



Buenas noticias para nuestra niñez

Reporte anual Gen Cero 2019

**La desnutrición crónica en Colombia:
Una aproximación desde
sus determinantes sociales**



/FundaciónÉxito



@Fundación_Éxito



/fundacionexito

www.fundacionexito.org

Contenido

1. La desnutrición crónica como problema de salud pública y desarrollo económico	3
2. Justificación.....	5
3. Metodología	7
4. Resultados.....	14
4.1 Resultados nacionales.....	14
4.2 Resultados por Categorías Índice Gen Cero 2017.....	16
4.3 Resultados por departamentos.....	19
5. Dinámicas temporales	21
6. Análisis complementarios	27
7. Conclusiones y recomendaciones por categoría	29
8. Recomendaciones generales.....	32
Referencias.....	34

1. La desnutrición crónica como problema de salud pública y desarrollo económico

La desnutrición crónica (DNC) o retraso en talla¹ expresa carencias acumuladas a lo largo del tiempo a nivel nutricional, de acceso a servicios de salud y de saneamiento básico, entre otros factores que ocasionan alteraciones permanentes e irreversibles en el desarrollo cognitivo y físico del individuo. Es entonces un asunto multicausal con efectos devastadores en el desarrollo de 1 de cada 9 niños en Colombia, que a su vez genera un impacto en el desarrollo económico y en el capital social del país.

Partiendo de que un problema de salud pública está definido por su magnitud o su letalidad como una “situación que afecta negativamente el bienestar de los individuos y de la población” (Paniagua Suárez, 2013, pág. 4), afirmamos que la DNC se constituye en un problema de esta naturaleza, pues afecta el desarrollo durante la primera infancia, se refleja en la pérdida del potencial humano en la adultez, y tiene un impacto negativo en el bienestar general de la sociedad.

El comportamiento de la desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años en el país pone en evidencia un panorama desalentador. Si bien se ha presentado un descenso continuo en los últimos 10 años pasando de una prevalencia de 16% en 2005 (ENSIN, 2005) a 10,8% para el año 2015 (ENSIN, 2015), la desagregación por regiones, grupos socioeconómicos, grupos étnicos, entre otras variables, muestra un comportamiento heterogéneo que ilustra de manera contundente las desigualdades propias del país.

Según los resultados de la Encuesta de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015, la mayor prevalencia de DNC se encontró en la zona rural² la cual fue de 15,4% comparada con 9% en la zona urbana³, diferencias que se han mantenido a lo largo de los años. Así mismo, fue mayor en los hogares más pobres (14,2%), en los niños con indígenas (29,6%), y en las regiones Atlántica (12,1%), Orinoquía – Amazonía (12,3%) y Bogotá (13%).

A la luz de otros determinantes se encontró mayor prevalencia de DNC en los niños y niñas cuyas madres reportaron haber asistido a menos de 4 controles prenatales (17,4%); en niños y niñas con bajo peso al nacer (15,8%); que tenían como jefe de hogar a una madre con bajo nivel educativo (menos de primaria completa) 20,6%; de hogares numerosos (7 o más personas) 14,5%; en hijos de madres con mayor cantidad de hijos (4 a 5 hijos: 15,9 % y 6 o más: 25,9 %) y en los niños y niñas cuya fuente de agua para

¹ Según clasificación del indicador “talla/edad”, en la Resolución 2465 de 2016.

² Resto: Centro poblado y Área resto municipal

³ Cabecera

beber es el acueducto comunal u otra fuente (13,5%) comparado con aquellos que reportaron como fuente el acueducto público (9,6%) (ENSIN, 2015).

Aportan a esta situación otros indicadores que inciden de manera importante en la prevalencia de la desnutrición crónica en los niños y niñas, por ejemplo:

En Colombia 1 de cada 2 hogares presenta inseguridad alimentaria (54,2%) y de estos el 22,3% se encuentran en un nivel moderado y severo donde se ve afectada de manera considerable la cantidad y calidad de los alimentos consumidos por todos los miembros del hogar. Se evidencian también brechas sociales significativas, encontrándose prevalencias más altas de inseguridad alimentaria en los hogares del área rural (64,1%), de la población indígena (77%), con jefatura femenina (57,6%) y en aquellos con índice de riqueza más bajo (71,2%) (ENSIN, 2015).

La anemia⁴ ha representado desde hace algunos años un problema de salud pública y según la ENSIN 2015 el 15,5% de las mujeres en edad reproductiva y 26,2% de las mujeres gestantes presentan anemia y de estas 52,3% y 59,2% respectivamente, presentaron anemia por deficiencia de hierro. Así mismo, continúa siendo preocupante la alta prevalencia de anemia en los niños y niñas de 6 a 11 meses de edad, que alcanza el 62,5 % y duplica lo encontrado en los de un año de edad 35,6%. La prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en los niños de 1 a 4 años de edad fue del 26,1 %, mayor en niños que en las niñas (27,2 %), en la población de 1 año de edad (32,0 %) y en aquellos que residían en el área rural (30,3 %) (ENSIN, 2015).

El bajo peso en las gestantes para el año 2015 alcanza una prevalencia de 14,2%, presentándose mayor afectación en las gestantes adolescentes (21,4%), lo cual representa una situación preocupante, toda vez que se relaciona con un riesgo más alto de tener hijos con bajo peso al nacer o retraso en el crecimiento intrauterino con implicaciones posteriores como mortalidad infantil y enfermedades en el transcurso de la vida.

La práctica de la lactancia materna ha ido disminuyendo en los últimos años. Para el año 2005 la mediana de la duración de lactancia materna exclusiva fue de 2.2 meses mientras en 2010 solo llegó a los 1.8 meses. Así mismo, el porcentaje de niños que recibió lactancia materna exclusiva en 2010 fue de 42.8%, mientras en 2015 fue de 36.1%. Aun utilizando diferentes formas de medida, la perspectiva

⁴ La anemia puede presentarse por deficiencias nutricionales de nutrientes como el folato, la vitamina B12 y la vitamina A, sin embargo, la más común es la anemia por deficiencia de hierro.

es negativa y cada vez son menos los niños que reciben leche materna en el país (ENSIN, 2015).

Sin duda alguna, los efectos de la desnutrición crónica en los individuos y en la sociedad son de gran magnitud. La evidencia muestra que una persona que presentó DNC en los primeros dos años de vida comparada con quien tuvo una talla superior a la esperada, tiene un coeficiente intelectual 14.6 puntos menor, acumula en promedio solo 8.8 años de escolaridad es decir, 5 años menos, y gana en promedio 54% menos salario, lo que claramente tiene un impacto sobre el capital humano (Lessa Horta, y otros, 2016).

Este problema se traslada a nivel macro en menor capacidad productiva en una región determinada, menor capacidad de consumo de su población y peores condiciones de empleabilidad, lo cual favorece trampas de pobreza, impidiendo su desarrollo. Adicionalmente, este ciclo se perpetúa en tanto las regiones con peores condiciones sociodemográficas no cuentan con las condiciones para favorecer el desarrollo óptimo de los niños y las niñas en sus primeros años de vida.

En términos económicos, cabe mencionar que la inversión en nutrición es altamente costoefectiva, pues se estima que invertir un dólar en programas enfocados a reducir la desnutrición crónica genera en promedio beneficios de alrededor 18 dólares gracias al incremento de la productividad en la adultez que logran los niños que superan este estado (Hoddinott, Alderman, Behrman, Haddad, & Horton, 2013).

2. Justificación

El país requiere formular e implementar políticas públicas efectivas para abordar la desnutrición crónica en las regiones y con las poblaciones más vulnerables, lo que implica grandes retos de focalización, pues una correcta orientación demográfica de las políticas públicas permitirá a las poblaciones más vulnerables salir de las trampas de pobreza que se derivan de insuficiencias nutricionales.

No obstante, para que la focalización de las políticas se realice de forma correcta, la información debe ser de calidad, estar disponible a escala territorial y actualizada con una periodicidad que permita comprender las dinámicas temporales de la situación nutricional actuar oportunamente.

En Colombia la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) mide la prevalencia de los principales indicadores asociados con desnutrición crónica, aguda y global. Aunque esta encuesta es de vital importancia para entender los fenómenos nutricionales en el país, tiene debilidades en cuanto a la oportunidad y desagregación de la información.

Frente a la oportunidad, la ENSIN tiene versiones para 2005, 2010 y 2015, no obstante, su periodicidad quinquenal y el retardo en la entrega de resultados, no favorece la toma

de decisiones informada para la focalización de intervenciones apropiadas que beneficien a las poblaciones más rezagadas en estos indicadores.

Con respecto a la desagregación, la unidad territorial en la que se reportan los resultados en la ENSIN es el departamento. Esto es especialmente problemático en un país en el que las desigualdades son tan marcadas. Siendo así, la focalización de estrategias puede ser inapropiada para algunas regiones o municipios incluso dentro del mismo departamento.

La Fundación Éxito, a través del **Reporte Anual Gen Cero 2019** busca llenar en parte éste vacío de información a través del cálculo del **Índice Gen Cero**, un índice sintético que resume el comportamiento anual a nivel municipal, de las principales variables que la literatura ha identificado como determinantes sociales de la **desnutrición crónica**. La lectura territorial a través del Reporte permitirá al país contar anualmente con información desagregada por municipios, que aporta a la focalización de políticas, programas y proyectos encaminados a mejorar el estado nutricional en la primera infancia y en general, de la población colombiana.

El Índice Gen Cero podría ser interpretado como un “indicador líder”⁵ que permite a todos los niveles del Estado monitorear el comportamiento de los determinantes del estado nutricional, mientras el país cuenta con los resultados de la ENSIN para tomar decisiones frente a sus intervenciones. Es decir, un municipio que se clasifica en una categoría adecuada del Índice Gen Cero tiene altas probabilidades de registrar un comportamiento adecuado en términos de prevalencias de la desnutrición crónica.

La decisión de componer el Índice Gen Cero por parte de la Fundación, además de responder a la ausencia de información periódica y desagregada sobre la DNC, responde también a la necesidad de aproximarse desde múltiples variables de distinta índole, como indicadores socioeconómicos, de salud pública y de nutrición, así como a la intención de visibilizar este fenómeno multicausal desde sus determinantes, que deben ser reconocidos y valorados para tener un panorama cercano de la situación nutricional y de las acciones para su superación.

⁵ Un indicador líder es una variable que cambia antes de que la variable a la que “lidera” cambie. En este caso, el Índice será un indicador líder de la prevalencia de desnutrición crónica

3. Metodología

a. Qué es un índice

Un índice se define como una medida compuesta que agrega y resume el comportamiento de múltiples variables. El objetivo final del índice es obtener una medida sintética susceptible a ser analizada de forma ordinal.

b. Elección de Variables.

Para la construcción del Índice Gen Cero se seleccionaron variables que según la literatura académica pueden considerarse como determinantes sociales intermedios e individuales de la desnutrición crónica y que además se encontraran disponibles para Colombia desagregadas a nivel municipal.

- **Bajo peso al nacer:** El bajo peso al nacer es uno de los predictores más importantes de la desnutrición crónica (Aryastami, y otros, 2017). Se ha encontrado que los niños que nacen con bajo peso al nacer presentan 2,5 veces más probabilidades de sufrir de desnutrición crónica que aquellos niños que nacen con peso adecuado (Aguayo, Nair, Badgaiyan, & Krishna, 2016). Para Colombia esta variable se puede construir de la base de estadísticas vitales del DANE.
- **Orden de nacimiento:** El orden de nacimiento es otra variable que se ha determinado como un buen predictor del estado nutricional, y especialmente de padecer desnutrición crónica. Específicamente, se ha encontrado que ser el quinto hijo o más, representa 72% más probabilidades de sufrir de desnutrición crónica. Se ha evidenciado también que el cuidado posnatal y la vacunación decrece rápidamente en tanto los niños nacen en un orden superior (Rahman, 2016). Esta variable se obtiene de las estadísticas vitales del DANE, y se toma el promedio municipal del orden de nacimiento.
- **Edad de la madre:** Se ha identificado que los embarazos de madres jóvenes presentan mayores riesgos en cuanto a nacimientos antes de término, mortalidad infantil y bajo peso al nacer. Esto debido a que las madres adolescentes están menos preparadas física y psicológicamente para atender las necesidades del niño, entre ellas, lactarlo. Existe una alta correlación entre embarazos adolescentes y condiciones socioeconómicas adversas (Fall, y otros, 2015). Se ha encontrado que los puntajes Z de talla para la edad en niños hijos de madres adolescentes son 0.52 desviaciones estándar más bajos que los puntajes Z para hijos de madres adultas (Nguyen, Scott, Neupane, Tran, & Menon, 2019). Por este motivo, se incluye en las variables a analizar la

proporción de nacimientos de madres adolescentes que está disponible en la base de estadísticas vitales del DANE.

- **Educación de la madre:** la educación de la madre es un factor protector contra la desnutrición crónica en los niños. Existe evidencia de que la educación de la madre influye positivamente en el estado de salud y nutrición de los niños, pues madres más educadas gozan de mejor estado socioeconómico (Casale, Espi, & Norris, 2018) que les permite tener acceso a una alimentación más variada y nutritiva lo que beneficia el desarrollo de sus hijos. Específicamente, se ha encontrado que, si la madre tiene entre 10 y 12 años de educación, la probabilidad de que el hijo sufra desnutrición crónica es 4,8% menor si se compara con la del hijo de una madre sin educación (Alderman & Headey, 2017). En esta investigación incluimos la proporción de nacimientos de madres con solo primaria y con solo secundaria como aproximación a esta variable, a partir de la base de estadísticas vitales del DANE.
- **Afiliación a salud:** Si bien reconocemos que la afiliación en salud no es una medida directa de acceso a los servicios de salud, sí se considera que es una variable para aproximarse a este concepto. La afiliación *per se* permite acceder a los servicios de promoción, prevención y atención, lo que posibilita la identificación oportuna de cualquier alteración nutricional o enfermedad, esto a su vez disminuye el riesgo de padecer desnutrición crónica. Esta variable se toma de la Base de Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS.
- **Cuidado Prenatal:** Se ha identificado que el cuidado prenatal también es clave en el desarrollo nutricional del niño. Kuhnt y Vollmer (2017) encontraron para una muestra de 69 países que tener controles antes del parto, reduce en 3.82% la probabilidad de dar a luz a un bebé con bajo peso al nacer, y en 4.11% la probabilidad de que sufra de desnutrición crónica. Las consultas prenatales se consideran como un indicador de acceso a servicios de salud y de adherencia a estos, que podría tener influencia indirecta sobre la salud de los niños, tanto a largo como a corto plazo (Kahn, Zaheer, & Safdar, 2019). De las estadísticas vitales del DANE es posible obtener el número de consultas antes del parto.
- **Partos institucionales:** En un estudio adelantado en Guatemala se observó que los niños nacidos en el hogar fueron significativamente más bajos que aquellos nacidos en hospitales, fueran públicos o privados. El 64% de los niños nacidos en el hogar, sin asistencia institucional fueron clasificados con desnutrición crónica. Por el contrario, de los niños que nacieron en un entorno institucional, sólo el

33% sufrieron de desnutrición crónica (Reuirngs, Vossenar, Doak, & Solomons, 2013). La información de esta variable se extrajo de estadísticas vitales del DANE.

- **Parto atendido por profesional calificado:** Se ha identificado que los niños atendidos en el parto por una persona calificada para realizar el procedimiento tienen menores probabilidades de sufrir desnutrición crónica. En particular, en una investigación realizada con datos para 7 países, Buisman, Van de Poel, O'Donnell, & van Doorslaer, Buisman (2019) encuentran que las probabilidades de sufrir desnutrición crónica pueden reducirse hasta un 7,9% si durante el parto se cuenta con un profesional calificado para atenderlo. La información de esta variable se extrajo de estadísticas vitales del DANE.
- **Cobertura de acueducto y calidad del agua:** La calidad y el acceso a agua potable tiene diversos efectos sobre el estado nutricional de los niños y las niñas. Se pueden resaltar dos: el primero, cuando no hay acceso a agua potable, se pueden presentar episodios de diarrea más frecuentemente de lo normal, lo que según la OMS (2019) contribuye a producir carencias nutricionales, reducir la resistencia a las infecciones y retrasar el crecimiento y el desarrollo. La diarrea está altamente correlacionada con la probabilidad de sufrir desnutrición crónica (Cumming & Cairncross, 2016). El segundo, el desplazamiento al que deben someterse las madres que no cuentan con acceso a acueducto para obtener el agua, resta tiempo de dedicación a sus hijos, lo cual también puede tener una influencia negativa sobre su estado nutricional. Para la construcción del Índice Gen Cero, se usaron los datos de *porcentaje de cobertura de acueducto* provistos por el Reporte de Estratificación y Coberturas de la Superintendencia de Servicios Públicos, y como indicador de calidad del agua se usó el *Índice de Riesgo de la Calidad del Agua* (IRCA).
- **Mortalidad en la niñez:** según la Organización Mundial de la Salud (2018) más de la mitad de las muertes de niños menores de cinco años se deben a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones simples y asequibles. Los niños malnutridos, especialmente aquellos con una malnutrición aguda grave, tienen más probabilidades de morir por enfermedades comunes en la infancia como la diarrea, la neumonía y el paludismo (OMS, 2018), sin embargo, las formas crónicas de desnutrición, tal como el retraso en talla, traen también un elevado riesgo de muerte: de acuerdo con el Panel Global sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición (2016), un niño que padece desnutrición crónica moderada conlleva el doble de riesgo de morir comparado con un niño que no la padece, mientras que el riesgo es cuatro veces mayor cuando se trata de un niño con desnutrición crónica severa.

Las variables a incluir en el análisis se resumen en la tabla 1:

Tabla 1. Variables que componen el Índice Gen Cero

Variable	Fuente 2017	Referencias
1. Bajo peso al nacer (%)	Estadísticas Vitales - DANE	(Aguayo et al., 2016), (Aryastami et al., 2017).
2. Orden del nacimiento (Promedio municipal)	Estadísticas Vitales - DANE	(Rahman, 2016).
3. Proporción de nacimientos de madres adolescentes entre 10 y 19 años (%)	Estadísticas Vitales - DANE	(Nguyen, Scott, Neupane, Tran, & Menon, 2019), (Fall et al., 2015).
4. Proporción de nacimientos de madres con primaria (%)	Estadísticas Vitales - DANE	(Alderman & Headey, 2017), (Casale et al., 2018).
5. Proporción de nacimientos de madres con secundaria (%)	Estadísticas Vitales - DANE	(Alderman & Headey, 2017), (Casale, Espi, & Norris, 2018).
6. Afiliación a salud (%)	Base de Datos Única de Afiliados - SGSSS	
7. Proporción de nacimientos de madres con menos de 4 consultas antes del parto (%)	Estadísticas Vitales - DANE	(Kuhnt & Vollmer, 2017), (Kahn, Zaheer, & Safdar, 2019).
8. Partos institucionales (%)	Estadísticas Vitales - DANE	(Reurings et al., 2013).
9. Partos atendidos por personal calificado (%)	Estadísticas Vitales - DANE	(Buisman, Van de Poel, O'Donnell, & van Doorslaer, 2019).
10. Cobertura de acueducto (%)	Reporte de estratificación y coberturas - Superintendencia de Servicios Públicos	(OMS, 2019), (Cumming & Cairncross, 2016).
11. Índice de Riesgo de la Calidad del Agua (%)	Índice de Riesgo de Calidad de Agua - IRCA	(Cumming & Cairncross, 2016).
12. Mortalidad en la Niñez (Tasa por cada 1000 niños)	Estadísticas Vitales - DANE	(OMS, 2018), (Global Panel, 2016).

c. Municipios analizados

Para definir el conjunto de municipios se valida cuales cuentan con información de fuentes oficiales para el año 2017 en las 12 variables seleccionadas. Para la vigencia 2017, se encuentra que solo 779 municipios (69.4%) pueden ser incluidos en la construcción del Índice Gen Cero.

Tabla 2. Número de municipios por departamento incluidos en la construcción del Índice Gen Cero

Departamento	N° total de Municipios	N° Municipios incluidos	% Cubierto
Amazonas	11*	1	9%
Antioquia	125	97	78%
Arauca	7	7	100%
Atlántico	23	21	91%
Bogotá	1	1	100%
Bolívar	46	37	80%
Boyacá	123	49	40%
Caldas	27	19	70%
Caquetá	16	15	94%
Casanare	19	12	63%
Cauca	42	39	93%
Cesar	25	20	80%
Chocó	30	25	83%
Córdoba	30	28	93%
Cundinamarca	116	66	57%
Guainía	9*	1	11%
Guaviare	4	3	75%
Huila	37	29	78%
La Guajira	15	14	93%
Magdalena	30	27	90%
Meta	29	21	72%
Nariño	64	45	70%
Norte De Santander	40	28	70%
Putumayo	13	13	100%
Quindío	12	10	83%
Risaralda	14	13	93%
San Andrés y Providencia	2	1	50%
Santander	87	42	48%
Sucre	26	26	100%
Tolima	47	32	68%
Valle Del Cauca	42	32	76%
Vaupés	6*	2	33%
Vichada	4	3	75%
Total	1122	779	69%

*Municipios y corregimientos departamentales.

d. Construcción del Índice Gen Cero

Como se explicó previamente, la Fundación Éxito se propuso construir un índice sintético que resuma el comportamiento de las principales variables que determinan la desnutrición crónica. Para ello se adopta la técnica de **Análisis de Componentes**

Principales (ACP) la cual permite reducir la dimensionalidad de un conjunto relativamente grande de variables, mientras retiene la mayor cantidad de información presente en los datos.

Los componentes principales son variables nuevas que se construyen como combinaciones lineales de las variables iniciales. La combinación lineal se hace de forma tal que la mayoría de la información contenida en el conjunto inicial de variables este resumida en el menor número de componentes posibles.

Los pasos para construir el Índice son los siguientes:

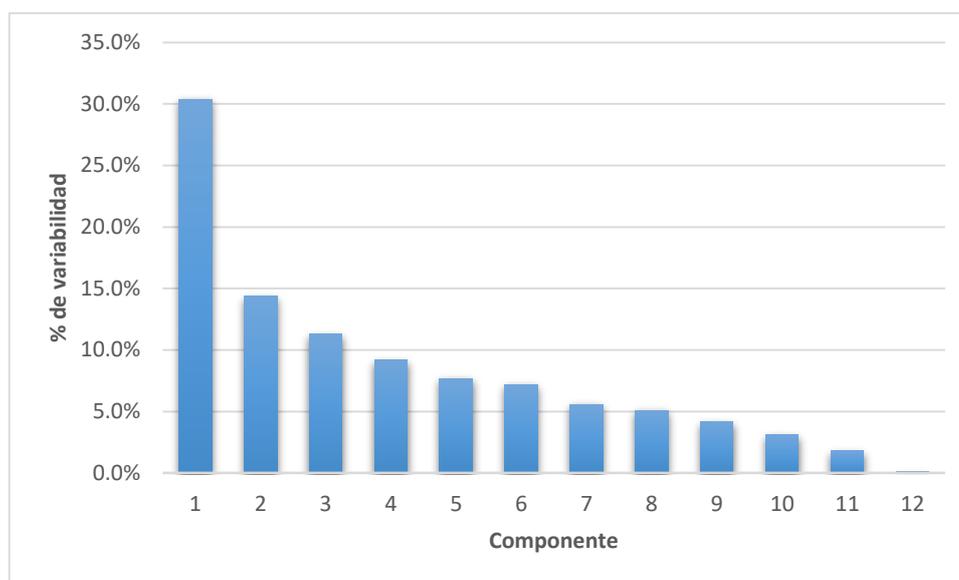
- 1) Se estandarizan las variables necesarias para su correcta interpretación en la misma dirección, por ejemplo, el bajo peso al nacer tiene una interpretación negativa en tanto más alto sea el porcentaje, mientras que la cobertura de acueducto tiene una interpretación positiva si es cercana al 100%.

Sea \mathbf{X} un vector de n variables aleatorias normalizadas y $\boldsymbol{\varepsilon}$ la matriz de correlaciones de \mathbf{X} .

- 2) Se normalizan las variables contenidas en \mathbf{X} y se procede a calcular su matriz de correlación muestral \mathbf{S} .
- 3) Posteriormente se calculan los valores y vectores propios de \mathbf{S} . Los valores propios se denotarán como β_k y el vector propio como α'_k , donde $k = 1, 2, \dots, n$. el k –ésimo componente principal está dado por $z_k = \alpha'_k \mathbf{x}$. El primer componente corresponde al calculado usando el vector propio asociado al mayor valor propio.

En el caso de este reporte se tienen 12 variables y la técnica de ACP da como resultado 12 componentes principales. La mayoría de la información contenida en las 12 variables está resumida en el primer componente principal, que recoge la mayor cantidad de información aportada por las 12 variables originales.

La variabilidad total de los datos recogida por el primer componente principal se puede observar en la figura 1. Esto quiere decir que, del conjunto inicial de datos, el primer componente logra capturar el 30% de la información más relevante.

Figura 1. Variabilidad del conjunto de datos explicada por cada componente


- 4) Se estandariza el primer componente principal aplicando la siguiente fórmula, lo cual dará como resultados el **Índice Gen Cero**:

$$\text{Índice Gen Cero} = \frac{z - \min(z)}{\max(z) - \min(z)} * 100$$

Lo anterior garantiza que el índice se encuentre en el rango desde 0 hasta 100, siendo 100 el municipio mejor valorado en términos del Índice Gen Cero.

- 5) Finalmente, sobre este índice se realiza una categorización de los municipios en 5 grupos a través de la metodología de Jenks, de forma tal que cada uno asocie municipios con características similares al interior del grupo y disímiles entre cada uno de los grupos. Esto permite saber qué municipios se encuentran en un estado crítico, bajo, medio, sobresaliente o satisfactorio.

Tabla 3. Rangos de clasificación de las categorías del Índice Gen Cero 2017

Categoría	Denominación	Rangos ⁶
1	Crítico	[0-52.9]
2	Bajo	(52.9-68.6]
3	Medio	(68.6-77.5]
4	Satisfactorio	(77.5-85.6]
5	Sobresaliente	(85.6-100]

⁶ En el rango, el paréntesis indica no inclusión del último dato y el corchete indica inclusión

e. Ajuste del Índice Gen Cero 2016

De acuerdo con la metodología explicada anteriormente, se realizó el ajuste del Índice presentado en el Reporte Anual Gen Cero 2018 con el fin de homogenizar la construcción del mismo y comparar los comportamientos temporales del mismo. A partir de las fuentes oficiales para el año 2016, se encuentra que solo 755 municipios (67.2%) pueden ser incluidos en la construcción del Índice 2016.

4. Resultados

Los resultados se presentan de manera consolidada para Colombia mostrando la distribución de los 779 municipios por categoría. Para la interpretación es importante recordar que la categorización del Índice se definió de 1 a 5, siendo 1 el estado crítico y 5 una situación sobresaliente.

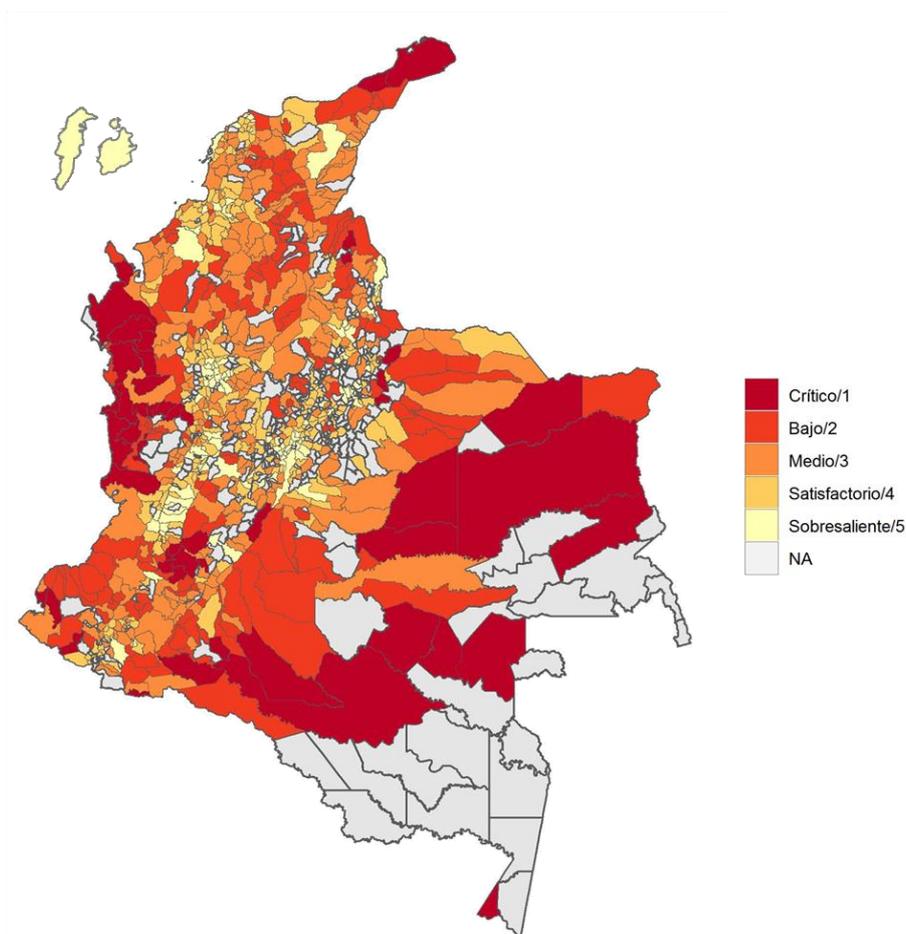
Un municipio clasificado en categoría crítica indica que el comportamiento conjunto de las variables analizadas es deficiente con respecto a los municipios de categorías mayores. Es necesario tener en cuenta que no es posible determinar con la metodología utilizada, cuales variables están afectando de forma más significativa el resultado, por lo cual la lectura del Índice Gen Cero debe realizarse de forma conjunta, no es posible aislar el efecto individual de cada una de ellas.

4.1 Resultados nacionales

La falta de información desagregada a nivel municipal es una limitante en el momento de realizar análisis frente a una problemática, en este caso, aquellos determinantes sociales de la desnutrición crónica. Para el 2017, 343 municipios (31%) no fueron incluidos en la construcción del Índice dado a la ausencia de información en algunas de las variables analizadas. Los departamentos con menos información disponible fueron Amazonas, Guainía y Vaupés. Los departamentos que más información reportaron a nivel municipal fueron Arauca, Putumayo, Sucre, Risaralda, La Guajira, Córdoba, Cauca, Caquetá, Atlántico y Magdalena (**Tabla 2**).

Los departamentos que menos municipios aportaron al análisis tienen importantes fallas en sus sistemas de información, no solamente en relación con las variables analizadas en el Índice Gen Cero, sino que se evidencia escasa información de variables económicas importantes como PIB, pobreza o GINI. La falta de información se debe considerar como un problema estructural que debe ser abordado, pues sin datos confiables es imposible llevar a cabo en ellos un ejercicio robusto de focalización.

Mapa 1. Distribución Geográfica por Categorías del Índice Gen Cero 2017



Fuente: Elaboración propia Fundación Éxito

Respecto a la categorización, se encontró que la mayoría de los municipios (61%) se encuentran en categoría media y satisfactoria (**tabla 4**). Por su parte, 200 municipios (26%) se encuentran en las categorías más bajas, siendo este un número muy significativo lo que indica prioridad para la atención desde distintos sectores.

Tabla 4. Distribución porcentual de municipios por categorías del Índice Gen Cero 2017

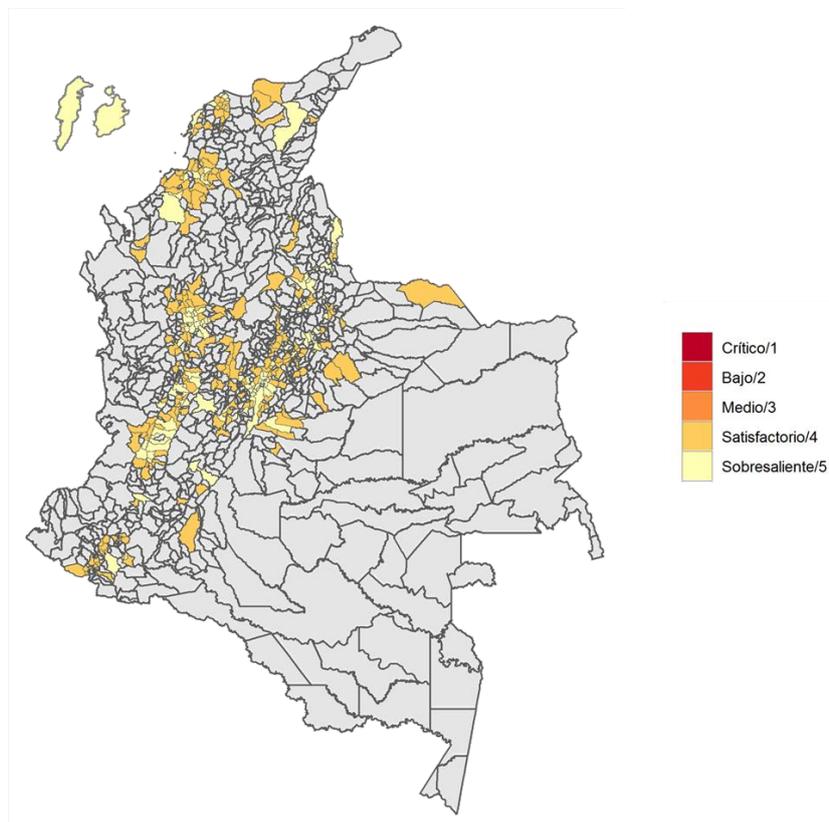
	1. Crítico	2. Bajo	3. Medio	4. Satisfactorio	5. Sobresaliente
779 Municipios Índice Gen Cero 2017	50 (7%)	150 (19%)	263 (34%)	213 (27%)	103 (13%)

4.2 Resultados por Categorías Índice Gen Cero 2017

A continuación, se presentan los resultados por categorías agrupadas para el año 2017:

- **Índice Gen Cero categorías 5 y 4**

Mapa 2. Índice Gen Cero 2017 Categorías 5 y 4



Fuente: Elaboración propia Fundación Éxito

Se observa que las categorías más altas están concentradas en la región⁷ central, parte de la región Oriental y el suroccidente de la región Caribe. Estas regiones tienen una importante concentración poblacional, por consiguiente, un mayor número de niños que puedan tener desnutrición crónica.

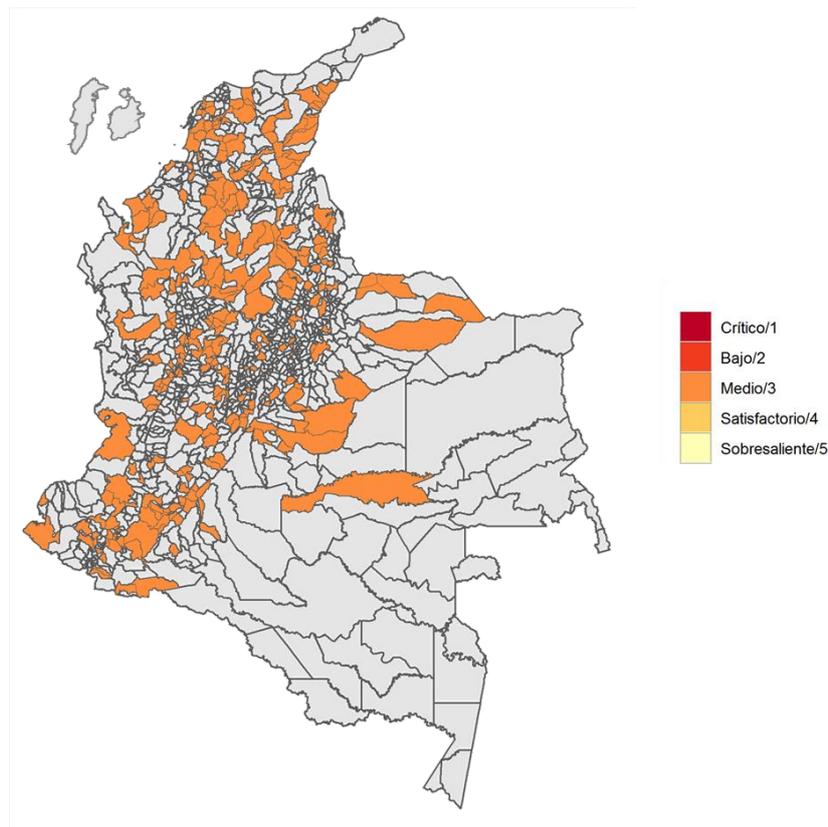
Al analizar las variables de pobreza monetaria, PIB *per cápita* y GINI de los departamentos que tienen mayor concentración de municipios en estas categorías, se encuentra que la mayoría tienen menor porcentaje de población en situación de pobreza monetaria, menor índice de GINI y algunos tienen un mayor PIB que el promedio nacional. Sin embargo, llama la atención que, aunque en departamentos como Córdoba, Tolima y Sucre se evidencian comportamientos favorables para el Índice Gen Cero, su dinámica económica no es tan positiva y las tasas de pobreza son altas respecto al promedio nacional, por lo cual, estos casos deben analizarse de manera más específica.

⁷ Para la descripción por regiones, se utilizó la subdivisión reportada por la ENSIN 2015.

Los municipios ubicados en estas categorías pueden tener mayores capacidades institucionales y un contexto que les permite una mejor gestión de la problemática. Su capacidad administrativa es una ventaja para establecer articulaciones sectoriales y alianzas con organizaciones del sector social y privado para pilotear o complementar acciones con mayor impacto.

- **Índice Gen Cero categoría 3**

Mapa 3. Índice Gen Cero 2017 Categoría 3



Fuente: Elaboración propia Fundación Éxito

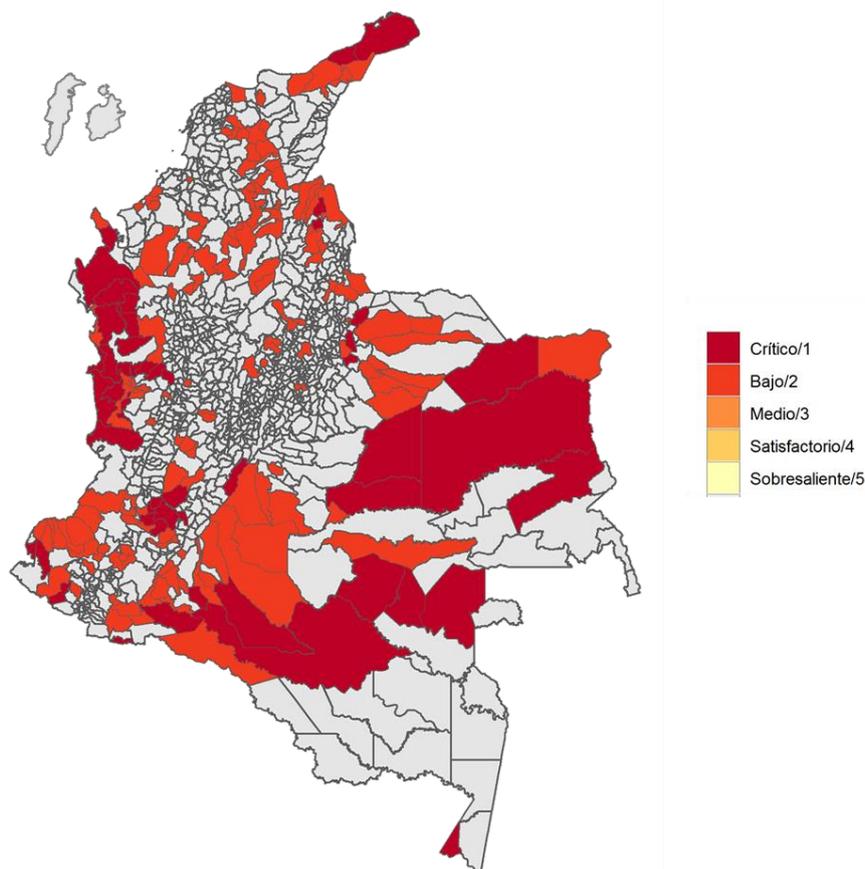
La categoría 3 es la que más municipios concentra y la que mayor dispersión muestra, por lo que es difícil asociarla a una región específica. No obstante, los departamentos que mayor cantidad de municipios agrupan en esta categoría son Antioquia, Huila, Santander, Bolívar, Cesar, Nariño y Cundinamarca. Se puede encontrar como punto en común en estos departamentos (exceptuando a Cundinamarca y Antioquia), que si bien no son los más rezagados económicamente, presentan altas tasas de pobreza.

Esto puede reflejar que estos municipios están iniciando una expansión económica que aún no ha repercutido en la situación de los sectores más vulnerables de la población. Es muy probable que sus variables estructurales no estén en una situación crítica, por lo que tienen probabilidad de pasar a una mejor categoría, sin embargo, el análisis de

dinámicas temporales que se presenta más adelante muestra un mayor riesgo de bajar de categoría que de subir. Por ello es clave fortalecer la ejecución de las políticas de salud y primera infancia, así como de oferta de servicios de saneamiento y salud focalizadas a la población más vulnerable.

- **Índice Gen Cero categorías 2 y 1**

Mapa 4. Índice Gen Cero 2017 Categorías 2 y 1



Fuente: Elaboración propia Fundación Éxito

Finalmente, el mapa 4 muestra la distribución geográfica de los municipios ubicados en las categorías 1 y 2. Evidentemente, los municipios de las categorías más bajas están concentrados en las zonas más deprimidas del país. Los departamentos que tienen mayor concentración de municipios en estas categorías se ubican en la región Pacífica (excepto Valle del Cauca), norte de la región Caribe y Amazonia y la Orinoquia y especialmente los departamentos como Caquetá y Meta.

Estos departamentos además tienen en común altas tasas de pobreza, su producto Interno Bruto *per cápita* es bajo y presentan altos índices de desigualdad. Así mismo, cuentan con población con pertenencia étnica, un entorno natural de difícil acceso, la presencia durante décadas de grupos armados irregulares, fronteras, economía extractiva y en ocasiones, cultivos ilícitos. Lo anterior, trae como consecuencia la falta

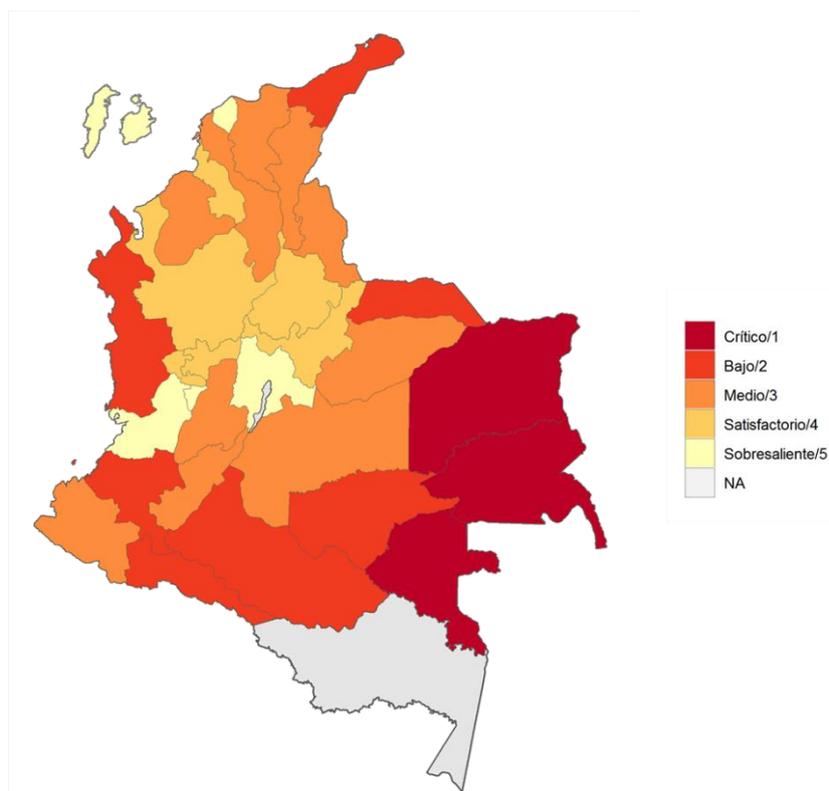
de información detallada que dificulta una completa caracterización de la población en términos socioeconómicos, de salud y nutrición.

En estos territorios hay falencias de cobertura, infraestructura y acceso a educación y servicios de salud adecuados, así como escasa presencia de programas estatales. Todo lo anterior tiene repercusiones en el estado de salud y nutrición de la población, lo que explica que estas zonas específicas concentren una alta cantidad de municipios en estas categorías. Todas las características descritas impiden que en estas regiones se den procesos de desarrollo económico que tiene implicaciones a nivel de salud pública.

4.3 Resultados por departamentos

Para el análisis del Índice Gen Cero 2017 a nivel departamental, se tiene en cuenta 31 de los 32 departamentos del país. Se excluye Amazonas, pues aunque este departamento tiene dos municipios y nueve corregimientos departamentales, en los datos sólo se cuenta con información de un municipio (Puerto Nariño), lo que podría sesgar el resultado final.

Mapa 5. Distribución departamental por Categorías del Índice Gen Cero 2017



Fuente: Elaboración propia Fundación Éxito

Se encuentra que 52% de los departamentos se ubican en categoría media y satisfactoria (tabla 5). Por otra parte, 10 departamentos (32,3%) se encuentran en las categorías bajo y crítico. Esta información es consistente con lo encontrado a nivel municipal.

Tabla 5. Distribución porcentual de municipios por categorías del Índice Gen Cero 2017

	1. Crítico	2. Bajo	3. Medio	4. Satisfactorio	5. Sobresaliente
31 Departamentos Índice Gen Cero 2017	3 (9,7%)	7 (22,6%)	10 (32,3%)	6 (19,4%)	5 (16,1%)

Una de las ventajas de calcular el Índice a nivel departamental es que se puede relacionar tanto con los resultados nutricionales a nivel departamental que provee la ENSIN 2015, como con variables de carácter socioeconómico como el Producto Interno Bruto *per cápita*, la tasa de pobreza monetaria y el GINI.

Se observa en la tabla 6 que existe una alta correspondencia entre los departamentos con alta prevalencia de desnutrición crónica para 2015 según la ENSIN, y los departamentos que de acuerdo con el Índice Gen Cero, se clasifican en las categorías más bajas. Igualmente, los departamentos mejor ubicados en el Índice Gen Cero presentan menores prevalencias de desnutrición crónica a 2015.

También es de resaltar que los departamentos en las categorías más bajas del Índice Gen Cero tienen niveles de producción extremadamente bajos, altos niveles de pobreza y considerable desigualdad, lo que está muy en línea con lo encontrado gráficamente a nivel municipal.

Finalmente, en la Tabla 6 se puede apreciar la correspondencia entre el dato oficial de desnutrición crónica y el índice Gen Cero a nivel departamental, encontrando que el Índice logra capturar de forma adecuada las dinámicas que explican que una región en particular tenga mayor prevalencia de desnutrición crónica a partir de algunos determinantes sociales. Se esperaría entonces que a nivel municipal se dé esta correspondencia, aunque es imposible validarla empíricamente debido a la falta de datos municipales oficiales de prevalencia de desnutrición crónica.

Tabla 6. Índice Gen Cero Departamental 2017 y variables relevantes

Departamento	Pobreza monetaria 2017 ⁸	PIB per cápita en pesos 2017 ⁹	GINI 2017 ¹⁰	Desnutrición crónica ENSIN 2015 ¹¹	Índice Gen Cero 2017	Categoría Índice Gen Cero 2017
Atlántico	24.3%	14,562,476	0.44	8.5%	95.5	5
Cundinamarca	14.7%	18,274,295	0.43	9.0%	90.9	5
Quindío	26.4%	11,720,955	0.45	6.5%	91.2	5
San Andrés	N/D	17,238,939	N/D	5.6%	100.0	5
Valle del Cauca	21.1%	17,295,011	0.47	6.4%	93.2	5
Antioquia	21.3%	18,333,503	0.50	11.0%	88.8	4
Boyacá	28.7%	17,598,590	0.51	13.0%	87.5	4

⁸ Fuente: DANE

⁹ Fuente: DANE, Precios constantes de 2015

¹⁰ Fuente: DANE

¹¹ Fuente: ENSIN 2015

Departamento	Pobreza monetaria 2017 ⁸	PIB per cápita en pesos 2017 ⁹	GINI 2017 ¹⁰	Desnutrición crónica ENSIN 2015 ¹¹	Índice Gen Cero 2017	Categoría Índice Gen Cero 2017
Caldas	26.7%	13,111,834	0.50	6.9%	88.2	4
Risaralda	16.3%	13,713,030	0.43	8.1%	85.0	4
Santander	18.9%	25,935,218	0.45	10.6%	88.1	4
Sucre	41.6%	8,043,322	0.46	10.9%	82.8	4
Bolívar	38.2%	14,079,011	0.46	9.0%	80.7	3
Casanare	N/D	35,028,267	N/D	10.2%	75.0	3
Cesar	40.7%	15,325,410	0.49	11.4%	77.2	3
Córdoba	45.8%	7,816,476	0.47	11.0%	77.9	3
Huila	21.4%	11,084,534	0.49	10.7%	76.1	3
Magdalena	48.5%	8,523,390	0.49	12.9%	74.7	3
Meta	25.1%	29,125,487	0.47	8.7%	78.1	3
Nariño	40.2%	6,985,470	0.51	13.4%	77.6	3
Norte de Santander	40.0%	9,388,547	0.47	6.5%	78.9	3
Tolima	29.1%	12,653,084	0.49	8.2%	78.5	3
Arauca	N/D	15,513,968	N/D	13.5%	66.3	2
Caquetá	35.1%	7,018,347	0.46	6.4%	57.9	2
Cauca	48.7%	10,609,043	0.50	13.3%	67.1	2
Chocó	58.7%	6,744,897	0.57	13.4%	62.5	2
Guaviare	N/D	6,071,013	N/D	5.1%	55.3	2
La Guajira	52.6%	8,883,467	0.55	26.1%	62.8	2
Putumayo	N/D	9,495,545	N/D	10.6%	62.7	2
Guainía	N/D	7,046,338	N/D	18.1%	12.7	1
Vaupés	N/D	5,374,585	N/D	27.0%	0.0	1
Vichada	N/D	7,063,411	N/D	11.9%	35.5	1

5. Dinámicas temporales

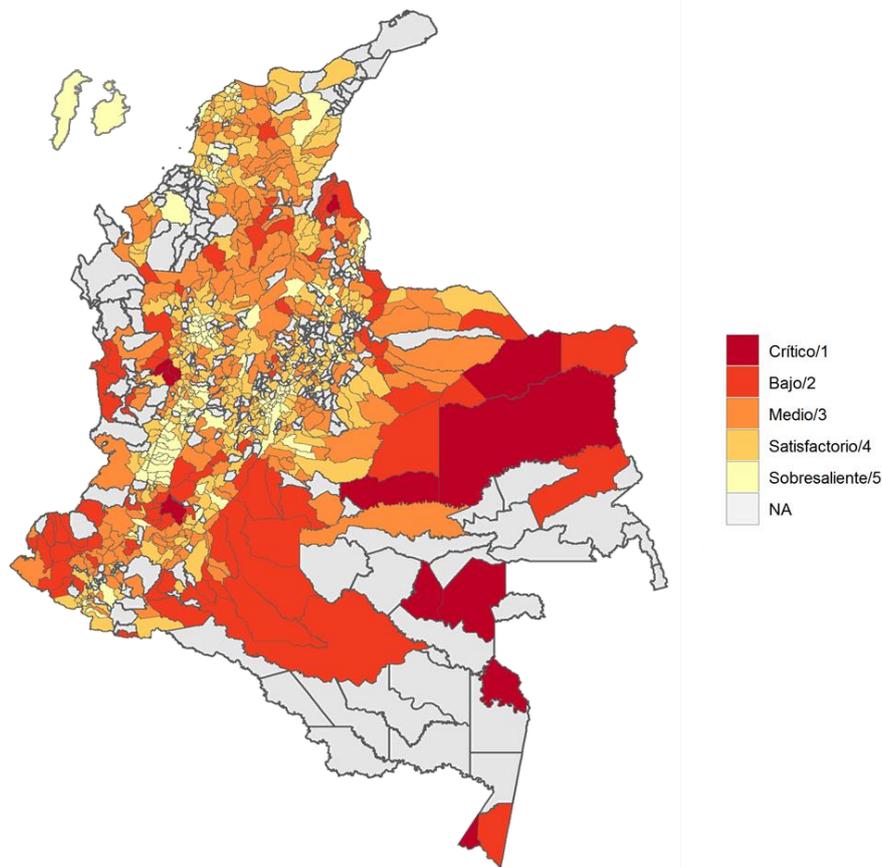
- **Índice Gen Cero 2016**

Para la construcción del Índice 2016 bajo la metodología implementada para el 2017, se tienen en cuenta 755 municipios (67.2%), encontrándose que hay una mayor concentración en la categoría sobresaliente (20.4%) y una menor concentración en las categorías más bajas (12.7%).

Tabla 7. Distribución porcentual de municipios por categorías del Índice Gen Cero 2016

	1. Crítico	2. Bajo	3. Medio	4. Satisfactorio	5. Sobresaliente
755 Municipios Índice Gen Cero 2016	12 (1.6%)	84 (11.1%)	237 (31.4%)	268 (35.5%)	154 (20.4%)

Mapa 6. Distribución geográfica por Categorías del Índice Gen Cero 2016



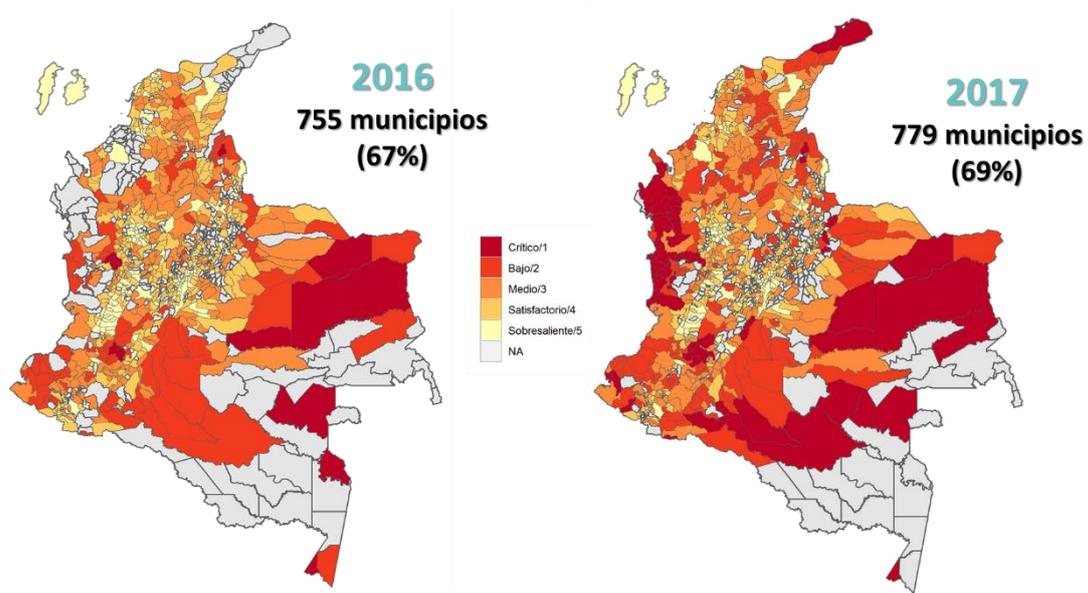
Fuente: Elaboración propia Fundación Éxito

Se observa que los municipios clasificados en las categorías más altas están concentrados en la región central, parte de la región Oriental y Caribe, los de categoría media en los departamentos de Antioquia, Santander, Bolívar y Cauca y se identifica una mayor concentración de municipios en las categorías más bajas en los departamentos de Vichada, Caquetá, Vaupés, Nariño y Chocó.

- **Índice Gen Cero 2016 y 2017**

Este reporte da cuenta de la movilidad entre categorías de los municipios que componen el Índice Gen Cero para los años 2016 y 2017. Tal y como se observa en el mapa 7, la distribución de los municipios de acuerdo con el comportamiento de sus categorías varía entre los años analizados, en este caso es importante tener en cuenta que para cada año se analizó un número de municipios diferente, sin embargo, se pueden ver cambios importantes especialmente en región Atlántica y Pacífica.

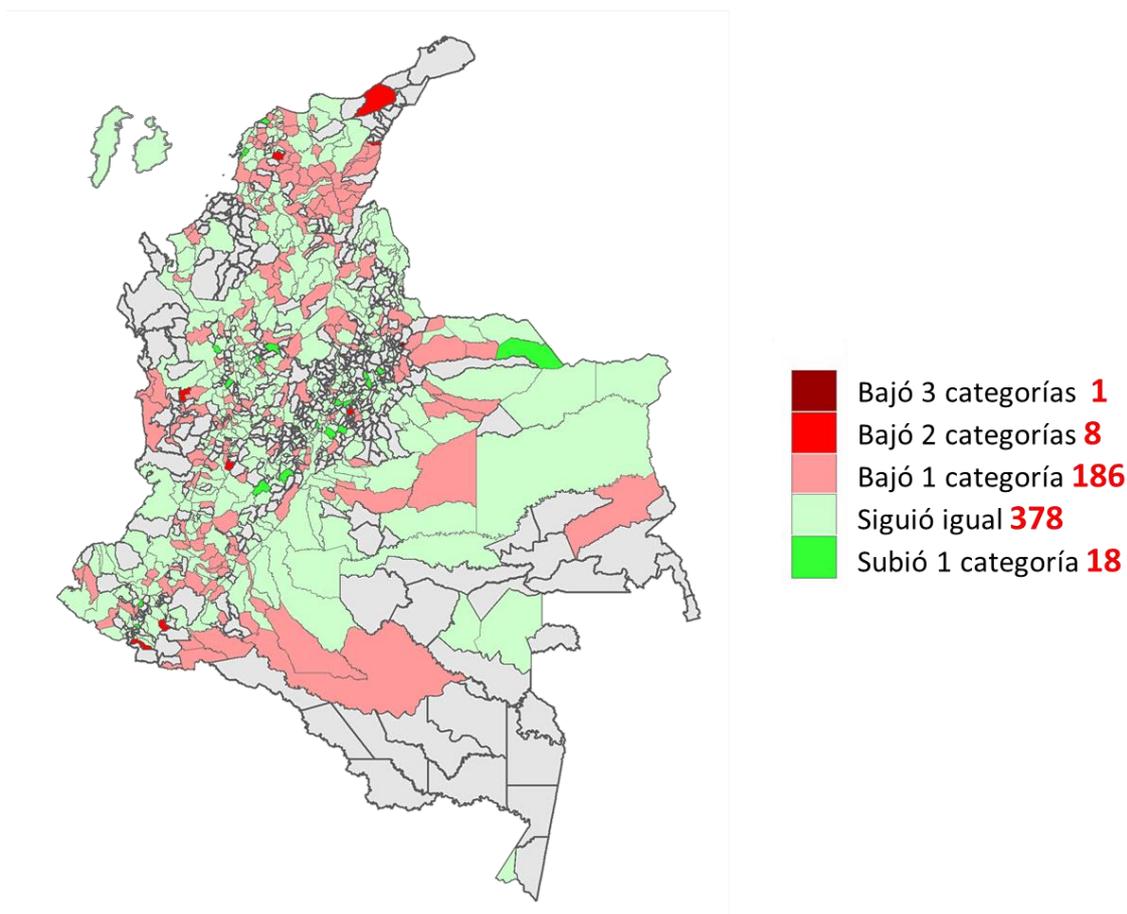
Mapa 7. Distribución Geográfica por Categorías del Índice Gen Cero 2016 (Izquierda) e Índice Gen Cero 2017 (Derecha)



Fuente: Elaboración propia Fundación Éxito

El análisis de las dinámicas temporales del Índice Gen Cero 2016 y 2017 pudo realizarse con la información de 591 municipios los cuales contaban con información disponible de las 12 variables para ambos años. El mapa 8 indica si los municipios subieron de categoría, bajaron o se quedaron igual, encontrando una cantidad importante de municipios que bajaron para el año 2017.

Mapa 8. Cambios de Categoría en los Municipios Analizados entre 2016 y 2017



Fuente: Elaboración propia Fundación

Se identifica que entre 2016 y 2017, 378 de los 591 municipios analizados mantuvieron la categoría inicial. Por su parte, 195 municipios bajaron de categoría y sólo 18 mejoraron para el 2017 (Tabla 6). Esto muestra, las dificultades para mejorar indicadores de salud y nutrición en un territorio determinado, y la facilidad con la que se pueden perder los avances si no se intensifican los esfuerzos dirigidos a mejorar los determinantes de la desnutrición crónica en el país.

Tabla 6. Número de municipios que presentaron movilidad entre categorías para los años 2016 y 2017

Bajaron de categoría			Subieron de categoría		
Categoría 2016	Categoría 2017	N°	Categoría 2016	Categoría 2017	N°
5	4	35	1	2	0
5	3	2	1	3	0
5	2	1	1	4	0
5	1	0	1	5	0
4	3	74	2	3	3
4	2	5	2	4	0
4	1	0	2	5	0
3	2	53	3	4	8
3	1	1	3	5	0
2	1	24	4	5	7
Total		195	Total		18

También se observa que las regiones dónde hay mayor concentración de municipios que empeoraron su categoría en 2017, coincide con las regiones más deprimidas en términos socioeconómicos: sur de la región Caribe, norte de la Amazonía y Chocó. Esto muestra que estas regiones además de tener indicadores deficientes en términos del Índice Gen Cero, posiblemente son más vulnerables a variaciones negativas en su clasificación. Esto se puede deber a una incorrecta focalización de las políticas públicas en estas zonas, deficiente infraestructura y capacidad institucional, lo cual las deja en desventaja.

Finalmente, se comparan las medias de las variaciones para cada variable entre 2016 y 2017 entre dos grupos de municipios: los que bajaron de categoría y los que subieron o permanecieron igual. Como se aprecia en la tabla 7, el porcentaje de embarazos adolescentes, por ejemplo, no varió entre 2016 y 2017 en promedio para los municipios que bajaron de categoría. Por el contrario, la media del cambio anual en el porcentaje de embarazo adolescente en el grupo de municipios que subieron o se mantuvieron en su categoría, fue de -1%, es decir, en promedio, este grupo de municipios redujo la tasa de embarazo adolescente en 1%.

Tabla 7. Diferencia entre las medias del cambio anual de las variables que componen el Índice Gen Cero según grupo de cambio de categoría.

Variable	Media del cambio anual de municipios que bajaron de categoría	Media del cambio anual de municipios que subieron de categoría o siguieron igual	P-valor test de diferencia de medias*
Cobertura acueducto (%)	-0.03	0.03	0.00
Índice de Riesgo de Calidad de Agua	0.04	-0.01	0.02
Proporción de nacimientos de madres adolescentes entre 10 y 19 años (%)	0.00	-0.01	0.00
Bajo peso al nacer (%)	0.00	0.00	0.40
Proporción de nacimientos de madres con menos de 3 consultas antes del parto (%)	0.01	-0.01	0.00
Mortalidad en la Niñez (Tasa por cada 1000 niños)	0.02	-0.01	0.70
Orden de nacimiento (promedio municipal)	0.02	-0.03	0.00
Partos institucionales (%)	-0.01	0.00	0.00
Partos atendidos por personal calificado (%)	-0.01	0.00	0.00
Afiliación a salud (%)	0.00	0.00	0.50
Proporción de nacimientos de madres con primaria (%)	0.00	-0.02	0.00
Proporción de nacimientos de madres con secundaria (%)	-0.01	-0.01	1.00

*Si el P-Valor es menor a 0.05, se puede concluir que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los dos grupos.

Se observa que los municipios que subieron o mantuvieron la categoría muestran una mejoría en la mayor parte de indicadores entre 2016 y 2017. Por el contrario, los municipios que bajaron de categoría evidencian dinámicas negativas o nulas en la mayoría de las variables que componen el Índice Gen Cero.

6. Análisis complementarios

Finalmente, se analizan los resultados del Índice municipal para 2017 relacionándolos de forma descriptiva con otras variables sociopolíticas y económicas de Colombia que complementan la lectura del contexto de la desnutrición.

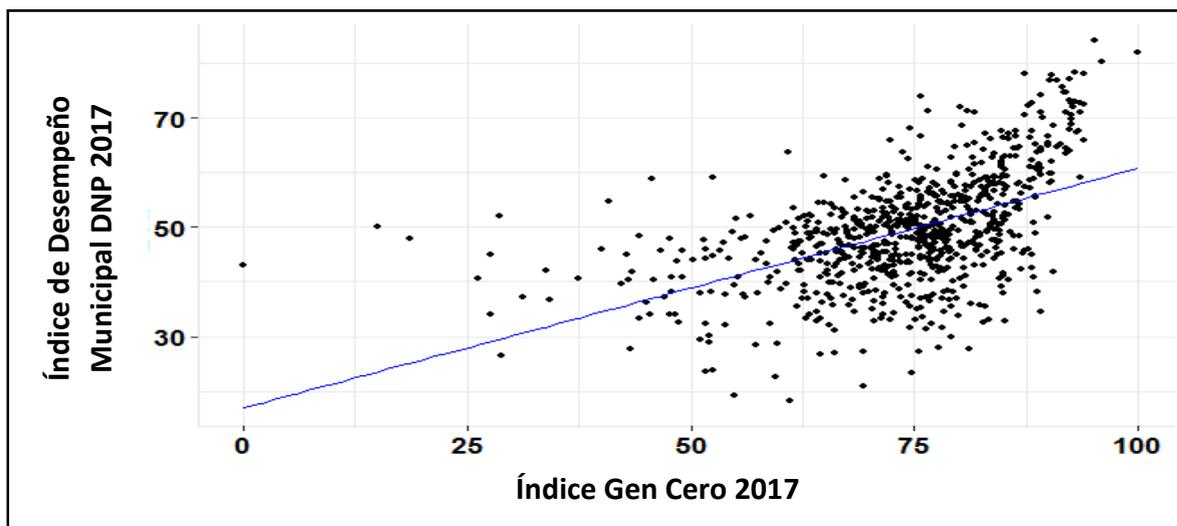
El Índice Gen Cero está compuesto principalmente por determinantes intermedios y singulares de la desnutrición crónica. En esta ocasión, se relaciona con determinantes estructurales medidos por otro tipo de variables, como el Índice de Desempeño Municipal del Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Indicador de Importancia Municipal del DANE y la focalización de Municipios priorizados por el posconflicto.

a. Índice Gen Cero e Índice de Desempeño Municipal DNP, 2017

El Índice de Desempeño Municipal es construido anualmente a nivel municipal por el DNP y tiene como objetivo medir, comparar y ordenar a los municipios según su desempeño integral a partir de variables de capacidad de gestión y resultados en términos de desarrollo.

El componente de gestión agrupa variables asociadas a las capacidades de recaudo y movilización de recursos por parte del municipio, mientras el componente de resultados en desarrollo relaciona variables asociadas a coberturas en educación, salud y servicios. Se espera que un municipio que tiene fuertes capacidades institucionales de movilización y recaudo de recursos, además de indicadores de desarrollo positivos, tenga también indicadores positivos en el Índice Gen Cero, pues los resultados de este están mediados por capacidades institucionales para brindar acceso a la población a condiciones adecuadas para desarrollar un estado de salud y nutrición adecuado. La figura 2 muestra que, en efecto, estos dos aspectos están relacionados de forma positiva.

Figura 2. Dispersión Índice Gen Cero 2017 e Índice de Desempeño DNP 2017



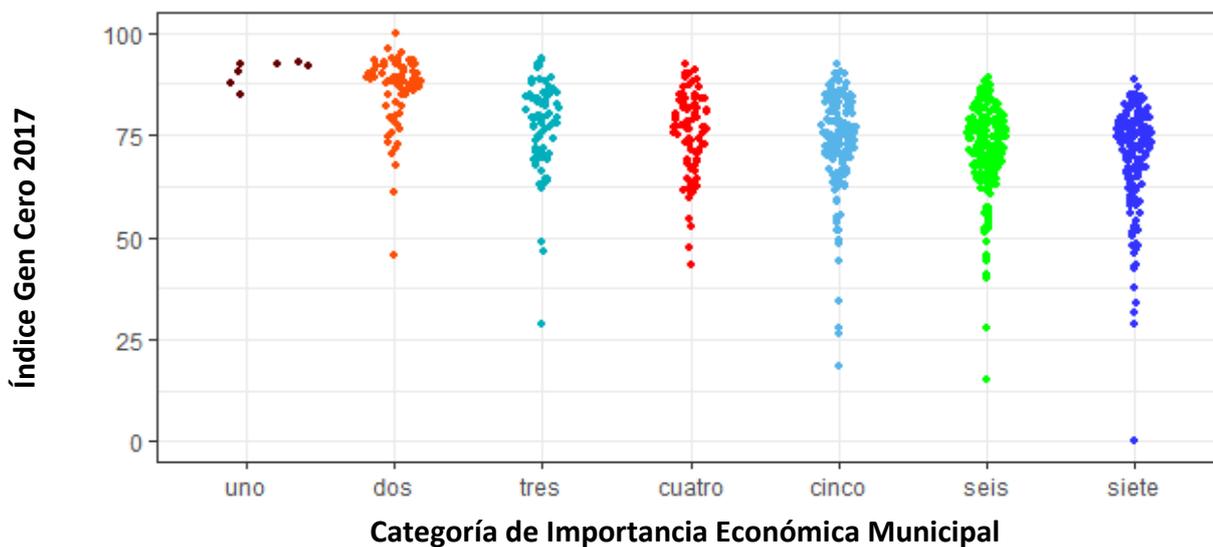
Fuente: Cálculos propios con datos del DNP

b. Índice Gen Cero 2017 e Indicador de Importancia Municipal del DANE, 2017

Como se identificó previamente, se observa una asociación importante entre el desempeño económico de una región y el Índice Gen Cero. Claramente, las regiones menos productivas tienen menor disponibilidad de recursos para invertir en infraestructura y programas de atención en salud y nutrición. A nivel municipal, el DANE calcula desde 2013 el Indicador de Importancia Municipal, que permite identificar la jerarquía en términos de aporte económico medido como valor agregado, de cada municipio dentro de su departamento. Este indicador categoriza a los municipios en siete grupos de acuerdo a su importancia relativa, siendo el primer grupo el que aglomera a los municipios más importantes relativamente dentro de su departamento, por tanto, son los más sólidos económicamente. Los municipios cuyo aporte a la producción departamental es muy bajo se encuentran agrupados en las categorías 6 y 7.

En la figura 3 se observa que efectivamente los municipios cuyo indicador de importancia municipal está en las primeras categorías, presentan niveles más altos en términos del Índice Gen Cero, mientras que los municipios que menos aportan a la producción departamental concentran una alta cantidad de municipios en categorías bajas del Índice Gen Cero.

Figura 3. Índice Gen Cero e Indicador de Importancia Municipal 2017 DANE



c. Índice Gen Cero y Municipios priorizados para el posconflicto

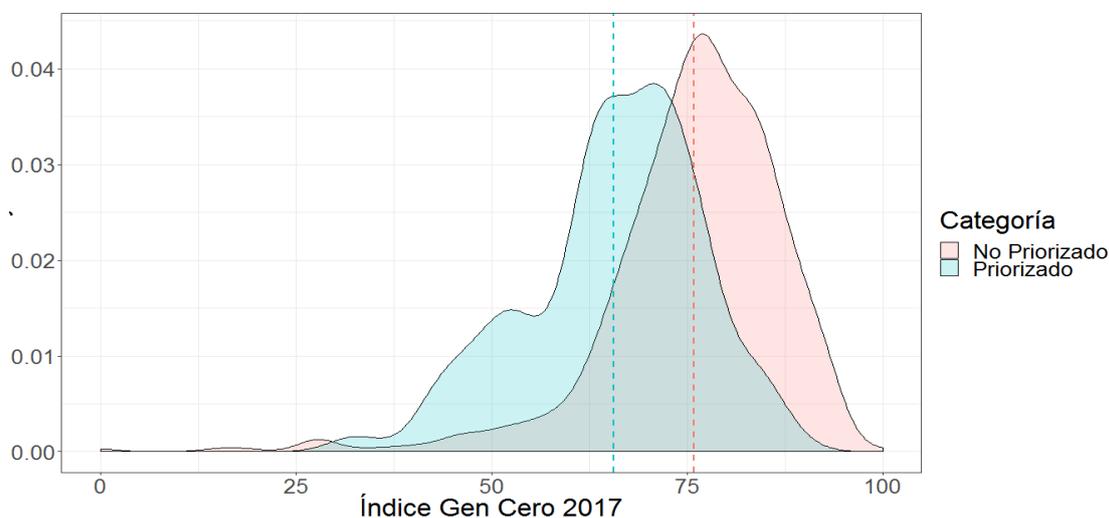
El conflicto armado se ha caracterizado por ser una fuente empobrecimiento colectivo, especialmente en las zonas más expuestas a este. Las regiones más vulnerables en términos de conflicto armado presentan altas tasas de deserción escolar, bajos niveles de inversión, mayores costos en el sistema de salud y altos niveles de pérdida de capital

humano, ya sea a razón de muertes tempranas o de baja calidad en la educación. Además, el conflicto armado puede contribuir a reducir la disponibilidad de alimentos en una población determinada, lo que contribuye al incremento de la inseguridad alimentaria (Segovia, 2017). Lo anterior evidencia que la violencia genera ambientes adversos para el completo desarrollo de los niños y se esperaría que la población infantil que crece en este tipo de entornos hostiles, tenga mayores probabilidades de presentar resultados negativos en su estado nutricional.

Por lo anterior, resulta relevante analizar si los municipios más afectados por el conflicto armado interno en Colombia presentan niveles más bajos en el Índice Gen Cero. Para determinarlo se toma como referencia los 170 municipios que fueron priorizados para el posconflicto, de los cuales el 67% presentan alta y muy alta incidencia del conflicto armado, según el Índice de Incidencia del Conflicto Armado del DNP (2016), y concentraron el 94,2% de los cultivos de coca según el censo del Sistema Integrado de Monitoreo de Cultivos Ilícitos (SIMCI) 2016, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017).

La figura 4 muestra la distribución de los puntajes del Índice Gen Cero diferenciando a los municipios priorizados o no para el posconflicto. Se observa que, los municipios con niveles históricos de violencia altos, tienen puntajes del Índice Gen Cero más bajos, como fue lo esperado.

Figura 4. Distribución del Índice Gen Cero 2017



7. Conclusiones y recomendaciones por categoría

- **Índice Gen Cero categorías 5 y 4**

Los municipios en estas categorías están concentrados en las regiones más productivas económicamente, cuentan con un entorno socioeconómico favorable y bajas tasas de

pobreza, pero también con mayor cantidad de población. En esta categoría están ubicadas las principales ciudades del país y sus áreas metropolitanas.

Dado que las capacidades institucionales en la mayoría de estos municipios son amplias, sus esfuerzos deben enfocarse en los siguientes aspectos para mantener y mejorar sustancialmente su situación nutricional:

- ✓ Afinar la priorización de beneficiarios para llegar a aquellas familias que más lo necesitan con intervenciones de captación oportuna de las mujeres gestantes, adherencia a controles prenatales, atención con calidad durante el embarazo, parto y puerperio, alimentación complementaria y promoción de la lactancia materna exclusiva y complementaria.
- ✓ Implementar estrategias probadas para la reducción de la desnutrición crónica y otros tipos de malnutrición, como la Guía de Atención Integral a la Desnutrición Crónica recientemente presentada por la ciudad de Bogotá, que arrojó resultados positivos.
- ✓ Fortalecer los sistemas de vigilancia de la situación nutricional, incorporando la lactancia materna como un indicador a monitorear, de manera que se puedan orientar los esfuerzos institucionales y financieros a cerrar las brechas de calidad o atención que persistan.
- ✓ Fortalecer los procesos de evaluación de las políticas públicas de manera cuantitativa, de tal forma que esta documentación permita replicar en otros territorios las acciones que están generando estos buenos resultados.

- **Índice Gen Cero categoría 3**

Estos municipios no se pueden asociar a una región en particular. Aunque no son los más rezagados económicamente, presentan tasas de pobreza considerables que afectan la provisión de servicios de salud, nutrición y educación, entre otros, y de esa manera los determinantes sociales de la desnutrición crónica. Son territorios con una capacidad intermedia de gestión de las políticas de salud y primera infancia. La movilidad entre categorías del Índice Gen Cero mostró que para este grupo es más fácil desmejorar que mejorar su posición por lo que es fundamental para ellos trabajar en:

- ✓ Fortalecer la articulación intersectorial para la ejecución efectiva de las políticas de primera infancia, salud, nutrición, seguridad alimentaria y derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Incorporar intervenciones para el desarrollo de tales políticas en sus instrumentos de planeación, con énfasis en salud maternoinfantil, lactancia materna exclusiva y complementaria, saneamiento básico, complementación alimentaria, estilos de vida saludable, y educación formal.

- ✓ Priorizar la asignación de recursos para salud y nutrición y el abordaje de sus determinantes, rompiendo con las trampas de pobreza.
- ✓ Fortalecer los sistemas de monitoreo y registro de los indicadores nutricionales para generar respuestas oportunas y soluciones acordes a las necesidades particulares del territorio.

- **Índice Gen Cero categorías 1 y 2**

Estas categorías agrupan a las regiones más deprimidas del país, cuyos índices de pobreza y niveles de producción son muy negativos. Son territorios con población dispersa, gran parte de ella con pertenencia étnica, con dinámica de frontera, afectación histórica por el conflicto armado, inseguridad alimentaria y difícil acceso. En general cuentan con capacidades institucionales débiles y escasa infraestructura de servicios.

Estos municipios requieren mayor acompañamiento del nivel nacional para estructurar sus políticas de primera infancia, salud y seguridad alimentaria, así como de asistencia técnica y concurrencia de recursos para implementarlas. Son territorios que exigen a la administración nacional, pero también a la local, la flexibilización de los servicios para superar las barreras de acceso y garantizarlos con calidad a sus pobladores.

Es así como los retos son:

- ✓ Proveer servicios básicos de saneamiento, agua potable o segura, acceso a salud y a educación de manera más generalizada, haciendo especial énfasis en las zonas rurales y rurales dispersas, pues hay una deficiencia estructural de los mismos, que agudiza los determinantes sociales de la desnutrición.
- ✓ Gestionar la articulación de recursos con la administración departamental y nacional para acceder a líneas de financiación de servicios sociales básicos.
- ✓ Poner en práctica estrategias de prevención y promoción de la salud haciendo uso de la atención extramural, la telemedicina y otras tecnologías adaptadas a las barreras de acceso geográfico, con el fin de superarlas.
- ✓ Promover la lactancia materna e implementar programas de complementación alimentaria enfocados a las mujeres gestantes y lactantes, y a los niños y niñas en primera infancia. Así mismo, suplementación con micronutrientes a las mujeres en edad fértil para disminuir la prevalencia de anemia.
- ✓ Implementar estrategias de salud materno-infantil como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAM) y Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

- ✓ Fortalecer el tejido social y la acción comunitaria, fracturados por las dinámicas recientes de la guerra y la ilegalidad, a través de actividades de acompañamiento familiar y redes de apoyo que tengan como eje el cuidado de la niñez, su salud y su nutrición.

8. Recomendaciones generales

Desde la gestión territorial

- **Prioridad y acción**

El compromiso político y la visión estratégica de un mandatario son las semillas de un cambio. Una persona líder que motive la articulación sectorial, plantee programas probados, metas retadoras y disponga presupuestos para superar los factores que propician la malnutrición, cambiará en pocos años la realidad de un territorio.

- **La articulación intersectorial es la clave**

Al ser la DNC un fenómeno multicausal convoca a diversos sectores, tanto de la administración local como de orden nacional con presencia en el territorio. Su superación requiere abordar asuntos de tipo estructural y de capacidad de gestión como la calidad y cobertura de los servicios de salud, nutrición, abastecimiento de agua, saneamiento y educación, las vías de acceso, así como cadenas de producción, abastecimiento y acceso de alimentos. El reconocimiento de la responsabilidad compartida es una oportunidad para lograr resultados mayores y más sostenibles.

- **Información**

Para implementar acciones efectivas que conduzcan a la erradicación de la DNC es fundamental contar con información oportuna sobre la magnitud del problema, su localización y los factores que más inciden. Como parte de los esfuerzos programáticos de los gobiernos locales, se debe dar relevancia a los sistemas de monitoreo de la DNC en la población en primera infancia.

En el caso específico de la salud y la nutrición infantil es necesario cualificar las fuentes de información y hacer seguimiento permanente a indicadores como:

- ✓ Prevalencia de embarazo adolescente
- ✓ Prevalencia de gestantes con bajo peso
- ✓ Prevalencia de bajo peso al nacer (recién nacido a término)
- ✓ Prevalencia retraso en talla (desnutrición crónica) en niños menores de 5 años
- ✓ Prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de 5 años
- ✓ Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años
- ✓ Duración mediana de lactancia materna exclusiva (meses)
- ✓ Prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses

Desde la intervención

- **Actuar a tiempo: los primeros mil días**

Superar la desnutrición crónica sí es posible, especialmente si se centran los esfuerzos en la gestación y los dos primeros años del bebé, es decir, sus primeros dos años de vida. Este es el periodo más crítico del desarrollo del ser humano, y también el que más oportunidades representa para la recuperación de un estado de riesgo o DNC.

- **Lactancia materna: la primera vacuna contra la desnutrición**

Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la adecuada alimentación complementaria hasta al menos los 2 años, es la primera apuesta por la salud, la nutrición y el desarrollo socioemocional de los niños. Brindar información y apoyo a las mujeres y a las familias por parte del personal de salud prevendrá enfermedades en las madres y generará a los pequeños mejores condiciones de salud así como posibilidades de desarrollo socioemocional y cognitivo.

- **Nutrición integral**

Lo anterior no es suficiente. Para continuar la senda del buen desarrollo, los programas de complementación alimentaria estandarizados que se integran con estrategias en educación alimentaria y salud, son un factor de protección que mitiga los riesgos nutricionales a los que se ve expuesta la población infantil más vulnerable.

- **Saneamiento básico y agua segura**

Sin agua potable y espacios libres de contaminación, los demás esfuerzos caerán en tierra árida, pues serán foco de enfermedades que dificultarán el progreso de los niños y sus familias pese a los esfuerzos en torno a la nutrición. Esta es una inversión en la salud de su población, en el ahorro en gastos de atención derivados de enfermedades diarreicas y respiratorias entre otras.

- **Acceso a salud**

Fortalecer el aseguramiento de la población al sistema de salud, así como los servicios de promoción, prevención y atención es fundamental en esta tarea. Se debe poner especial atención en las mujeres gestantes y los niños y niñas en primera infancia facilitando el acceso a los controles prenatales para las gestantes, la valoración integral para los niños y niñas y la vacunación. Igualmente, es necesario llevar las intervenciones a quienes habitan la zona rural y rural dispersa con un enfoque sensible a la diversidad cultural para cerrar brechas sociales y cambiar los indicadores en su municipio. No se debe escatimar en la suficiencia y cualificación de los equipos humanos, la infraestructura y dotación que garantice la calidad de la atención.

- **Seguridad alimentaria**

La seguridad alimentaria es una medida de protección que impacta directamente en el desarrollo integral de los niños y niñas, sus familias y la comunidad, por lo cual es fundamental que los municipios fomenten directamente o en articulación con programas nacionales la producción de alimentos para autoconsumo, la suficiencia y el acceso a alimentos por parte de las comunidades. En el caso de las poblaciones

indígenas, la soberanía alimentaria cobra un valor primordial en tanto garantiza la supervivencia física y cultural de las comunidades.

Referencias

- Aguayo, V., Nair, R., Badgaiyan, N., & Krishna, V. (2016). Determinants of stunting and poor linear growth in children under 2 years of age in India: an in-depth analysis of Maharashtra's comprehensive nutrition survey. *Materna & Child Nutrition*, 121-140.
- Alderman, H., & Headey, D. (2017). How important is parental education for child nutrition? *ELSEVIER*, 448-464.
- Aryastami, N., Shankar, A., Kusumawardani, N., Besral, B., Jahari, A. B., & Achadi, E. (2017). Low birth weight was the most dominant predictor associated with stunting among children aged 12-23 months in Indonesia. *BMC Nutrition*, 2-6.
- Buisman, L., Van de Poel, L., O'Donnell, O., & van Doorslaer, E. (2019). What explains the fall in child stunting in Sub-Saharan Africa? *ELSEVIER*, 1-11.
- Casale, D., Espi, G., & Norris, S. (2018). Estimating the pathways through which maternal education affects stunting: evidence from an urban cohort in South Africa. *Public Health Nutrition*, 1810-1818.
- Centro de prensa de la OMS . (19 de Septiembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- Cumming, O., & Cairncross, S. (2016). Can water, sanitation and hygiene help eliminate stunting? Current evidence and policy implications. *Maternal & Child Nutrition*, 91-105.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (Octubre de 2016). *Índice de incidencia del conflicto armado*. Bogotá.
- Fall, C., Singh Sachdev, H., Osmond, C., Restrepo Méndez, M. C., Victoria, C., Martorell, R., . . . Richter, L. (2015). Association between maternal age at childbirth and child and adult outcomes in the offspring: a prospective study in five low-income and middle-income countries (COHORTS COLLABORATION). *Lancet Glob Health*, e366-77.
- Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. (2016). *The Cost of Malnutrition: Why Policy Action is Urgent*. Londres.
- Hoddinott, J., Alderman, H., Behrman, J., Haddad, L., & Horton, S. (2013). The Economic Rationale for Investing in Stunting Reduction. *Grand Challenges Canada Economic Returns to Mitigating Early Life Risks Project Working Paper Serie*.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Departamento Administrativo para la Prosperidad Social. (2015). *Encuesta nacional de la situación nutricional 2015*. Bogotá.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Escuela de Nutrición y Dietética Universidad de Antioquia, Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia, 2005*. Bogotá.
- Kahn, S., Zaheer, S., & Safdar, N. (2019). Determinants of stunting, underweight and wasting among children < 5 years of age: evidence from 2012-2013 Pakistan demographic and health survey. *BMC Public Health*, 2-15.

- Kuhnt, J., & Vollmer, S. (2017). Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: evidence from 193 surveys in 69 low-income and middle-income countries. *BMJ Open*, 1-7.
- Lessa Horta, B., Victora, C., Loret de Mola, C., Quevedo, L., Tavares Pinheiro, R., Gigante, D., . . . Barros, F. (2016). Associations of Linear Growth and Relative Weight Gain in Early Life with Human Capital at 30 Years of Age. *THE JOURNAL OF PEDIATRICS*, 85-91e3.
- Nguyen, P., Scott, S., Neupane, S., Tran, L., & Menon, P. (2019). Social, biological and programmatic factors linking adolescent pregnancy and early childhood undernutrition: a path analysis of India's 2016 National Family and Health Survey. *Lancet Child Adolesc Health*, 463-473.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2017). *Informe de Monitoreo de Territorios Afectados por Cultivos Ilícitos (SIMCI) 2016*. Bogotá.
- OMS. (05 de Abril de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/elena/titles/wsh_diarrhoeaes/
- Paniagua Suárez, R. (2013). *¿Qué es un problema de salud pública?* Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia . Obtenido de <https://bit.ly/2f1hxVx>
- Rahman, M. (2016). Association between order of birth and chronic malnutrition of children: a study of nationally representative Bangladeshi sample. *Cad. Saúde Pública*, 1-12.
- Reuirngs, M., Vossenar, M., Doak, C., & Solomons, N. (2013). Stunting rates in infants and toddlers born in metropolitan Quetzaltenango, Guatemala. *ELSEVIER*, 655-660.