, SDIS, SED, ICBF, ALCALDIAS LOCALES
	Se caracterizan y promueven redes de apoyo social y comunitaria para el cuidado y desarrollo de niñas y niños "menores de 1 año" – (RPMS) (Sí/No)	EAPB, SDIS, ICBF, líderes comunitarios
	Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de padres y cuidadores que refieren haber recibido educación sobre derechos y deberes en salud (registro civil de nacimiento, afiliación al sistema de salud, inscripción del recién nacido para el seguimiento y consultad de valoración integral (RPMS) Denominador: total de padres y cuidadores atendidos por sector salud, social o alcaldía local.	EAPB, SDIS, ICBF, ALCADIA LOCAL Registraduria, Alcaldia Local Comités locales de SAN CODIA
	Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños hasta 12 meses de edad del territorio con registro civil. Denominador: total de niñas y niños hasta 12 meses de edad en el territorio.	Comités locales de SAN CODIA

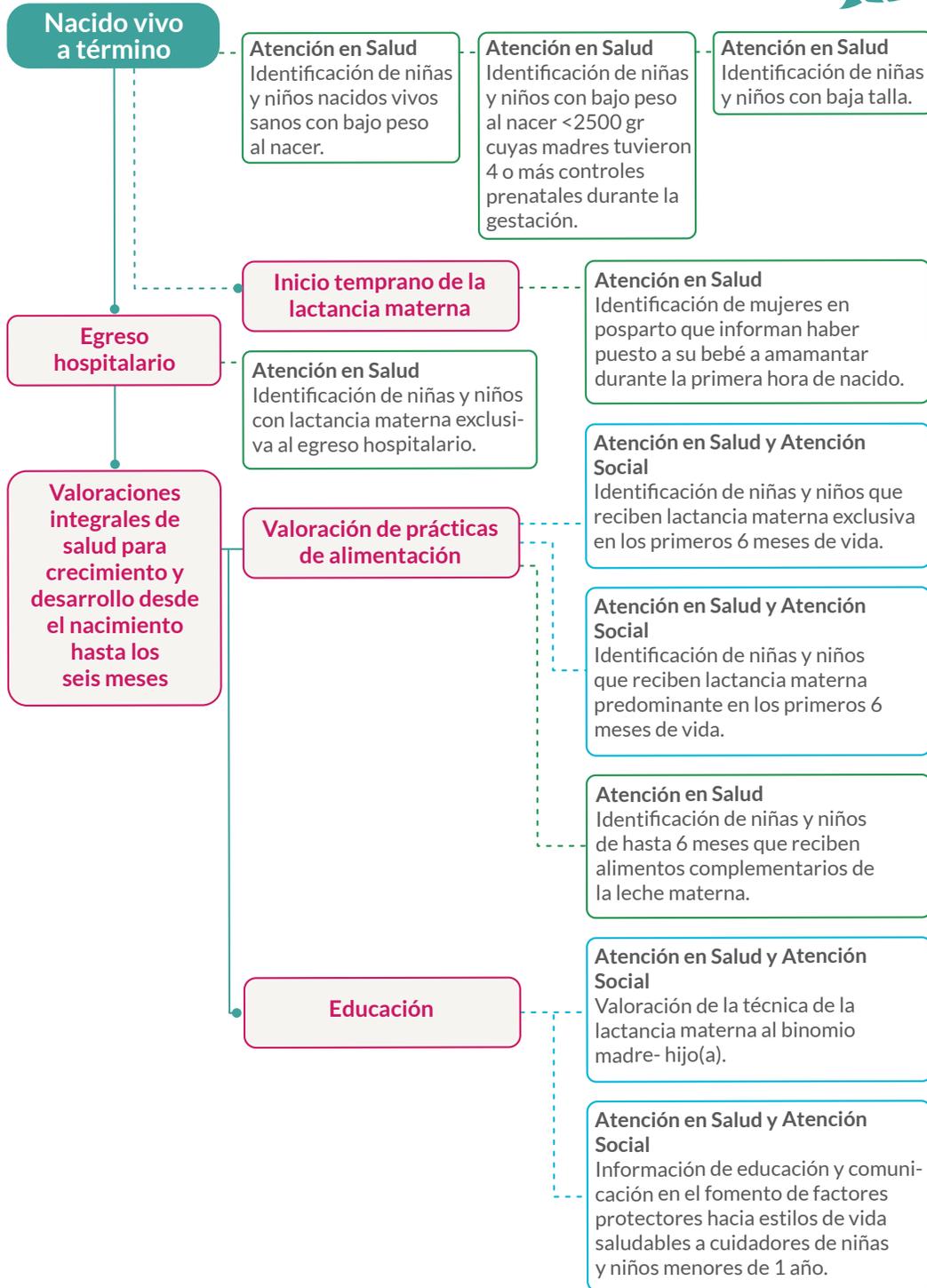
Atenciones intersectoriales para la prevención y la atención del riesgo y la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 12 meses

Marco de curso de vida	Propuesta de construcción de indicador de seguimiento para la vigilancia epidemiológica	Sectores involucrados
	<p>Número de personas vinculadas a los diferentes sectores que prestan atención a la primera infancia en un territorio definido (localidad, municipio, departamento, país) certificados como consejeros en alimentación del lactante y niño pequeño en consejería sobre alimentación y nutrición infantil adecuadas</p>	<p>Comités locales de SAN CODIA</p>
	<p>Número de instituciones que atienden niñas y niños lactantes en el territorio con salas amigas de la familia lactante en funcionamiento</p>	<p>Comités locales de SAN CODIA</p>
	<p>Número de instituciones distritales implementando la Ruta Integral de Atenciones desde la Gestación hasta la Adolescencia (RIAGA) del Distrito Capital (propuesto por nosotras para medir la implementación de recomendaciones de política)</p>	<p>Comités locales de SAN CODIA</p>

Diagrama de hoja de ruta para la prevención del riesgo y la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 12 meses de edad



Del nacimiento hasta los 6 meses de vida



Acción Intersectorial

Identificación de grupos de apoyo vinculados a los programas y acciones locales dirigidas a la primera infancia.

Caracterización y promoción de redes de apoyo social y comunitaria para el cuidado y desarrollo de niños y niñas "menores de 1 año".

Identificación de padres y cuidadores que refieren haber recibido educación sobre derechos y deberes en salud (registro civil de nacimiento, afiliación al sistema de salud, inscripción del recién nacido para el seguimiento y consultas de valoración integral.

Identificación de niños y niñas hasta 12 meses de edad del territorio con registro civil.

Identificación de personas vinculadas a los diferentes sectores que prestan atención a la primera infancia en un territorio definido (localidad, municipio, departamento, país) certificados como consejeros en alimentación del lactante y niño pequeño en consejería sobre alimentación y nutrición infantil adecuadas.

Identificación de instituciones que atienden niñas y niños lactantes en el territorio con salas amigas de la familia lactante en funcionamiento.

Identificación de instituciones distritales implementando la Ruta Integral de Atenciones desde la Gestación hasta la Adolescencia (RIAGA) del Distrito Capital.

Etapa entre los 6 y 12 meses de vida



11. Conclusiones y mensajes clave



▶▶ 1. Retraso en talla y Desnutrición Crónica

Si bien el retraso en talla es el indicador trazador por excelencia de la desnutrición crónica, es importante y necesario posicionar esta condición como el resultado de múltiples factores que deben ser priorizados e intervenidos de manera intersectorial, lo cual contribuirá con su prevención y manejo/atención en niños y niñas menores de un año.

▶▶ 2. Es evidente la importancia de posicionar la problemática del riesgo y/o la DNTC

El Plan de Desarrollo de Colombia 2018- 2022, pacto por Colombia, pacto por la equidad, como parte de su pilar de equidad, incluyó la alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: Ciudadanos con mentes y cuerpos sanos, en la cual uno de sus objetivos es disminuir el número de niños y niñas menores de 5 años con una estatura inferior la estándar para los niños y niñas la misma edad (6). Es así como entonces hace sentido posicionar las acciones de vigilancia epidemiológica de la DNTC como una estrategia clave para garantizar el crecimiento adecuado de niños y niñas como una medida de equidad social.

Es clave que como parte de las iniciativas intersectoriales que se requieren para posicionar, abordar el riesgo y/o DNTC en la primera infancia, se desarrollen ejercicios de gobernanza. Algunos de referentes institucionales del Distrito Capital, al respecto, recomiendan:

"Esto es el aprendizaje de los expertos que hemos logrado contactar o con quienes hemos logrado compartir y que han sugerido como recomendaciones para el modelo colombiano en lograr una estructura distinta desde una causa ministerial que pueda abarcar los diferentes actores y estar realmente logrando esa intersectorialidad [...] para luego posicionar temas como la DNTC y creemos que eso tendría que estar en cabeza de un Ministerio de Hacienda" [...]. Que la DNTC sea reconocida como un problema de salud pública y desarrollo económico para que realmente desde ese enfoque de problema se planteen las soluciones [...] pues no estaríamos hablando de sociedades equitativas, de sociedades formadas, de sociedades económicamente productivas, pero sobre todo de tener unos niños en unas condiciones de igualdad"

(Entrevista a referente de Gestión del conocimiento, FE, Julio de 2019).



[El abordaje a la DNTC] "requiere un nivel mayor, el enlace con el alcalde. Para que eso se viera desde la política y se trabajara, debería haber una gerencia de seguridad alimentaria en la Alcaldía Mayor, pero directamente del despacho del Alcalde, no delegada en un sector porque vuelve y se pierde la mirada supra para poder articular"

(Entrevista a referente Subdirección de Nutrición, SDIS, Junio de 2019).



"Si nosotros no logramos darnos cuenta que invertir para prevenir una DNTC potencia del resto de inversiones que hacemos de alguna u otra manera estamos llegando tarde y estamos invirtiendo recursos en personas que nunca pudieron cumplir su desarrollo ni su potencial humano porque no estuvimos pendientes en la ventana de tiempo que teníamos para hacer [...]. La buena noticia es que parecería ser que prevenir la DNTC no es ingeniería de la NASA. [...] Esto requiere un plan de mucho más largo aliento, esto no puede ser político, esto no puede ser la bandera de una persona que esté de turno, sino una meta social ya mucho más amplia y pues totalmente intersectorial porque que esto no le pertenece a una solo persona, sino beneficia a todo el mundo también"

(Entrevista a referente de Salud Colectiva, SDS, Julio de 2019).



“Hay que pensar en positivo y decir: que yo como alcalde o alcaldesa de esta ciudad lo que quiero lograr en los cuatro años es que la mayor cantidad de niños y niñas que nacen en Bogotá se desarrollen al máximo de sus potencialidades. En ese ejercicio alrededor de esa frase todos tenemos acciones que lograr [...]. Tendría un reto porque si son cuatro años de alcaldía y estamos hablando de los menores de cinco años, podría decir: yo voy a tener una primera generación, una primera cohorte de niños menores de cinco años que se van a estar desarrollando con todo el potencial que tienen para hacerlo”

— (Entrevista a referente comité central del proyecto DNTC, FSFB, Junio de 2019).



“Creo que el reto de la implementación [de la guía] no sólo es mantenerse en esas mesas [intersectoriales de infancia y nutrición], sino hacer una asignación de presupuesto; [...] tendría que mantener un equipo que le haga seguimiento a la implementación de esa ruta, o sea así como hay un equipo de seguimiento de jardines, tendría que haber un equipo de seguimiento para la ruta de DNTC

— (Entrevista a referente de Subdirección de Infancia, SDIS, Junio de 2019).



▶▶ 3. Es necesario conocer y reconocer las consecuencias de la DNTC para el desarrollo social del territorio, del país

Se debe tener en cuenta la problemática que representa la DNTC cuando no se previene o atiende oportunamente. Tal y como lo muestra la evidencia, el retraso en talla implica peores condiciones de calidad de vida y desarrollo para quienes lo padecen, teniendo mayor probabilidad de padecer otro tipo de malnutrición, ya sea por exceso o defecto, e incluso convivir con significantes deficiencias de micronutrientes. La oferta de acciones de asistencia social es clave para abordar estos problemas, pues tienen la posibilidad, entre otras, de ofrecer intervención educativa pertinente y de calidad adicional a la ofertada misionalmente (complementación alimentaria, cuidado inicial, protección, entre otros).

Desde el enfoque social, es importante reflexionar en la ruta de las personas que no son elegibles para ser beneficiarios de la oferta de servicios sociales y que SI los necesitan. Para lo cual se requieren decisiones de política pública que permitan incluir esta población que queda descubierta pero que lo necesita, aunque sus criterios de priorización no estén necesariamente alineados con lo establecido. Es decir, los criterios deben revisarse para que respondan a

la realidad concreta de las familias, que por uno u otro factor es vulnerable y requiere intervención. En el mismo sentido, es importante facilitar el proceso específico de registro e inicio del beneficio para las familias focalizadas, pues la experiencia

mostró que aunque algunas cumplan con los criterios para acceder a alguno de los programas de la oferta social disponible, los trámites de ingreso pueden tardar mucho tiempo y se pierde oportunidad para intervenir la condición de vulnerabilidad específica encontrada.

Al respecto, algunos de los representantes sectoriales de Bogotá, DC refieren:

"Son niños que definitivamente van a tener bajo rendimiento escolar, siempre van a estar con un riesgo de problemas en salud, respiratorios; son niños que definitivamente las enfermedades prevalentes de la infancia son las que van a afectarlos más"

(Entrevista a referentes de vigilancia epidemiológica, EAPB, Julio de 2019).



"Creo que requiere pensarse algo mucho más intersectorial y que finalmente al que le duela que ese niño tenga un retraso en talla y eso todo lo que implica para su desarrollo realmente es a la sociedad más globalmente. Un niño con retraso en talla [aparenta normalidad], el niño parecería estar bien. [Se debería reforzar] una contundencia más social porque finalmente lo que nos duele del retraso en talla son las implicaciones que se tiene en el desarrollo de ese niño... Ponerle una meta y vigilar más rigurosamente el retraso en talla"

(Entrevista a referente de Salud Colectiva, SDS, Julio de 2019).



"Los desenlaces sociales, económicos y de desarrollo para todos nosotros van mucho más allá de que ese niño mida lo que debería medir para su edad. [Se debe buscar] la habilidad para traducirle a los otros sectores que a todos nos tiene que doler un niño que no cumplió su potencial humano"

(Entrevista a referente de Salud Colectiva, SDS, Julio de 2019).



►► 4. Se deben fortalecer los sistemas de información y las acciones de vigilancia epidemiológica para ser compartidas entre sectores

Los sistemas de información son claves para el desarrollo del primer paso hacia la intersectorialidad informativa. En ese sentido, la vigilancia del retraso en talla requiere de sistemas de información confiables y actualizados para que cada uno de los sectores (sea salud, asistencia social, educación, gobierno, comunidad) tenga herramientas para el monitoreo, el seguimiento y la toma de decisiones. El componente de vigilancia epidemiológica debe tener explícitos los subsistemas de información, análisis e intervención, así como un componente de vigilancia comunitaria que avance hacia un monitoreo crítico que sea propuesto y elaborado en conjunto por los actores potenciales para la medición de los indicadores relacionados.

Reflexiones, al respecto, de los referentes de algunos sectores del Distrito Capital, fueron:



Si en seguimiento pudieras decir: a este niño le hace falta control prenatal, le falta control de crecimiento y desarrollo, entonces ¿qué puedo hacer? Pero si este, al contrario, tuvo control de crecimiento y desarrollo, tuvo consejería, todo y está en el jardín y tiene bajo peso o tiene DNTC, entonces quiere decir que no es porque nosotros como Estado no hayamos

llegado, sino porque lo que le corresponde a la familia en su rol corresponsable no se está haciendo. Entonces yo creo que eso es algo a lo que la próxima administración le tiene que dar continuidad porque ha sido un esfuerzo muy grande [y que se integre con] educación, con ICBF, con salud, con integración"

(Entrevista a referente de Subdirección de Infancia, SDIS, Junio de 2019).



"No hay un sistema unificado [entre sectores] para el distrito, entonces hay plataformas de sistemas en donde son incompatibles un sector con otro. Los sistemas que tiene salud o integración social hacen que no sea tan fácil ese cargue de información y ese seguimiento único. El seguimiento sí se hace por sector pero no unificado para el distrito"

(Entrevista a referentes PAE, SDE, Julio de 2019).



►► 5. Se debe hacer un fuerte llamado a que las EAPB articulen acciones hacia la prevención y el manejo de la DNTC como un evento de interés en salud pública

¿Por qué se espera que se trate el riesgo y/o la DNTC como un evento de salud pública? Esta condición del estado nutricional en la población de la primera infancia significa deteriorar su bienestar y calidad de vida, lo cual se refleja directamente sobre la salud de los individuos que la padecen. Por ello se requieren acciones articuladas, organizadas y focalizadas que, aunque, inicien en el sector salud, con acciones específicas desde la etapa pregestacional, como lo propone esta guía, la acción intersectorial es la clave para lograr quebrar sus efectos y tendencia y obtener resultados positivos sostenibles.

En esta acción intersectorial la participación de quienes atienden directamente a la primera infancia es definitiva y por ello los aseguradores y prestadores de los servicios de salud deben jugar un importante papel en garantizar la prestación de los servicios específicos con oportunidad y calidad como dos variables clave de mejores desenlaces en cualquiera de las etapas de la prevención y/o atención/ manejo del riesgo y/o la desnutrición crónica.



"Vale la pena invertir, porque yo diría que casi el 50% de los problemas de los adultos están generados por una mala atención primaria en pediatría. Por ejemplo, todos los problemas que tienen que ver con hipertensión, diabetes, síndrome metabólico en la población adulta que está generando tanto impacto económico, se lograría controlar en gran medida desde que arrancáramos desde la primera infancia. Y el primer asunto es diagnosticar. Porque estamos acostumbrados normalizar que la población colombiana sea flaca y bajita. Entonces, como todos somos flacos y chiquitos, el problema se llama talla baja y no se llama retraso en talla o no se llama desnutrición. Yo creo que hay que invertirle a la prevención, a la promoción, al diagnóstico, a la educación y a la capacitación de los equipos de salud y a la educación y capacitación en términos poblacionales para que la gente empiece a apropiarse del problema. [...] Hasta que no logremos que nuestros mismos profesionales entiendan el problema de salud, no le vamos a poder transmitir a los profesionales que ellos se tienen que empoderar de sus problemas de salud"

(Entrevista a referente de área administrativa, EAPB, Julio de 2019).



►► **6. Los cambios que la política SAN está atravesando actualmente, deben considerarse como una oportunidad para desarrollar la intersectorialidad en la prevención y el manejo de la DNTC como un evento de interés en salud pública.**

Continuar con un marco político que revalida la importancia del abordaje desde la seguridad alimentaria y nutricional con un enfoque de colaboración activa entre sectores y con líneas y metas de acción definidas y lideradas desde los tomadores de decisiones de mayor injerencia de cada sector, permite avanzar en el proceso de posicionamiento de condiciones específicas que son de mayor complejidad por su necesidad de interacción multifactorial como lo es la desnutrición crónica infantil. Específicamente, se hace referencia a la revitalizada Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, CISAN, que podrá convertirse en el espacio de colaboración/ acción intersectorial nacional donde se posicione definitivamente el tema de la talla de los niños y niñas colombianos.



"En este momento de hecho se está haciendo una reformulación de toda la política de seguridad alimentaria y nutricional para transitar en vía lo que está indicado en los acuerdos de paz y también en el plan nacional de desarrollo para lograr de forma progresiva llegar a un sistema pensado en el derecho humano a la alimentación. Eso involucra hacer una reestructuración de ese espacio de liderazgo [la CISAN], de coordinación de todo el diseño de política en torno a la seguridad alimentaria y nutricional de la población. Son líneas muy gruesas porque todavía tenemos la debilidad desafortunadamente de que esos otros actores que están relacionados y que tienen al final una, como una relación mucho más directa con el resultado final que vemos en el estado nutricional de los niños, no reconocen del todo su papel"

(Entrevista a asesora experta de nutrición, ICBF, Julio de 2019).



►► **7. Una intervención integral y articulada, en el marco de la salud pública, con seguimiento sistemático individuo a individuo es clave para lograr tendencias positivas sobre el crecimiento lineal de niños y niñas afectados por el riesgo y/o desnutrición crónica.**

Una de las más importantes lecciones aprendidas del desarrollo de este documento fue la obtenida a partir de la respuesta de las familias de los niños y niñas beneficiarios del proyecto piloto de intervención (ver reporte completo de la intervención al respaldo). Mostraron que el seguimiento y acompañamiento a las recomendaciones que recibían sobre cuidado en salud y nutrición, desarrollo, oportunidades de vinculación a la oferta social de las localidades, derechos de los niños, entre otros, es una actividad clave que les permite empoderarse y avanzar hacia el logro de mejores resultados para sus hijos e hijas. La intervención desarrollada (atención en salud, atención social y oferta de complementación alimentaria, educación a cuidadores y empoderamiento comunitario) que se basó principalmente en acciones de tipo educativo y pedagógico, fortalecidas a

través de una estrategia de comunicaciones rigurosa y construida conjuntamente con los actores involucrados (padres, madres, cuidadores, profesionales de los servicios de la oferta a la primera infancia local, el equipo de investigación) puede ser calificada como exitosa y su implementación requiere de un ejercicio activo y eficiente intersectorial, donde cada actor y sector ponga al servicio de los otros su quehacer misional y así todos se potencien y gestionen las necesidades y requerimientos de la población a la cual intervienen. Que para este caso se logró demostrar el ejercicio con una población específica de primera infancia, residentes en ciertas zonas específicas de un territorio pero que lo realizado tiene un alto potencial de ser escalado.

►► **8. Sobre la implementación de las acciones definidas en esta guía de prevención y manejo del riesgo y la desnutrición crónica como un evento de interés en salud pública.**

La puesta en marcha de un piloto local donde se trabajó con un grupo de niños y niñas afectados por el riesgo y/o desnutrición crónica mostró que existen importantes posibilidades de intervenir positivamente sobre este tipo de malnutrición y la ventana de oportunidad, que está relacionada con la edad y la condición general de salud de los niños y niñas, tal y como lo reporta la literatura es una y hay que tomarla. Entonces, se trata de un ejercicio de política pública, en el cual es necesario plantear objetivos, metas e indicadores que muestren acción sobre esta condición del estado nutricional de la primera infancia. La implementación de estas acciones, que desde el piloto desarrollado, se plantearon es una forma de abordar el problema, y muchos de los

desarrollos logrados podrán adoptarse pero otros requerirán de su adaptación de acuerdo con el contexto donde se encuentren esta poblaciones viviendo en su cotidianidad, sin embargo todas las acciones tienen posibilidades de ser escaladas.

No se han hecho propuestas de gran complejidad, se trata de una propuesta de articular lo que ya se está haciendo, pero además hacerlo de forma efectiva que permita mostrar resultados positivos sobre la población de la primera infancia que se está atendiendo, por ello se hace necesario que los tomadores de decisiones se arriesguen a pensar y actuar sobre el retraso en talla, que puede llegar a tener desenlaces positivos, siempre y cuando se haga oportunamente.

12. Limitaciones



- ▶▶ 1. Aunque la revisión sistemática se realizó con las bases de datos más relevantes en términos de información de ciencias de la salud y con la opinión de expertos que sugirieron los documentos clave, se pudo haber omitido algún documento relevante.
- ▶▶ 2. La validación de los indicadores presentados en esta guía contó con la valiosa participación de un grupo de expertos. No obstante, no se pudo contar con la participación de la totalidad de instituciones identificadas con capacidades para la prevención y atención del riesgo y de la DNTC con evidencia en la literatura y que se sugiere en el contexto del Distrito Capital.

13. Equipo de investigación e intervención del proyecto



Agradecemos especialmente al comité técnico del proyecto en el cual se concertó la participación y coordinación de acciones de diferentes sectores.

Equipo Directivo:

Paula Escobar Gutiérrez
Directora Ejecutiva
Fundación Éxito

Diana Maria Pineda Ruiz
Líder de Inversión Social y Generación
del Conocimiento
Fundación Éxito

Henry Gallardo
Director General
Fundación Santa Fe de Bogotá

Dario Londoño Trujillo
Director Eje de Salud Poblacional
Fundación Santa Fe de Bogotá

Luis Gonzalo Morales Sánchez
Secretario de Despacho
Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía
de Bogotá

Amelia Rey Bonilla
Directora de Salud Colectiva
Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía
de Bogotá

Gladys Sanmiguel Bejarano
Secretaria de Despacho
Secretaría Distrital de Integración
Social –Alcaldía de Bogotá

Juan Carlos Peña Quintero
Director de Nutrición y Abastecimiento
Secretaría Distrital de Integración
Social –Alcaldía de Bogotá

Martha Liliana Huertas Moreno
Subdirectora de Nutrición
Secretaría Distrital de Integración
Social – Alcaldía de Bogotá

Juliana Salazar Restrepo
Subdirectora para la Infancia
Secretaria Distrital de Integración
Social – Alcaldía de Bogotá

Juliana Pungiluppi Leyva
Directora General
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar –ICBF-

Carlos Alberto Aparicio Patiño
Director de Primera Infancia
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar –ICBF-

Zulma Yanira Fonseca Centeno
Directora de Nutrición
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar –ICBF-

Santiago Molina Álvarez
Jefe Oficina de Cooperación y Convenios
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar – ICBF-

Equipo Investigador:

Kenny Margarita Trujillo Ramirez
Investigadora principal
Fundación Santa Fe de Bogotá

Gina Paola Arocha Zuluaga
Coordinadora de Proyectos –
Coinvestigadora
Fundación Santa Fe de Bogotá

Paula Andrea Castro Prieto
Investigadora Asociada
Fundación Santa Fe de Bogotá

Simon Tomasi
Geógrafo - Coinvestigador
Fundación Santa Fe de Bogotá

Yenny Paola Rueda Guevara
Nutricionista
Fundación Santa Fe de Bogotá

Sergio Mauricio López Moreno
Asesor estadístico
Fundación Santa Fe de Bogotá

Andrea Ramírez Varela
Profesora Asistente
Facultad de Medicina, Universidad de
los Andes
Fundación Santa Fe de Bogotá

Diana María Pineda Ruiz
Líder de Inversión Social y Generación
del Conocimiento
Fundación Éxito

Juan Sebastian Holguin Posada
Analista de Inversión Social y
Generación de Conocimiento
Fundación Éxito

Juan Carlos Burgos Castro
Nutricionista Inversión Social y
Generación del Conocimiento
Fundación Éxito

Equipo de seguimiento técnico:

Angela María Orrego Cardona
Coordinadora de Inversión Social y
Generación del Conocimiento
Fundación Éxito

Amelia Rey Bonilla
Directora de Salud Colectiva
Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía
de Bogotá

Carmen Graciela Zamora Reyes
Referente Infancia, Subsecretaría de
Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía
de Bogotá

Mabel Angulo Angulo
Referente Ruta de Alteraciones
Nutricionales, Dirección de Provisión de
Servicios de Salud
Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía
de Bogotá

Martha Patricia Becerra Muñoz
Profesional Especializada, Dirección de
Aseguramiento y Garantía del Derecho a
la Salud
Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía
de Bogotá

Martha Liliana Huertas Moreno
Subdirectora de Nutrición
Secretaría Distrital de Integración
Social – Alcaldía de Bogotá

María Victoria Benjumea Rincón
Asesora Subdirección de Nutrición
Secretaría Distrital de Integración
Social – Alcaldía de Bogotá

Patricia Andrea Aguiar Guzmán
Profesional especializado - Equipo
Información Educación y Comunicación
- Subdirección de nutrición
Secretaría Distrital de Integración
Social – Alcaldía de Bogotá

Viviana Catherine Villegas González
Profesional especializado- Equipo
Vigilancia alimentaria y nutricional -
Subdirección de nutrición
Secretaría Distrital de Integración
Social – Alcaldía de Bogotá

Ivón Carolina Camargo García
Profesional Especializado -
Subdirección para la Infancia
Secretaría Distrital de Integración
Social – Alcaldía de Bogotá

Paul René Ocampo Téllez
Profesional Especializado -
Subdirección para la Infancia
Secretaría Distrital de Integración
Social – Alcaldía de Bogotá

Diana Patricia Arboleda Ramirez
Directora Regional
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar –ICBF- Regional Bogotá

Karen Maonory Martínez Roa
Coordinadora Grupo de Atención en
Ciclos de Vida y Nutrición
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar –ICBF- Regional Bogotá

Francy Nayibi Gómez Garzón
Nutricionista Grupo de Atención en
Ciclos de Vida y Nutrición
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar -ICBF - Regional Bogotá

Sandra Esperanza Cruz Moreno
Profesional Especializado Dirección de
Nutrición
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar –ICBF-

Marisol Murillo Morales
Profesional Grupo Alianzas Estratégicas
- Oficina de Cooperación y Convenios
Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar –ICBF-

Equipo de campo:

Sonia Cristina Fernandez Fernández
Enfermera
Fundación Santa Fe de Bogotá

Luz Omaira Rojas Benavides
Consultora
Fundación Santa Fe de Bogotá

Yohana Andrea Pantoja Erazo
Enfermera
Fundación Santa Fe de Bogotá

Paula Alexandra Erazo Ramos
Nutricionista
Fundación Santa Fe de Bogotá

Karbeth Nygred Solano Sanchez
Facilitadora
Fundación Santa Fe de Bogotá

Diana María Villota Vallejo
Facilitadora
Fundación Santa Fe de Bogotá

Natalia Botero Tovar
Médico rural de investigación
Fundación Santa Fe de Bogotá

14. Agradecimientos a los colaboradores de intervención en DNTC

Equipo colaborador en campo: Paula Castro Prieto (nutricionista), Paola Rueda Guevara (nutricionista), Omaira Rojas Benavides (enfermera), Karbeth Nygred Solano Sánchez (médica), Diana María Villota Vallejo (fisioterapeuta), Sonia Cristina Fernández Fernández (enfermera), Yohana Andrea Pantoja Erazo (enfermera), Paula Alexandra Erazo Ramos (nutricionista).

Agradecemos por su colaboración en la gestión operativa de campo a los referentes locales de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) y a todas las asociaciones que trabajan en conjunto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Especialmente, agradecemos a Yildrey Cristina Zarta Gaitán, Camilo Antonio Oyola Triviño, Aura Nancy Gómez Otálora y Sandra Patricia Zorro Rodríguez --SDIS; Ruth Zolanyi Mora, Mariana Caicedo, Myriam Lucila Román, Eddy Peñaranda, Mina García, Raquel Sofía Orjuela Sosa, Bibiana Caballero, Angela Rincón, Carolina Acero, Daniel Chauta, Marcela Abril, Edna Bolaños, María Fernanda González Alférez --ICBF. De Secretaría Distrital de Salud, agradecemos la gestión en cruce de información a Juliana Damelines. Adicionalmente, a Víctor Cortés de la Junta de Acción Comunal del Barrio La Clarita por su gestión.

Agradecemos a Rosalba Corredor, Liliana Cubillos, Claudia González y Tatiana Torres, y los referentes de los Comités Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional de las tres localidades priorizadas del proyecto por su colaboración, participación y gestión en la socialización del proyecto, así como por su participación en talleres de intersectorialidad.

Agradecemos a Ángela Orrego, coordinadora de Inversión Social de Fundación Éxito, y a todo el equipo que colaboró en la coordinación y redención de bonos. Personal administrativo: Sandra Rojas, Iván Pelayo, Olga Macias, Laura Gonzalez, Carlos Guerrero, Edgar Aviles, Yeison florez, Edwin Peña, Eduardo Rincón, Veronica Baquero, Excenobel Galarza, Pedro Arias, Carolina Posada, César Díaz. Colaboradores de redención: Nathaly Ariza, Maria Camila Ariza, Ruth Montañez, Natalie Benitez, Cristian Hernández, Alejandra Virgüez, Angie Mayorga, Luisa Sanabria, Caroline Hernández.

Agradecemos a Luis Jorge Hernández Flórez, profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, por sus comentarios, sugerencias y revisión del documento preliminar de la Guía y al equipo de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Secretaría de Salud de Bogotá por la revisión y aporte de recomendaciones al documento preliminar de la Guía.

El diagrama de la hoja de ruta referente al manejo y atención, que tiene sus interacciones con el desarrollo adelantado en intersectorialidad se muestra a continuación en el siguiente diagrama.

...

Guía de prevención y manejo del riesgo y la **desnutrición crónica**

EN MENORES DE UN AÑO DE EDAD
COMO UN EVENTO DE INTERÉS EN
SALUD PÚBLICA

Fundación Santa Fe de Bogotá: Salud Poblacional,
grupo de investigación CEIS
Fundación Éxito - FE

En alianza con:

Secretaría Distrital de Salud, Bogotá – SDS
Secretaría Distrital de Integración Social, Bogotá – SDIS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF

2019

...

15. Anexos

Anexo 1. Desarrollo de la guía – revisión sistemática

Términos y ecuaciones de búsqueda

Revisión en bases de datos indexadas

Ecuaciones de búsquedas generales

("Malnutrition/prevention & control*" OR stunting) AND ("infant" OR "child") AND ("prevention" OR "treatment" OR "primary care")) Sort by: Best Match Filters: Infant: birth-23 months

((((Malnutrition/prevention & control* OR stunting OR undernutrition) AND (public-private OR Public Health* OR Public Sector* OR Public-Private Sector Partnerships* OR inter-sectoral OR multi-sectoral)) AND ((partnerships OR collaboration OR consolidation OR cooperation OR planning)) AND (infant OR child)))

Ejemplos de las búsquedas con algunos de las palabras clave en bases de datos indexadas

PUBMED

stunting[Title/Abstract] AND (growth disorders [MeSH Terms] AND (treatment[Title/Abstract]

OVID

(stunting and primary prevention).af. and infant.sh.

stunting.af. and primary prevention.sh. and infant.sh.

(growth disorders and primary prevention and infant).sh.

stunting.at. and primary health care.sh.

(growth disorders and primary health care and infant).sh.

stunting.af. and growth disorders.sh. and treatment.sh.

(stunting and treatment).af. and infant.sh

WEB OF SCIENCE

TS=(stunting AND "primary prevention")

ALL=growth disorders AND TI=primary prevention

ALL=growth disorders AND ALL=primary prevention AND ALL=stunting

ALL=stunting AND TS= "primary health care" AND TS=infant=

ALL=stunting AND TS=growth disorders AND ALL=treatment AND TS=infant=

Revisión de fuentes secundarias

Website de la Organización Mundial de la Salud - OMS

Se realiza la búsqueda en el motor de búsqueda de la OMS.

Ecuación: "desnutrición crónica" OR stunting OR malnutrition) AND (Infant OR child)

Ecuación: malnutrition stunting intersectoral partnership infant child

<https://globalnutritionreport.org/reports/global-nutrition-report-2018/three-issues-critical-need-attention/>

<https://www.who.int/search?page=44&pagesize=10&query=malnutrition%20stunting%20intersectoral%20partnership%20infant%20child&sort=relevance&sortdir=desc&default=AND&f.Countries.size=100&f.Lang.filter=en&f.RegionalSites.size=100&f.Topics.size=100&f.contenttype.size=100&f.doctype.size=101&facet.field=RegionalSites&facet.field=Topics&facet.field=doctype&facet.field=Countries&facet.field=contenttype&facet.field=Lang&tune=true&tune.0=3&tune.1=2&tune.2=2&tune.3=3&tune.4=180&tune.5=75>

Fecha de acceso: 27 de Febrero, 2019.

Ecuación: (("Malnutrition prevention & control*" OR stunting) AND (infant OR child) AND (prevention OR treatment OR "primary care"))

Ecuación: malnutrition stunting intersectoral partnership infant child

https://www.unicef.org/search?force=0&query=malnutrition+stunting+intersectoral+partnership+infant+child&search_date_range_picker=&changed%5Bmin%5D=&changed%5Bmax%5D=

Fecha de acceso: 27 febrero, 2019.

Website de GOOGLE e Instituciones Nacionales

Ministerio de salud y Secretaria de salud

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

Palabras clave: Stunting; Retraso en talla; Desnutrición crónica; Malnutrición

Fecha de acceso: 27 febrero, 2019.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF

<https://www.icbf.gov.co/>

Palabras clave: Stunting; Retraso en talla; Desnutrición crónica; Malnutrición

Fecha de acceso: 27 febrero, 2019.

Secretaría distrital de integración social

<http://www.integracionsocial.gov.co/>

Palabras clave: Desnutrición crónica.

Fecha de acceso: 27 febrero, 2019.

Anexo 2. Lista completa de indicadores a partir de la revisión sistemática de la literatura

Prevención	
Preconcepción	Actores potenciales para medición
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de historias clínicas que tienen registro de actividades de consejería sobre salud y nutrición materno infantil realizadas a mujeres de edad fértil con intenciones reproductivas, gestantes o madres de niños de 12 o menos meses Denominador: de historias clínicas que tienen registro de actividades de consejería sobre salud y nutrición materno infantil realizadas a mujeres de edad fértil con intenciones reproductivas, gestantes o madres de niños de 12 o menos	EAPB, SDS

meses	
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de talento humano de asistencia social que están entrenados en consejería sobre salud y nutrición materno infantil aplicable a mujeres en edad fértil intenciones reproductivas, gestantes o madres de niños de 12 o menos meses Denominador: Total de talento humano de asistencia social</p>	SDS, SDIS, ICBF
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de grupos de apoyo comunitarios que están entrenados en consejería sobre salud y nutrición materno infantil aplicable a mujeres en edad fértil con intenciones reproductivas, gestantes o madres y cuidadores de niños de 12 o menos meses Denominador: Total de grupos de apoyo comunitarios</p>	IPS, EAPB, ICBF, SDIS, SDS
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), que son sexualmente activas y con intenciones reproductivas, que asisten a consultas de atención preconcepcional, con diagnóstico de delgadez según el índice de masa corporal (<18.5kg/m2) Denominador: Total de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y con intenciones reproductivas que asisten a</p>	EAPB

consultas de atención preconcepcional	
Embarazo	Actores potenciales para medición
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de nacidos vivos a término (37 semanas) con bajo peso al nacer <2500 gramos cuyas madres tuvieron 4 o más controles prenatales durante la gestación Denominador: Total de nacidos vivos a término (37 semanas) con bajo peso al nacer <2500 gramos cuyas madres asistieron a control prenatal.</p>	EAPB, SDIS, ICBF
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes que recibieron consejería sobre salud y nutrición materno infantil Denominador: total de gestantes</p>	EAPB, SDIS, ICBF
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes con sus acompañantes que asistieron al menos a 7 sesiones del curso de preparación para maternidad y la paternidad Denominador: Total de gestantes con sus acompañantes asistentes al curso de preparación para maternidad y la paternidad</p>	EAPB

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes que reciben consejería sobre lactancia materna en controles prenatales</p> <p>Denominador. Total de gestantes que asisten a controles prenatales.</p>	EAPB
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes menores de 19 años, beneficiarias de los programas sociales que no han culminado sus estudios y se encuentran desescolarizadas</p> <p>Denominador: de gestantes menores de 19 años, beneficiarias de los programas sociales</p>	SDIS, ICBF
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de mujeres en gestación que reciben consejería en las prácticas de nutrición adecuada en el puerperio y antes del egreso de la atención del parto</p> <p>Denominador: total de mujeres en gestación, el puerperio y antes del egreso de la atención del parto</p>	EAPB
<p>Número de niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en la modalidad para la prevención de la desnutrición.</p>	EAPB
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de mujeres posparto o posaborto con asesoría en anticoncepción antes del alta (con énfasis en la importancia del periodo intergenésico de 18 meses o más)</p> <p>Denominador: Total de mujeres posparto o posaborto</p>	EAPB

Nacimiento - 6 meses	Actores potenciales para medición
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos vivos con bajo peso al nacer Denominador: Total de recién nacidos vivos	EAPB, IPS
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de nacidos vivos con baja talla al nacer <45 centímetros Denominador: Total de recién nacidos vivos	EAPB, IPS
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de mujeres que informan haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido Denominador: Total de mujeres posparto.	EAPB, IPS
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos con lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario Denominador: Total de recién nacidos vivos sanos	EAPB, IPS
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: Lactantes de hasta 6 meses que son alimentados con leche materna exclusivamente Denominador: Lactantes de hasta 6 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral	EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: Lactantes de 0 a 6 meses que recibieron lactancia materna predominante en los primeros 6 meses de edad Denominador: Lactantes de 0 a 6 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niños de hasta 6 meses de edad que reciben alimentos complementarios de la leche materna Denominador: Total de niñas y niños atendidos de cero a seis meses de edad.</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de talento humano en las salas amigas de la familia lactante en entorno comunitario entrenados en consejería sobre lactancia materna para mujeres con hijos menores de 6 meses de vida Denominador: número de talento humano en las salas amigas de la familia lactante en entorno comunitario</p>	<p>SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de talento humano de servicios sociales entrenados en consejería sobre lactancia materna para mujeres con hijos menores de 6 meses de vida Denominador: Total de talento humano de servicios sociales que atiende a menores de 6 meses de vida.</p>	<p>SDIS, ICBF, ACADEMIA, SECTOR PRIVADO</p>

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de madres con hijos menores de 6 meses que recibieron atención de grupos de apoyo de la comunidad (consulta resulta o remisión a salud o servicios sociales que corresponda)</p> <p>Denominador: total de madres con hijos menores de 6 meses</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de talento humano de servicios sociales entrenados en consejería sobre lactancia materna para mujeres con hijos menores de 6 meses de vida</p> <p>Denominador: total de talento humano de servicios sociales que atiende a menores de 6 meses de vida.</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de cuidadores de niñas y niños menores de 1 año que reciben información de educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludables - educación para la nutrición (RPMS)</p> <p>Denominador: Total de cuidadores de niñas y niños menores de 1 año.</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Valorar la técnica de la lactancia materna y alimentación complementaria (RPMS) (SÍ/No)</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de binomios madre - hijo (a) que han</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>

<p>recibido valoración de la técnica de la lactancia materna (RPMS)</p> <p>Denominador: Total de binomios madre - hijo (a) en donde el hijo recibe lactancia materna</p>	
<p>Hasta 12 meses</p>	<p>Actores potenciales para medición</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año que reciben la fortificación obligatoria con micronutrientes en polvo</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año</p>	<p>EAPB</p>
<p>Número de estrategias IEC realizadas en el semestre para personal de salud y servicios sociales para reforzar los mensajes clave de las GABA de los menores de 2 años¹</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF, SDS, ALCALDÍA LOCAL</p>
<p>Porcentaje (numerados/denominador x 100)</p> <p>Numerador: Número de niñas y niños de 6 a 12 meses con lactancia materna complementaria</p> <p>Denominador: total de niñas y niños de 6 a 12 meses evaluados</p>	<p>EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL</p>
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de familias de niños de 6-12 meses que tuvieron consejería en alimentación y nutrición infantil adecuadas</p> <p>Denominador: total de familias de niños de 6-12 meses</p>	<p>SDIS, ICBF, ACADEMIA, SECTOR PRIVADO, EAPB</p>

<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de personal de servicios sociales certificados en consejería sobre alimentación y nutrición infantil adecuadas Denominador: total de personal de servicios sociales</p>	<p>SDIS, ICBF, ACADEMIA, SECTOR PRIVADO, ALCALDÍA</p>
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de personal de grupos de apoyo a la comunidad certificados en consejería sobre alimentación y nutrición infantil adecuadas Denominador: total de personal de grupos de apoyo a la comunidad</p>	<p>SDIS, ICBF, ACADEMIA, SECTOR PRIVADO, ALCALDÍA</p>
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de personal de salud certificados en consejería sobre alimentación y nutrición infantil adecuadas Denominador: total de personal de salud</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de instituciones que atienden la primera infancia y que tienen instaurada la consulta de consejería en alimentación del lactante y niño pequeño. Denominador: total de instituciones que atienden la primera infancia</p>	<p>EAPB, IPS, ICBF, SDIS, SDS</p>
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de niños menores de 1 año que cuentan con carnet de salud infantil debidamente</p>	<p>EAPB, ICBF, SDIS</p>

diligenciado Denominador: total de niños menores de 1 año que cuentan con carnet de salud infantil	
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños de 6 a 23 meses de edad que cumplieron con las recomendaciones de la Dieta Mínima Aceptable (variedad y frecuencia) Denominador: Total de niños y niñas de 6 a 23² meses de edad, atendidos.	EAPB
Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de niños entre 6-12 meses a quienes se les ha sido prescrita la fortificación casera Denominador: total de niños entre 6-12 meses	EAPB, ICBF, SDIS
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de familias con niñas y niños menores de 1 año que reciben seguimiento periódico (visita domiciliaria, encuentros individuales y colectivos con las familias, jornadas de medición del estado nutricional, entre otros) del sector social Denominador: Total de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de sector social.	SDS, ICBF
Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de familias con niños menores de 1	SDS, ICBF

² Se propone hasta los 23 meses siguiendo el estándar de la OMS

<p>año beneficiarias de servicios/programas sociales que reciben alimentos complementarios de la leche materna (como parte de la complementación alimentaria) Denominador: total de de familias con niños menores de 1 año beneficiarias de servicios/programas sociales</p>	
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de madres con niños menores de 1 año que recibieron apoyo efectivo de grupos de apoyo de la comunidad (consulta resuelta y/o remisión a salud o servicios sociales que correspondan) Denominador: total de madres con niños menores de 1 año</p>	<p>IPS, EAPB, SDS, SDIS, ICBF, líderes comunitarios</p>
<p>Número de personal de grupos de apoyo a la comunidad entrenado en la aplicación de las GABAS para el menor de 2 años</p>	<p>SDS, SDIS, ICBF, líderes comunitarios</p>
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de niños que cumplieron con las recomendaciones de la Dieta Mínima Aceptable (variedad y frecuencia) (hace parte de los documentos oficiales) Denominador: total de niños</p>	<p>EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL</p>
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de familias con niños menores de 1 año que reciben seguimiento periódico (visita domiciliaria, encuentros individuales y colectivos con las familias, jornadas de medición del estado nutricional, entre otros) del sector social</p>	<p>ICBF, SDIS</p>

Denominador: número de familias con niños menores de 1 año	
Atención	
Preconcepción	Actores potenciales para medición
Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de mujeres beneficiarias de servicios sociales con intenciones reproductivas quienes se detecta bajo peso*** Denominador: total de mujeres beneficiarias de servicios sociales con intenciones reproductivas	EAPB
Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de mujeres posparto o posaborto con asesoría en anticoncepción antes del alta (con énfasis en la importancia del periodo intergenésico de 18 meses o más) Denominador: total de mujeres posparto o posaborto	EAPB
Embarazo	Actores potenciales para medición
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes con suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico etc.) durante el embarazo Denominador: Total de gestantes atendidas en controles	EAPB, SDIS, ICBF, SDS

<p>prenatales</p>	
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes mayores de 19 años con baja talla (150 centímetros o menos) que son remitidas a atención especializada de nutrición Denominador: total de gestantes mayores de 19 años con baja talla (150 centímetros o menos)</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes adolescentes que son remitidas a atención especializada de nutrición* Denominador: total de gestantes adolescentes.</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes atendidas con la valoración nutricional por antropometría y clasificación de adecuada ganancia de peso para la edad gestacional Denominador: total de gestantes atendidas con la valoración nutricional por antropometría</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de embarazadas en riesgo de desnutrición o desnutrición que reciben prescripción de complementación nutricional *** Denominador. número de embarazadas en riesgo de desnutrición o desnutrición</p>	<p>EAPB</p>

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes con bajo peso, que logran ganar peso de forma adecuada de acuerdo con sus semanas de edad gestacional Denominador: Total de gestantes con bajo peso que asisten a controles prenatales</p>	EAPB
Nacimiento hasta 6 meses	Actor
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos atendidos en el control ambulatorio entre los 3 y 5 días posparto*** Denominador: total de recién nacidos entre los 3 y 5 días posparto.</p>	EAPB, IPS
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos que son atendidos a los 7 días de haber nacido (RPMS) Denominador: total de recién nacidos de 7 días de edad.</p>	EAPB, IPS
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos que al egreso hospitalario tienen indicación de leches de fórmula con razones médicas aceptables Denominador: total de recién nacidos que al egreso hospitalario tienen indicación de leches de fórmula</p>	EAPB, IPS
Número de profesionales de la salud que formulan de manera obligatoria fortificación casera con	EAPB, IPS

micronutrientes (RPMS) entre 6 y 12 meses	
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niños a término con lactancia materna exclusiva o predominante (RPMS) que reciben suplementos con hierro, vitamina A y zinc Denominador: Total de niños a término con lactancia materna exclusiva o predominante	EAPB, IPS
Duración mediana de la lactancia materna exclusiva	EAPB, IPS, ICBF, SDIS, líderes comunitarios
Valorar la técnica de la lactancia materna y alimentación complementaria (RPMS) (Sí/No)	EAPB, IPS, ICBF, SDIS, líderes comunitarios
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de instituciones que atienden niños lactantes en el territorio con salas amigas de la familia lactante en funcionamiento*** Denominador: total instituciones que atienden niños lactantes en el territorio con salas amigas de la familia lactante	EAPB, SDIS, SDS, ICBF
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de binomios madre - hijo (a) que han recibido valoración de la técnica de la lactancia materna	EAPB, SDIS, ICBF, líderes comunitarios

<p>(RPMS) Denominador: Total de binomios madre - hijo (a) en donde el hijo recibe lactancia materna</p>	
<p>Hasta 12 meses</p>	<p>Actores potenciales para medición</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año que reciben el número de controles indicados de valoración integral de la primera infancia de acuerdo con la edad Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año atendidos</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de consultas de crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 1 año cumplidas (RPMS) Denominador: total de consultas de crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 1 año.</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niños con 6 meses o más de edad, con alteraciones nutricionales, detectadas por antropometría, (peso para la talla -2DS o >2DS, o talla para la edad <-2DS) a quienes se les ha medido la hemoglobina al menos cada 6 meses. Denominador: Total de niños con 6 meses o más de edad,</p>	<p>EAPB</p>

<p>con alteraciones nutricionales, detectadas por antropometría, (peso para la talla -2DS o >2DS, o talla para la edad <-2DS)</p>	
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niños menores de 1 año con diagnóstico oportuno y adecuado de desnutrición crónica Denominador: Total de niños menores de 1 año</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niños menores de 1 año con diagnóstico oportuno y adecuado de riesgo de desnutrición crónica Denominador: Total de niños menores de 1 año</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC que tres y seis meses después presentan un incremento de talla compatible con estar en el canal de crecimiento adecuado (-1DS +1DS en el puntaje Z para el indicador talla edad) Denominador: Total de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC, atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla y/o DNTC, que tres (3) y 6 meses después, presentan una tendencia positiva sugestiva de un acercamiento al canal de crecimiento adecuado (-1DS +1DS en el puntaje Z para el indicador talla edad)</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC, atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños de 6 a 23 meses que reciben lactancia</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños de 6 a 23 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, IPS, SDIS, ICBF</p>
<p>Prevalencia (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niños y niñas de hasta 12 meses de edad identificados con retraso en talla/desnutrición crónica</p> <p>Denominador: Total de niños y niñas de hasta 12 meses de edad.</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año atendidos con adecuado estado nutricional</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año atendidos</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año atendidos que mejoran su estado nutricional Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año atendidos</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año con esquema completo de vacunación para la edad Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de EAPB que implementen las RIAS de malnutrición, materno perinatal y promoción y mantenimiento de la salud en el distrito capital Denominador: Total de EAPB en el distrito capital.</p>	<p>EAPB</p>
<p>Número de profesionales de la salud que formulan de manera obligatoria fortificación casera con micronutrientes (RPMS) entre 6 y 12 meses</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños que reciben desparasitación a partir de los 12 meses ³ de edad Denominador: Total de niñas y niños a partir de los 12 meses de edad, atendidos en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB</p>

³ Se incluye este rango de edad según lo establecido por la resolución 3280 del 2018

<p>Valorar el estado nutricional y realizar seguimiento a los parámetros antropométricos OMS a los 1, 3, 6, 9, 12, 18, 24 meses (GPC- Promoción del desarrollo, detección temprana y enfoque inicial de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años) (Sí/No)</p>	<p>EAPB</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: Número de familias con niños hasta 12 meses de edad, beneficiarias de servicios/programas sociales, que reciben como parte de la complementación alimentaria leches de fórmula sin razones médicas aceptables Denominador: Total de familias con niños hasta 12 meses de edad, beneficiarias de servicios/programas sociales</p>	<p>SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de trabajadores de la salud que atienden consulta de crecimiento y desarrollo y/o pediatría entrenados en consejería en alimentación del lactante y niño pequeño y escala abreviada del desarrollo Denominador: Total de trabajadores de la salud que atienden consulta de crecimiento y desarrollo y/o pediatría</p>	<p>EAPB, SDS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: Número de talento humano de servicios sociales entrenados en consejería en alimentación del lactante y niño pequeño y escala abreviada del desarrollo Denominador: Total de talento humano de servicios sociales que atiende a población menor de un año.</p>	<p>SDS, SDIS, ICBF</p>

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador. Número de trabajadores de la salud están entrenados en antropometría y reciben estandarización periódica y obligatoria (incluyendo al recién nacido y hasta los dos años de edad). Denominador: Número de trabajadores de la salud que atiende a menores de dos años.</p>	<p>EAPB, SDS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de talento humano de servicios sociales que están entrenados en antropometría y reciben estandarización periódica y obligatoria (recién nacido y menor de 2 años). Denominador: número de talento humano de servicios sociales</p>	<p>SDS, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de servicios de las instituciones de salud del territorio que disponen de los instrumentos adecuados y calibrados para hacer mediciones antropométricas del recién nacido y hasta los dos años. Denominador: Total de servicios de las instituciones de salud del territorio</p>	<p>EAPB, SDS</p>
<p>porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de talento humano de servicios sociales del territorio que disponen de los instrumentos adecuados y calibrados para hacer mediciones</p>	<p>SDS, SDIS, ICBF</p>

<p>antropométricas del recién nacido y hasta los dos años. Denominador: Total de talento humano de servicios sociales del territorio</p>	
<p>porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de familias con niños hasta 12 meses de edad, beneficiarias de servicios/programas sociales que reciben trimestralmente, como parte de la complementación alimentaria, alimentos complementarios de la leche materna*** Denominador: total de familias con niños hasta 12 meses de edad, beneficiarias de servicios/programas sociales</p>	<p>SDIS, ICBF</p>
<p>porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niños hasta 12 meses de edad, atendidos en crecimiento y desarrollo y/o pediatría que tienen indicación de leches de fórmula con razones médicas aceptables Denominador: Total de niños hasta 12 meses de edad, atendidos en crecimiento y desarrollo y/o pediatría</p>	<p>SDIS, ICBF</p>
<p>porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de consultas de crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 1 año cumplidas (RPMS) Denominador: total de consultas de crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 1 año indicadas según edad.</p>	<p>EAPB</p>

<p>porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de personal de salud entrenado en la aplicación de las GABA para el menor de 2 años Denominador: número de personal de salud que atiende a menores de 2 años.</p>	<p>EAPB, IPS, ICBF, SDIS, SDS</p>
<p>Número de citas de valoración integral del niño y la niña según esquema de atención obligatoria (2, 4, 6, 8, 10 y 12 meses)</p>	<p>EAPB, IPS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de consultas de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral del niño Denominador: Total de consultas de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad</p>	<p>EAPB, IPS</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños menores de 12 meses con clasificación nutricional por antropometría por los indicadores talla/edad y peso/talla Denominador: Total de niñas y niños menores de 12 meses atendidos en las consultas de valoración integral.</p>	<p>EAPB, IPS, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños de entre 6 y 12 meses de edad que recibieron el esquema completo de la fortificación obligatoria con micronutrientes en polvo Denominador: Total de niñas y niños de entre 6 y 12 meses</p>	<p>EAPB, IPS</p>

de edad, atendidos en las consultas de valoración integral.	
Intersectorialidad	
Embarazo	Actores potenciales para medición
<p>Índice de capacidad básica del marco normativo nacional para la prevención y manejo del retraso en talla/desnutrición crónica (riesgo DNTC, DNTC, baja talla en el embarazo, bajo peso gestacional, bajo peso y baja talla al nacer)</p> <p>Componentes del índice:</p> <p>Número de documentos del marco normativo nacional para la prevención y manejo del retraso en talla/desnutrición crónica (riesgo DNTC, DNTC, baja talla en el embarazo, bajo peso gestacional, bajo peso y baja talla al nacer)</p> <p>Frecuencia de reporte de indicaciones para la prevención y manejo del retraso en talla/desnutrición crónica (riesgo DNTC, DNTC, baja talla en el embarazo, bajo peso gestacional, bajo peso y baja talla al nacer).</p>	<p>MSPS, SDIS, SDS, ACADEMIA, ICBF</p>
<p>Número de espacios intersectoriales (SAN, INFANCIA) donde se prioriza el retraso talla/desnutrición crónica como un evento de interés en salud pública (prevención y atención)</p>	<p>MSPS, SDIS, SDS, ACADEMIA, ICBF</p>

<p>Se caracteriza el contexto social y se identifican factores de vulnerabilidad en el contexto. En el caso de ser detectados, se derivan a servicios sociales de apoyo familiar, social y comunitario (RPMS) y consulta preconcepcional (Sí/No).</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF, ALCALDÍA LOCAL, ALCALDÍA</p>
<p>Nacimiento hasta 6 meses</p>	<p>Actores potenciales para medición</p>
<p>Se caracterizan y promueven redes de apoyo social y comunitaria para el cuidado y desarrollo de niñas y niños "menores de 1 año" – (RPMS) (Sí/No)</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF, líderes comunitarios</p>
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de talento humano de servicios sociales que reconocen correctamente el contenido de un carné de salud infantil completo Denominador: Total de talento humano de servicios sociales</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100) Numerador: número de padres y cuidadores que refieren haber recibido educación sobre derechos y deberes en salud (registro civil de nacimiento, afiliación al sistema de salud, inscripción del recién nacido para el seguimiento y consultas de valoración integral (RPMS) Denominador: Total de padres y cuidadores atendidos por sector salud, asistencia social o alcaldía local</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF, ALCALDÍA LOCAL</p>

<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niños y niñas hasta 12 meses de edad del territorio con registro civil</p> <p>Denominador: Total de niños y niñas hasta 12 meses de edad del territorio</p>	<p>Registraduría, Alcaldía Local</p>
<p>Número de grupos de apoyo vinculados a los programas y acciones locales dirigidas a la primera infancia. (hace parte de documentos oficiales)</p>	<p>SDS, SDIS, SED, ICBF, ALCALDÍAS LOCALES</p>
<p>Número de personas vinculadas a los diferentes sectores que prestan atención a la primera infancia en un territorio definido (localidad, municipio, departamento, país) certificados como consejeros en alimentación del lactante y niño pequeño.</p>	<p>Comités locales de SAN</p>
<p>Número de instituciones que atienden niños lactantes en el territorio con salas amigas de la familia lactante en funcionamiento</p>	<p>Comités locales de SAN</p>
<p>Número de instituciones distritales implementando la Ruta Integral de Atenciones desde la Gestación (RIAGA) hasta la Adolescencia del Distrito Capital (propuesto por equipo CEIS para medir la implementación de recomendaciones de política)</p>	<p>CODIA</p>
<p>Hasta 12 meses</p>	<p>Actores potenciales para medición</p>

<p>Porcentaje (Numerador/Denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de instituciones que atienden la primera infancia y que tienen registro del proceso de seguimiento sistemático al crecimiento y desarrollo de los niños menores de 1 año atendidos</p> <p>Denominador: Total de instituciones que atienden la primera infancia</p>	<p>EAPB</p>
<p>Disponibilidad de capacitación formal y periódica en valoración del estado nutricional por antropometría de la población materna e infantil para profesionales (Sí/No)</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Disponibilidad de talento humano suficiente y entrenado para la prevención y manejo de talla/desnutrición crónica (riesgo DNTC, DNTC, baja talla en el embarazo, bajo peso gestacional, bajo peso y baja talla al nacer) (Sí/No).</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>
<p>Asignación de recursos para abordar la prevención y el manejo del retraso en talla/desnutrición crónica en el territorio reportada por el gobierno local (Sí/No).</p>	<p>ALCALDÍA LOCAL, MSPS</p>

Anexo 3. Indicadores para la vigilancia epidemiológica de DNTC provenientes de documentos nacionales priorizados y que hacen parte del total de indicadores priorizados.

Indicadores	Preconcepción	Embarazo	Nacimiento a 6 meses específicamente	Hasta 12 meses	Total
Prevención	0	1	2	1	4
Atención	0	1	5	7	13
Intersectorialidad	0	1	5	0	6
Total	0	3	12	8	23

Anexo 3. Fichas técnicas de indicadores priorizados para la vigilancia epidemiológica de la desnutrición crónica.

Preconcepción	Actores potenciales para medición	Nivel de desagregación	Unidad de medida	Fuente de información
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), que son sexualmente activas y con	EAPB	Local	Porcentaje	ENSIN, ENDS, Historias clínicas.

<p>intenciones reproductivas, que asisten a consultas de atención preconcepcional, en quienes es determinado el índice de masa corporal (<18.5kg/m²)</p> <p>Denominador: Total de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) y con intenciones reproductivas que asisten a consultas de atención preconcepcional</p>				
Embarazo	Actores potenciales para medición			
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de nacidos vivos a término (37 semanas) con bajo peso al nacer <2500 gramos cuyas madres tuvieron 4 o más controles prenatales durante la gestación</p> <p>Denominador: Total de nacidos vivos a término (37 semanas) con bajo peso al nacer <2500 gramos cuyas madres asistieron a control prenatal.</p>	EAPB, IPS	Local	Porcentaje	Historias clínicas, estadísticas vitales, DANE, RIPS, SIVIGILA
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes con sus acompañantes que</p>	EAPB	Local	Porcentaje	Historias clínicas, base de datos de consultas control

<p>asistieron al menos a 7 sesiones del curso de preparación para maternidad y la paternidad</p> <p>Denominador: Total de gestantes con sus acompañantes asistentes al curso de preparación para maternidad y la paternidad</p>				prenatal.
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes que reciben consejería sobre lactancia materna en controles prenatales</p> <p>Denominador: Total de gestantes que asisten a controles prenatales</p>	EAPB	Local	Porcentaje	Historias clínicas, base de datos de consultas control prenatal.
<p>Número de mujeres gestantes atendidos por la oferta social disponible en las modalidades relacionadas con la prevención de la desnutrición</p>	EAPB	Local	Frecuencia	"Cuéntame"
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de mujeres posparto o posaborto con asesoría en anticoncepción antes del alta (con énfasis en la importancia del periodo intergenésico de 18 meses o más)</p> <p>Denominador: Total de</p>	EAPB	Local	Porcentaje	Historias clínicas.

mujeres posparto o posaborto				
Nacimiento - 6 meses	Actores potenciales para medición			
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos vivos con bajo peso al nacer Denominador: Total de recién nacidos vivos	EAPB, IPS	Local	Porcentaje	Estadísticas vitales, SIVIGILA, Historias clínicas.
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de nacidos vivos sanos con baja talla al nacer <45 centímetros Denominador: Total de recién nacidos vivos	EAPB, IPS	Local	Porcentaje	Estadísticas vitales, SIVIGILA, Historias clínicas.
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de mujeres que informan haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido Denominador: Total de mujeres en posparto	EAPB, IPS	Local	Porcentaje	Historia clínica
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos con lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario Denominador: Total de	EAPB, IPS	Departamental y Local	Porcentaje	Historia clínica

recién nacidos vivos sanos a término				
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños que reciben lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad Denominador: Total de niñas y niños de cero a seis meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral	EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL	Local	Porcentaje	SISVAN, ENSIN
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños que reciben lactancia materna predominante en los primeros 6 meses de edad Denominador: Total de niñas y niños de cero a seis meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral	EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL	Local	Porcentaje	SISVAN, ENSIN
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niños de hasta 6 meses de edad que reciben alimentos complementarios de la leche materna Denominador: Total de niñas y niños de cero a seis meses de edad.	EAPB	Local	Porcentaje	SISVAN, ENSIN, Historia clínica
Porcentaje	EAPB, SDIS,	Local	Porcentaje	Historia

(numerador/denominador x 100) Numerador: número de binomios madre - hijo (a) que han recibido valoración de la técnica de la lactancia materna (RPMS) Denominador: Total de binomios madre - hijo (a) en donde el hijo recibe lactancia materna	ICBF			clínica
Hasta 12 meses	Actores potenciales para medición			
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año que reciben la suplementación obligatoria con micronutrientes Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año	EAPB	Local	Porcentaje	Historia clínica, ENSIN
Número de estrategias IEC realizadas en el semestre para personal de salud y servicios sociales para reforzar los mensajes clave de las GABA de los menores de 2 años	EAPB, SDIS, ICB, SDS, ALCALDIA LOCAL	Nacional, Departamental, Local	Frecuencia	No hay fuentes oficiales disponibles
Porcentaje (numerados/denominador x 100) Numerador: Número de niñas y niños de 6 a 12 meses con lactancia materna complementaria Denominador: total de	EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL	Local	Porcentaje	ENSIN, Historias clínicas.

niñas y niños de 6 a 12 meses evaluados				
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de cuidadores de niñas y niños menores de 1 año que reciben información de educación y comunicación en el fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludables - educación para la nutrición (RPMS) Denominador: Total de cuidadores de niñas y niños menores de 1 año que asisten a actividades de sector salud o sector asistencia social	EAPB, SDIS, ICBF	Local	Frecuencia	Historia clínica
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños de 6 a 23 meses de edad que cumplieron con las recomendaciones de la Dieta Mínima Aceptable (variedad y frecuencia) Denominador: Total de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad atendidos.	EAPB, SDS, SDIS, ICBF, SAFL	Local	Porcentaje	ENSIN
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de familias con niñas y niños menores de 1 año que reciben seguimiento periódico	ICBF, SDIS	Local	Porcentaje	SIRBE y "Cuéntame"

<p>(visita domiciliaria, encuentros individuales y colectivos con las familias, jornadas de medición del estado nutricional, entre otros) del sector social</p> <p>Denominador: Total de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de sector social.</p>				
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de servicios/programas sociales que reciben alimentos complementarios de la leche materna (como parte de la complementación alimentaria)</p> <p>Denominador: Total de familias con niñas y niños menores de 1 año beneficiarias de sector asistencia social.</p>	ICBF, SDIS	Nacional, Departamental, Local	Porcentaje	SIRBE y "Cuéntame"
Atención				
Embarazo	Actores potenciales para medición			
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de gestantes con suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico etc.)</p>	EAPB, SDIS, ICBF, SDS	Local	Porcentaje	Historia clínica.

durante el embarazo Denominador: Total de gestantes atendidas en controles prenatales				
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de gestantes con bajo peso, que logran ganar peso de forma adecuada de acuerdo con sus semanas de edad gestacional Denominador: Total de gestantes con bajo peso que asisten a controles prenatales	EAPB; ICBF, SDIS	Local	Porcentaje	Historia clínica, bases de datos de servicios sociales
Nacimiento - 6 meses	Actores potenciales para medición			
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de recién nacidos atendidos en el control ambulatorio, entre los 3 y 5 días posparto Denominador: Total de recién nacidos entre los 3 y 5 días posparto	EAPB, IPS	Local	Porcentaje	Historia clínica
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños a término con lactancia materna exclusiva o predominante (RPMS) que reciben suplementos con hierro, vitamina A y zinc	EAPB, IPS	Departamental y Local	Frecuencia	Historia clínica, ENSIN

Denominador: Total de niñas y niños a término con lactancia materna exclusiva o predominante				
Duración mediana de la lactancia materna exclusiva	EAPB, IPS, ICBF, SDIS, líderes comunitarios	Local	Frecuencia	ENSIN, SISVAN o SIVIGILA
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de binomios madre - hijo (a) que han recibido valoración de la técnica de la lactancia materna (RPMS) Denominador: Total de binomios madre - hijo (a) en donde el hijo recibe lactancia materna	EAPB, SDIS, ICBF, líderes comunitarios	Local	Porcentaje	Historia clínica, bases de datos de servicios sociales
Hasta 12 meses	Actores potenciales para medición			
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños menores de 1 año que reciben el número de controles indicados de valoración integral de la primera infancia de acuerdo con la edad Denominador: Total de niñas y niños menores de 1 año atendidos	EAPB, SDIS, ICBF	Local	Porcentaje	Historia clínica, bases de datos de servicios sociales
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de	EAPB	Local	Frecuencia	Historia clínica

niñas y niños con 6 meses o más de edad, con alteraciones nutricionales, detectadas por antropometría, (peso para la talla -2DS o >2DS, o talla para la edad <-2DS) a quienes se les ha medido la hemoglobina al menos cada 6 meses Denominador: Total de niñas y niños con 6 meses o más de edad, con alteraciones nutricionales detectadas por antropometría, (peso para la talla -2DS o >2DS, o talla para la edad <-2DS)				
Número de citas de valoración integral del niño y la niña según esquema de atención obligatoria (2, 4, 6, 8, 10 y 12 meses)	EAPB, IPS	Local	No aplica	Historia clínica
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad que recibieron el esquema completo de la fortificación obligatoria con micronutrientes en polvo Denominador: Total de niñas y niños atendidos de hasta 6 meses de edad EAPB, IPS	EAPB, IPS	Local	Porcentaje	Historia clínica
Porcentaje (numerador/denominador)	EAPB, IPS	Local	Porcentaje	Historia clínica

<p>x 100) Numerador: número de consultas de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad atendidas en las consultas de valoración integral del niño Denominador: Total de consultas de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad atendidas a las consultas de valoración integral del niño</p>				
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños con clasificación nutricional por antropometría por los indicadores talla/edad y peso/talla Denominador: Total de niñas y niños atendidas en las consultas de valoración integral</p>	<p>EAPB, IPS, SDIS, ICBF</p>	<p>Local</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Historia clínica, bases de datos de servicios sociales</p>
<p>Prevalencia (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad identificados con retraso en talla/DNTC Denominador: Total de niñas y niños atendidas en las consultas de valoración integral.</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>	<p>Local</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Historia clínica, bases de datos de servicios sociales, ENSIN, SISVAN</p>

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC que tres y seis meses después presentan un incremento de talla compatible con estar en el canal de crecimiento adecuado (-1DS +1DS en el puntaje Z para el indicador talla edad)</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>	<p>Local</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Historia clínica, bases de datos de servicios sociales, SISVAN</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla y/o DNTC, que tres (3) y 6 meses después, presentan una tendencia positiva sugestiva de un acercamiento al canal de crecimiento adecuado (-1DS +1DS en el puntaje Z para el indicador talla edad)</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños hasta con 12 meses de edad detectados en riesgo de retraso en talla/DNTC</p>	<p>EAPB, SDIS, ICBF</p>	<p>Local</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>Historia clínica, bases de datos de servicios sociales, SISVAN</p>
<p>Porcentaje (numerador/denominador</p>	<p>EAPB, IPS, SDIS, ICBF</p>	<p>Local</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>ENSIN, Historias</p>

<p>x 100) Numerador: número de niñas y niños de 6 a 23 meses que reciben lactancia Denominador: Total de niñas y niños de 6 a 23 meses de edad atendidos en las consultas de valoración integral</p>				clínicas.
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños de entre 6 y 12 meses de edad que recibieron el esquema completo de la fortificación obligatoria con micronutrientes en polvo Denominador: Total de niñas y niños de entre 6 y 12 meses de edad, atendidos en las consultas de valoración integral.</p>	EAPB, IPS	Departamental y Local	Porcentaje	Historia clínica
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños que reciben desparasitación a partir de los 12 meses ⁴ de edad Denominador: Total de niñas y niños a partir de los 12 meses de edad, atendidos en las consultas de valoración integral</p>	EAPB, IPS	Local	Frecuencia	Historia clínica

⁴ Se incluye este rango de edad según lo establecido por la resolución 3280 del 2018

<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de niñas y niños hasta los 12 meses de edad, con esquema completo de vacunación para la edad</p> <p>Denominador: Total de niñas y niños atendidos en las consultas de valoración integral.</p>	EAPB	Local	Porcentaje	Historia clínica, SIVIGILA.
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de EAPB implementando las RIAS de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal en el distrito capital</p> <p>Denominador: Total de EAPB en el distrito capital</p>	EAPB	Local	Porcentaje	No hay fuentes oficiales disponibles
<p>Porcentaje (numerador/denominador x 100)</p> <p>Numerador: número de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarios de servicios/programas sociales, que reciben como parte de la complementación alimentaria leches de fórmula sin razones médicas aceptables</p> <p>Denominador: Total de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarios de</p>	SDIS,ICBF	Departamental y Local		SIRBE, "Cuéntame"

servicios/programas sociales				
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarias de servicios/programas sociales que reciben trimestralmente, como parte de la complementación alimentaria, alimentos complementarios de la leche materna Denominador: Total de familias con niñas y niños hasta 12 meses de edad, beneficiarios de servicios/programas sociales	SDIS,ICBF	Local	Porcentaje	No hay fuentes oficiales disponibles
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de niñas y niños hasta 12 meses de edad, atendidos en crecimiento y desarrollo y/o pediatría que tienen indicación de leches de fórmula con razones médicas aceptables Denominador: Total de niñas y niños de hasta 12 meses de edad atendidos en las consultas de crecimiento y desarrollo y/o pediatría	SDIS,ICBF	Departamental y Local	Porcentaje	Historia clínica
Intersectorialidad				

Embarazo	Actores potenciales para medición			
Número de espacios intersectoriales (SAN, INFANCIA) donde se prioriza el retraso talla/DNTC como un evento de interés en salud pública (prevención y manejo)	MS, SDIS, SDS, ACADEMIA, ICBF	Local	Frecuencia	No hay fuentes oficiales disponibles
Se caracteriza el contexto social y se identifican factores de vulnerabilidad en el contexto. En el caso de ser detectados, se derivan a servicios sociales de apoyo familiar, social y comunitario (RPMS) y consulta preconcepcional (Sí/No).	EAPB, SDIS, ICBF, ALCALDIA LOCAL, ALCALDIA	Local	No aplica	SISBEN, Historia clínica
Nacimiento - 6 meses	Actores potenciales para medición			
Número de grupos de apoyo vinculados a los programas y acciones locales dirigidas a la primera infancia.	SDS, SDIS, SED, ICBF, ALCALDIAS LOCALES	Local	Frecuencia	No hay fuentes oficiales disponibles
¿Se caracterizan y promueven redes de apoyo social y comunitario para el cuidado y desarrollo de niñas y niños "menores de 1 año"? – (RPMS) (Sí/No)	EAPB, SDIS, ICBF, líderes comunitarios	Local	No aplica	No hay fuentes oficiales disponibles
Porcentaje (numerador/denominador x 100) Numerador: número de	EAPB, SDIS, ICBF, ALCADIA LOCAL	Local	Porcentaje	No hay fuentes oficiales disponibles

Panel de expertos para validación de indicadores

Secretaría Distrital de Salud: Amelia Rey Bonilla, Martha Patricia Becerra, María Paula Fajardo, Rosalba Corredor, Tatiana Torres, Andrea Milena Acosta.

Secretaría Distrital de Integración Social: María Victoria Benjumea, Ivón Camargo, Viviana Villegas, Paul Ocampo

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Francy Nayibi Gómez, Nubia Tolosa, Sandra Cruz, Magdalena Rengifo, Mariana Caicedo

Secretaría Distrital de Educación: Leidy Johanna Cabiativa.

Fundación Éxito: Diana María Pineda Ruiz, Ángela Orrego, Juan Carlos Burgos, Natalia Inés Ledesma, Juan Sebastián Holguín.

Fundación Santa Fe de Bogotá: Kenny Margarita Trujillo, Gina Paola Arocha, Andrea Ramírez Varela, Paola Rueda Guevara, Natalia Botero, Simon Tomasi.