



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



GRAN ALIANZA
POR LA NUTRICIÓN



**CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. 314-20
SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA PRESIDENCIA
DE LA REPÚBLICA Y LA FUNDACIÓN SALUTIA - CENTRO DE ESTUDIOS,
INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA
DISEÑAR Y VALIDAR E IMPLEMENTAR UN MODELO DE GESTIÓN PARA LA
POLÍTICA PÚBLICA EN LM CON ENFOQUE TERRITORIAL Y DIFERENCIAL.**

**COMPONENTE I.
ANÁLISIS INSTITUCIONAL Y VALORACIÓN EFECTOS PDLM 2010-2020**

INFORME DE RESULTADOS VALORACIÓN DE EFECTOS

Bogotá DC, diciembre de 2020

Tabla de Contenido

1	INTRODUCCIÓN	9
2	ANTECEDENTES	11
3	MÉTODO DE VALORACIÓN DE EFECTOS	18
3.1	MÉTODO ABORDAJE CUANTITATIVO	18
3.1.1	Análisis del cumplimiento de las metas del plan	18
3.1.2	Método de análisis de determinantes sociales de la salud	23
3.1.3	Limitaciones	26
3.2	METODOLOGÍA ABORDAJE CUALITATIVO	26
3.2.1	Población en estudio y muestra	27
3.2.2	Técnicas de recolección de la información	27
3.2.3	Análisis de la información	30
3.2.4	Escucha digital	33
3.2.5	Consideraciones éticas	34
3.2.6	Limitaciones	35
4	RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE EFECTOS	37
4.1	RESULTADOS DE LAS METAS DEL PDLM 2010-2020	37
4.1.1	Resultados cuantitativos de las metas del PDLM	37
4.1.1.1	Seguimiento a las metas relacionadas con LM	37
4.1.1.2	Seguimiento a las metas relacionadas con Mortalidad Infantil	57
4.1.2	Resultados sobre otras metas del PDLM 2010-2020 a partir de revisión documental	64
4.1.2.1	Fortalecer el desarrollo de capacidades institucionales para la promoción, el apoyo y la protección de la LM	64
4.1.2.2	Desarrollar mecanismos de transformación, apropiación, movilización y responsabilidad social de la comunidad colombiana desde sus diferentes roles a favor de la LM	73
4.1.2.3	Consolidar de la gestión política para el apoyo, protección y promoción de la LM	74
4.2	APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA LM	75
4.2.1	Resultados	75
4.2	PERCEPCIONES ASOCIADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PDLM 2010-2020	86
4.2.1	Perspectivas institucionales asociadas a la ejecución del PDLM 2010-2020	87
4.2.1.1	Capacidades y competencias institucionales	88

4.2.1.2	Mecanismos a favor de la LM	102
4.2.1.3	Gestión política para la promoción, protección y apoyo a la LM	105
4.2.2	Perspectivas sociales asociadas a la ejecución del PDLM 2010-2020	110
4.2.2.1	Capacidades y competencias institucionales	111
4.2.2.2	Mecanismos a favor de la LM	114
4.2.2.3	Gestión política para la promoción, protección y apoyo a la LM	125
4.2.3	Efectos de la Pandemia de COVID-19 sobre la práctica de la LM y acciones relacionadas en Colombia	126
4.2.4	Discusión pública en redes sociales sobre la LM: escucha digital	129
5	CONCLUSIONES	137
5.1	METAS DEL PDLM 2010 – 2020	137
5.2	ANÁLISIS DE DETERMINANTES Y PERCEPCIONES ASOCIADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PDLM 2010 - 2020	138
6	ANEXOS	144
	Anexo 1. Matriz de consistencias	144
	Anexo 2. Consentimiento informado	144
	Anexo 3. % de niños y niñas beneficiarios del ICBF con LME de 0 a 6 meses	145
	Anexo 4. % de niños y niñas beneficiarios del ICBF con duración total de la LM de 24 meses o más	146
	Anexo 5. Cálculos propios de la tasa de AVPP y sus variaciones. 2005 a 2018	147
	Anexo 6. Factores asociados a la duración total de la LM - Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis	149
	Anexo 7. Factores asociados al inicio temprano de la LM- Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis	152
	Anexo 8. Factores asociados a la frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses- Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis	155
	Anexo 9. Informe escucha digital	158
	Anexo 10. Informe de síntesis de PTS	158
	Anexo 11. Revisión de literatura en LM en Colombia	158
7	BIBLIOGRAFÍA	159

Listado de Tablas

Tabla 1. Actores clave referidos para entrevistas	28
Tabla 2. Lista de categorías de análisis.....	30
Tabla 3. Actores institucionales identificados en Evaluación de Proceso del PDLM	33
Tabla 4. Actores identificados por recomendación de expertos	34
Tabla 5. Meta 1: duración de la LME, enfoque étnico con base en el ENSANI	40
Tabla 6. Meta 2: duración de la LM total, enfoque étnico con base en el ENSANI	47
Tabla 7 Principales bebidas o alimentos suministrados durante los primeros seis meses diferentes a leche materna, pueblos de la ENSANI.....	56
Tabla 8. Prevalencia de desnutrición en Colombia	58
Tabla 9. Cumplimiento de las metas relacionadas con el objetivo 1: Fortalecer el desarrollo de capacidades institucionales para la promoción, el apoyo y la protección de la LM	64
Tabla 10. Cumplimiento de las metas relacionadas con el objetivo 2: Desarrollar mecanismos de transformación, apropiación, movilización y responsabilidad social de la comunidad colombiana desde sus diferentes roles a favor de la LM	73
Tabla 11. Cumplimiento de las metas relacionadas con el objetivo 3: Consolidar de la gestión política para el apoyo, protección y promoción de la LM.....	74
Tabla 12. Factores asociados a la LME (menores de 6 meses) - Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis.....	76
Tabla 13. Registro de publicaciones en Twitter relacionadas con la LM por grupo de actores, período 2017-2020	130
Tabla 14. % de niños y niñas beneficiarios del ICBF con LME de 0 a 6 meses	145
Tabla 15. % de niños y niñas beneficiarios del ICBF con duración total de la LM de 24 meses o más	146
Tabla 16. Tasa de AVPP y sus variaciones	147
Tabla 17. Factores asociados a la duración total de la LM.....	149
Tabla 18. Factores asociados al inicio temprano de la LM.....	152
Tabla 19. Factores asociados a la frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses	155

Listado de Gráficas

Gráfica 1. Meta 1: Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben LME en Colombia, 1990 a 2015	38
Gráfica 2. Meta 1: Resultados LME en los pueblos indígenas de la ENSANI	40
Gráfica 3. Meta 1: Resultados LME en los beneficiarios del ICBF.....	41
Gráfica 4. Meta 1: Resultados LME de 6 meses o más en los beneficiarios del ICBF, según sexo	42
Gráfica 5. Meta 2: resultados generales duración de la LM total (mediana)	44
Gráfica 6. Meta 2: LM continua a los dos años de vida.....	44
Gráfica 7. Meta 2: duración de la LM total en los beneficiarios del ICBF.....	48
Gráfica 8. Meta 2: proporción de beneficiarios del ICBF con una duración total de la LM total mayor o igual a 24 meses, según sexo.....	48

Gráfica 9. Meta 2: duración total promedio de los beneficiarios del ICBF, según edad	49
Gráfica 10. Meta 3: resultados generales proporción de recién nacidos amamantados en la primera hora de su nacimiento	51
Gráfica 11. Meta 3: indicador de iniciación temprana de la LM, enfoque étnico con base en el ENSANI	53
Gráfica 12. Meta 4: resultados generales alimentación complementaria	54
Gráfica 13. Tasa de mortalidad de menores de 1 año de edad	58
Gráfica 14. Tasa de mortalidad evitable en menores de un año de edad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales y su variación, 2010 a 2018	59
Gráfica 15. Tasa de mortalidad evitable en menores de un año de edad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales y su variación, según sexo entre 2010 a 2018.....	59
Gráfica 16. Tasa de mortalidad evitable en menores de un año de edad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales y su variación, según régimen de afiliación entre 2010 a 2018	60
Gráfica 17. Tasa de AVPP por desnutrición en niñas y niños de hasta 2 años, 2005 a 2018. Total nacional.	62
Gráfica 18. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la LME en menores de 6 meses	76
Gráfica 19. Efectos marginales de variables sobre la LME en menores de 6 meses.....	79
Gráfica 20. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la duración total de la LM	81
Gráfica 21. Efectos marginales de variables sobre la duración de la LM	82
Gráfica 22. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con el inicio temprano de la LM	83
Gráfica 23. Efectos marginales de variables sobre el inicio de la LM.....	84
Gráfica 24. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la frecuencia alimentaria mínima aceptable.....	85
Gráfica 25. Efectos marginales de variables sobre la frecuencia alimentaria mínima aceptable	86
Gráfica 26. Nube de palabras con categorías de análisis representativas desde la perspectiva institucional.....	87
Gráfica 27. Nube de palabras con categorías de análisis representativas desde la perspectiva social	110
Gráfica 28. Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por tipo de actor, período 2017-2020	129
Gráfica 29. Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por tipo de actor, período 2017-2020, exceptuando ciudadanía	130
Gráfica 30. Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por Actores Oficiales, período 2017-2020	131
Gráfica 31. Porcentaje de participación de la conversación pública en Twitter en torno a la LM por grupo de actores, excluyendo a la ciudadanía.....	132

Gráfica 32. Porcentaje de participación de la conversación pública en Twitter en torno a la LM por actores oficiales, período 2017-2020..... 133

Gráfica 33. Volumen de publicaciones relacionados con la LM en Twitter por actores institucionales y de la sociedad civil, período 2017-2020..... 134

Listado de Ilustraciones

Ilustración 1. Meta 1: Resultados territoriales LME 39

Ilustración 2. Meta 1: Resultados LME de 6 meses o más en los beneficiarios del ICBF, según departamento 2020 43

Ilustración 3 Meta 2: resultados territoriales duración de la LM total (mediana)..... 46

Ilustración 4. Meta 2: proporción de beneficiarios del ICBF con una duración total de la LM total mayor o igual a 24 meses, según departamento en 2020 (pr) 50

Ilustración 5 Meta 3: resultados territoriales proporción de recién nacidos amamantados en la primera hora de su nacimiento 52

Ilustración 6 Meta 4: resultados territoriales alimentación complementaria 55

Ilustración 7. Mapa de la variación de la tasa de mortalidad en menores de un año de edad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, según departamento a 2018..... 61

Ilustración 8. Mapa de la variación de la tasa de AVPP por desnutrición en niños y niñas de hasta 2 años, según departamento a 2018 63

Lista de Siglas y Acrónimos

AIEPI	Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia
AMS	Asamblea Mundial de Salud
ASIS	Análisis de Situación en Salud
CICSLM	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
CIPI	Comisión Intersectorial para la Primera Infancia
CISAN	Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CPNA	Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENSIN	Encuesta Nacional de Situación Nutricional
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
IAMI	Institución Amiga de la Mujer y la Infancia
IBFAN	Red Internacional de Grupos de pro Alimentación Infantil
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IEC	Información, Educación y Comunicación
IHAN	Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MEN	Ministerio de Educación Nacional
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
PAIS	Política Integral de Atención en Salud
PDLM	Plan Decenal de Lactancia Materna
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PLM	Política de Lactancia Materna
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PSAN	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PNSAN	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OSC	Organización de la Sociedad Civil
OMS	Organización Mundial de la Salud



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



13
años



OIT	Organización Internacional del Trabajo
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
RID	Repositorio Institucional Digital
SAFL	Salas Amigas de la Familia Lactante
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIM	Sistema de Información Misional
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SUIN	Sistema Único de Información de la Niñez

1 INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna (LM) se define como “la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por la madre, conocido como leche materna, o en su defecto por una madre sustituta que asuma ese papel” (Ministerio de Salud y Protección Social, Acción Social, UNICEF y PMA, 2013, p. 43). Su importancia ha sido reconocida como uno de los fundamentos para una buena alimentación, mostrando beneficios tanto en el corto como en el largo plazo, los cuales van desde la potencial prevención de la mortalidad infantil hasta beneficios en salud, nutrición, nivel cognitivo y económico (Bhutta et al, 2013; Horta, Loret de Mola y Victora, 2015; Letter, 2016; Grupo Banco Mundial, 2017).

Pese a sus beneficios, la LM es una práctica que va en descenso, en Colombia se reporta que en el año 2015 el 36,1% de los niños y las niñas menores de 6 meses se alimentaron exclusivamente de leche materna, proporción menor a la reportada en 2010 (42,8%) y 2005 (46,9%) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

Con lo anterior en mente, se han desarrollado normas tanto a nivel internacional como nacional que velan por la práctica de la LM. En este marco y respondiendo a las limitaciones del Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la LM 1998-2008, en el año 2010 se estableció el Plan Decenal de Lactancia Materna (PDLM) 2010-2020. Este plan fue desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con el apoyo de la Agencia Presidencial para la Acción Social, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con una vigencia de 10 años (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2013).

Así, el PDLM 2010-2020 estableció como fines: (i) impactos directos asociados a la Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta los 6 meses de todos los niños y niñas en Colombia y a la continuidad de la LM entre los 6 meses y hasta los 2 años con alimentación complementaria; y (ii) impactos relacionados como la disminución tanto en la mortalidad infantil evitable por desnutrición, de los índices de desnutrición en menores de 2 años y en los años de vida perdidos relacionados con la desnutrición en menores de 2 años (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2013).

Para el cumplimiento de estos fines, el Plan también incorporó 3 objetivos, el primero asociado al fortalecimiento de capacidades y competencias institucionales para promover, apoyar y proteger la LM bajo un enfoque de derechos; el segundo relacionado con el desarrollo de mecanismos de transformación, apropiación, movilización y de responsabilidad social a favor de la LM; y el tercero sobre la consolidación de la gestión política con el fin de apoyar, promover y proteger la LM (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2013).

Es importante indicar que en el año 2016 se realizó una evaluación del diseño y los procesos del PDLM que arrojó, entre otros resultados, falencias en la consolidación del cumplimiento del plan al igual que en la actualización y difusión de las normas alrededor de la LM.

De esta manera, en respuesta a las necesidades identificadas por la evaluación de 2016 y los expertos, y debido al decrecimiento de la práctica de la LM, se hace necesaria la actualización de la

política pública nacional de LM. En este marco, la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia (CPNA) liderando el diseño, formulación y ejecución de la nueva política, aunó esfuerzos técnicos, administrativos y financieros con la Fundación Salutia, responsable de realizar un análisis institucional y la valoración de efectos del PDLM 2010-2020 como parte del apoyo a la actualización y gestión del nuevo Plan de LM 2021-2030.

Este documento corresponde a la valoración de efectos del PDLM 2010-2020. Para ello, el documento se divide en 5 secciones, incluyendo esta introducción. En la segunda sección, se presentan los antecedentes, incluyendo las normas alrededor de la LM y la justificación de esta valoración. En la tercera sección, se explica el abordaje metodológico, tanto cuantitativo como cualitativo, para ejecutar la valoración de efectos. En la cuarta sección, se muestran los resultados de la valoración de efectos, los cuales contemplan las metas del Plan Decenal, así como un análisis de determinantes y de percepciones asociadas al cumplimiento del PDLM 2010-2020. En la quinta sección, se presentan las conclusiones.

2 ANTECEDENTES

La leche humana es el primer alimento natural de los niños y las niñas, proporciona la energía y los nutrientes necesarios durante sus primeros seis meses de vida y sigue aportando, al menos, la mitad de sus requerimientos nutricionales en el segundo semestre y hasta un tercio en el segundo año (World Health Organization, 2013); además, promueve el desarrollo sensorial, cognitivo y protege al lactante de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva, reduce la mortalidad infantil a causa de diarrea y neumonía (Brahm & Valdés, 2017) y favorece un pronto restablecimiento del estado de salud en caso de enfermedad (World Health Organization, 2013); de otra parte, contribuye a la salud y el bienestar de la madre, al espaciamiento de los embarazos, menor riesgo de cáncer de ovario y de mama e incrementa los recursos de la familia y el país (World Health Organization, 2013). Amamantar es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2013). Existe una importante asociación entre las bajas cifras de lactancia humana y las altas cifras de morbilidad infantil, lo cual sugiere una estrecha relación entre ambas variables (Sankar 2015).

Diferentes estudios indican que las prácticas de lactancia subóptimas, entre ellas la lactancia no exclusiva, contribuyen al 11,6% de la mortalidad en menores de cinco años. Según las estimaciones mundiales, en 2016, murieron 5,6 millones de niños antes de cumplir cinco años (Organización Mundial de la Salud, 2017), de los cuales 820.000 muertes, se asociaron a una lactancia no exitosa. La Lactancia Materna Exclusiva (LME) también contribuye a la prevención de la obesidad y de algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida (World Health Organization, 2013), sin embargo, aún faltan grandes esfuerzos para mejorar la lactancia y para que la alimentación exclusiva al pecho sea la norma en la crianza del lactante durante los primeros seis meses de vida; en el mundo, tan solo 40% de ellos, recibe leche materna como único alimento (World Health Organization, 2017).

A pesar de los esfuerzos por mejorar las tasas de lactancia, se ha evidenciado una disminución significativa del porcentaje de madres lactantes en el mundo. En Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), esta práctica viene en descenso, es así como en el 2005 el 46,8% de los niños menores de seis meses tuvieron LME, durante el 2010 la cifra llega al 42,8% y para el 2015 desciende al 36,1% (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015). Los factores asociados a las prácticas de lactancia no óptimas, se relacionan con creencias culturales de las familias, desencuentro de significados, perspectivas e intereses entre el personal de salud y las madres y familias con respecto a la lactancia, el desconocimiento del proceso de amamantar y la ausencia de redes de apoyo a la práctica de la lactancia (Caicedo, Carrillo, Ocampo, Zea, & Gómez, 2017); así mismo, otras prioridades u ocupaciones de la madre entre ellas, el regreso al trabajo o al estudio, se refieren como factores que obstaculizan la lactancia; lo anterior, además, dificulta los procesos educativos que se requieren para mejorar dicha práctica (International Baby Food Action Network, 1998).

La confianza de la madre sobre su propia capacidad de amamantar es un factor determinante del éxito o fracaso de la lactancia; dicha confianza se ve socavada o alentada por el apoyo familiar y de

la pareja, de tal forma que las mujeres con apoyo de su pareja amamantan durante más tiempo (Stuart et al, 2016).

La OMS y UNICEF, trabajan arduamente desde hace varias décadas en estrategias para fomentar, apoyar y proteger la práctica de la lactancia natural exclusiva, hasta los seis meses de edad y promover la alimentación complementaria adecuada, conservando la lactancia por un período de dos años o más, debido a su importancia para la crianza saludable, más allá de la nutrición (Organización Mundial de la Salud, 1981).

Se ha demostrado que la práctica de lactancia puede mejorar rápidamente, con el desarrollo de intervenciones relevantes y efectivas entre ellas, la consejería en LM, estrategia educativa clave para el acompañamiento y apoyo a familias lactantes, que se debe implementar en todos los servicios de salud que atienden madres gestantes y lactantes (Pinzón, Alzate, & Olaya, 2015).

En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud creó la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño que describe las intervenciones esenciales para proteger, promover y apoyar la alimentación apropiada durante este ciclo de la vida, la cual se centra en la importancia de invertir en este ámbito fundamental a fin de velar porque los niños y niñas desarrollen su pleno potencial, libres de las consecuencias adversas de un estado de nutrición comprometido y de enfermedades prevenibles. Estrategia centrada en las funciones de los principales asociados: los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas, y asigna responsabilidades específicas a cada uno de ellos para garantizar que la suma de su acción colectiva contribuya al pleno logro de los objetivos de la estrategia, aprovechando enfoques existentes, ampliados cuando es necesario, y proporcionando un contexto para vincular de forma sinérgica, las contribuciones de múltiples sectores programáticos, relativos a la nutrición, la salud infantil y el desarrollo, así como la salud materna y reproductiva.

Con los propósitos anteriores, la OMS y la OPS en conjunto, han definido algunas iniciativas: “fomentar actitudes sociales positivas al abordar las percepciones erróneas sobre la LM y considerar la lactancia como norma social, demostrar voluntad política incorporando la LM en programas para promover la salud materno-infantil y el desarrollo infantil, prevenir las enfermedades no transmisibles e invertir en esos programas; además, proteger la LM frente a la promoción agresiva de sucedáneos de la leche materna mediante la promulgación y el monitoreo del código internacional de sucedáneos de la leche materna (CICSLM), apoyar la lactancia en el lugar de trabajo, con la ratificación de la convención de la OIT y asegurarse que todos los servicios de maternidad, cumplan con la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños (IHAN)” (OPS, 2017).

Normatividad Internacional

Desde los años setenta, se considera la práctica de la LM como una estrategia eficaz para prevenir la desnutrición infantil, la morbi-mortalidad y regular la comercialización de alimentos para niños y niñas, por lo tanto, las políticas mundiales apuntan al desarrollo de estrategias y al fortalecimiento de actividades encaminadas al logro de este objetivo.

La Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) No. 31.47 de 1978, propone tomar medidas que fomenten la LM y reglamenten los métodos de venta y promoción de alimentos para

lactantes y la Resolución No. 33.32 de 1980 de la AMS, busca intensificar las actividades de promoción de LM; así mismo, la Resolución No. 34.22 de 1981, expresa que los estados miembros de la OMS y la UNICEF, aprobaron el CICSLM, para proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y con métodos apropiados de comercialización y distribución.

La Convención de los Derechos del Niño (1989), reconoce los derechos de niños y niñas a la supervivencia, el desarrollo y la protección y a una participación activa en las cuestiones que los afectan. Propone reducir la mortalidad infantil en la niñez y que los Estados Miembros, adopten medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables del niño, a dar efectividad a este derecho y si es necesario, brindar asistencia con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

Posteriormente, la Resolución de la AMS No. 43.3 del año 1990, hace hincapié en la protección, promoción y fomento a la LM, la función de los servicios de maternidad y propone la IHAN, en 1992; además, la Declaración de Innocenti de 1990 destinada a proteger, promover y apoyar la LM insta a los gobiernos a nombrar un coordinador nacional sobre LM y establecer un comité multisectorial, garantizar la práctica de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural en el servicio de maternidad de las instituciones y aprobar leyes innovadoras que protejan los derechos de la mujer lactante trabajadora. Luego, las resoluciones de la AMS No. 54.2 del año 2001 y No. 58.32 de 2005, establecen que el periodo óptimo de amamantamiento exclusivo debe ser de seis meses y proponen la continuidad de la LM hasta los dos años de edad. Solicita que no se hagan afirmaciones de propiedades nutricionales y beneficiosas a partir de sucedáneos de la leche materna, salvo cuando así lo disponga la legislación; además, que los profesionales estén informados acerca de que las preparaciones comerciales pueden contener organismos patógenos como la bacteria *Cronobacter Sakazakii*. En el año 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud todos los Estados miembros de la OMS adoptan la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño proporcionando una base para las iniciativas de salud que protejan, promuevan y ayuden a la lactancia. Así mismo recomienda ayudar a las mujeres que tienen un empleo remunerado para que sigan amamantando a sus hijos facilitándoles unas condiciones mínimas, por ejemplo, en el lugar de trabajo adecuar instalaciones para extraer y almacenar la leche materna y tiempo para el amamantamiento.

La Cumbre del Milenio en septiembre de 2000 en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, estableció los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015, dentro de los cuales se propuso reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, presentando avances importantes pero desiguales en el logro de algunos de ellos; se plantea entonces una nueva agenda para el Desarrollo Sostenible, Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), a 2030, que para los logros de nutrición en lo que respecta al binomio madre-hijo, ha definido claramente sus propósitos de promover, proteger y apoyar la LME por los primeros seis meses de vida y complementada con otros alimentos saludables para continuar por dos años o más.

El informe de nutrición mundial 2016, advirtió que 47 países estaban fuera del camino para alcanzar el objetivo de LM y 110 más tenían datos faltantes para este indicador. Aunque en los últimos años a nivel mundial, ha habido ganancias modestas en las tasas de LM, que sin una



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



GRAN ALIANZA
POR LA NUTRICIÓN



FUNDACIÓN
SALUTIA



13
años



Producción
éxito

nutrimos vidas

inversión en estrategias integrales de LM irán en descenso; los niveles actuales de inversión se perciben como insuficientes para aumentar las tasas más allá de donde están ahora (Holla-Bhar et al. 2015). Tener una estrategia integral de LM a nivel nacional, que incluye asesoramiento nutricional, políticas sociales a favor de la LM y una campaña nacional de promoción de la LM, es la forma eficaz de influir positivamente en la decisión de una madre de amamantar (Rollins et al., 2016).

Normatividad Nacional

La Constitución Política de Colombia de 1991, establece en el artículo 44 los derechos fundamentales de los niños, entre los cuales se incluye la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, el cuidado y el amor. Para 1992 Colombia adopta el CICSLM mediante el Decreto 1397, en el cual reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula y todos los sucedáneos de la leche materna, y se dictan otras disposiciones.

La Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, establece normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así mismo establece proporcionar las condiciones necesarias para que niños, niñas, jóvenes y adolescentes alcancen una nutrición y una salud adecuadas que les permita un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo, educarles en la salud preventiva y en la higiene; y establece como obligaciones del Estado: reducir la morbilidad y la mortalidad infantil, prevenir y erradicar la desnutrición, especialmente en los menores de cinco años.

El Conpes Social 113 del 31 de marzo de 2008, Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN), que tiene como objetivo garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad, determina la priorización de acciones en salud pública para mejorar la situación nutricional de la población, especialmente de los grupos más vulnerables, dentro los que se encuentra la primera infancia, las mujeres gestantes, y las madres en periodo de lactancia, entre otros.

La Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) con enfoque Integral fue propuesta al país por UNICEF para motivar a las instituciones de salud a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, incentivando fuertemente la LM y siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas.

La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) de donde emerge La Política Integral de Atención en Salud, como una respuesta transversal a lo establecido en esta ley, con énfasis en la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas y a las poblaciones vulnerables y Sujetos de especial protección, dentro de los que se encuentran las gestantes, las niñas y los niños



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



GRAN ALIANZA
POR LA NUTRICIÓN



RED NACIONAL
SALUTIA
CENTRO ESTUDIOS • COMUNICACIÓN • INNOVACIÓN



13
años



Fundación
éxito
nutrimos vidas

La Ley 1804 de 2016 convierte el Programa “De Cero a Siempre”, en política de Estado. Esta Ley en tanto política pública, representa la postura y comprensión que tiene el Estado colombiano sobre la primera infancia, el conjunto de normas asociadas a esta población, los procesos, los valores, las estructuras y los roles institucionales, así como las acciones estratégicas lideradas por el Gobierno, que en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero hasta los seis años de edad.

En el marco de lo dispuesto en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo (PND) - 2018-2022 «Pacto por Colombia, pacto por la equidad», se plantean estrategias y acciones en nutrición contenidas en el Pacto por la Equidad: Primero las niñas y los niños - desarrollo integral desde la primera infancia hasta la adolescencia. El énfasis en la atención integral desde la primera infancia hasta la adolescencia le apuesta a vincular toda la acción del Estado para que a cada uno se le garantice sus derechos a la familia, salud, nutrición, educación, identidad, protección, y derechos sexuales y reproductivos.

La Resolución 3280 de 2018 da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), como la herramienta operativa de la Política de Atención Integral en salud-PAIS, en la que se establece que los actores del SGSSS las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud así como los actores y sectores involucrados están obligados a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la presencia de riesgos o eventos en salud en las personas en los diferentes momentos del curso de vida (Primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez), así como en la familia y la comunidad .

La resolución en mención establece como de obligatorio cumplimiento la adopción, adaptación e implementación de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud-RPMS y la Ruta integral de atención para la salud materna e infantil-RIAMP, por aparte de los actores del SGSSS en todo el territorio nacional. Estas RIAS incorporan de manera explícita intervenciones para el fomento de la LM; vale la pena resaltar dentro de la RPMS, la Consulta para la promoción y apoyo a la lactancia materna al mes de nacimiento con posibilidad de derivación a consultas de seguimiento de acuerdo a los hallazgos de la valoración y del criterio del profesional de la salud (enfermera, médico, nutricionista o auxiliar de enfermería) a cargo de esta intervención.

La Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia amparada en el Decreto 1784 del 4 de octubre de 2019, Artículo 20, y con el fin de dinamizar las propuestas planteadas en el PND 2018-2022 «Pacto por Colombia, pacto por la equidad», estructuró **la Gran Alianza por la Nutrición**, como mecanismo estratégico que apoya los esfuerzos de las entidades de gobierno en el logro de las metas propuestas en dicho Plan, a través del trabajo colaborativo, la movilización de recursos y la coordinación intersectorial. Esta Consejería vela por la garantía de los derechos de la niñez, la adolescencia y sus familias, a través de la armonización de políticas públicas, programas, proyectos, estrategias y atenciones, que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida, y permitan desarrollar talentos, capacidades y habilidades, para consolidar con los gobiernos territoriales proyectos de vida legales y sostenibles.

En el marco de la Gran Alianza por la Nutrición, se han definido una serie de intervenciones de eficacia comprobada para mejorar el estado nutricional de las niñas y niños en la primera infancia dentro de las cuales se encuentra la promoción de la LME durante los primeros seis meses de vida, el inicio oportuno de la LM y la continuidad de la LM hasta los 2 años o más con alimentación complementaria adecuada. En Colombia se observa que en cuanto a las prácticas de alimentación de la población menor de dos años, la LME, solamente se mantiene en 3 de cada 10 niños menores de 6 meses (ENSIN 2015), lo que indica que se requieren medidas especiales de promoción, protección y apoyo a la práctica de LM para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) y de esta manera disminuir la cifra de mortalidad infantil, relacionada con prácticas inadecuadas de alimentación en el primer año de vida.

¿Por qué se implementó un Plan Decenal de Lactancia Materna?

El desarrollo integral es la expresión del trabajo colegiado y coordinado de los sectores y actores involucrados en la garantía de los derechos de las niñas y niños, que pone de relieve la necesidad de formular atenciones (acciones e intervenciones) que propenden por la protección y el logro de los resultados esperados en esta población, una de las atenciones que contribuyen a este propósito es la lactancia materna por lo que resulta de interés continuar incentivando su práctica.

Los resultados en los bajos índices de LM y las prácticas sociales que la acompañan demuestran la necesidad de establecer una acción sistemática, donde se logre una transformación estructural; en consecuencia, se requieren instrumentos ordenados de política pública en favor de la LM y la alimentación complementaria, con armonización de otras políticas relacionadas con la infancia y el desarrollo infantil.

Por lo que, el PDLM, ha sido un imperativo público para la alimentación de las niñas y niños menores de dos años, estrategia a 10 años que buscaba la protección, la promoción y el apoyo a la LM como prioridad central en la atención de la primera infancia.

¿Por qué el Plan Decenal de Lactancia Materna requiere ser evaluado?

Como argumenta Bertranou, las políticas públicas representan uno de los principales instrumentos de los Gobiernos para la resolución de situaciones sociales y requerimientos de la ciudadanía, pero no garantizan de manera anticipada resultados favorables, en tanto éstos enfrentan desafíos de mayor complejidad fundamentados en una creciente multicausalidad al igual que en la interdependencia de factores. En este sentido, y a partir de la corriente de políticas basadas en evidencia se hace relevante conocer el desempeño de las políticas públicas, por lo que se enaltece la importancia de las prácticas de seguimiento y evaluación (Bertranou, 2019). La evaluación permite obtener una visión sobre la efectividad de programas o políticas públicas, a través de entre otros medios, la comparación de resultados con los objetivos propuestos y los medios dispuestos para tal fin, al igual que moviliza la capacidad crítica sobre las acciones del Gobierno (Cuesta M & Martínez A, 2010).

Es así como se reconoce la necesidad de contar con instrumentos ordenados de política pública que sustenten la gestión de acciones concertadas, coordinadas, con alta efectividad y valor público. En el país existen diversas políticas que abordan temas de infancia, alimentación, salud y

familia, pero que no se enlazan entre sí y que en general, dejan de lado la LM, siendo esta última un tema fundamental para la vida de niños y niñas. El PDLM 2010 – 2020, postuló la premisa *“lograr el compromiso de la sociedad en su conjunto, a partir de entender la LM como un imperativo público fundamental del bienestar y de las mejoras en la calidad de vida de los menores de dos años de edad”* (Ministerio de la Protección Social, 2010. Pg 25).

La evaluación del PDLM 2010 – 2020 es una investigación sistemática y objetiva aplicada en los diferentes eslabones de la cadena de valor (procesos, productos, resultados) que tiene como finalidad generar evidencia que sirva como insumo para mejorar el diseño, la implementación, la ejecución y los efectos del PDLM.

En el 2016 se realizó una primera evaluación del PDLM, referente a, la evaluación del diseño (pertinencia, coherencia, y alineación), junto con los logros y dificultades de su implementación, al igual que la evaluación de procesos y avances relacionados con los objetivos del PDLM 2010-2020. Para este ejercicio, en el 2020 se llevó a cabo una valoración de los efectos del PDLM 2010-2020, permitiendo la identificación de dificultades, retos, lecciones aprendidas y recomendaciones para el fortalecimiento, formulación y actualización del siguiente instrumento de política pública, de largo alcance, para la promoción y protección de la LM en la vigencia 2021-2030.

3 MÉTODO DE VALORACIÓN DE EFECTOS

Para valorar los efectos del PDLM 2010-2020, se partió del planteamiento de la matriz de consistencia del plan, con las siguientes preguntas orientadoras relacionadas con efectos o resultados:

- ¿Qué y cuánto se ha avanzado en el logro de los objetivos generales y de las metas del PDLM 2010-2020?
- ¿En qué medida se lograron los resultados?

Para dar respuesta a estas preguntas orientadoras se proponen los métodos que se describen a continuación:

3.1 MÉTODO ABORDAJE CUANTITATIVO

3.1.1 Análisis del cumplimiento de las metas del plan

Se diseñó una matriz de consistencia (Anexo 1. Matriz de consistencias) en la cual se identificaron los efectos cuantificables que podían estar asociados al PDLM 2010-2020 y para los cuales existía información secundaria disponible (que se describe en la siguiente sección). De esta manera, los métodos reportados en este apartado se enfocan en las siguientes metas:

Relacionadas con LM

- Lograr que en todo el territorio nacional para el 2015 la duración de la LME sea de seis meses y mantener de forma permanente este logro.
- Lograr que en Colombia la duración total de la LM sea de 24 meses y más en el 2015 y mantener este logro de forma permanente.
- Lograr que el 100% de los recién nacidos en Colombia que son atendidos institucionalmente sean amantados en la primera hora de su nacimiento en el 2015 y mantener de forma permanente este logro.
- Alcanzar para el 2012 que el 100% de los bebés amamantados reciban alimentación complementaria entre los seis y los nueve meses de edad.

Relacionadas con Mortalidad Infantil

- Reducir la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva el 30% en el 2013, 50% en el 2015 y 100% en el 2020.
- Reducir en un 50% los años de vida potencialmente perdidos por mortalidad causada por desnutrición en el país.

En este sentido, la valoración de efectos se enmarca en lo que la literatura denomina evaluaciones sumativas (*summative evaluation*) (Purdon, Lessof, Woodfield, & Bryson, 2001; Robson, 2000) que se concentra en los cambios asociados a un programa (que pueden ser directos o indirectos), para lo que se recurre a los indicadores propuestos por el PDLM en relación con las metas señaladas, para el periodo de tiempo que cubre el plan, según la disponibilidad de información.

Dichas metas son valoradas a partir de su convergencia o divergencia según lo esperado por el Plan (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2013), mediante el análisis exploratorio de datos de fuentes de información cuantitativa de carácter secundario. Esta metodología es una aproximación al estudio de información que emplea diferentes técnicas que, entre otras, buscan: a) maximizar el conocimiento que se tiene frente a un conjunto o base de datos, b) extraer variables importantes y, c) detectar patrones y outliers (NIST/SEMATECH, 2013).

En el repertorio de herramientas de este enfoque se encuentra el cálculo de diferentes estadísticas descriptivas como promedios, medianas, desviaciones estándar, el cálculo de distribuciones y pesos porcentuales, así como sus variaciones en el tiempo, acompañado de los niveles de desagregación que permita la información como municipio, departamento o sexo, de los cuales se busca realizar un análisis territorial según las regiones definidas en el actual PND¹. Complementariamente, la generación de figuras como gráficos de líneas, de barras, circulares, de dispersión e histogramas. Es decir, este enfoque no impone de entrada supuestos al respecto de la información (como normalidad), sino que se concentra en presentar todos los datos (NIST/SEMATECH, 2013). El procesamiento de datos y la generación de las diferentes salidas de información se realizaron a través de Stata® y/o Excel® y/o R.

Para este propósito, se partió de la identificación de fuentes oficiales de información secundaria de carácter cuantitativo. Este proceso cubrió entidades como a) el DANE, con las encuestas de Calidad de Vida, la Encuesta Longitudinal de Protección Social, la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo, la Encuesta Multipropósito, el Censo Nacional de Población y Vivienda y el Censo de Habitante de Calle; b) el MSPS, reconociendo la información consolidada por el Sistema Integrado de Información de la Protección Social, mediante los diferentes cubos, como el de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, la Base de Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud – BDUA, el Registro de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana, por mencionar algunos; c) las encuestas y registros administrativos del ICBF, en donde se destacan la ENSIN, la ENSANI y el Cuéntame.

De allí se evidenció que las fuentes que arrojan datos asociados a las metas identificadas son:

Encuesta Nacional de la Situación Nutricional - ENSIN

El ICBF como entidad que trabaja en pro de la prevención y protección integral de los menores en Colombia ha desarrollado, junto con el MSPS, el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS), el Instituto Nacional de Salud (INS) - y la OPS/OMS, encuestas que valoran la situación nutricional de los niños y niñas tales como la ENSIN (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015).

¹ Pacífico (Cauca, Chocó, Nariño, Valle del Cauca), Caribe (Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Sucre), Seaflower Region (Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina), Central (Bogotá D.C., Boyacá, Cundinamarca, Huila, Tolima), Santanderes (Norte de Santander, Santander), Amazonía (Caquetá, Putumayo, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés), Eje Cafetero y Antioquia (Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda), Llanos - Orinoquía (Meta, Arauca, Casanare, Vichada).

La ENSIN corresponde a un corte transversal quinquenal que para su versión 2015 garantiza cobertura nacional, recolectando información representativa para seis regiones (Atlántico, Oriental, Orinoquía - Amazonía, Bogotá, Central, Pacífica), catorce subregiones y 32 departamentos del país, con una muestra de 44.202 hogares, 151.343 personas y 11.554 personas que respondieron el módulo de mujer, donde hay preguntas relacionadas con LM (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020). En particular, esta encuesta, que hace preguntas en materia de alimentación y nutrición, está dirigida a los hogares y sus integrantes, especialmente entre los 0 y 64 años, y tiene un enfoque sobre los determinantes sociales de la salud.

En esta línea, la ENSIN contiene información sobre las madres lactantes, la alimentación del lactante y el niño pequeño, además de indagar por el tipo y la cantidad de alimentos que consumen los menores de 2 años a partir del reporte por recordatorio de 24 horas. De esta forma, la información de la ENSIN permite dar cuenta de las metas del PDLM al analizar variables como la duración de la lactancia, el momento en que fue amamantado el bebé por primera vez, la alimentación complementaria de los menores y el suministro de sucedáneos de la leche materna.

Para la valoración de efectos se consideraron la ENSIN 2010 y 2015.

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

Del mismo modo, el ICBF con el apoyo de la Universidad Externado de Colombia, la participación del INS y la cooperación de la Universidad de Antioquia, desarrollaron inicialmente entre 2012 y 2014 el ENSANI (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & Universidad Externado de Colombia, s/f-a). El ENSANI es un estudio de corte transversal que recolecta información sobre las condiciones nutricionales y alimentarias de los pueblos indígenas priorizados por los Autos de la Corte Constitucional por riesgo de desaparición física y cultural, indagando en temas de LM y alimentación complementaria por lo que resulta útil para analizar los indicadores asociados a la duración y momento de la lactancia, la alimentación complementaria de los menores y el suministro de sucedáneos de la leche materna.

Al momento el ENSANI cuenta con información de prácticas de LM para 22 pueblos indígenas aproximadamente, información recolectada entre 2012 y 2019, para efectos de este documento, se obtuvo información de 17 pueblos.

Sistemas de información del ICBF

Adicionalmente, el ICBF brinda atención a madres gestantes y lactantes, niños y niñas lactantes bajo las estrategias de las direcciones de Protección, Primera Infancia y Nutrición. Por un lado, en el marco de las estrategias de protección, el ICBF registra la información de los beneficiarios en el marco de los procesos de verificación y constatación, y posterior Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos en el Sistema de Información Misional (SIM). Este sistema contiene datos de la valoración inicial de la situación nutricional del menor, además de registrar el ingreso de madres lactantes en riesgo. De esta forma, el SIM registra variables como la duración de la LM total en meses, e información de los lactantes como edad, peso, talla, alimentación complementaria y datos de contexto.



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



GRAN ALIANZA
POR LA NUTRICIÓN



13
años



Por otro lado, en el marco de los programas de primera infancia y nutrición, el ICBF registra el ingreso y los seguimientos a menores beneficiarios en el sistema Cuéntame bajo cada modalidad de atención de la entidad. En particular, Cuéntame tiene información sobre la duración de la LME y total, y tipo de alimentación que reciben los menores de 6 meses, así como del estado nutricional de los niños y niñas atendidos.

Es importante precisar que esta fuente constituye la única referencia oficial que suministra datos posteriores a 2015, los cuales pueden brindar un panorama inicial respecto a algunas de las metas de lactancia materna para los beneficiarios del Instituto. Según estimaciones propias a partir de las proyecciones poblacionales del DANE y lo evidenciado en la base de datos entregada, en promedio entre 2017 y 2020, los beneficiarios del ICBF ascendían a cerca del 22% de los niños y niñas menores de 9 años del país.

Sistemas de información del MSPS

El MSPS como la cabeza del sector salud en el nivel central gubernamental ha consolidado varias estadísticas de interés en el marco de la valoración de efectos del PDLM, que se compilan en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). En particular, el MSPS cuenta con el Registro de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana que, entre otras, da cuenta de los servicios de salud ligados a LM como la Consejería en LM y el curso de preparación de la maternidad y la paternidad, derivado de la resolución 4505 de 2012 y del cruce que realiza el Ministerio con el del RIPS, que mide demanda y uso, sirve para mediciones de temas relacionados con prestación de servicios de salud, financiamiento, población, afiliación e identificación de la población, estado de salud y factores de riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social, s/f-b; s/f-c). Esta información al provenir de registros administrativos es de carácter censal de las personas que hayan accedido a los diferentes servicios de salud o del número de prestadores registrados en un periodo dado.

Además, dado que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud reportan al SISPRO del MSPS anualmente la información actualizada y consolidada de las estadísticas vitales y los casos de eventos de notificación obligatoria, por lo tanto, dicho Ministerio cuenta con información de mortalidad infantil y peso al nacer (Ministerio de Salud y Protección Social, s/f). En este sentido, de esta fuente, es útil la información asociada a las variables de bajo peso al nacer, mortalidad infantil evitable por desnutrición y años de vida potencialmente perdidos por mortalidad causada por desnutrición. De manera análoga, esta información es de índole censal de los nacimientos.

NOTA: Es importante mencionar que toda la información de esta fuente fue solicitada pero no fue posible obtenerla por temas internos del MSPS, por lo que se recurrió expresamente a los cubos del SISPRO para el reporte de las metas.

Así mismo, los análisis fueron complementados con las siguientes **fuentes no oficiales:**

Encuesta Longitudinal Colombiana – ELCA

La ELCA es un panel de datos público aplicado en 2010, 2013 y 2016, que brinda información sobre los cambios sociales y económicos de los hogares. Es desarrollada por la Universidad de los Andes, siendo representativa en la zona urbana para los estratos 1 al 4 a nivel nacional y 5 regiones del país, a saber, Bogotá, Central, Oriental, Atlántica y Pacífica, mientras que, a nivel rural, es representativa para pequeños productores de las regiones Atlántica Media, Cundi-Boyacense, Eje Cafetero y Centro-Oriente (Universidad de los Andes, s/f-a)².

No obstante, la información sobre la LM solo se registra en la segunda ronda hecha en 2013 cuando se incluyen preguntas de duración de la LME y total, por lo que es utilizada en este análisis como un corte transversal. Así, los datos de la ELCA permiten complementar los análisis obtenidos con las fuentes oficiales. En este orden, para la segunda ronda, se tiene un total de 9.262 hogares y 39.922 personas, de los cuales 4.911 hogares (20.582 personas) están en zona urbana y 4.351 hogares (19.340 personas) en zona rural (Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, 2014). En particular, hay datos para 220 menores de 6 meses y 1.558 de menores de 24 meses.

Limitaciones de las fuentes de información: la principal limitación para la valoración de efectos fue el acceso a la información de forma oportuna, sobre todo en el caso del MSPS.

En este sentido se planteó como estrategia alternativa y complementaria una revisión de sitios web y fuentes documentales que pudieran tener información cuantitativa al respecto de las metas, para los años entre 2010 y 2020, como lo son:

- Los reportes públicos de vigilancia del SIVIGILA³ para los años de 2010 a 2017 y, 2018 y 2019 de manera preliminar, todos a nivel departamental,
- El Repositorio Institucional Digital (RID) y los Análisis de Situación en Salud –ASIS, del MSPS para los años de 2013 a 2019⁴,
- Reportes e informes generados por el Observatorio Nacional de Salud que cubren principalmente los años de 2015 a 2017⁵,
- La información dispuesta en TerriData a nivel municipal y departamental, que según la fuente pueden estar disponibles entre 2010 y 2017⁶,
- El Sistema Único de Información de la Niñez (SUIN) del ICBF, que según el indicador puede consultarse para los años de 2010 a 2017⁷,
- El Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas que presenta cálculos que cubren del 2010 al 2019⁸,

² Regiones urbanas: Bogotá, Central (Quindío, Antioquia, Tolima, Huila, Risaralda y Caldas), Oriental (Cundinamarca, Boyacá, Meta, Norte de Santander y Santander), Atlántica (La Guajira, Magdalena, Córdoba, Sucre, Bolívar y Atlántico) y Pacífica (Valle del Cauca, Nariño, Cauca).

Regiones rurales: Atlántica Media (Córdoba y Sucre), Cundi-Boyacense (Simijaca y Susa - Cundinamarca, Santander y Boyacá), Eje Cafetero (Quindío y Risaralda) y Centro-Oriente (Tolima y Tocaima - Cundinamarca).

³ Cf. <http://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/Vigilancia-Rutinaria.aspx>

⁴ Cf. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>

⁵ Cf. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Paginas/Visor-de-indicadores-en-salud-pública.aspx>

⁶ Cf. <https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/descargas>

⁷ Cf. <http://suin-snb.gov.co/suin/Pages/PorIndicador.aspx?id=1>

- La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), que presenta estimaciones trienales de algunos indicadores relacionados, disponibles a partir del trienio 2010-2012 hasta 2017-2019⁹,
- El repositorio de datos de UNICEF que para el periodo de interés dispone de datos únicamente para 2015 para LM¹⁰,
- El centro de datos del Banco Mundial, que dependiendo de las variables dispone datos desde el año 2010 hasta 2019¹¹,
- El Indexmundi, quien cuenta con datos a nivel nacional para los años de 2010 a 2018¹², y
- Una búsqueda en GoogleScholar y Google acotando resultados para Colombia y años (2010 en adelante).

3.1.2 Método de análisis de determinantes sociales de la salud

En un segundo momento, y gracias a la riqueza de información de la ENSIN 2015, la valoración de efectos se enfocó en realizar de forma exploratoria un análisis de los determinantes sociales alrededor de la prevalencia de la LM y la alimentación complementaria. Esto considerando, tal como lo describen Ruiz Gómez, Franco, Góngora, Girón, & Rodríguez (2016) y en el marco de la corriente de los determinantes sociales de la salud (Marmot, 2005), que los determinantes de estas prácticas que se traducen en resultados en salud (como mortalidad infantil y cuidado de la salud) provienen desde diferentes niveles, pasando por aspectos políticos y socioeconómicos de la sociedad analizada y van hasta aspectos propios de los individuos como sus hábitos de vida, tradiciones, costumbres y conocimientos frente a un tema.

Por ejemplo, Colombo et al. (2018) al estudiar los determinantes de la LM de los niños menores a 3 meses nacidos en Italia, emplean como herramienta metodológica modelos univariados y multivariados de regresión logística, encontrando que algunos de los factores que se asocian positivamente con la lactancia en estos niños son: a) una experiencia exitosa previa de lactancia, b) mayor nivel educativo de la madre, c) participar de cursos prenatales y d) el no uso de chupos (*pacifiers*). Mientras que aquellos que tienen una asociación negativa resultaron ser: a) edad de la madre, b) mastitis, c) fisuras en los pezones y d) percepción de escasez de leche (Colombo et al., 2018).

Por su parte Chipojola, Lee, Chiu, Chang, & Kuo (2019), también emplean modelos univariados y multivariados de regresión logística, observando que en Malawi la LM en menores de 24 meses se encuentra relacionada positivamente con: a) atención prenatal, b) parto institucional y c) el nivel educativo de la madre.

⁸ <https://childmortality.org/data>

⁹ Cf. <http://www.fao.org/faostat/es/#country/44>

¹⁰

Cf. https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=COL.NT_BF_EIBF+NT_BF_EBF+NT_BF_CBF_20_23+NT_BF_EXBF+NT_BF_CBF_12_23+NT_BF_CBF_12_15+NT_BF_PRED_BF..&startPeriod=2010&endPeriod=2020

¹¹ Cf. <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics>

¹² Cf. <https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=co&v=29&l=es>

En esta misma línea y haciendo uso de modelos univariados y multivariados de regresión logística Arora et al. (2017), evidenciaron que en Sydney (Australia) los factores que presentaron una mayor asociación con el inicio temprano de la LM fueron: a) el nivel educativo de la madre, b) preferencias de la pareja de la madre por la LM y c) mujeres que habían tomado la decisión de emplear la LM antes del parto. A su vez, los factores que presentaron una relación negativa con el inicio de esta práctica fueron: a) madres con más de un hijo, b) mujeres que tuvieron un parto vía cesárea y, c) mujeres que consumieron alcohol durante el parto.

En este sentido el presente ejercicio propone implementar una regresión logística, que es una herramienta cuantitativa empleada en situaciones en las cuales la variable dependiente (o de resultado) toma valores en un conjunto finito, en donde específicamente,

Y podrá tomar los valores de 0 y 1

En donde es de interés analizar su relación con una o más variables independientes o explicativas (X_1, X_2, \dots, X_i) y la variable de resultado (Y). Modelo que normalmente se denota como:

$$Y = \Pr(Y=1 | X_1, X_2, \dots, X_i), \text{ es decir que}$$
$$Y = f(X_1, X_2, \dots, X_i), \text{ y que finalmente se puede expresar como}$$
$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

Siguiendo a Moral Peláez (2016), para comprender los resultados del modelo es imprescindible entender el concepto del 'odds' o chance, que constituye una de las medidas para medir el riesgo de que suceda el evento analizado (Y), en este sentido esta medida "se define como el cociente de la probabilidad de presentar una característica y la probabilidad de no presentarla, o lo que es lo mismo el cociente del número de casos que presentan la característica entre el número de casos que no la presentan" (Moral Peláez, 2016, p. 204).

Así mismo, se tiene que β es el coeficiente resultado de la regresión logística relacionado a una variable explicativa dada del modelo. De esta manera, en su valor se lee como la variación en el riesgo cuando se aumenta en uno el valor de la variable, mientras las demás variables permanecen constantes (Moral Peláez, 2016).

En esta línea, el modelo propuesto debe tener en cuenta variables relacionadas con determinantes estructurales o distales como la zona (cabecera – resto) en la que se encuentre la madre lactante y su hija/o, la etnia, el quintil de riqueza al que pertenecen, la participación de la madre en trabajos fuera del hogar¹³, o el nivel de escolaridad y variables individuales como si la mujer recibió información sobre la LM, la edad de la madre y si el parto fue institucional.

Adicionalmente, es posible explorar la relación entre la prevalencia de la LM y la información y recomendaciones recibidas por las madres lactantes por parte de las instituciones de atención en salud, entre otros (Cascone, Tomassoni, Napolitano, & Di Giuseppe, 2019). Por este motivo la estructura del modelo podrá ser:

¹³ Generalmente asociada negativamente a la prevalencia de la LME (Atalah, Castillo, & Reyes, 2004)

$$\text{LactanciaExclusiva} = \beta_0 + \beta_1 \text{Niveleducativo} + \beta_2 \text{Región} + \beta_3 \text{InformaciónLM} + \beta_4 \text{EdadMadre} + \beta_5 \text{IndiceRiqueza} + \beta_6 \text{Parto_Institucional} + \dots + \beta_i X_i$$

No obstante, la construcción de este modelo se considerará la técnica de selección conocida como *forward*, para dar cabida a otras variables relevantes que captura la ENSIN 2015. Dicha técnica consiste en ir agregando variables e ir revisando si cada una de estas son estadísticamente significativas y/o mejoran el ajuste del modelo o coeficiente de determinación (Pseudo R^2). Finalmente, estos análisis se realizaron en el software de análisis estadístico Stata®, haciendo uso de los comandos *logistic* y *predict logistic* (StataCorp, 2015).

Limitaciones del análisis: el análisis de determinantes busca establecer posibles relaciones entre las variables sociales y la LM. En ningún momento pretende establecer causalidad entre dichas características socio demográficas y los resultados en LM. No obstante, el análisis cualitativo podrá comprender las variables explicativas de los resultados en las metas, brindando profundidad a la visión expuesta en este apartado.

Adaptación

Como resultado del análisis exploratorio en el presente ejercicio se plantearon tres modelos de regresión logística multivariada de acuerdo con tres niveles explicativos, (1) individual, que recoge características de la mujer y de su atención; (2) hogar, que abarca información sobre la riqueza, tamaño y la inseguridad ¿alimentaria? del domicilio de la mujer; y (3) estructurales, que captura información sobre la región y la etnia a la que se adscribe la mujer.

Gracias a la riqueza de la ENSIN 2015, se identificaron variables que pueden estar incidiendo a nivel individual e institucional en el chance u *odds* que se presente el evento que las madres den LME a los menores de 6 meses. Haciendo uso de la técnica *forward* para especificar estos modelos y tomando como referencia los hallazgos de Arora et al. (2017), Chipojola et al. (2019) y Colombo et al. (2020), en donde se planteó tomar en cuenta si el parto fue en una institución de salud, el momento en el que la mujer empieza a darle pecho al neonato, la información sobre LME durante el embarazo, el número de controles prenatales, que se le hayan formulado complementos como calcio, hierro y ácido fólico a la madre, la edad al momento del nacimiento, el número de hijos, nivel educativo y si se vinculó al mercado laboral posterior al parto o si se consideró hacerlo.

Modelo (1)

$$\text{LactanciaExclusiva} = \beta_0 + \beta_1 \text{Pechoposparto} + \beta_2 \text{InformaciónLM} + \beta_3 \text{FormulaCalcio} + \beta_4 \text{CantidadControlesPrenatales} + \beta_5 \text{Parto_Institucional} + \beta_6 \text{EdadMadre} + \beta_7 \text{CantidadHijosMadre} + \beta_8 \text{NivelEducativoMadre} + \beta_9 \text{MadreTrabajo}$$

En este sentido el modelo que incluye variables del hogar, en donde se contó con información del hogar sobre la riqueza, la categoría de inseguridad alimentaria y su tamaño quedó formulado de la siguiente manera:

Modelo (2)

$$\text{LactanciaExclusiva} = \beta_0 + [\text{Variables individuales y de atención}] + \beta_{10} \text{TamañoHogar} + \beta_{11} \text{IndiceRiqueza} + \beta_{12} \text{InseguridadAlimentaria}$$

Finalmente, se incluyeron variables explicativas de identificación étnica y de región, que buscan capturar la relación estructural que subyace a las mujeres.

Modelo (3)

$$\text{LactanciaExclusiva} = \beta_0 + [\text{Variables individuales y de atención}] + [\text{Variables hogar}] + \beta_{13} \text{Región} + \beta_{14} \text{Etnia}$$

En el apartado de resultados se discuten los hallazgos de las estimaciones realizadas.

3.1.3 Limitaciones

La metodología cuantitativa cuenta con algunas limitaciones, como se expone a continuación. Por una parte, no se dispuso de toda la información cuantitativa para desarrollar el análisis, en particular, se solicitó información al MSPS, la cual no fue entregada. De un lado, la información proveniente de encuestas (ENSIN y ELCA) dada su naturaleza no permite desagregaciones departamento a departamento, sino que representaban regiones predeterminadas. Por otra parte, las fuentes no oficiales no contaban con información que permitiera calcular la totalidad de las metas, mientras que si bien la información del ICBF (Cuéntame) solo tiene representatividad para los beneficiarios de los programas del Instituto, es la única fuente que presenta evidencia oficial para años posteriores a 2015, brindando un contexto general de dichos niños y niñas¹⁴. Igualmente, el análisis de determinantes realizado en el marco de la estrategia cuantitativa no permite establecer relaciones causales, sino que presenta asociaciones entre diferentes factores y las metas estudiadas, tema sobre el cual la estrategia cualitativa brinda mayor profundidad al análisis de tal forma que esta limitación se minimiza.

3.2 MÉTODO ABORDAJE CUALITATIVO

A partir de las preguntas orientadoras de la valoración de efectos se plantearon 2 enfoques metodológicos que permitieran la comprensión de la consecución de objetivos y metas del PDLM 2010-2020. El primero se fundamentó en una perspectiva interpretativa de la realidad institucional del plan y la realidad social de la LM y la alimentación complementaria en el país. El segundo enfoque, se fundamentó en el reconocimiento de la discusión pública en torno a la LM en redes sociales y los actores clave que movilizan dicha discusión, conocido bajo el nombre de escucha digital.

¹⁴ Adicionalmente, no todos los beneficiarios que ingresan a los servicios de esta institución se encuentran en la etapa de gestación o en los primeros días de nacidos, sino que pueden ingresar a las modalidades en momentos posteriores al nacimiento y previos a los 6 meses, o inclusive en edades superiores a los 6 meses de edad, por lo que para el ICBF incidir sobre las metas analizadas puede ser inviable.

3.2.1 Población en estudio y muestra

Se entrevistaron representantes de instituciones de orden internacional, nacional, territorial, y local. Se llevó a cabo un muestreo intencional basado en criterios del equipo evaluador y recomendaciones del grupo de expertos, la Consejería para la Niñez y la Adolescencia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la Comisión Intersectorial de Primaria Infancia (CIPI) sobre las personas con mayor idoneidad para responder a preguntas asociadas a la implementación y gestión del PDLM 2010-2020. Adicionalmente se entablaron conversaciones con representantes de la CIPI- quienes facilitaron información y documentación importante para el proceso de valoración.

Se llevó a cabo una selección de participantes por regiones priorizadas en el PND 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, a saber: Amazonía (Caquetá, Putumayo, Guainía, Guaviare, Vaupés, Amazonas), Caribe (Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena, César, Guajira, Cartagena, Barranquilla), Central (Bogotá D.C, Boyacá, Cundinamarca, Huila, Tolima), Eje Cafetero y Antioquia (Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío), Santanderes (Santander, Norte de Santander) y Llanos - Orinoquía (Arauca, Casanare, Meta, Vichada). Se contó con representantes de diferentes departamentos para cada una de las regiones. No se contó con participantes de la región Seaflower (San Andrés, Providencia y Santa Catalina) debido a la emergencia ocasionada por el huracán Iota durante el período de recolección de información de esta valoración.

Para la inclusión de madres en el estudio, se consideraron mujeres mayores de 17 años con hijos o hijas menores de 36 meses. Con el ánimo de obtener una visión lo más completa posible de las diferentes experiencias sobre LM en el país, se propendió por la participación de madres de diferentes comunidades étnicas y pertenecientes a diferentes posiciones socioeconómicas, considerando adicionalmente la participación de mujeres del área rural.

3.2.2 Técnicas de recolección de la información

Revisión documental

Con el fin de valorar de manera directa algunas metas consignadas en el PDLM, se desarrolló una revisión rápida de las investigaciones y convocatorias en el país relacionadas con la LM durante el período de ejecución del plan. Se valoró además la producción científica sobre LM en bases de datos de ciencias de la salud y ciencias sociales. Los criterios de búsqueda incluyeron descriptores en español e inglés referentes a la LM.

Se examinaron también políticas y programas de importancia para la LM y la consecución de objetivos del PDLM y/o Planes Territoriales de Salud incluyendo los Planes Departamentales de Desarrollo y Planes Territoriales de Salud de los periodos 2012-2015, 2016-2019 y 2020-2023. Adicionalmente se examinaron los documentos técnicos provistos por el ICBF y los referentes de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia relacionados con LM y de interés para la valoración.

Trabajo de campo

Se llevó a cabo la recolección de información de fuentes primarias a partir de un proceso virtual, utilizando la herramienta de videoconferencia *Zoom*. Se desarrollaron entrevistas estructuradas y semiestructuradas en las modalidades grupal e individual con instrumentos acondicionados a cada actor como se indica a continuación (Tabla 1). Con el ánimo de dinamizar las entrevistas grupales, se utilizaron tableros colaborativos en línea. Se ejecutaron 70 entrevistas, 23 en modalidad grupal y 47 en modalidad individual.

Tabla 1. Actores clave referidos para entrevistas

GRUPO DE ACTORES	ACTORES CLAVE
ACTORES INSTITUCIONALES DEL ORDEN NACIONAL	(3) Ministerio de Salud y Protección Social: Grupo Curso de vida y Subdirección de salud nutricional, alimentos y bebidas. (1) Ministerio de Educación: Dirección de Primera Infancia. (4) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF): Dirección de nutrición y Dirección de Primera infancia
TOTAL	8 ACTORES
ACTORES INSTITUCIONALES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES/ ENTIDADES COOPERANTES	(4) Entidades internacionales: Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez y la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Acción contra el hambre (ACH).
TOTAL	4 ACTORES
ACTORES INSTITUCIONALES DEL ORDEN LOCAL / DISTRITAL / TERRITORIAL	Secretarías de Salud Departamental: Referentes de Seguridad Alimentaria y Nutricional (1) Boyacá, (1) Cundinamarca, (1) Bogotá, (1) Tolima, (1) Huila, (1) Antioquia, (1) Caldas, (1) Risaralda, (1) Quindío, (1) Chocó, (1) Valle del Cauca, (1) Cauca, (1) Nariño, (1) Buenaventura, (1) Córdoba, (1) Sucre, (1) Bolívar, (1) Atlántico, (1) Magdalena, (1) Cesar, (1) Guajira, (1) Cartagena, (1) Barranquilla, (1) Santander, (1) Norte de Santander, (1) Arauca, (1) Casanare, (1) Meta, (1) Vichada, (1) Caquetá, (1) Putumayo, (1) Guainía, (1) Guaviare, (1) Vaupés, (1) Amazonas
TOTAL	36 ACTORES
COMITÉS DE LM/ COMITÉS SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL / REFERENTES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Comité Distrital de LM (Bogotá) Comité LM Cali Comité LM Regional del Caribe Comité Seguridad Alimentaria Región Central Comité Seguridad Alimentaria Región Pacífico Comité Seguridad Alimentaria Región Eje Cafetero Comité Seguridad Alimentaria Región Orinoquía Comité Seguridad Alimentaria Región Amazonía
TOTAL	8 COMITÉS
ACTORES EAPB-EPS	Coordinadores de Promoción y Prevención Entidades Administradoras de Planes de Beneficios: COOSALUD EPS, SALUD Total EPS, ASMET SALUD

GRUPO DE ACTORES	ACTORES CLAVE
TOTAL	3 ACTORES
IPS	(4) IPS IAMI: Hospital San Vicente Fundación, IPS Mired, Cafam, IPS ICBF Yopal (2) IPS privada: Salud Yopal, María Inmaculada
TOTAL	6 ACTORES
ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL	(1) Liga de la Leche (1) Asociación de Parteras Unidas del Pacífico – ASOPARUPA (1) La organización de los pueblos indígenas de la amazonia colombiana –OPIAC (1) Fundación Camino Claro (1) Colectivo Mamaquilla (1) Educar Consumidores (1) RedPapaz (1) IBFAN
TOTAL	8 ACTORES
ACTORES DE LA ACADEMIA	(1) Universidad Nacional de Colombia (1) Universidad Industrial de Santander (1) Universidad de Antioquia
TOTAL	3 ACTORES
PROFESIONALES DE LA SALUD EXPERTOS EN LM	(3) Profesionales especializados con experiencia en temas relacionados con la LM
TOTAL	3 ACTORES
MADRES CON HIJAS-OS DE 0 A 36 MESES	(2) Madres por cada región: Amazonía (1), Caribe, Central, Eje cafetero, Orinoquía, Pacífico, Santanderes
TOTAL	14 ACTORES
ACTORES DE LA EMPRESA (PÚBLICA Y PRIVADA)	(1) Colsubsidio, (1) Banco de Bogotá (1) Departamento Administrativo de Función Pública, (1) Concejo de Bogotá
TOTAL	4 ACTORES

Fuente: Elaboración propia (2020).

Prueba piloto

Se desarrolló una prueba piloto para valorar las propiedades lingüísticas de los guiones de entrevista y constatar la factibilidad del procesamiento de datos recolectados a partir de las entrevistas. Se ejecutaron pruebas piloto de entrevistas individuales por 6 miembros del equipo evaluador con 2 madres de las regiones Eje Cafetero y Chocó, una con una Organización de la Sociedad Civil y una con un actor de orden internacional. Se llevaron a cabo modificaciones mínimas a algunas preguntas para la aplicación de los instrumentos en los demás actores.

Debido a la complejidad de la citación de actores de las diferentes regiones para el desarrollo de una prueba piloto de entrevista grupal, se desarrolló un simulacro con participación de los expertos en LM y el equipo técnico que acompañaba el proceso de valoración. Se determinó el uso de padlet como tablero colaborativo, los roles y reglas internas para la conducción de entrevistas y los procedimientos para el manejo de la información.

Dada la importancia de la información provista por los actores entrevistados en el proceso de prueba piloto, la imposibilidad de acceder nuevamente a ellos por las características del cronograma de trabajo y la estabilidad del contenido en los instrumentos utilizados, se incluyeron los testimonios de estos actores en los análisis finales.

3.2.3 Análisis de la información

El análisis se fundamentó en los métodos de análisis de contenido, con aproximaciones al método de análisis de marco “Framework analysis” propuesto originalmente por Ritchie y Lewis para la investigación aplicada en políticas públicas (Srivastava, A. & Thomson, 2009; Gale et al., 2013). El análisis de contenido cualitativo es una técnica de interpretación de textos escritos o grabados que permite realizar inferencias de manera sistemática sobre el sentido de los mensajes que las personas pretendieron comunicar y a su vez percibir el contenido latente transmitido. Considerando que las entrevistas tienen como alcance conocer los testimonios y experiencias de actores clave en relación con los efectos directos del PDLM, el método propuesto permite, en primer lugar, comprender la experiencia de los entrevistados y en segundo lugar establecer relaciones o inferencias entre dichas experiencias y algunos de los efectos directos del PDLM (Andréu Abela, 2002; Krippendorff, 1997; Piñuel Raigada, 2002).

Se empleó un enfoque mixto comenzando de manera deductiva a partir de los códigos y categorías que daban respuesta a las preguntas orientadoras y objetivos del PDLM, pero permitiendo la incorporación de códigos y categorías emergentes, dotando el ejercicio de capacidad inductiva. De esta manera se buscó dar respuesta a las preguntas de la valoración corroborando el alcance de objetivos y metas, al mismo tiempo que se permitió abordar aspectos culturales, conceptos, hábitos o relaciones con situaciones o eventos que no podrían predecirse a priori. Las categorías identificadas a priori dan respuesta a los objetivos específicos del plan y otras consideradas de importancia en la temática tratada.

Tabla 2. Lista de categorías de análisis

Categoría	Definición
Objetivo 1: Institucionalidad	
Marco normativo	Normas que sirven de marco de referencia para la actuación institucional a favor de la LM y la alimentación complementaria.
Servicios Institucionales	Fortalecimiento de los servicios institucionales relacionados con la iniciación y duración de la LM y con una adecuada alimentación de los menores de dos años de edad.
Gestión de calidad	Fortalecimiento de la gestión de calidad de los servicios de salud y de protección social relacionados con la LM
Asistencia Técnica	Acompañamiento o asesoría técnica que brinda herramientas (conceptuales, metodológicas, procedimentales) para el desarrollo de capacidades que faciliten la implementación de acciones a favor de una política o plan.

Categoría	Definición
Gestión del conocimiento	Los esfuerzos de las instituciones para adquirir, aumentar, organizar, distribuir, compartir y transferir los conocimientos sobre LM y alimentación complementaria
Coordinación interinstitucional	Coordinación interinstitucional e intersectorial en relación con la LM.
Gerencia, seguimiento y evaluación	Desarrollar mecanismos de gerencia, seguimiento y evaluación del Plan Decenal y sus logros
Cumplimiento código sucedáneos	Acciones relacionadas con la implementación y verificación del código de sucedáneos.
Capacidad institucional	La capacidad institucional hace referencia a la suficiencia de las entidades gubernamentales de desempeñar funciones, resolver problemas, implementar acciones y lograr objetivos a favor de la LM y la alimentación complementaria.
Capacidad institucional-Talento humano	Posibilidad de contar con talento humano capacitado y con condiciones de contratación que aseguren la continuidad de los procesos y acciones en el tiempo.
Capacidad institucional-recursos financieros	Posibilidad de las entidades de contar con recursos económicos para el desarrollo de las acciones relacionadas con la LM
Capacidad institucional-oferta programática	Posibilidad de las entidades de crear y/o ampliar los programas y áreas de acción relacionadas con la LM.
Capacidad de acción	Posibilidad de los actores locales de implementar acciones relacionadas con el fortalecimiento, apoyo y promoción de la LM y la alimentación complementaria
Objetivo 2: Transformaciones sociales	
Entornos favorables	Ambientes físicos y sociales en donde se propician y se dan las condiciones y circunstancias adecuadas para mantener la LM y la alimentación complementaria, así como la salud física y mental de la madre lactante y sus hijos
Entornos favorables-Salas Amigas de la Familia Lactante	Implementación y condiciones de las salas amigas de la LM en lugares públicos y entornos cotidianos de permanencia de los niños y niñas menores de dos años y madres en lactancia.
Entornos favorables-Bancos de leche humana	Implementación y condiciones de los bancos de leche humana a la implementación de estos bancos.
Entornos favorables-Entornos sociales	Manera como los padres, familiares y amistades apoyan o limitan a las madres durante el ejercicio de la lactancia.

Categoría	Definición
Redes de apoyo	Grupos comunitarios que brindan apoyo a las madres en el proceso de lactancia.
Barreras sociales	Condiciones y diferencias, en materia de género, etnia, religión, salud o condición socioeconómica, entre individuos o grupos que les impiden alcanzar o lograr sus objetivos, o negar su posibilidad de acceder a los recursos y promover sus intereses.
Responsabilidad empresarial	Compromiso que las empresas adquieren de manera autónoma en planear, gestionar y ejecutar acciones orientadas a favorecer la LM.
Conocimientos en LM	Cambios y apropiación de conocimientos sobre LM y la alimentación complementaria.
Creencias y Mitos	Suposiciones consideradas como verdaderas en relación con las prácticas de la LM y sus efectos.
Prácticas en LM	Modos y maneras de llevar a cabo la LM por parte de las madres.
Prácticas asociadas a la LM	Prácticas de los profesionales de la salud en relación con la LM.
Objetivo 3: Gestión Política	
Armonización de instrumentos	Es la articulación entre los distintos instrumentos de política que podrían estar relacionados con la LM.
Función Rectora	Ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en lactancia materna
Sostenibilidad	Capacidad de mantener en el tiempo las acciones de protección, promoción y apoyo de la LM.
Transversal:	
Efectos pandemia	Afectaciones en el ejercicio, fortalecimiento y apoyo a la LM y alimentación complementaria a causa de la pandemia de COVID-19

Fuente: Elaboración propia (2020).

El proceso de codificación de las transcripciones de entrevistas se llevó a cabo a través del software Atlas.ti versión 8, partiendo de los códigos definidos en cada una de las categorías. Se definieron 24 códigos que se agrupan en los 3 objetivos generales del PDLM. Posteriormente se implementó una matriz de análisis en la que se recopiló la información de cada categoría por cada actor individual o grupal y se efectuó una síntesis general de categorías por grupos de actores para ser finalmente comparadas a la luz del cumplimiento de objetivos. Adicionalmente se recopilaron las recomendaciones explícitas de los diferentes actores sobre el fortalecimiento de la LM en el país y el desarrollo de un nuevo Plan de LM. El análisis y redacción se efectuó partiendo de 2 grupos de actores: institucionales y locales-sociales. La interpretación de resultados se consolidó por categorías para cada objetivo general. Para el manejo de la información se utilizaron herramientas ofimáticas como Word y Excel. Los procesos de codificación, síntesis y análisis se llevaron a cabo de manera simultánea.

3.2.4 Escucha digital

La escucha digital (“media listening” o “social listening”) puede entenderse como una estrategia que permite indagar lo que dicen o piensan las personas en las redes sociales digitales o el estado de opinión sobre un tema (Ramos et al., 2019). En este sentido, la utilidad de la escucha digital radica en la posibilidad de acceder a debates públicos en las redes sociales y medir la presencia de actores y/o temáticas en esos debates. De esta manera, se puede medir el impacto de un mensaje emitido por un usuario a través de la cantidad de personas a las que llega, la cantidad de personas que lo comparten, que ofrecen reacciones o que responden a la publicación, y a partir de esas respuestas y reacciones se pueden identificar las características del debate.

Con estas consideraciones, el ejercicio de escucha digital se desarrolló recopilando información en la red social Twitter, red de amplio uso para discusiones de opinión pública y temas de interés general a nivel social que, debido a su espacio limitado de publicación, promueve mensajes cortos y concretos. Se tomó en consideración la red social Instagram, no obstante al ésta no ser de carácter público se limitaba el acceso a la información a diferentes perfiles, por lo que la información captada de esta red se utilizó sólo a título orientativo.

Se consideró como período de estudio los años 2017 a 2020, tomando como punto de partida el momento de finalización de la evaluación de procesos del PDLM 2010-2020, que entra en consonancia con el momento en el que esta red social había comenzado a tomar fuerza desde las conversaciones públicas en el país.

El análisis de redes sociales se desarrolló a partir de los actores clave que fueron identificados en la Evaluación de Proceso del PDLM adelantada en 2016. Se incluyeron actores sugeridos por los expertos en LM y comités técnicos del proceso de valoración, al igual que otros actores que surgieron en el mismo análisis al reconocer usuarios que participan activamente de las conversaciones en redes. A continuación se exponen las listas de actores identificados a priori.

Tabla 3. Actores institucionales identificados en Evaluación de Proceso del PDLM

Entidad	Usuario Twitter	Usuario Instagram
MSPS	@MinSaludCol	@minsaludcol
Comisión Legal para la Equidad de la Mujer del Congreso de la República.	@ComisionMujerCo	@comisionmujercol
Procuraduría General de la Nación	@PGN_COL	@procuraduria
Congreso de la República	@SenadoGovCo / @CamaraColombia	@senadogovco / @camaracolombia
Invima	@invimacolombia	@invimacolombia
Superintendencia de Industria y Comercio	@sicsuper	@superintendencia_sic
Defensoría del Pueblo	@DefensoriaCol	@defensoriacol
Ministerios de Educación, Trabajo, Comercio, Industria y Turismo	@Mineduccion @MintrabajoCol @MincomercioCo	@mineducacion @mintrabajocol @mincomercioCo

ICBF	@ICBFColombia	@icbfcolumbiaoficial
Entidades territoriales	Actores emergentes en la búsqueda	Actores emergentes en la búsqueda
Colciencias (ahora Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación)	Ahora @MincienciasCo	@minciencias_co
Universidades	Actores emergentes en la búsqueda	Actores emergentes en la búsqueda
EAPB, IPS	Actores emergentes en la búsqueda	Actores emergentes en la búsqueda

Fuente: Elaboración propia (2020).

Tabla 4. Actores identificados por recomendación de expertos

Entidad	Usuario Twitter	Usuario Instagram
Red Papaz	@RedPaPaz	@red.papaz
La Liga de la Leche	@LLLColombia	@ligadelalechecolombia
Fundación Mamá Informada	@informada_mama	@mamainformada_lactanciamaterna
Crianza Afectiva	No se reporta	@crianzaafectiva
Educación Consumidores	@EducarConsumo	@educarconsumidores
IBFAN	@ibfan	
Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas	@COLNUD	
UNICEF Colombia	@UNICEFColombia	
OPS/OMS Colombia	@OPSOMS_Col	
Otros influenciadores	Actores emergentes en la búsqueda	Actores emergentes en la búsqueda

Fuente: Elaboración propia (2020).

El análisis se desarrolló considerando principalmente aquellas metas del PDLM en las que el ejercicio de análisis de redes podía aportar más información al proceso de valoración de efectos y sus categorías respectivas de análisis, que incluyeron entre otras: gestión del conocimiento, barreras sociales, conocimientos y percepciones sobre LM y responsabilidad empresarial.

Se llevaron a cabo gráficas de volumen de menciones organizadas por temas, gráficas de alcance de publicaciones diferenciadas por términos claves, y gráficas de presencia y alcance en el tiempo de publicaciones, así como una gráfica de valoración general del sentimiento generado por las publicaciones y un diagrama de relaciones entre los distintos usuarios oficiales asociados al PDLM, enfatizando los volúmenes de alcance de los actores.

3.2.5 Consideraciones éticas

Este estudio acogió los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (64a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013), y el Reporte Belmont, de los cuales se consideran como principios éticos el respeto a la persona, la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y justicia.

Respecto a las fuentes primarias se garantizó una participación voluntaria. Se aseguró la confidencialidad de los participantes de las entrevistas, generando códigos alfanuméricos a las entrevistas hasta la etapa final de escritura del reporte. Se brindó información detallada a cada participante sobre el propósito e importancia de la evaluación y se solicitó un consentimiento informado antes de cada entrevista. Debido a las limitaciones de la virtualidad y las dificultades de las madres para la firma de documentos virtuales, se desarrollaron 2 formatos de consentimiento informado, uno en formato documento para firma virtual provisto a cada uno de los actores institucionales y locales, y un segundo en formato formulario virtual para las madres (Anexo 2. Consentimiento informado). Adicionalmente se aseguró el asentimiento de los participantes para la grabación antes de comenzar las entrevistas.

Para la elaboración de los documentos finales y de recomendaciones se da cuenta de la institución a la que pertenecen los participantes, respetando la anonimidad de sus nombres y datos de contacto en los extractos de entrevistas.

3.2.6 Limitaciones

La metodología cualitativa enfrentó una serie de limitaciones, tal como se expone a continuación. Por un lado, debido a las restricciones de tiempo, limitaciones durante la pandemia por COVID-19 y la emergencia por el huracán Iota, no fue posible entrevistar a algunos actores considerados inicialmente, en particular aquellos pertenecientes a San Andrés, Providencia y Santa Catalina, por lo que su visión no se encuentra reflejada en el texto. No obstante, se considera primordial llevar a cabo ejercicios adicionales con los actores de esta región para el desarrollo de un nuevo Plan de LM.

Por otro lado, pese al apoyo directo de la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia en la convocatoria a Entidades Territoriales para la participación en las entrevistas grupales por región, no se contó con la asistencia de los representantes de algunos departamentos a las mismas, por lo que las opiniones reflejadas pueden no ser compartidas enteramente dentro de la región, particularmente entendiendo que las realidades de cada departamento pueden diferir.

Adicionalmente, no se contó con la participación del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS), a pesar de llevar a cabo invitaciones y haber programado en diferentes ocasiones espacios de entrevista, por lo que los resultados de los análisis cualitativos no cuentan con la visión de este actor, que podría limitar el espectro de entendimiento sobre la asistencia técnica, la movilización social y otros temas de importancia en los que esta entidad pueda tener injerencia en materia de lactancia materna y alimentación complementaria en el país.

Además, a pesar de haber considerado diferentes características demográficas para la inclusión de madres en el estudio cualitativo, se observó una proporción alta de mujeres con más información sobre la LM y sus procesos relacionados. Esto puede corresponder al establecimiento de contacto a través de redes profesionales debido a restricciones de tiempo en el desarrollo de la valoración, por lo que la información reflejada por este conjunto de madres puede no dar cuenta de las características reales de toda la población. Situación similar ocurre con la visión del sector empresarial, pues se entrevistaron sólo aquellas empresas que contaban con Salas Amigas de la

Familia Lactante (SAFL) y por tanto que presentaban conocimientos y desarrollos alrededor de los temas de LM. Adicionalmente las visiones de los representantes de las IPS entrevistadas no reflejan aquellas de las IPS públicas, pues no se obtuvo respuesta de las mismas para la participación en los procesos de entrevista.

Respecto al ejercicio de escucha digital, no fue posible incluir análisis en otras redes sociales que pueden movilizar la discusión en torno a la LM como Facebook o Instagram debido a la imposibilidad de acceso público a la información de sus perfiles. Los perfiles recomendados y valorados a título orientativo de Instagram podrían representar un sesgo de información, por lo que el ejercicio de análisis se enfocó en los datos de la red social Twitter.

4 RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE EFECTOS

4.1 RESULTADOS DE LAS METAS DEL PDLM 2010-2020

4.1.1. Resultados cuantitativos de las metas del PDLM

Este apartado pretende mostrar el análisis del cumplimiento de las metas del PDLM, a partir de la revisión documental y de fuentes de información secundaria que permiten, por un lado, dilucidar los comportamientos de algunos indicadores, y por otro, algunas limitaciones de medición de las metas.

4.1.1.1 Seguimiento a las metas relacionadas con LM

Meta 1: Lograr que en todo el territorio nacional para el 2015 la duración de la LME sea de seis meses y mantener de forma permanente este logro

El cumplimiento de esta meta está basado en el indicador de LME. Para efectos de la verificación, nos basamos en la definición oficial del indicador de la ENSIN 2015.

LME antes de los seis meses: proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna durante el día anterior. Este indicador incluye los lactantes amamantados por nodrizas, aquellos alimentados con leche materna extraída, así como quienes solamente recibieron sales de rehidratación oral (SRO), gotas, jarabes, vitaminas, minerales y medicinas. No permite que el lactante reciba cualquier otra cosa. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020, p. 63).

La Gráfica 1 muestra los resultados de fuentes oficiales, entre ellas la ENSIN. Lo esperado sería que el 100% de los lactantes de 0 a 5 meses de edad sean alimentados exclusivamente con leche materna. De acuerdo con la ENSIN 2015, la meta 1 no se cumplió y tiene un comportamiento decreciente. Aunque el número de personas consultadas en la muestra para calcular el indicador es más amplio comparado con 2010, cabe resaltar la anotación de la ENSIN 2015 sobre el tamaño de la muestra:

Número total de individuos en cada categoría sin ponderar. No es correcto calcular los porcentajes con base en los “n” presentados; estos se calculan a partir de una muestra compleja en la cual se tienen en cuenta ponderaciones de casos y etapas de diseño. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020, p.285)

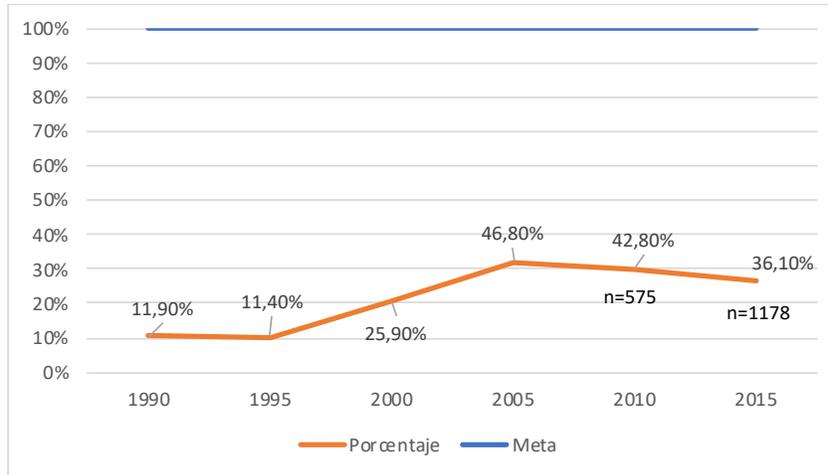


El futuro es de todos

Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia



Gráfica 1. Meta 1: Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben LME en Colombia, 1990 a 2015



Fuente: ENSIN 2015.

Similarmente, los cálculos propios a partir de la ELCA muestran falta de cumplimiento en esta meta, donde el 34,1% de niños y niñas menores de 6 meses reciben LME.

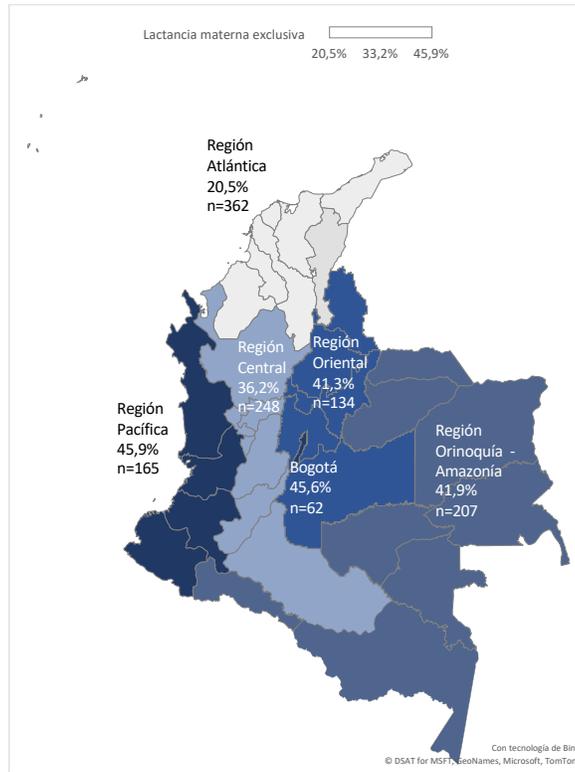
La Ilustración 1 muestra los resultados de la meta 1, de acuerdo con los territorios calculados para la ENSIN 2015 y la ELCA 2013. En general, en ninguna de las fuentes se cumple la meta. Cabe indicar que dichas regiones no necesariamente se corresponden con las regiones del Plan Nacional de Desarrollo.

En particular, se observa que en la ENSIN 2015 la región con mayor proporción de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben LME se localiza en la Región Pacífico (45,9%) y en Bogotá (45,6%), seguido de Región Orinoquía – Amazonía (41,9%) y la Región Oriental (41,2%). En contraste, las proporciones más bajas se ubican en la Región Central (36,1%) y Atlántica (20,5%).

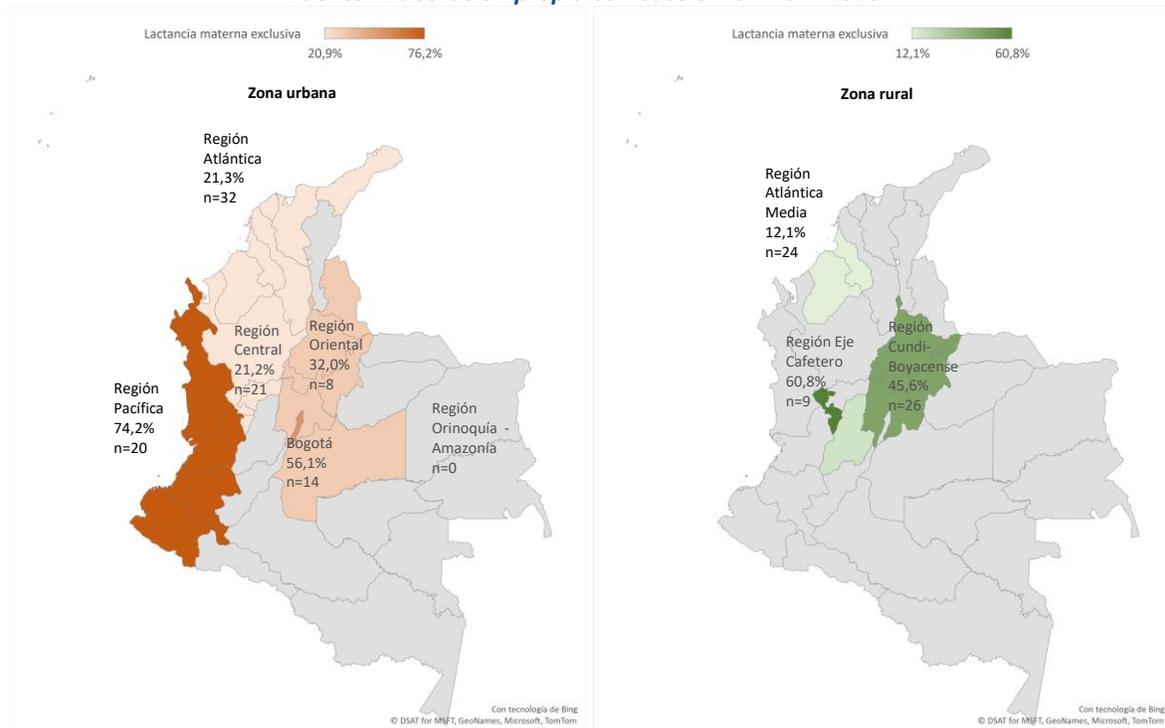
Esto va en línea con los resultados de la ELCA, donde, para la zona urbana, se observa que la región Pacífica (74,2%) reporta una mayor proporción de menores de 6 meses que reciben LME, seguido de Bogotá (56,1%) y la Región Oriental (32%), mientras que las regiones Central (21,2%) y Atlántica (21,3%) muestran menores proporciones. Similarmente, en la zona rural de la ELCA se observa que la Región Cundi-Boyacense (45,6%) y el Eje Cafetero (60,8%) tienen una mayor proporción de menores de 6 meses con LME en comparación con la Región Atlántica (12,1%).



Ilustración 1. Meta 1: Resultados territoriales LME



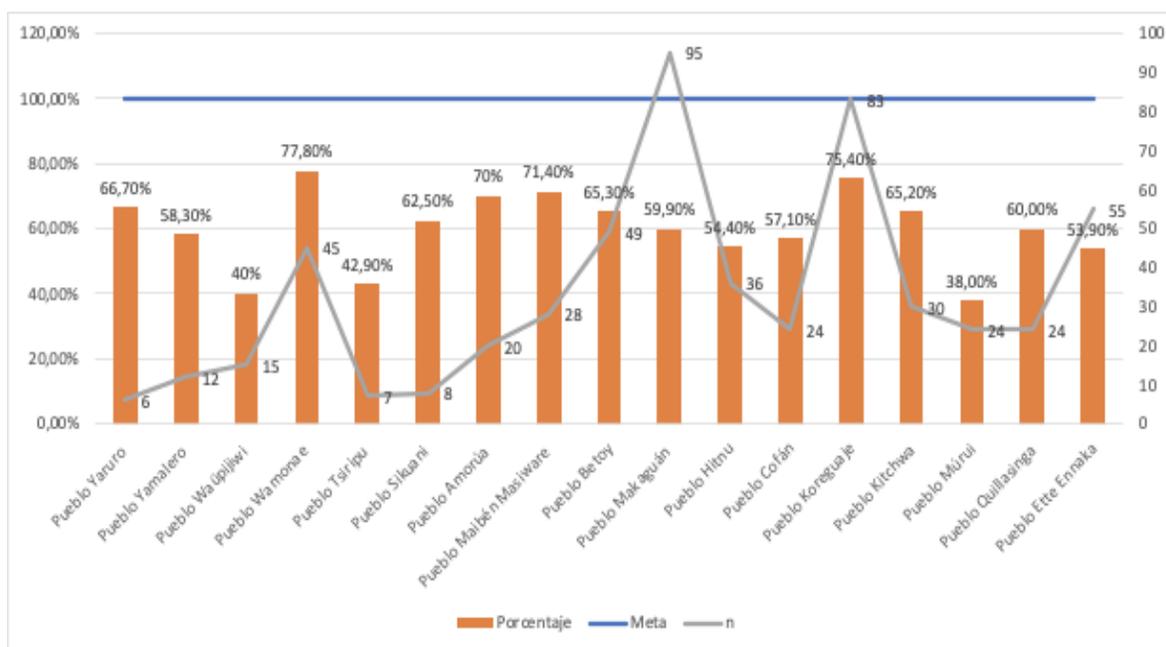
Fuente: Elaboración propia con base en la ENSIN 2015.



Fuente: Elaboración propia con base en la ELCA 2013.

La Gráfica 2 muestra la proporción de lactantes amamantados de forma exclusiva por 6 meses o más frente a la meta, y el número de niños valorados en 17 pueblos identificados por la ENSANI. La Tabla 5 presenta información sobre la duración mínima y máxima de la LME, rango de meses, según la ENSANI¹⁵. Es importante resaltar que 3 pueblos reportaron 0 meses de LME, el 2,9% en el Pueblo Ette Ennaka, el 4,3% para el Pueblo Kitchwa y el 31,7% para el Pueblo Múruí.

Gráfica 2. Meta 1: Resultados LME en los pueblos indígenas de la ENSANI



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANI 2015.

Tabla 5. Meta 1: duración de la LME, enfoque étnico con base en el ENSANI

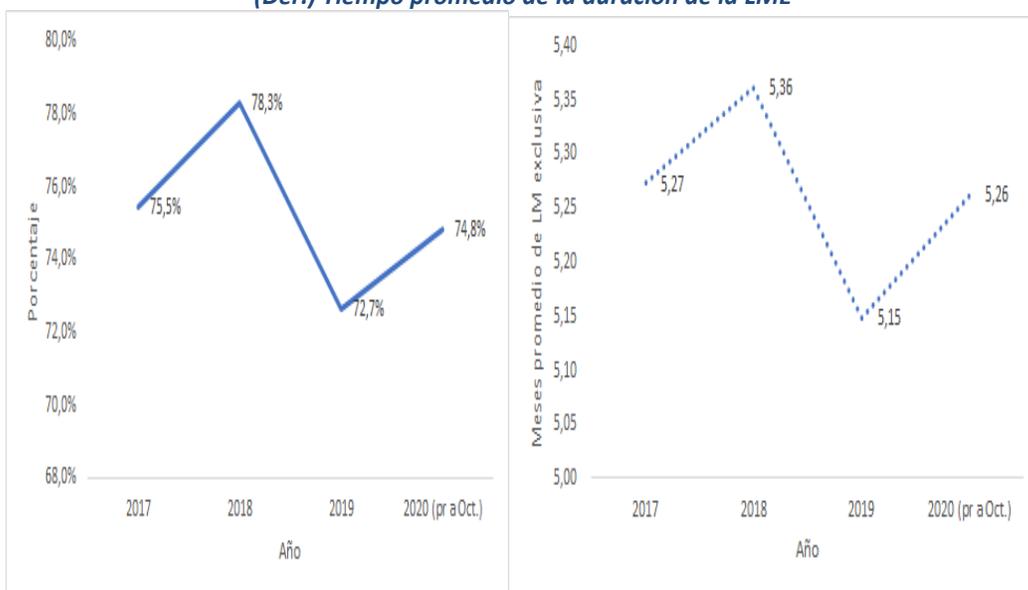
Pueblo Yaruro	Pueblo Yamalero	Pueblo Waüpijiwi	Pueblo Wamona e	Pueblo Tsiripu	Pueblo Sikuaní	Pueblo Amorúa	Pueblo Maibén Masiware	Pueblo Betoy
8 – 12 meses	6 – 10 meses	3 – 12 meses	1 – 12 meses	5 – 9 meses	1 – 8 meses	3 – 12 meses	3 – 12 meses	1 – 28 meses
Pueblo Makaguán	Pueblo Hitnu	Pueblo Cofán	Pueblo Koreguaje	Pueblo Kitchwa	Pueblo Múruí	Pueblo Quillasinga	Pueblo Ette Ennaka	
1 – 12 meses	1 – 12 meses	1 – 12 meses	1 – 21 meses	0 – 12 meses	0 – 15 meses	1 – 8 meses	0 – 12 meses	

Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANI.

¹⁵ Quiere decir que los lactantes que menos amamantaron lo hicieron por 8 meses y los que más lo hicieron fue por 12 meses.

Finalmente, gracias a la riqueza de la información del ICBF y su sistema Cuéntame, es posible analizar esta meta en los niños y niñas beneficiarios de los diferentes programas de este instituto¹⁶, para los años 2017 a 2020 (pr)¹⁷. Allí se observa que la proporción de los beneficiarios que han recibido LME de seis meses o más ha oscilado entre el 72,7% y el 78,3%, con un tiempo promedio de duración de la lactancia de 5 meses, lo que indica que aún esta población focalizada y expuesta a más información que el resto de la población se encuentra a más de 20 p.p. de la meta establecida. Sin embargo, se puede evidenciar una relación positiva entre el resultado de los indicadores de LME y el hecho de ser beneficiarios de los servicios del ICBF.

Gráfica 3. Meta 1: Resultados LME en los beneficiarios del ICBF
(Izq.) % niños y niñas que tienen LME de 6 meses o más
(Der.) Tiempo promedio de la duración de la LME



Fuente: Elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

Al desagregar por sexo no se evidencian mayores diferencias en la tendencia nacional, se resalta únicamente que esta proporción es mayor en niños que en niñas, además que, en línea con lo evidenciado en las cifras nacionales, en el año 2019 hubo un descenso en esta proporción y que según la información a octubre de 2020 ha tenido un repunte:

¹⁶ Limitaciones del Cuéntame: es importante anotar que los datos derivados de este sistema de información no son representativos de la totalidad de la población colombiana, puesto que está centrado en población vulnerable beneficiaria de los programas y servicios del ICBF, por lo que sus estadísticas solo les representan a ellos. Adicionalmente, no todos los beneficiarios que ingresan a los servicios de esta institución se encuentran en la etapa de gestación o en los primeros días de nacidos, sino que pueden ingresar a las modalidades en momentos posteriores al nacimiento y previos a los 6 meses, o inclusive en edades superiores a los 6 meses de edad, por lo que para el ICBF incidir sobre las metas analizadas puede ser inviable.

¹⁷ La información de 2020 es de carácter preliminar, puesto que corresponde al corte de 31 de octubre.

Gráfica 4. Meta 1: Resultados LME de 6 meses o más en los beneficiarios del ICBF, según sexo

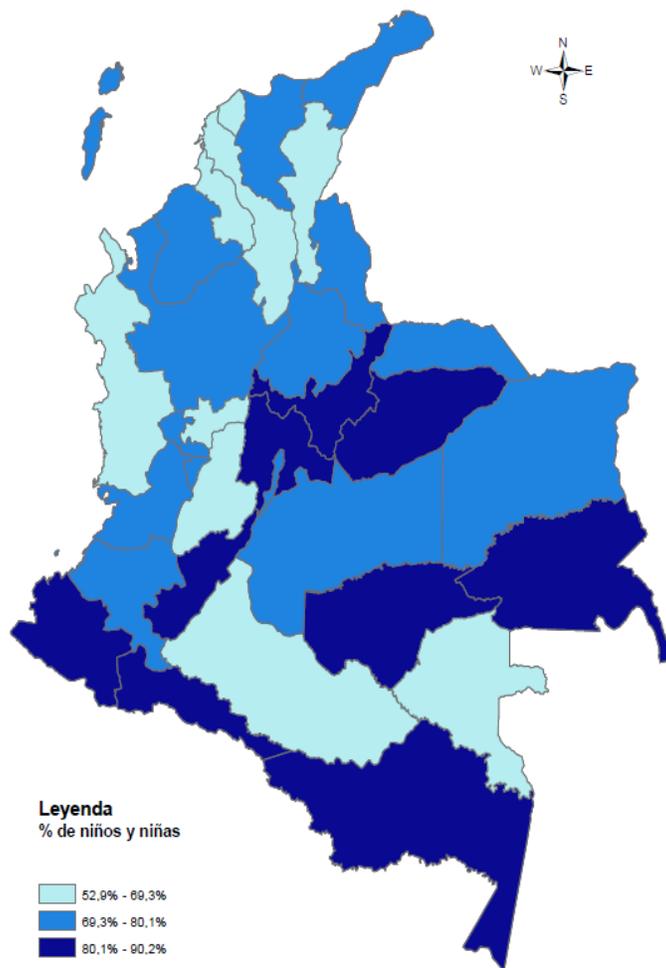


Fuente: Elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

De otra parte, un análisis de esta meta para los beneficiarios del ICBF a nivel departamental¹⁸ señala que los departamentos de San Andrés y Providencia, Cesar y Sucre, tienen una menor proporción de niños y niñas con una LME de 6 meses o más, oscilando entre el 46,6% y 71,1% de los beneficiarios entre 2017 y 2020 (pr), con un tiempo promedio de LME que fluctuaba entre los 4 y 5 meses, de la misma manera, se evidencia que los departamentos con mayor proporción de beneficiarios que cumplen esta condición entre 2017 y 2020 (pr) fueron Nariño, Guaviare y Amazonas, con proporciones que rondaron el 81,8% y 93,6% (Anexo 3. Proporción de niños y niñas beneficiarios del ICBF con LME de 0 a 6 meses). El panorama con los datos más recientes evidencia este comportamiento:

¹⁸ Tomando como referencia la dirección regional del ICBF en la cual se le prestó los servicios a los beneficiarios

Ilustración 2. Meta 1: Resultados LME de 6 meses o más en los beneficiarios del ICBF, según departamento 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

Así, los resultados departamentales del sistema Cuéntame están acordes con lo identificado por la ENSIN, a saber, que la Región Atlántica o Caribe tiene una menor proporción de niños y niñas menores de 6 meses que reciben LME.

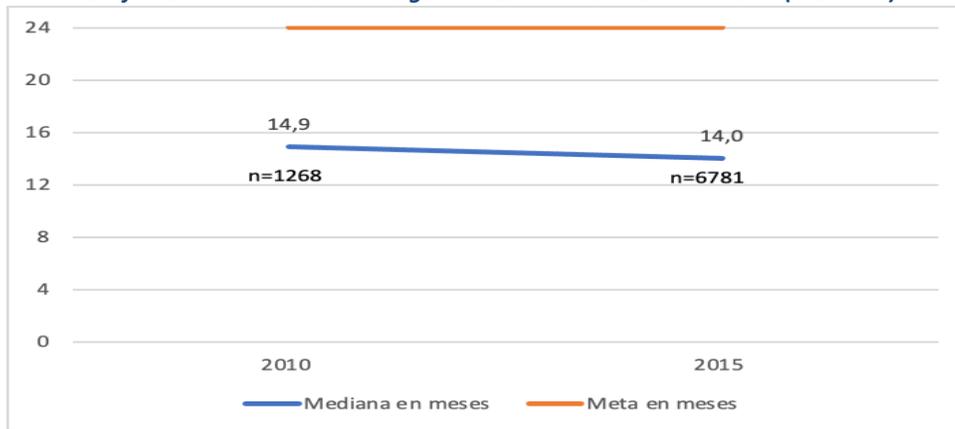


Meta 2: Lograr que en Colombia la duración total de la LM sea de 24 meses y más en el 2015 y mantener este logro de forma permanente ¹⁹

El cumplimiento de esta meta está basado en el indicador de duración de la LM total. Para efectos de la verificación, nos basamos en dos indicadores de la ENSIN 2015: “Duración de la LM: mediana de la duración de la LM total entre los niños y niñas de 0 a 35 meses de edad” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020, p 63), y “LM continua a los dos años de vida: proporción de niños y niñas de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020, p 63).

La Gráfica 5 y Gráfica 6 muestran los resultados de fuentes oficiales. De acuerdo con la ENSIN 2015, la meta 2 no se cumplió y tiene una tendencia decreciente.

Gráfica 5. Meta 2: resultados generales duración de la LM total (mediana)



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSIN.

Gráfica 6. Meta 2: LM continua a los dos años de vida



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSIN.

¹⁹ Para evaluar esta meta se están considerando las dos formas de medición en mediana y porcentaje, se consideró que es prudente dejar los dos indicadores, la mediana que fue la forma de medición histórica, y el porcentaje que es la nueva forma de medición avalada y comparativa a nivel internacional.

El cumplimiento de la meta 2 tampoco se alcanza si se analiza la fuente no oficial, donde los resultados de la duración de la LM total entre los niños y niñas de 0 a 35 meses de edad (mediana) indican que este no superó los 6 meses, a su vez la proporción de niños y niñas de 20 a 23 meses con LM fue del 41,2% (CEDE, 2020).

La Ilustración 3 muestra los resultados de la meta 2, de acuerdo con los territorios calculados para la ENSIN 2015 y la ELCA 2013. En general, se observa que la meta no se cumple en ninguna de las regiones identificadas en ambas fuentes, sin embargo, la región de la Orinoquía – Amazonía en la ENSIN es la que mejor se aproxima a la meta con una mediana de 17,8 meses de LM total. A esta región le siguen en la ENSIN la Región Oriental con una mediana de 17,4, y la Región Pacífica con 16,9. En cambio, la Región Atlántica (13,1), Central (12,5) y la ciudad de Bogotá (12,7) tienen una mediana de duración total de LM más baja.

Similarmente, los resultados de la zona urbana de la ELCA señalan una mayor mediana de duración de la LM en menores de 35 meses en la Región Pacífica (6) y Oriental (5), aunque la ELCA urbana también registra mayor duración de la lactancia en la Región Central (5) y no tiene suficientes observaciones en la Región Orinoquía - Amazonía. En línea con lo observado en la ENSIN, la menor duración de la lactancia se localiza en Bogotá (4) y la Región Atlántica (4). En contraste, los resultados de la zona rural de la ELCA que señalan una duración similar en todas las regiones, siendo la más baja Eje Cafetero.

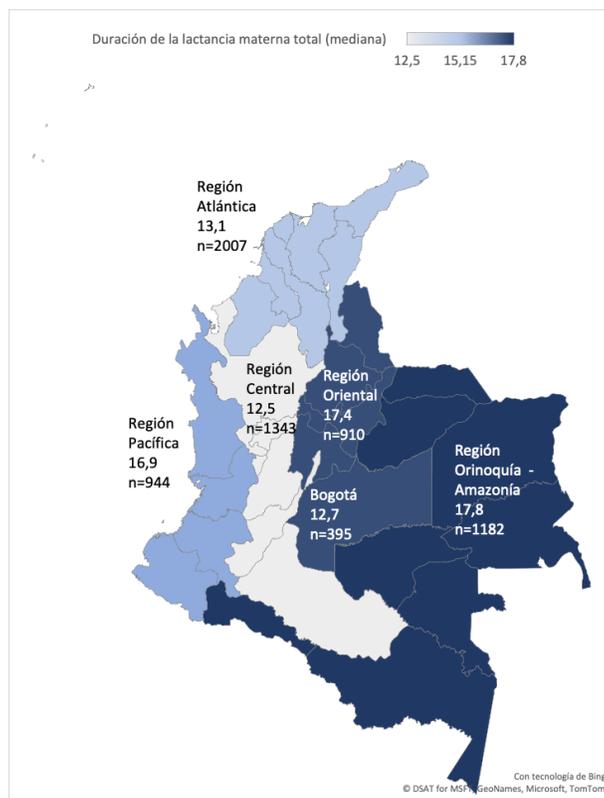


El futuro es de todos

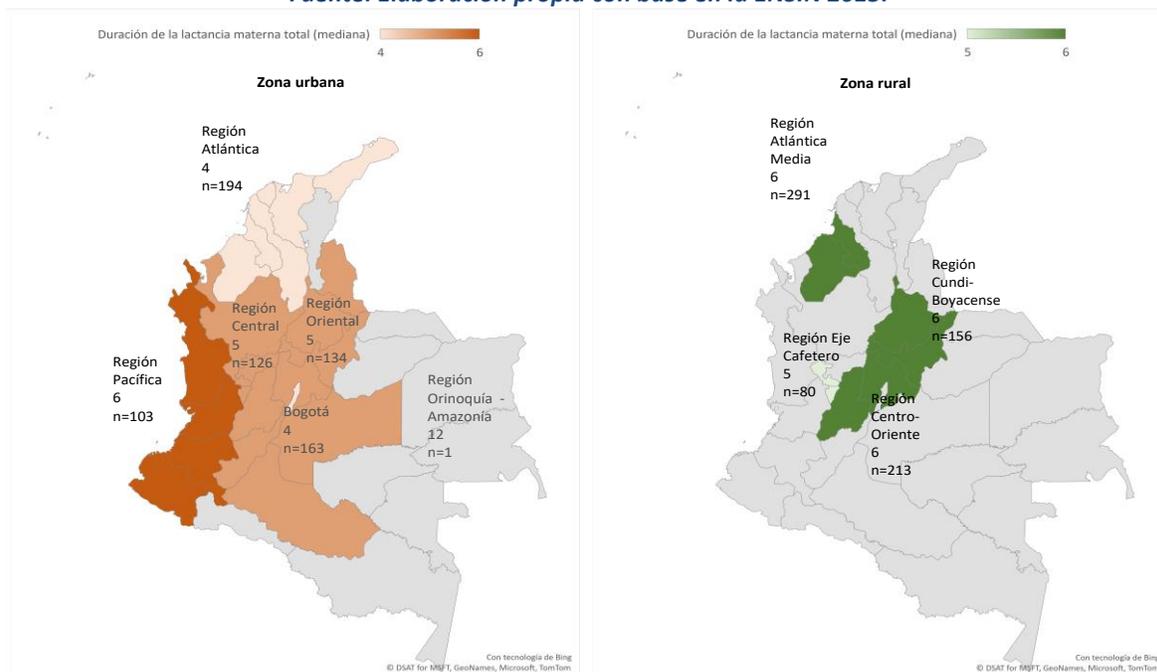
Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia



Ilustración 3 Meta 2: resultados territoriales duración de la LM total (mediana)



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSIN 2015.



Fuente: Elaboración propia con base en la ELCA 2013.

La Tabla 6 muestra la información que se pudo recuperar de los informes de resultados publicados sobre la ENSANI en materia de la duración de la LM total. En este sentido, se observa diversidad en los resultados de cada pueblo indígena, limitando el establecimiento de la meta 2.

Tabla 6. Meta 2: duración de la LM total, enfoque étnico con base en el ENSANI

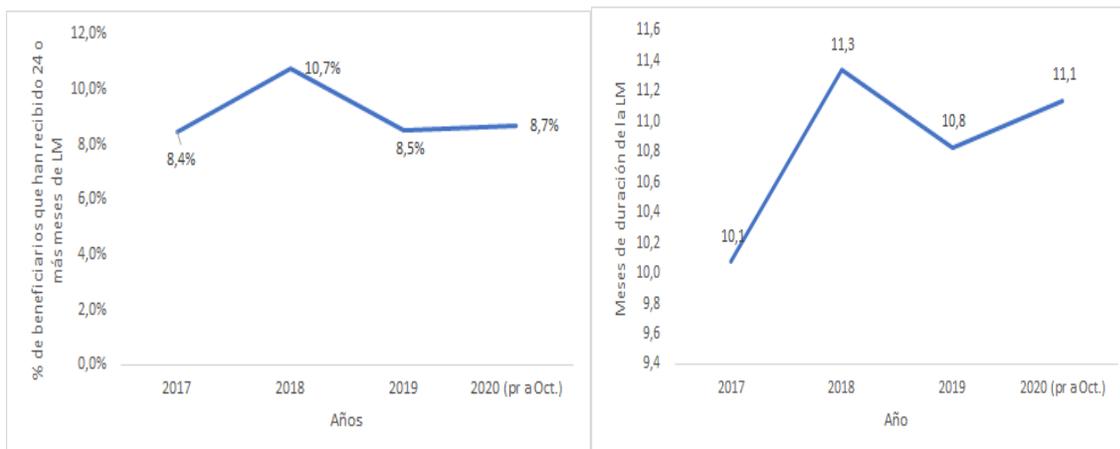
Pueblo Yaruro	Pueblo Yamalero	Pueblo Waüpijiwi
<p>“La duración total de la LM no fue posible de calcular, debido a la dispersión de los datos obtenidos, que muestran un mínimo de 0 y un máximo de 18 Meses.” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Universidad Externado de Colombia, 2014, pp. 169)</p>	<p>“Encontramos para el pueblo Yamalero duraciones extremas que impiden el cálculo del indicador de LM total. Referimos una desviación estándar de 11,21%, con un mínimo de 0 y un máximo de 24 meses, que ilustra la dispersión de datos.” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Universidad Externado de Colombia, 2014, pp. 165)</p>	<p>“con una mediana de la duración total difícil de establecer por la dispersión de los datos obtenidos, y que resulta altamente fluctuante entre el año y los dos años de edad” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Universidad Externado de Colombia, 2014, pp. 181)</p>
Pueblo Wamonae	Pueblo Sikuni	Pueblo Maibén Masiware
<p>“resulta imposible calcular una mediana para la duración total de la LM total, por tal razón se adjuntan las frecuencias simples” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Universidad Externado de Colombia, 2014, pp. 192)</p>	<p>“mediana de duración total de la LM, para el pueblo Sikuni de Caño Mochuelo, de <u>7,5 meses (con una desviación estándar de 11,22; un mínimo de 0 y un máximo de 24 meses).</u>” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Universidad Externado de Colombia, 2014, pp. 191)</p>	<p>“La duración total de la LM en el pueblo Masiware de Caño Mochuelo resulta imposible de calcular, pues muestra una desviación estándar de 6,56, con un mínimo de 0 y un máximo de 23 meses” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Universidad Externado de Colombia, 2014, pp. 186)</p>

Fuente: Elaboración propia (2020).

Análogamente a la información disponible para la meta anterior, se cuenta con información del sistema Cuéntame del ICBF, que permite capturar no solo datos de LME, sino de la duración total de la LM para los niños y niñas beneficiarios de las modalidades del Instituto, con las limitaciones en la interpretación que esto implica. Esta información muestra que la proporción de dichos beneficiarios del ICBF²⁰ que han recibido 24 o más meses de LM total no superó entre 2017 y 2020 (pr) el 11%, además que en promedio el tiempo de la duración de la LM total fluctuó entre 10,1 y 11,1 meses, como se presenta a continuación:

²⁰ Es importante reiterar que, no todos los beneficiarios que ingresan a los servicios de esta institución se encuentran en la etapa de gestación o en los primeros días de nacidos, sino que pueden ingresar a las modalidades en momentos posteriores al nacimiento y previos a los 6 meses, o inclusive en edades superiores a los 6 meses de edad, por lo que para el ICBF incidir sobre las metas analizadas puede ser inviable.

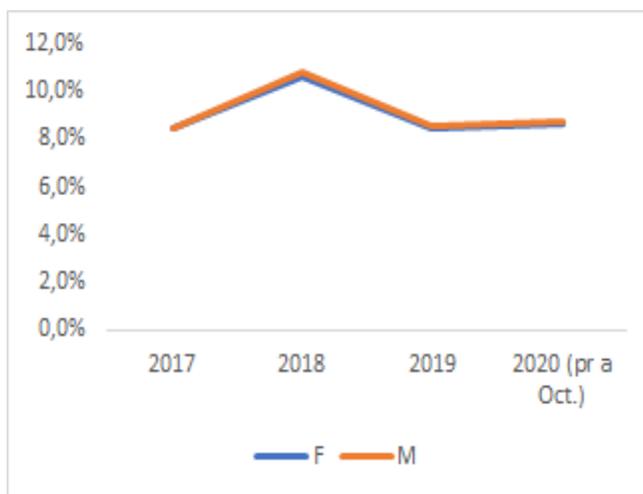
Gráfica 7. Meta 2: duración de la LM total en los beneficiarios del ICBF
(Izq.) % niños y niñas que tienen LM total de 24 meses o más
(Der.) Tiempo promedio de la duración de la LM total



Fuente: Elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

Al desagregar esta información por sexo, se evidencia que, consistentemente con los datos de LME, no hay grandes diferencias entre estos niños y niñas respecto a la duración total de la LM para los años entre 2017 y 2020 (pr):

Gráfica 8. Meta 2: proporción de beneficiarios del ICBF con una duración total de la LM total mayor o igual a 24 meses, según sexo

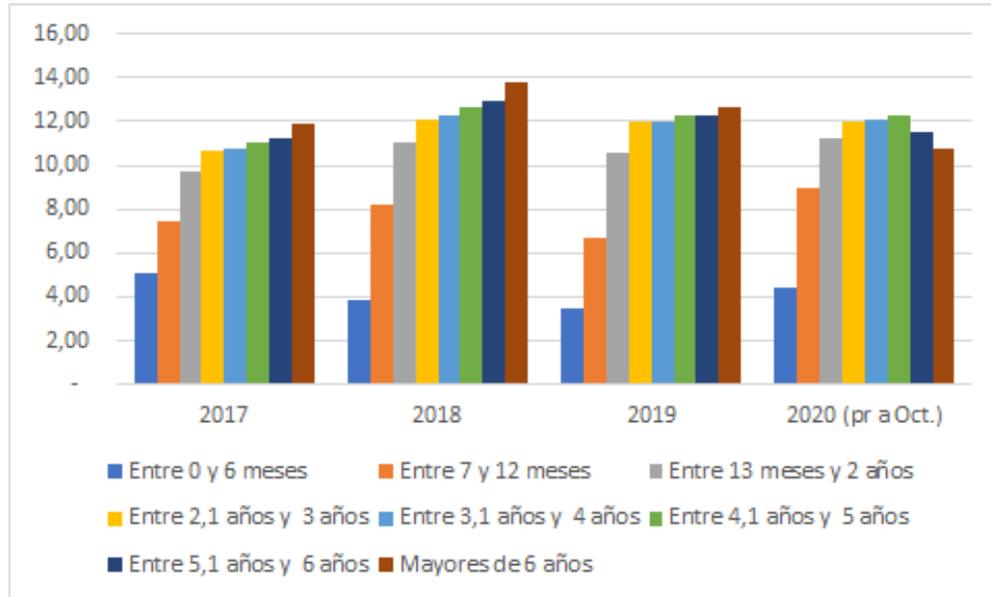


Fuente: Elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF



Un análisis desagregando la edad de estos beneficiarios para examinar si este patrón es exclusivo de los niños y niñas menores a 2 años, evidencia que la duración total promedio de la LM en ningún caso superó los 14 meses:

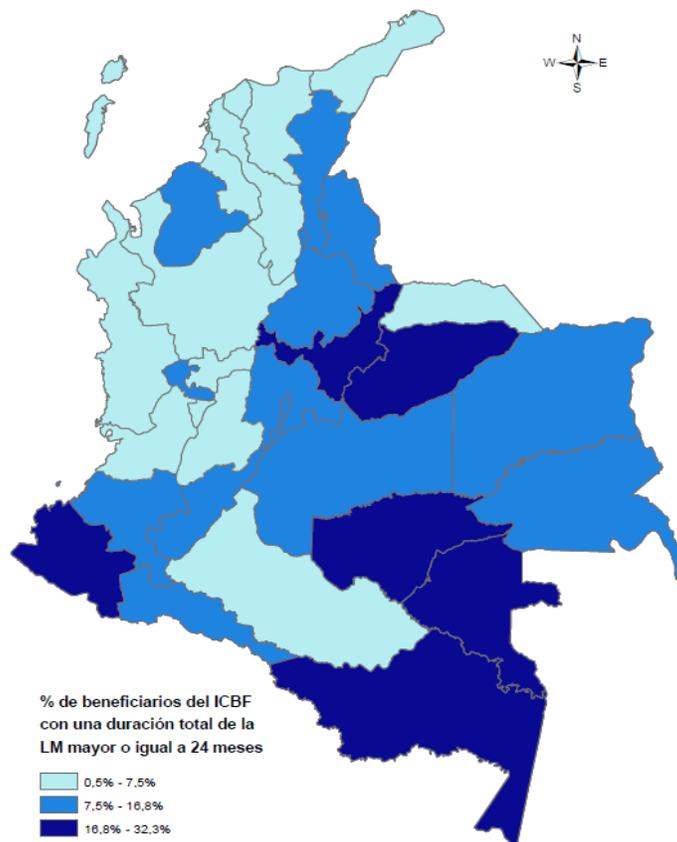
Gráfica 9. Meta 2: duración total promedio de los beneficiarios del ICBF, según edad



Fuente: Elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

Finalmente, según el departamento en el cual se encuentran adscritos los niños y niñas, se observa (Anexo 4. Proporción de niños y niñas beneficiarios del ICBF con duración total de la LM de 24 meses o más) que entidades territoriales como Nariño, Boyacá y Casanare presentan los mejores resultados de cara a la proporción de estos beneficiarios que han tenido una duración total de la LM igual o superior a 24 meses, llegando a valores como 32,3%, 28,1% y 25,7%, respectivamente. De otro lado, departamentos como Quindío y San Andrés presentan cifras preocupantes, dado que en ninguno de los años analizados (2017 a 2020pr) esta proporción fue superior al 4%. Este comportamiento se evidencia en la siguiente ilustración:

Ilustración 4. Meta 2: proporción de beneficiarios del ICBF con una duración total de la LM total mayor o igual a 24 meses, según departamento en 2020 (pr)



Fuente: Elaboración propia a partir de Cuéntame ICBF

Estos resultados se asemejan a los de la ENSIN, donde la duración de la LM total más alta se localiza en la Región Orinoquía – Amazonía que coincide con Casanare y la Región Oriental que coincide con Boyacá, mientras que los resultados más bajos se ubican en la Región Atlántica y la Región Central que concuerdan con San Andrés y Quindío, respectivamente.

Meta 3: Lograr que el 100% de los recién nacidos en Colombia que son atendidos institucionalmente sean amantados en la primera hora de su nacimiento en el 2015 y mantener de forma permanente este logro

El cumplimiento de esta meta está basado en el indicador de inicio temprano de la LM. Para efectos de la verificación, nos basamos en la definición oficial del indicador de la ENSIN 2015: “Inicio temprano de la LM: proporción de niños y niñas nacidos menores de 24 meses de edad, cuyas madres reportaron que fueron amantados dentro de la primera hora a su nacimiento” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020, p 63).

La Gráfica 10 muestra los resultados de fuentes oficiales debido a que las fuentes no oficiales consultadas no cuentan con esta información. De acuerdo con la ENSIN 2010 y 2015, la meta 3 no



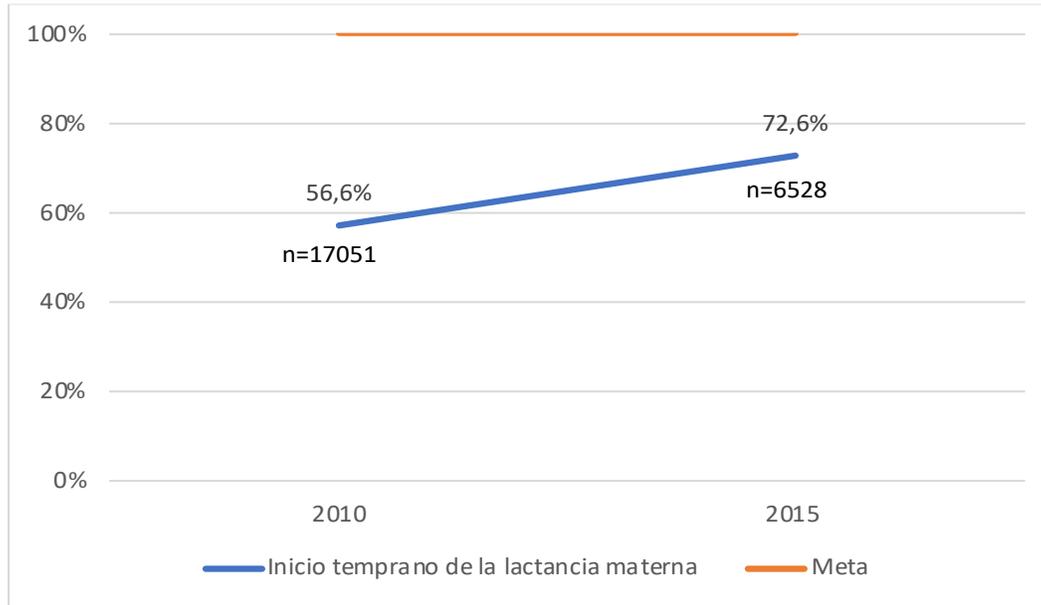
El futuro es de todos

Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia



se venía cumpliendo al corte de la encuesta, sin embargo, muestra un comportamiento positivo en el quinquenio observado.

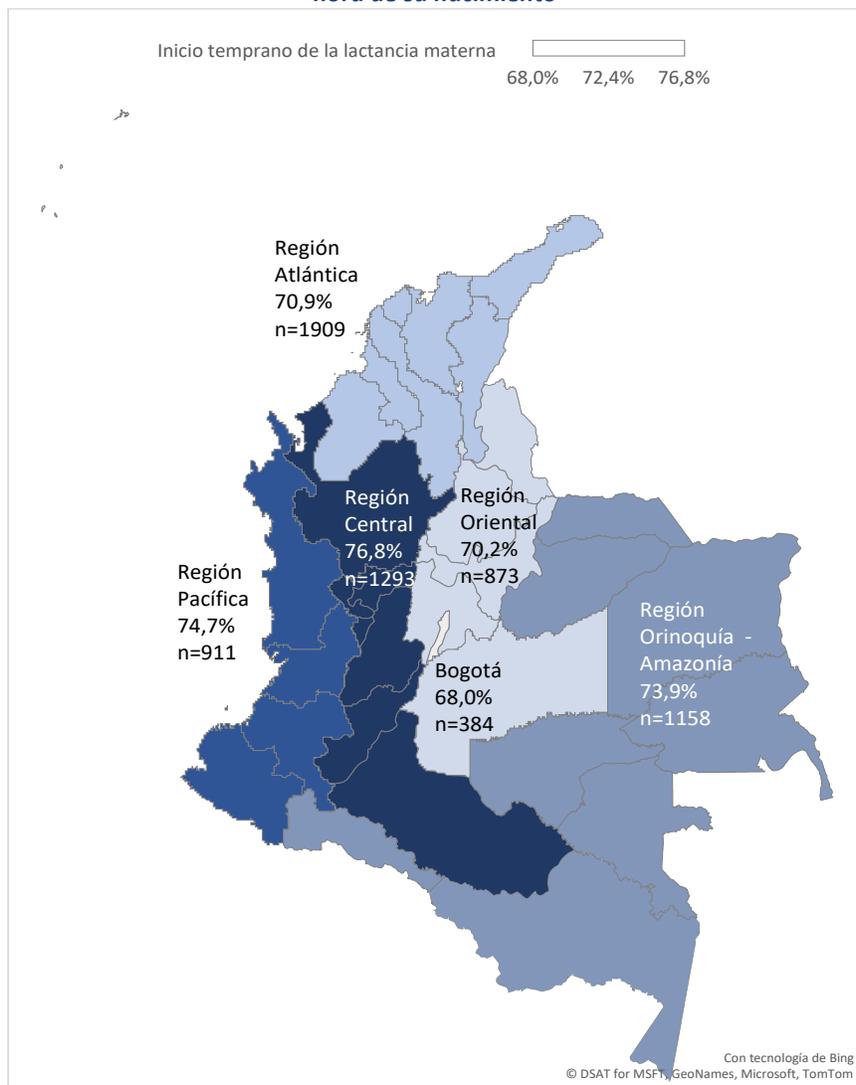
Gráfica 10. Meta 3: resultados generales proporción de recién nacidos amamantados en la primera hora de su nacimiento



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSIN.

La Ilustración 5 muestra los resultados de la meta 3, de acuerdo con los territorios calculados para la ENSIN 2015, evidenciando que la meta no se cumple en ninguna de las regiones identificadas, pero que se cumple en mejor medida en la región central, y menor medida en Bogotá donde la muestra es la menor de todas las regiones.

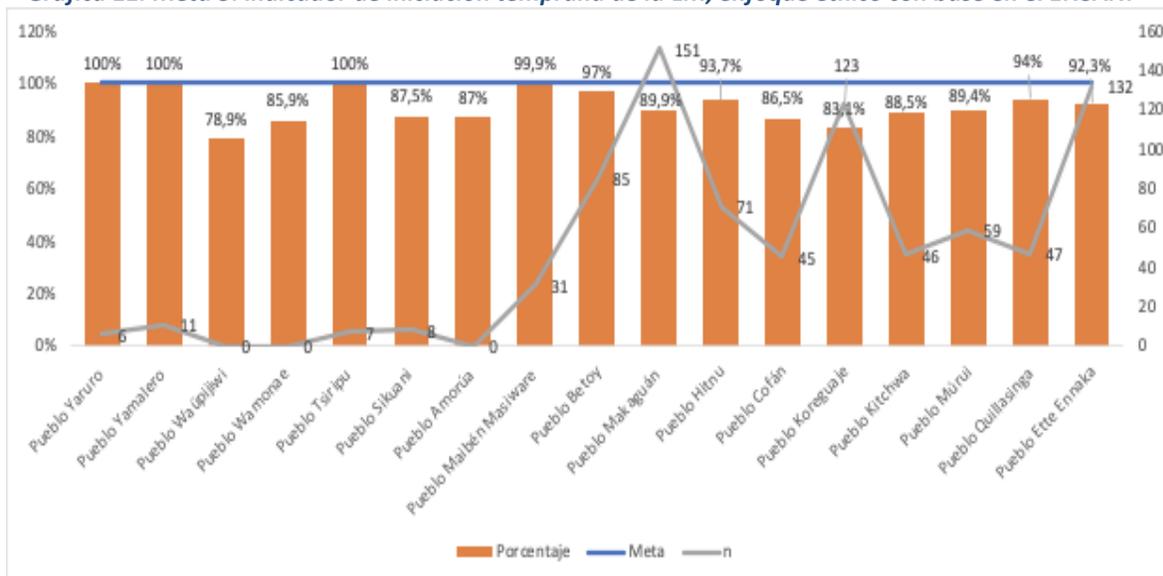
Ilustración 5 Meta 3: resultados territoriales proporción de recién nacidos amamantados en la primera hora de su nacimiento



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSIN.

La Gráfica 11 muestra la proporción de lactantes recién nacidos amamantados inmediatamente a su nacimiento, en la primera hora o en menos de 24 horas, así como el número de niños valorados en cada pueblo, según la ENSANI. La meta se cumple de manera satisfactoria para 4 de los 17 pueblos de la ENSANI.

Gráfica 11. Meta 3: indicador de iniciación temprana de la LM, enfoque étnico con base en el ENSANI²¹



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANI.

Meta 4: Alcanzar para el 2012 que el 100% de los bebés amamantados reciban alimentación complementaria entre los seis y los nueve meses de edad

Para efectos de la verificación de esta meta, nos basamos en la definición oficial de la ENSIN 2015: “Dieta mínima aceptable: proporción de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna)”. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020, p 64)²².

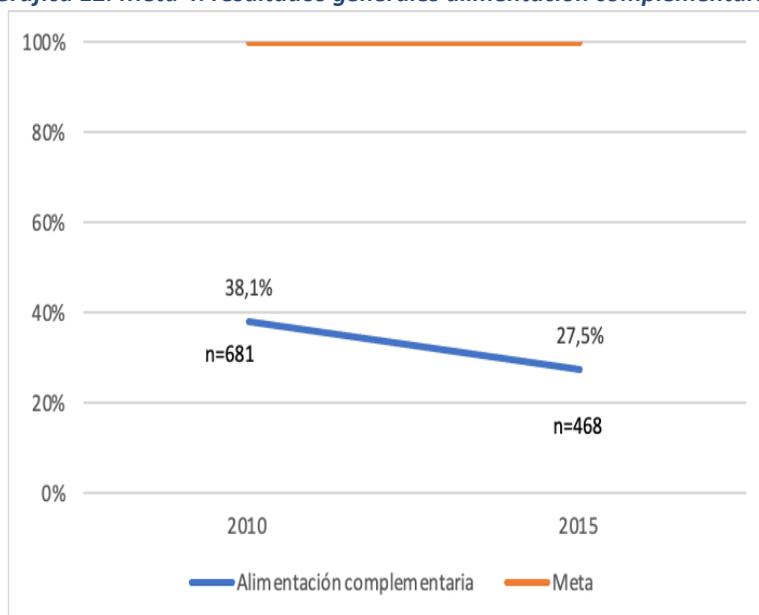
La Gráfica 12 muestra los resultados de fuentes oficiales, así en la ENSIN 2015, se reportan las cifras de dieta mínima aceptable para los bebés amamantados entre los 6 a 8 meses. La meta 4 no se venía cumpliendo al corte de la encuesta, y la cifra desmejoró entre el 2010 y el 2015. Es importante destacar que los datos de la ELCA muestran un cumplimiento por debajo de la meta planteada por el PDLM, aunque esta fuente solo contempla 4 grupos de alimentos complementarios²³.

²¹ Los n igual a cero son datos no disponibles en los informes publicados de la ENSANI, más no indica que el número de personas consideradas por la ENSANI sea cero.

²² “la dieta mínima aceptable es el resultante de la evaluación tanto de la diversidad como de la frecuencia de la alimentación entre los niños y niñas amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020, p 64).

²³ Este indicador solo contempló los niños amamantados que recibieron 4 alimentos complementarios todos los días (no hay información para las legumbres y nueces, huevos, granos, raíces y tubérculos).

Gráfica 12. Meta 4: resultados generales alimentación complementaria



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENSIN.

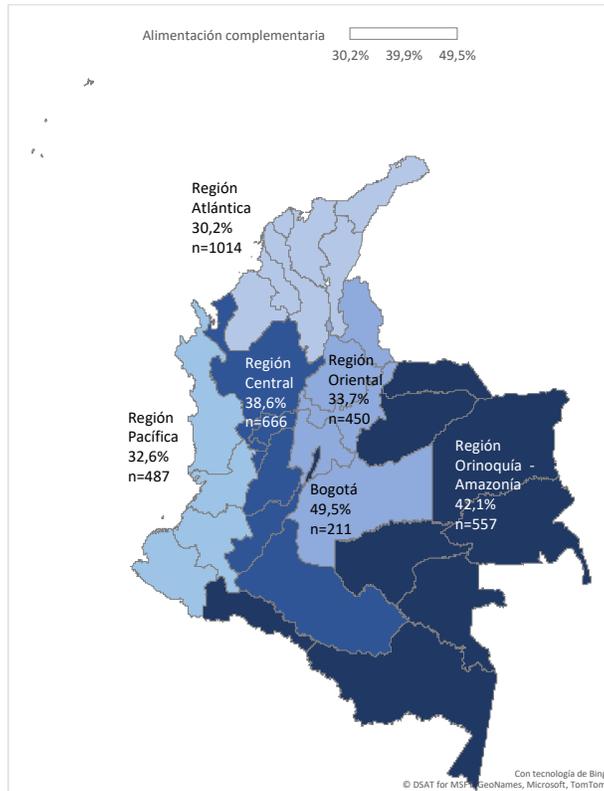
La Ilustración 6 muestra los resultados de la meta 4, de acuerdo con los territorios calculados para la ENSIN 2015 y la ELCA 2013. La meta no se cumple en ninguna de las regiones identificadas. Para la ENSIN 2015, Bogotá (49,5%) y la Región Orinoquía Amazonía (42,1%) son las más cercanas al cumplimiento de la meta. En contraste, la Región Central (38,6%), Oriental (33,7%), Pacífica (32,6%) y Atlántica (30,2%) tienen una menor proporción de niños y niñas de 6 a 23 meses con una dieta mínima aceptable.

En el caso de la ELCA urbana 2013, Bogotá es la que tiene una mayor proporción de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (76,8%). Contrario a la ENSIN, la Región Pacífica (72%) urbana de la ELCA tiene una alta proporción de menores entre 6 y 23 meses con una dieta mínima aceptable, seguida de la Región Central (62%), Atlántica (49,6%) y Oriental (20,2%).

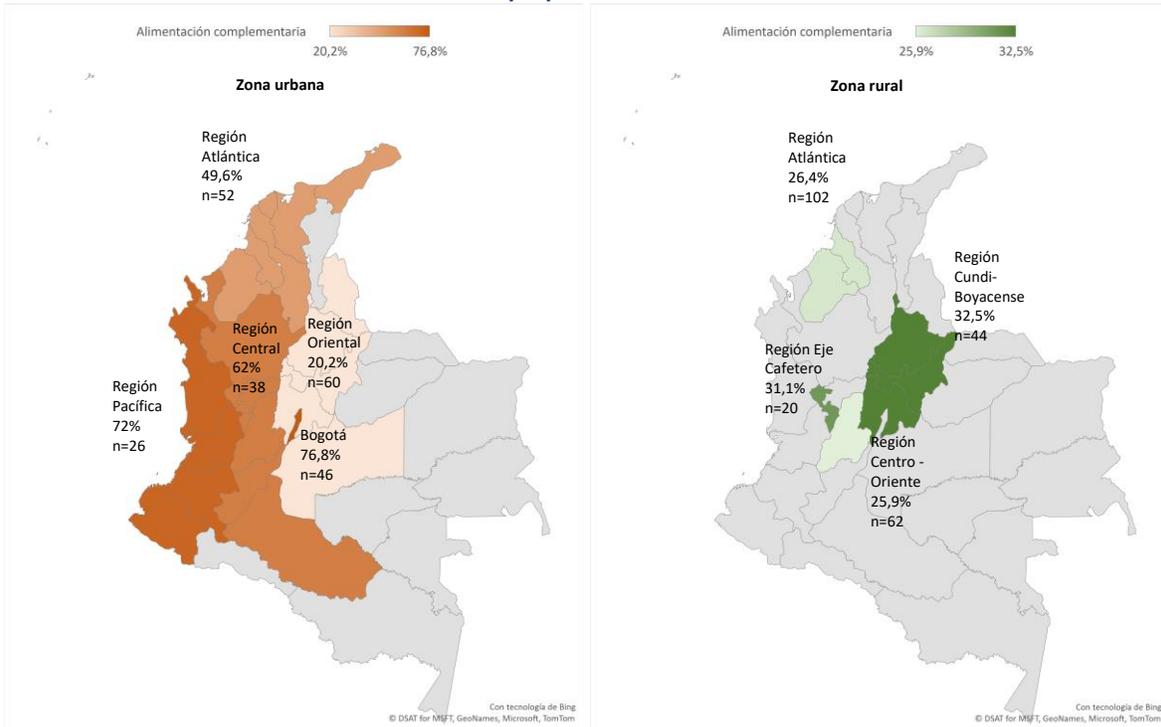
Así mismo, la zona rural de la ELCA muestra mayores proporciones de niños y niñas entre 6 y 23 meses con una dieta mínima aceptable en la Región Cundi-Boyacense (32,5%) y Eje Cafetero (31,1%), contrario a la Región Centro-Oriente (25,9%) y Atlántica (26,4%).



Ilustración 6 Meta 4: resultados territoriales alimentación complementaria



Fuente: Elaboración propia con base en la ENSIN 2015.



Fuente: Elaboración propia con base en la ELCA 2013.

En cuanto a la ENSANI, no se encontró información sobre el indicador de dieta mínima aceptable para los pueblos indígenas del estudio. Sin embargo, el estudio registra alimentos diferentes a la leche materna suministrados a los niños y niñas durante los primeros 6 meses, en principio, para 10 pueblos, como lo muestra la tabla a continuación.

Tabla 7 Principales bebidas o alimentos suministrados durante los primeros seis meses diferentes a leche materna, pueblos de la ENSANI²⁴

Pueblo	n	Alimentos	%
Pueblo Betoy	n=88	Leche en polvo para bebés	36,4
		Caldo	20,5
		Agua de panela	18,2
		Ninguno	42
Pueblo Makaguán	n=172	Leche en polvo para bebés	32,6
		Caldo	16,3
		Jugo de fruta	9,9
		Ninguno	44,2
Pueblo Hitnu	n=70	Leche en polvo de vaca	21,4
		Agua de panela	28,6
		Otro	11,4
		Ninguno	51,4
Pueblo Cofán	n=54	Leche en polvo para bebés	37
		Agua solamente	14,8
		Caldo	14,8
		Ninguno	40,7
Pueblo Koreguaje	n=150	Leche en polvo para bebés	29,3
		Agua de panela	18
		Caldo	12
		Ninguno	42
Pueblo Kitchwa	n= 52	Leche en polvo para bebés	21,2
		Caldo	17,3
		Leche en polvo de vaca	7,7
		Agua solamente	7,7
		Jugo de fruta	7,7
		Ninguno	48,1
Pueblo Múruí	n=67	Leche en polvo para bebés	28,4

²⁴ La suma de los porcentajes puede ser mayor o menor que. 100, pregunta de múltiple respuesta.

Pueblo	n	Alimentos	%
		Agua solamente	11,9
		Leche en polvo de vaca	10,4
		Jugo de fruta	10,4
		Caldo	10,4
		Ninguno	38,8
Pueblo Sikuani	n= 36	Leche líquida (no en polvo de vaca y otro animal)	100
		Leche en polvo para bebés	33,3
		Agua solamente	19,4
		Ninguno	25
Pueblo Quillasinga	n=54	Leche en polvo para bebés	11,1
		Agua de panela	1,9
		Te /aromática	1,9
		Ninguno	96,3
Pueblo Ette Ennaka	n=166	Leche en polvo para bebés	25,9
		Agua solamente	11,4
		Jugo de fruta	8,4
		Caldo	8,4
		Ninguno	42,8

Fuente: Elaboración propia con base en la ENSANI.

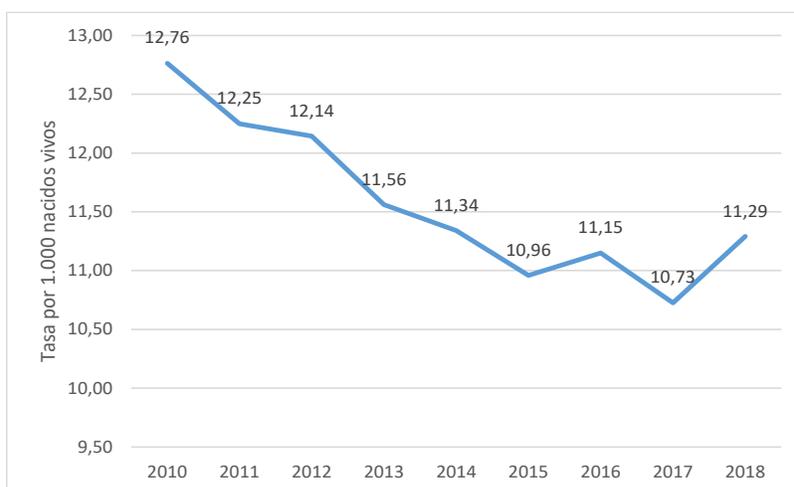
Los alimentos complementarios a la leche materna más comunes entre los pueblos de la ENSANI son la leche en polvo, el caldo, el agua de panela, el agua y el jugo de fruta. Cabe resaltar el alto porcentaje para la opción “ninguno” en todos los pueblos dando signos de una alimentación complementaria limitada en, al menos, el 25% de los casos.

4.1.1.2 Seguimiento a las metas relacionadas con Mortalidad Infantil

Meta 5: Reducir la mortalidad infantil evitable por desnutrición en forma progresiva el 30% en el 2013, 50% en el 2015 y 100% en el 2020

Para brindar un contexto alrededor de las cifras de mortalidad infantil evitable por desnutrición, se ha indagado por indicadores que engloben lo relacionado a esta meta, de tal manera que realizar la valoración se haga teniendo en cuenta dicho panorama, iniciando por la mortalidad en menores de 1 año en el país. En particular, se ha evidenciado que la tasa de mortalidad en menores de 1 año, entre 2010 y 2015 se redujo en 1,8 puntos porcentuales (p.p.) y entre 2010 y 2018 dicha reducción fue de 1,5 p.p., lo que corresponde a una disminución de este indicador de 14,1% para el primer periodo mencionado y de 11,5% para el segundo. Como ilustra la siguiente gráfica, entre 2010 y 2015 la tendencia era decreciente, y se rompe en los años 2016 y 2018 en donde el indicador aumentó con respecto al año anterior.

Gráfica 13. Tasa de mortalidad de menores de 1 año de edad



Fuente: Cubo de Indicadores- SISPRO, MSPS (2020).

Complementariamente, según datos del Banco Mundial (s/f), el estado de la desnutrición en Colombia ha venido mitigándose de manera importante con un comportamiento decreciente, puntualmente con una reducción de 54,9% entre 2010 y 2018, virando de 12,2% en 2010 a 5,5% en 2018 como se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla 8. Prevalencia de desnutrición en Colombia²⁵

Indicador	Banco Mundial (s/f)								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prevalencia de desnutrición (% de la población)	12,2%	11,3%	9,6%	8,4%	7,3%	6,6%	5,8%	5,5%	5,5%

Fuente: Banco Mundial (s/f).

Teniendo en cuenta este contexto de disminución paulatina de mortalidad infantil (menores de 1 año) y de la prevalencia de desnutrición en el país, como aproximación a la meta previamente descrita y excluyendo diagnósticos no evitables²⁶, se evidencia que la tasa de mortalidad evitable por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales en menores de 1 año fluctuó entre 0,25 y 0,37 por mil nacidos vivos entre 2010 y 2018, siendo en este último año la más alta (0,37) tal como lo evidencia la Gráfica 14. En este sentido se observa que entre 2010 y 2013 la reducción progresiva fue del 20% quedándose 10 p.p. por debajo de la meta (que era una reducción del 30% para 2013), para 2015 la reducción fue de apenas el 21% situándose a 21 p.p. por debajo de la

²⁵ La población ubicada por debajo del nivel mínimo de consumo alimenticio de energía (indicador también conocido como prevalencia de desnutrición) muestra el porcentaje de la población cuya ingesta de alimentos no alcanza para satisfacer sus requisitos alimenticios de energía de manera continua. Los datos mostrados como 5 muestran una prevalencia de desnutrición menor del 5%. Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (fao.org/publications/en).

²⁶ Los diagnósticos que se excluyen para estimar la mortalidad evitable por desnutrición fueron: D501 - Disfagia sideropenica, D510 - Anemia por deficiencia de vitamina B12 debida a deficiencia del factor intrínseco, D511 - Anemia por deficiencia de vitamina B12 debida a mala absorción selectiva de vitamina B12 con proteinuria, D512 - Deficiencia de transcobalamina II y D521 - Anemia por deficiencia de folatos inducida por drogas.



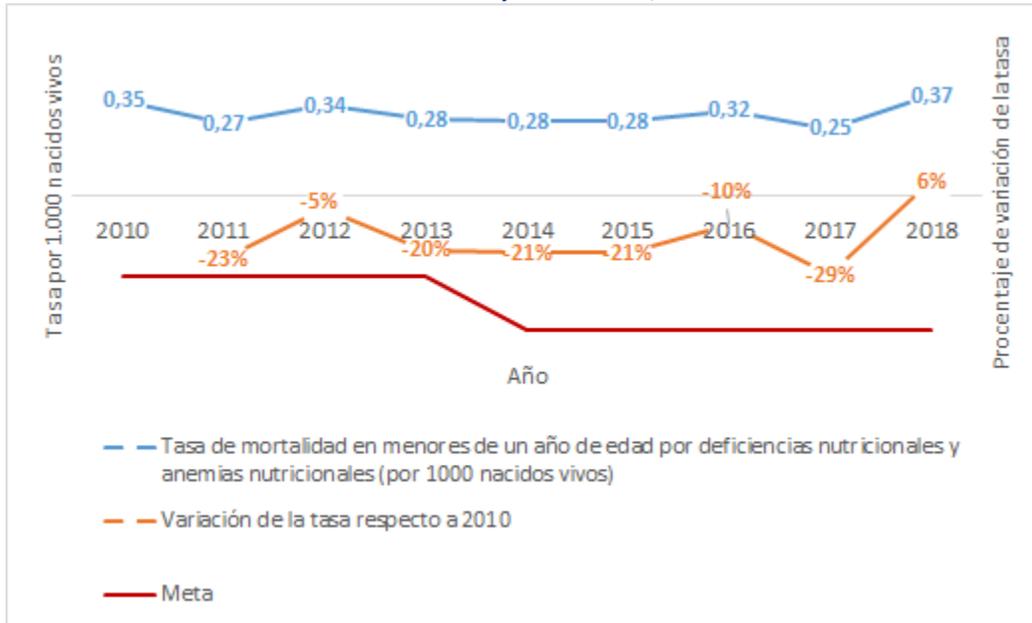
El futuro es de todos

Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia



meta planteada (reducción del 50%), y para 2018 (último dato disponible) se presenta que hubo un aumento y no una reducción de este indicador del 6%. De esta forma, no se evidencia un cumplimiento de la meta.

Gráfica 14. Tasa de mortalidad evitable en menores de un año de edad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales y su variación, 2010 a 2018



Fuente: Cubo de Indicadores- SISPRO, MSPS (2020).

Al desagregar esta información por sexo se observa que esta situación en los primeros años del Plan fue crítica para los niños, presentando aumentos respecto a 2010 en esta tasa hasta del 4% en 2012, no obstante, se observa que esta tendencia se ha venido invirtiendo en los últimos años, pues a 2018 se evidencia un crecimiento en la tasa de las niñas del 19,9% en 2018.

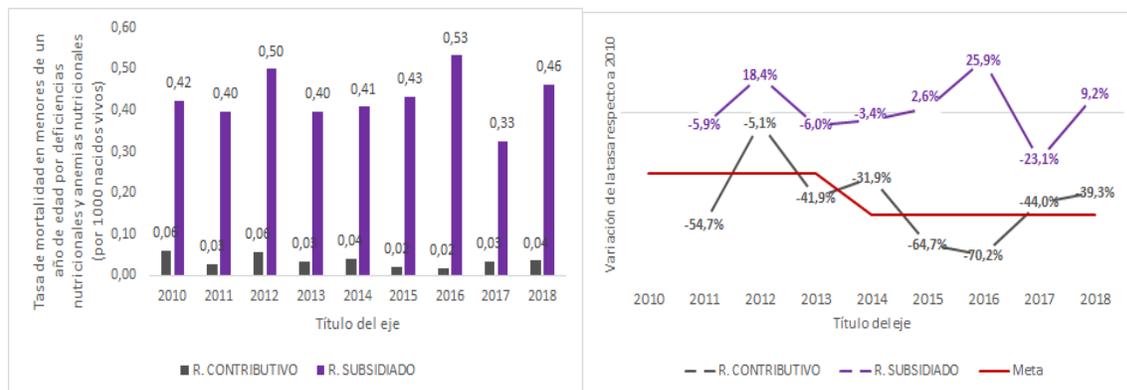
Gráfica 15. Tasa de mortalidad evitable en menores de un año de edad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales y su variación, según sexo entre 2010 a 2018



Fuente: Cubo de Indicadores- SISPRO, MSPS (2020).

Un análisis según los regímenes del sistema de salud indica que sistemáticamente los niños y niñas del régimen subsidiado se encuentran en una situación en donde las metas se han rezagado en mayor medida puesto que en ningún caso se han presentado reducciones superiores al 30%, e inclusive se han presentado incrementos en esta tasa de hasta el 25,9% (para 2016). Mientras que los pertenecientes al régimen contributivo presentan un comportamiento mucho más favorable como muestra la siguiente gráfica, evidenciando que la meta se cumplió para 2013 y 2015, con reducciones de 41,9% y 64,7%, respectivamente. No obstante, este logro no se ha sostenido en los años más recientes, en la siguiente gráfica se aprecia un comportamiento creciente a partir de 2017 y en donde esta reducción no supera el 50%.

Gráfica 16. Tasa de mortalidad evitable en menores de un año de edad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales y su variación, según régimen de afiliación entre 2010 a 2018

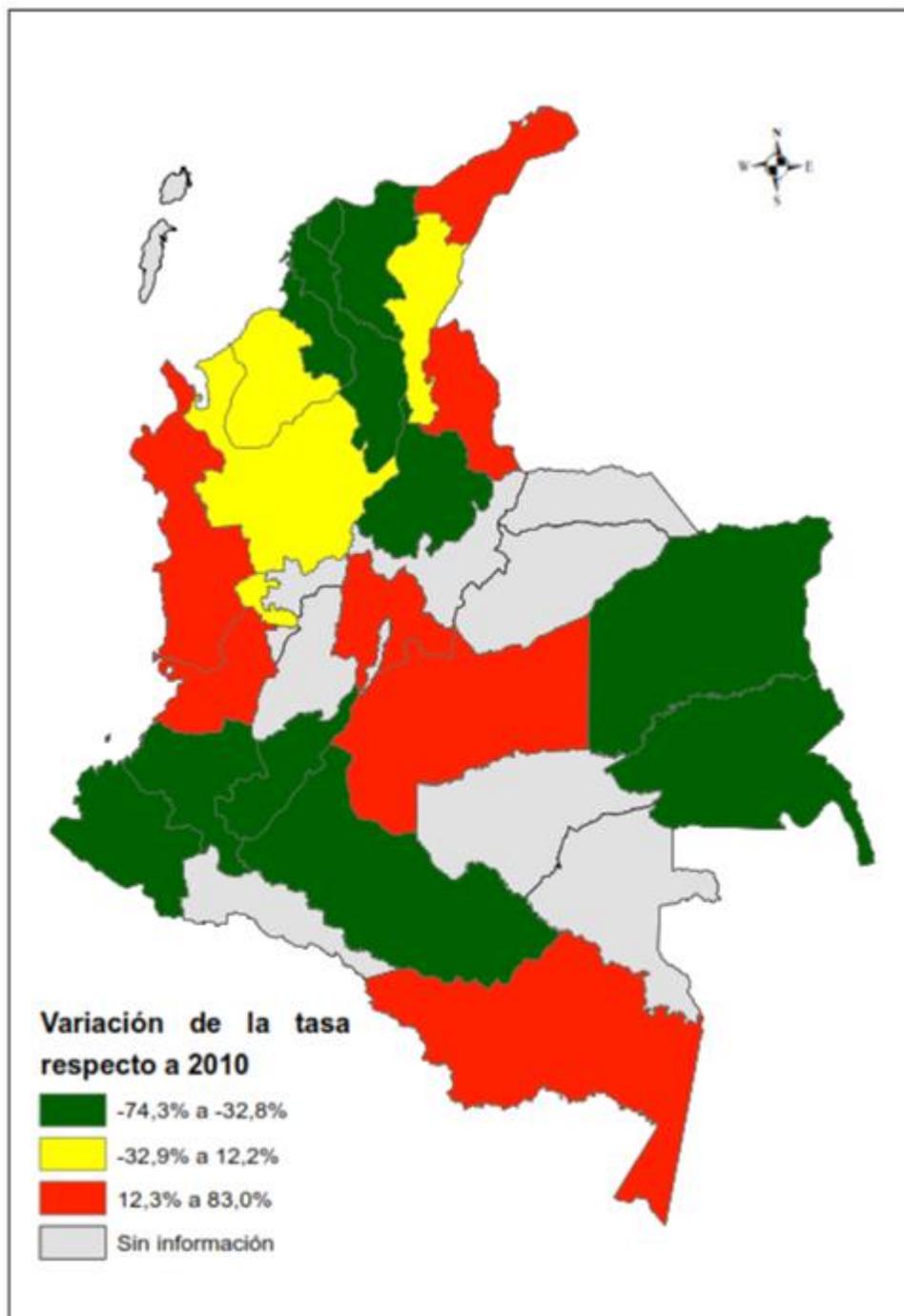


Fuente: Cubo de Indicadores- SISPRO, MSPS (2020).

Finalmente, al revisar la situación departamental tanto de la tasa como de su variación respecto a 2010, se evidencia que a 2018, ninguno de los departamentos se encuentra cercano a la reducción del 100% propuesta para 2020, sin embargo, la Ilustración 7 muestra que departamentos como Santander, Cauca y Nariño se encuentran con reducciones superiores al 60% en dicho año, mientras que en departamentos como Amazonas, Norte de Santander, Chocó y La Guajira se han presentado incrementos mayores al 70% en 2018 respecto a 2010.



Ilustración 7. Mapa de la variación de la tasa de mortalidad en menores de un año de edad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, según departamento a 2018



Fuente: Cubo de Indicadores- SISPRO, MSPS (2020).

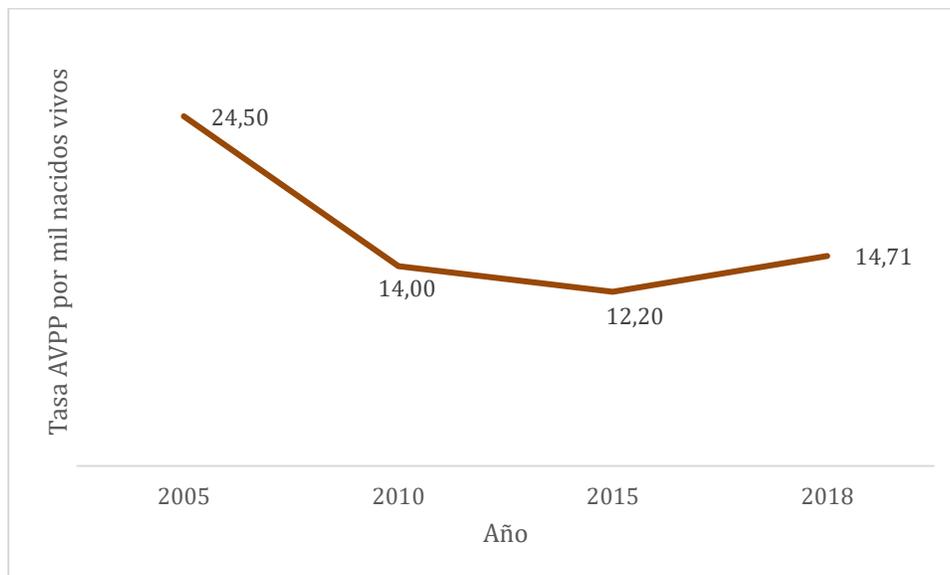


Meta 6: Reducir en un 50% los años de vida potencialmente perdidos por mortalidad causada por desnutrición en el país en menores de dos años

Por otra parte, frente a la mortalidad prematura y los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por mortalidad causada por desnutrición en el país en menores de dos años, no se ha encontrado información oficial puntual, no obstante, el estudio de Quiroga (2017), evidencia que la tasa de AVPP²⁷ por esta causa pasó de 0,90 por 1.000 habitantes en 2010 a 0,89 en 2013, es decir una reducción del 1,1%.

Finalmente, según estimaciones propias de la tasa de años de vida potencialmente perdidos por desnutrición a partir de la metodología de la OPS (cf. 2003), se tiene que para 2005 esta tasa en niños de hasta dos años fue de 24,5 por mil nacidos vivos y que en el momento en el que inició el plan disminuyó a 14,0 por mil nacidos vivos, es decir una reducción del 43%. Ahora bien, al analizar los resultados del plan entre 2010 y 2018 (que es el último año con información disponible), se observa que a nivel nacional la meta no solo no se cumple, sino que la direccionalidad de la variación es positiva, presentando un incremento del 5%, situándose en 14,71 por mil nacidos vivos.

Gráfica 17. Tasa de AVPP por desnutrición en niñas y niños de hasta 2 años, 2005 a 2018. Total nacional.

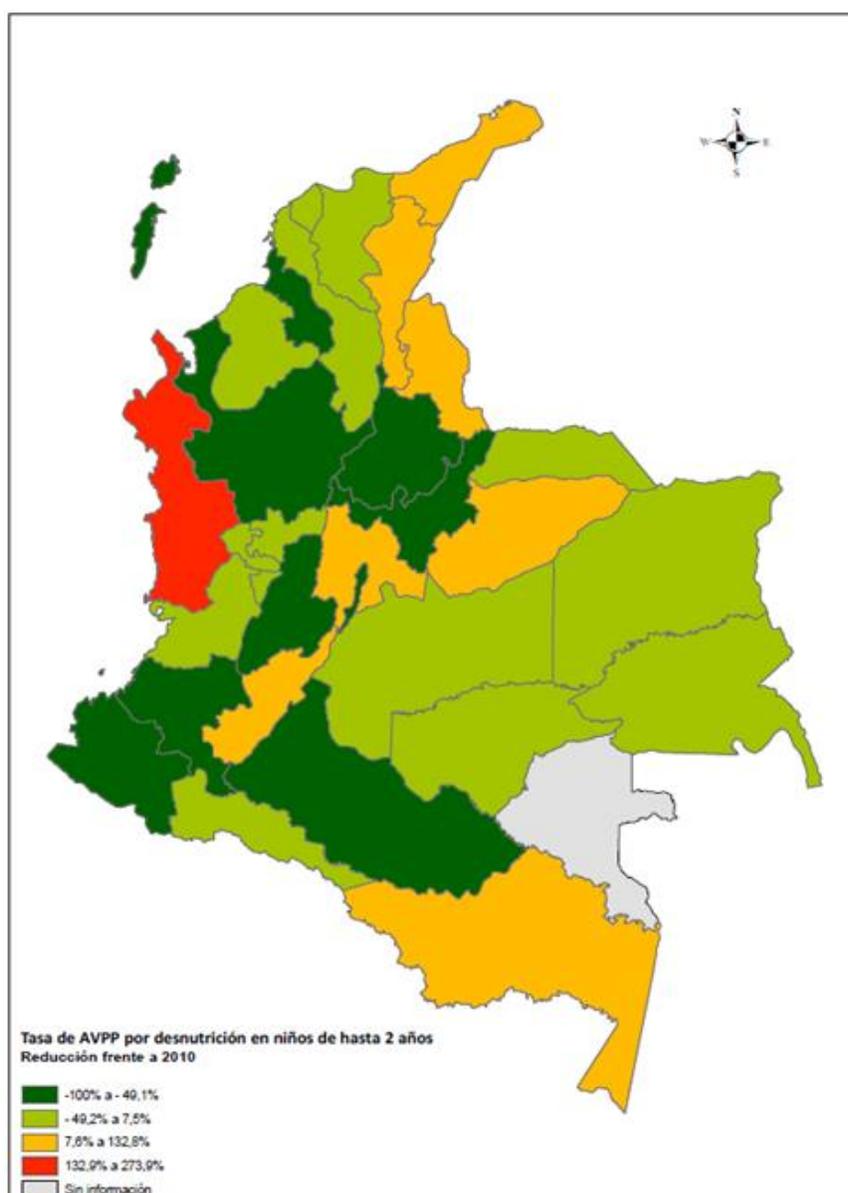


Fuente: Cálculos propios a partir de EEVV-DANE

²⁷ Esta medición muestra cuántos años en total ha perdido una población frente a la expectativa de vida del país, teniendo en cuenta las edades de los muertos por desnutrición.

Al desagregar esta tasa en el nivel departamental se evidencian grandes disparidades en la variación de este indicador entre 2010 y 2018 (Anexo 5. Cálculos propios de la tasa de AVPP y sus variaciones. 2005 a 2018) en donde se destacan departamentos como Tolima, San Andrés y el Distrito Capital por el logro de la reducción del 100%, mientras se evidencia con gran diferencia que Chocó es una de las zonas con mayor rezago, con un incremento de dicha tasa de años de vida potencialmente perdidos en niños y niñas de hasta dos años de un 273,9%. También se destacan por su rezago departamentos como Cundinamarca y La Guajira con aumentos de la tasa del que oscilan entre el 120% y el 132%, respectivamente.

Ilustración 8. Mapa de la variación de la tasa de AVPP por desnutrición en niños y niñas de hasta 2 años, según departamento a 2018



Fuente: Cálculos propios a partir de EEVV-DANE

4.1.2. Resultados sobre otras metas del PDLM 2010-2020 a partir de revisión documental

En este apartado se presentan los resultados del cumplimiento de las metas del PDLM 2010-2020 a partir de la revisión documental. Es de señalar que el PDLM 2010-2020 no asigna de manera explícita las metas establecidas a un objetivo en concreto, por lo que en un primer momento se organizaron las metas que a criterio de los expertos de LM del equipo de la valoración correspondían a cada objetivo general del PDLM 2010-2020 y en un segundo momento se realizó la descripción del cumplimiento de la meta de acuerdo con los hallazgos de la revisión documental.

4.1.2.1 Fortalecer el desarrollo de capacidades institucionales para la promoción, el apoyo y la protección de la LM con enfoque de derechos

Para este primer objetivo general del PDLM 2010-2020 se relacionan las siguientes metas:

Tabla 9. Cumplimiento de las metas relacionadas con el objetivo 1: Fortalecer el desarrollo de capacidades institucionales para la promoción, el apoyo y la protección de la LM

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
Alcanzar una actualización y generación de nuevas normas que promuevan, protejan y apoyen la LM verificable cada cinco años.	Normatividad actualizada verificable cada cinco años	<p>Durante la vigencia del PDLM 2010-2020 se promulgaron las siguientes normas:</p> <p>Ley 1468 de 2011: Incrementa la licencia de maternidad de 12 a 14 semanas modificando los artículos 236, 239, 57 y 58 del Código Sustantivo del Trabajo.</p> <p>Ley 1804 de 2016: Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Ley 1822 de 2017: Por la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado a la primera infancia</p> <p>Ley 1823 de 2017, Por medio de la cual se adopta la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Ley 1878 de 2018 hace extensiva la licencia a el padre y la madre adoptantes de un menor; tendrán derecho al disfrute y pago de la licencia de maternidad establecida en el numeral 4 del artículo 34 la Ley 50 de 1990.</p> <p>Ley 1438 de 2011 Reforma SGSSS establece la formulación del plan Decenal de salud publica Resolución 1841 de 2013, Adopción del PDSP.</p> <p>Ley 1751 de 2015 Ley estatutaria de salud Resolución 3202 de 2016: adopción de las RIAS Resolución 2423 de 2018, Por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.</p>

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
		<p>Resolución 5235 de 2018, Por medio de la cual se establecen los requisitos para autorizar la prestación del servicio de cuidado y/o albergue de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Resolución 3280 de 2018, Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.</p> <p>En el último decenio se han hecho esfuerzos por afianzar el marco normativo, no obstante, es notorio que aún se siguen adelantando gestiones por expedir leyes que lo sigan fortaleciendo.</p>
Normas técnicas de promoción y prevención sobre el cuidado integral del niño actualizadas y en funcionamiento.	100% de Normas actualizadas en funcionamiento	<p>Las acciones para el fortalecimiento de la práctica de la LM y del adecuado inicio de la alimentación complementaria, donde se tiene en cuenta la interculturalidad, el territorio, la diversidad y la cultura se ve reflejado en la Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.</p> <p>En el año 2017, se expidió la Ley 1823 por la cual se adopta la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en entidades públicas y empresas privadas conforme con el artículo 238 del Código Sustantivo del Trabajo. Se resalta, que la implementación de estas salas no exime al empleador de garantizar el disfrute de su hora de lactancia, la madre podrá hacer uso de esta o desplazarse a su lugar de residencia.</p>
Normas de alimentación complementaria desarrolladas o adoptadas para el 2012 y difundidas de forma permanente en el período 2010-2020	100%	Durante la vigencia 2017 y 2018 se adelantó el proceso de actualización de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años (GABA).
Desarrollo normativo de incentivos según logros en LM diseñados para el 2012 y operando desde el 2013	Normas promulgadas sobre incentivos	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.
Alcanzar la difusión del 100% de las normas actualizadas que promueven, protegen y apoyan la LM en el sector de la salud y la	100%	Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, entre el año 2019 - 2020 se ha realizado seguimiento a la implementación de las Guías Alimentarias para la población colombiana en

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
seguridad social, ambiente, trabajo, educación y en la sociedad en general.		<p>las entidades territoriales identificando lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El 100% de las entidades que respondieron la encuesta, reconocen a las GABA como una herramienta de promoción de alimentación saludable - Se han socializado las GABA al 70% - 80% de los municipios del país - Socialización a IPS, instituciones educativas, instituciones gastronómicas. - La socialización se ha realizado a través de material impreso, programas de radio, Facebook live, curso de alimentación del lactante y niño pequeño de acuerdo con las indicaciones de GABA, afiches, rompecabezas, infografías, inclusión en la estrategia IIAMI, Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). <p>EL ICBF realiza difusión permanente de las herramientas de Seguridad Alimentaria y Nutricional como las GABA, a través de la participación activa como ponentes en diferentes escenarios y eventos del país a Nivel Nacional, Regional, convocados por entidades de gobierno, organizaciones comunitarias, academia, gremios y público en general.</p>
Instituciones relacionadas con la promoción, apoyo y protección de la LM han incorporado las normas relacionadas y actúan conforme a sus preceptos, durante el período 2010-2020.	100%	De acuerdo con los datos reportados por MSPS, para abril del 2020 se cuenta con 150 salas amigas de la familia lactante en el territorio nacional, reportadas por las entidades territoriales, que busca apoyar a las madres trabajadoras en periodo de lactancia, para que cuenten con un espacio adecuado y digno para extraer y conservar la leche materna y continuar con la práctica de la LM en su sitio de trabajo.
Sistemas de verificación normativa sobre LM diseñados en 2011 y en funcionamiento desde el 2012 durante todo el período de ejecución del Plan Decenal 2010-2020.	Sistema de verificación en funcionamiento de acuerdo con lo establecido en el 100% de la normatividad vigente en el período	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.
Haber fortalecido y consolidado las unidades de prestación de servicios del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, como instituciones que favorecen y apoyan la LM durante todo el período de ejecución del plan 2010-2020.	20% de las unidades de prestación de servicios del Sistema Nacional de Bienestar Familiar se han fortalecido y consolidado para el 2012, 40% para el 2014, 60% en el 2016, 80% para el 2018 y 100% para el 2020.	<p>Periódicamente la Dirección de Nutrición realiza fortalecimiento de capacidades técnicas virtuales y presenciales a las Direcciones Regionales, los Centros Zonales y operadores de las 33 regionales del ICBF sobre las GABA y la promoción de prácticas de alimentación saludables y sostenibles como la LM.</p> <p>El ICBF ha realizado acciones para el fortalecimiento de los servicios institucionales de atención a niños y niñas menores de 2 años:</p> <p>a. Modalidades de atención de la Dirección de</p>

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
		<p>Nutrición: 1000 días para cambiar el mundo; centro de recuperación nutricional; unidades de búsqueda activa,</p> <p>b. Por la Dirección de Primera Infancia: modalidades de atención de primera infancia.</p> <p>c. Inclusión de la práctica de la LM en los lineamientos de los diferentes servicios del ICBF, como un eje primordial en la supervivencia de los niños y niñas en la primera infancia y factor clave para lograr la seguridad alimentaria de esta población.</p> <p>Solamente con la revisión documental no se logró cuantificar esta meta.</p>
Alternativas de acceso a la leche materna con énfasis en bancos de leche humana, diseñados y en funcionamiento en el país desde el 2013.	Definidas para cada alternativa de acceso al diseñarlas	En Colombia hay 13 Bancos de Leche Humana - BLH- en funcionamiento y 2 en implementación.
Lograr que para el 2011, los 10 pasos para una feliz lactancia estén incorporados como estándares de calidad en los criterios de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que prestan servicios materno-infantiles.	Incorporación de estándares de calidad	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con la Resolución 3100 del 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”</p> <p>En dicho manual, se especifican las condiciones, estándares para ofertar y prestar un servicio de Salud en Colombia en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El prestador de servicios de salud que habilite servicios debe cumplir los requisitos mínimos que brinden seguridad a los usuarios en el proceso de atención en salud.</p> <p>En la Resolución 3100 de 2019 no se encuentran estándares relacionados con los 10 pasos para una feliz lactancia.</p> <p>Es de aclarar que los estándares de habilitación son para los servicios y no para las estrategias</p> <p>Así mismo, es relevante mencionar que la Resolución 1441 de 2016 estableció como parte del componente primario de red de prestación de servicios a cargo de las EAPB los procedimientos que hacen parte de la ruta integral en salud para la promoción y mantenimiento de la salud como materno perinatal, en consecuencia, las IPS que presenten estos procedimientos deberán cumplir con los criterios definidos en los lineamientos técnicos de la Resolución 3280 y</p>

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
		en la resolución 3100 de 2019.
100% de IPS con servicios materno-infantiles habilitadas con relación a los nuevos criterios de habilitación desde el 2012	100%	Esta meta no se cumplió porque no se incorporaron los 10 pasos para una lactancia feliz en los estándares de habilitación.
Conseguir que el 30% de las IPS que realizan atención materno-infantil estén acreditadas como Instituciones Amigas de la Madre y la Infancia (IAMI) integral, de acuerdo con priorizaciones territoriales.	30%	De acuerdo con el censo realizado por el MSPS con corte a julio de 2020, 179 IPS se han certificado como IAMI de 597 que están implementando la estrategia.
Lograr la sostenibilidad de las buenas prácticas de LM en el 100% de las IPS acreditadas como IAMI Integral	100%	Se han certificado 179 IPS, que corresponden al 29,9% de las IPS que están en proceso de implementación.
Auditoría de calidad realizada al 10% de las IPS habilitadas para la atención materno-infantil en el 2012, 15% en el 2015, 25% en el 2017 y 40% en el 2020.	100%	Esta meta no se cumplió porque no se incorporaron los 10 pasos para una lactancia feliz en los estándares de habilitación.
Indicador centinela de calidad de inicio temprano de la LM incorporado desde el 2011 en los indicadores de monitoreo de la calidad para IPS.	Indicador de inicio temprano de la LM vigilando regularmente.	En el Registro de actividades de protección específica y detección temprana no se encuentran variables que permitan medir esta meta. Como en los indicadores de calidad definidos en la Resolución 256 de 2016.
Sistema de información para seguimiento a la LM, alimentación adecuada y cuidado integral de los y las menores de dos años incorporado en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) desde el 2011.	El SISPRO ha incorporado la información de seguimiento a la LM.	Esta meta no se cumplió. En los cubos de SISPRO no se encuentran registros de información sobre LM, alimentación adecuada y cuidado integral de los y las menores de dos años. Solamente en el registro de actividades de protección específica y detección temprana, se encuentra la siguiente variable: Fecha de consejería en LM. Tampoco se encuentran asociados a los indicadores de calidad de la Resolución 256 de 2016.
Sistema de vigilancia y control a violaciones del Código de Sucedáneos de Leche Materna implementado con participación social y operando para el 2015	Informes anuales de resultados de la vigilancia y control	En el años 2015 se realizó el Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, evidenciando incumplimiento de la normatividad, tanto a nivel de comercialización como de publicidad de alimentos infantiles. El INVIMA ha realizado las siguientes actividades: a. Publicación y difusión del Lineamiento No. 25 Orientación Técnica para la Inspección, Vigilancia y Control de Publicidad. Dirigido a Inspectores de las Entidades Territoriales de Salud que realizan inspección, vigilancia y control. b. Comunicado 400-5920-17 "Orientación Técnica para la Inspección, Vigilancia y Control

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
		<p>IVC de la Publicidad de los Alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna en comercialización”</p> <p>c. Actividades de Capacitación y Asistencia Técnica al 100 % de las ETS del orden Departamental Distrital y Municipal categoría especial, 1, 2 y 3 en materia de publicidad desde donde se contempla lo relacionado al Decreto 1397 de 1992. Así mismo en el proceso de auditorías a las ETS del orden Departamental, Distrital y Municipal de categorías 1, 2 y 3 y especiales.</p> <p>d. Para el año 2020 se realizó actividad de capacitación virtual al 100 % de las ETS del orden Departamental, Distrital y Municipal categoría especial 1, 2 y 3 en el Código Nacional de LM por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y se incluyó en el plan de auditoras para el presente año el ítem relacionado con acciones de IVC en publicidad de alimentos y bebidas.</p>
Cualquier fórmula con leches artificiales en las IPS que realizan atención materno-infantil es auditada y verificada su pertinencia	100% de fórmulas con leches artificiales expedidas en las IPS que realizan atención materno-infantil auditadas	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.
Lograr el desarrollo de herramientas virtuales sobre LM para el fortalecimiento de capacidades dirigidas a IPS, ET, EPS, personal sanitario en el 2012.	Por lo menos una herramienta virtual de amplio acceso y cobertura.	<p>El MSPS desarrolló piezas comunicativas relacionadas con LM que están publicadas en su página web.</p> <p>El MSPS participó en la construcción del Curso de Consejería en alimentación del lactante y el niño pequeño en conjunto con el SENA, se proyecta implementarlo en 25 entidades territoriales en el país para el primer trimestre de 2021.</p> <p>El curso virtual sobre lactancia diseñado en la plataforma Moodle: www.aprendedelactancia.com.</p> <p>Implementación de Cursos virtuales en la plataforma del ICBF sobre Consejería en LM, dirigidas al fortalecimiento técnico de los colaboradores del ICBF.</p> <p>Diseño del Curso virtual de las Guías Alimentaria Basadas en Alimentos para mujeres gestantes -GABA (48h c/u) estará disponible en la plataforma del ICBF en el año 2021.</p>
Haber publicado los lineamientos operativos sobre LM, dirigidos a los actores sectoriales e intersectoriales en el 2013.	Lineamientos operativos publicados en el 2013.	El ICBF ha publicado los siguientes lineamientos: Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional, Actualización de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
		<p>en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años.</p> <p>Con respecto a los Bancos de Leche Humana, desde el Ministerio de Salud y Protección Social se cuenta con lineamientos técnicos, que se enmarcan en La Ley 1805 de 2016, el decreto 2493 de 2004, la Resolución 5108 de 2015, los cuales definen los componentes anatómicos como “los órganos, tejidos, células y en general todas las partes vivas que constituyen el organismo humano”, que pueden tener uso terapéutico en el ámbito clínico, entre ellos se considera la leche humana donada</p>
Diseño y difusión de herramientas para mejoramiento de capacidades de las ET en el acompañamiento de la gestión del plan decenal desde el 2011 y durante todo el proceso de ejecución.	Herramientas para el mejoramiento de capacidades de las ET en la gestión del plan decenal difundidas y en funcionamiento.	<p>No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.</p> <p>Si embargo, el MSPS dentro sus acciones de asistencia técnica aborda las estrategias del PDLM, se hace de forma continua a los referentes de nutrición y seguridad alimentaria de todas las entidades territoriales a nivel nacional.</p>
Estándares de formación en LM incorporados a los currículos del 100% de las facultades de medicina, enfermería y nutrición en el país desde el 2013.	100%.	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.
Líneas de investigación en LM definidas e incorporadas en el Sistema de Ciencia y Tecnología para el 2012	Líneas de investigación definidas y con producción de estudios durante el decenio	<p>Esta meta no se cumplió, sin embargo, con respecto al tema de investigación en el marco de la Mesa de LM y Alimentación Complementaria, hoy llamada Mesa de Nutrición Infantil de la CIPI, se analizaron categorías prioritarias a investigar en torno a LM y alimentación complementaria.</p> <p>La Universidad Sanitas y la Universidad Nacional de Colombia incluyeron algunos de los temas de investigación para pasantías y desarrollo investigaciones.</p> <p>En la revisión de convocatorias de investigaciones científicas de MinCiencias, a través del descriptor “LM”, se identificó dentro de la convocatoria para proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en salud 2018, en la temática de “nutrición”, el subtema: “LM y Complementación Alimentaria”; no obstante, a partir de la revisión de proyectos en la base de MinCiencias (antes Colciencias), desde el 2012 hasta el 2020, únicamente se identificaron dos investigaciones relacionadas con la LM: i) “Contacto piel a piel al nacimiento temprano vs inmediato en la duración de lactancia humana</p>

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
		exclusiva en los recién nacidos a término atendidos en la región de Bogotá y sabana centro ensayo clínico aleatorizado, Universidad de la Sabana, Bogotá (2017); ii) “Intercambio y transferencia de conocimientos formales tradicionales y comunitarios para el mejoramiento de la salud materna y perinatal con enfoque diferencial e intercultural”, Universidad Javeriana, Bogotá (2018). Cabe señalar que, aun cuando ambas convocatorias aparecen en estado “aprobado” en el documento oficial del Banco Definitivo de Presupuestos Elegibles de Convocatorias, ninguno de los proyectos aparece con un presupuesto disponible.
Estrategias de información educación y comunicación sobre legislación laboral dirigidas a empresarios, trabajadores, personal de salud y público en general desarrolladas desde el 2012 y en funcionamiento durante todo el período del plan.	Número de publicaciones relacionadas con la difusión de la legislación laboral sobre protección a la LM dirigida a empresarios, trabajadores, población general y trabajadores de la salud y verificadas anualmente durante el periodo del Plan.	Desde el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con UNICEF, se ha desarrollado un material educativo, acompañado de un curso didáctico, que tiene como objetivo orientar a las empresas y facilitar el proceso de implementación de las SAFL en las empresas, llamado: “La LM en el entorno laboral. Guía para empresas colombianas”. El ICBF apoya la implementación de las salas amigas de las familias lactantes, para sus colaboradores en las sedes que se requiera como por ejemplo la sede de la Dirección General del ICBF.
Diseño y ejecución de mecanismos de seguimiento, evaluación y apropiación del conocimiento del recurso humano médico y paramédico sobre LM durante el período de ejecución del Plan Decenal.	Prueba de competencias sobre LM aplicada bianualmente a todos los médicos y paramédicos vinculados de forma directa con el proceso de atención materno- infantil	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.
Desarrollar y difundir evidencia local sobre el impacto de la LM sobre la mortalidad evitable por desnutrición en forma bianual durante el período de ejecución del Plan Decenal	100% de las entidades territoriales	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.
Sistematización, publicación y divulgación de buenas prácticas, experiencias exitosas y lecciones aprendidas sobre LM en Colombia en los años 2013, 2016 y 2019	Número de publicaciones sobre buenas prácticas, experiencias exitosas y lecciones aprendidas sobre LM en Colombia en el período de ejecución del Plan	En el marco de la mesa de nutrición en primera infancia se han socializado experiencias exitosas relacionadas con la cualificación de talento humano en LM, resaltando la experiencia de UNICEF, PROINAPSA y EPS Sanitas.

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
Lograr una actualización y difusión permanente de la evidencia científica relacionada con LM a las IPS, empresas promotoras de salud (EPS) y entidades territoriales (ET), durante todo el período de ejecución del plan	100% de instituciones	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.
Plan de gestión intersectorial a favor de la LM ejecutado en los 10 años de duración del plan y evaluado y ajustado en forma bianual.	Informes bianuales de ejecución del plan de gestión intersectorial.	Esta meta se ha cumplido parcialmente. Pero es de resaltar que en noviembre del 2017 y después de socializar los resultados de la evaluación del PDLM 2010 – 2020, se conformó la mesa intersectorial de LM y alimentación complementaria, con el liderazgo y convocatoria del Ministerio de Salud y Protección Social y con la participación de las instituciones de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia -CIPI- y organismos de cooperación internacional como OPS y UNICEF. Los productos de esta mesa son: la identificación de la oferta institucional en torno a LM y alimentación complementaria, el análisis de los lineamientos para la consejería en LM y el desarrollo de un documento preliminar para apoyar la gestión territorial en LM y alimentación complementaria, mediante la formulación del plan intersectorial de LM y alimentación complementaria.
Lograr por lo menos dos proyectos estratégicos intersectoriales a favor de la LM ejecutados en departamentos y el distrito capital, uno en cada quinquenio.	66 proyectos intersectoriales ejecutados.	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.
Sistema de monitoreo y evaluación del plan diseñado y en funcionamiento desde el 2011.	Informes anuales de seguimiento y evaluación del Plan Decenal 2010-2020.	El ICBF cuenta con el sistema de Información Cuéntame, se incluyen variables para los usuarios como la duración de la LME, la duración del a LM total. No se cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación del plan diseñado y en funcionamiento.

Fuente: Revisión documental: Respuesta de la adopción de las recomendaciones de la evaluación de diseño y de proceso del PDLM (MSPS, ICBF, INVIMA), Res. 3280 de 2018, Res. 256 de 2016, Res. 3100 de 2019. Documentos de revisión de literatura y revisión de los Planes territoriales de salud. Normograma. Revisión de registros de SISPRO.

4.1.2.2 Desarrollar mecanismos de transformación, apropiación, movilización y responsabilidad social de la comunidad colombiana desde sus diferentes roles a favor de la LM

Para este segundo objetivo general del PDLM 2010-2020 se relacionan las siguientes metas:

Tabla 10. Cumplimiento de las metas relacionadas con el objetivo 2: Desarrollar mecanismos de transformación, apropiación, movilización y responsabilidad social de la comunidad colombiana desde sus diferentes roles a favor de la LM

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
Estrategias de información educación y comunicación institucional que garanticen transferencia y sostenibilidad de conocimientos sobre buenas prácticas en LM desarrolladas en el 2013 y en funcionamiento desde el 2014 por todo el período del plan.	Apropiación de buenas prácticas contenidas en las publicaciones, guías, memorias de las actividades y capacitaciones por el 100% del personal a quien están dirigidas. Apropiación imagen del plan en las publicaciones propias de las instituciones.	<p>En la Vigencia 2019 el ICBF en convenio con la FAO diseñó la Estrategia de Información Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional del ICBF. De igual manera se está implementando la Estrategia Mis Manos te Enseñan, las temáticas abordadas son LM, alimentación complementaria.</p> <p>Las acciones sectoriales de salud, relacionadas con estrategias de IEC, se resaltan en el marco de la Resolución 3280 de 2018.</p> <p>Premio por la Nutrición Infantil de la Fundación Éxito: Evento reconoce iniciativas en torno a la LM y la alimentación infantil.</p> <p>En diciembre de 2018, en el marco de la mesa de LM y alimentación complementaria, se realizó un análisis y recopilación del material educativo existe con el fin de conocer las estrategias de comunicación y las piezas con las que se contaba para realizar las acciones de IEC.</p>
Redes de apoyo social a la LM consolidado y en funcionamiento en todo el territorio nacional para el 2015.	Número de redes de apoyo social a la LM consolidadas, existentes en cada uno de los departamentos y distritos del país.	<p>En el marco de la mesa de LM y alimentación complementaria, hoy mesa de nutrición infantil de la CIPI y de la Gran Alianza por la Nutrición, se ha venido fortaleciendo en los últimos años las acciones de movilización social en torno a la LM: Tetaton (2018 y 2019), Lactatón virtual (2020).</p> <p>El ICBF realiza las siguientes acciones para el fortalecimiento de las redes sociales e institucionales de apoyo a la LM:</p> <p>a. Creación y fortalecimiento de grupos de apoyo en programas FAMI, Hogares Comunitarios y Hogares Infantiles, en coordinación con el sector salud, convenio</p>

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
		<p>con UNICEF regionales Vichada y Magdalena.</p> <p>b. Implementación de estrategias y mecanismos de participación social que garanticen la movilización efectiva a favor de la LM: conmemoración anual de la Semana Mundial de la LM en las 33 Regionales.</p> <p>c. Participación activa del ICBF en las mesas departamentales y regionales de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como en los consejos departamentales y municipales de política social.</p>
Investigaciones realizadas sobre las capacidades desarrolladas por padres cuidadores y familiares en buenas prácticas sobre LM y cuidado integral del menor de dos años de edad durante el período de ejecución del plan.	Realización de por lo menos dos investigaciones sobre buenas prácticas de LM y cuidado integral del menor de dos años en el período del plan.	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.

Fuente: Revisión documental: *Respuesta de la adopción de las recomendaciones de la evaluación de diseño y de proceso del PDLM (MSPS, ICBF, INVIMA), Res. 3280 de 2018, Res. 256 de 2016, Res. 3100 de 2019. Documentos de revisión de literatura y revisión de los Planes territoriales de salud. Normograma. Revisión de registros de SISPRO.*

4.1.2.3 Consolidar la gestión política para el apoyo, protección y promoción de la LM

Para este tercer objetivo general del PDLM 2010-2020 se relacionan las siguientes metas:

Tabla 11. Cumplimiento de las metas relacionadas con el objetivo 3: Consolidar de la gestión política para el apoyo, protección y promoción de la LM

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
La función rectora en el Sistema de Protección Social para la atención integral a los menores de dos años en Colombia se ha consolidado para el 2012 y se ha mantenido durante el período de ejecución del plan decenal	El Ministerio de la Protección Social cumple el 100% de las competencias definidas en la normatividad vigente para la atención integral al menor de dos años de edad.	<p>Acciones desde el Ministerio de Salud y Protección Social:</p> <p>a. Expedición de la Ley 1823 de 2017: por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de la familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privada y su reglamentación mediante la Resolución 2423 del 2018.</p> <p>b. Fortalecimiento de la estrategia de Bancos de Leche Humana -BLH</p> <p>c. Construcción del Curso de Consejería en alimentación del lactante y el niño pequeño en conjunto con el SENA</p> <p>d. Actualización de la normatividad vigente, decreto 1397 de 1992, por el cual “se promueve la LM y reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna”, realizando mesas</p>

Metas	Valor de referencia	Cumplimiento de la meta
		técnicas en el marco del análisis de impacto normativo -AIN-. e. Se llevó a cabo el monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna f. Secretaria técnica de la mesa de nutrición en primera infancia de la CIPI
Haber definido para el 2011 la estructura administrativa y de gestión del Plan Decenal 2010-2020 en el Ministerio de la Protección Social y en las ET	100% de las entidades cuentan con apoyo de gestión del Plan Decenal	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.
Documento publicado y difundido que contiene las competencias de los actores involucrados en la gestión del PDLM para el 2011	Documento publicado y difundido	No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.

Fuente: Revisión documental: Respuesta de la adopción de las recomendaciones de la evaluación de diseño y de proceso del PDLM (MSPS, ICBF, INVIMA), Res. 3280 de 2018, Res. 256 de 2016, Res. 3100 de 2019. Documentos de revisión de literatura y revisión de los Planes territoriales de salud. Normograma. Revisión de registros de SISPRO.

4.2 APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA LM

4.2.1 Resultados

En línea con la teoría de los determinantes sociales de la salud, los determinantes estructurales tienen una mayor asociación con el chance u *Odds Ratio* (OR) de que una madre dé LME a los menores de 6 meses.

Variables como la región y la etnia indígena tienen una relación positiva y un alto grado de significancia estadística.

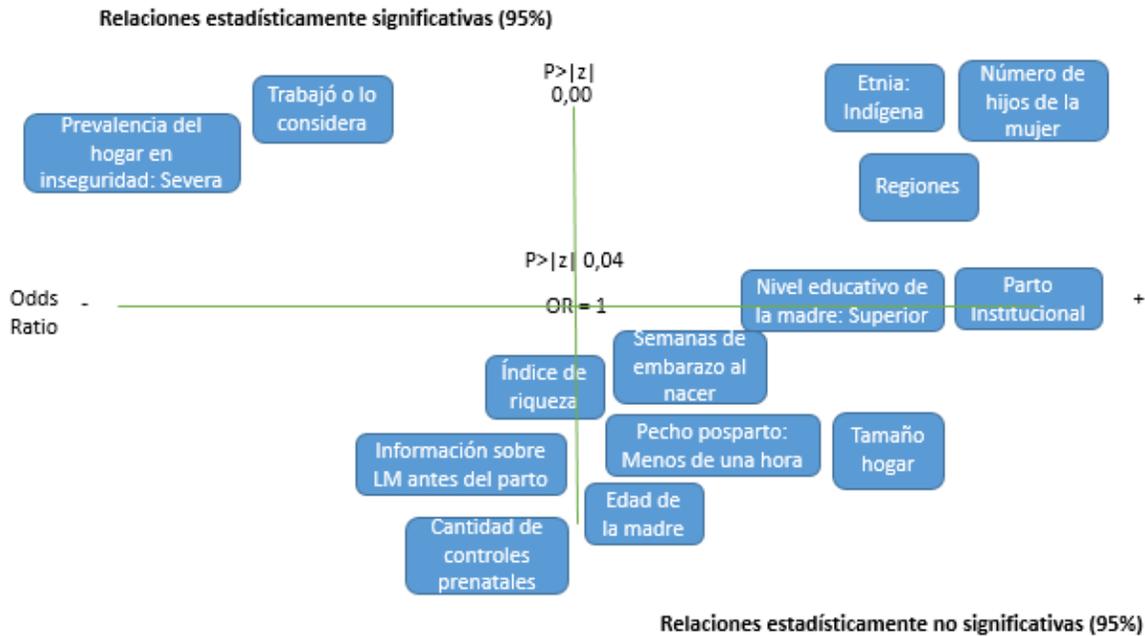
De otro lado, los hogares con inseguridad alimentaria severa tienen una menor relación con el OR o chance de que una madre dé LME a los menores de 6 meses. Reiterando la necesidad de focalizar las intervenciones del PDLM en hogares vulnerables.

A nivel institucional se evidencia que si bien los controles prenatales y la información tienen una direccionalidad negativa sobre la LME no tienen una relación significativa con el OR de dicha práctica, lo que puede indicar la necesidad de repensarse estas atenciones de cara a la LM.

Finalmente, respecto a las características de la madre se observa que el número de hijos y contar con un nivel educativo superior completo se asocian positivamente con el OR de la práctica LME. Complementariamente, que la madre haya trabajado luego del parto tiene una relación negativa y significativa con la LME en menores de 6 meses. Sumando evidencia a la importancia de generar intervenciones focalizadas a mujeres con menores niveles educativos, a “madres primerizas” y a mujeres que se mantienen activas en el mercado laboral.

Estos hallazgos se encuentran en detalle en la Tabla 12 y se presentan de manera resumida en la siguiente gráfica, que describe algunas variables que, si bien no tienen una significancia estadística, guardan una relación con el OR de la LME en menores de 6 meses:

Gráfica 18. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la LME en menores de 6 meses



Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015.

Como lo discuten Mittlböck & Schemper (1996) el Pseudo R² de la regresión logística entre 0,2 y 0,4 es una señal de que el modelo explica en gran medida la variación del resultado. Como resultados de las estimaciones se obtuvo que este coeficiente tomó el valor de 0,12 al incluir información sobre variables estructurales, evidenciando que información sobre otros determinantes estructurales y que no captura la ENSIN pueden explicar en alguna medida el chance de que exista la práctica de la LME en menores de 6 meses.

Tabla 12. Factores asociados a la LME (menores de 6 meses) - Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis.

VARIABLES	(1)		(2)		(3)	
	Individuales		Hogar		Estructurales	
Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]		Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]

Pecho posparto: Inmediatamente	0.860	0.411 - 1.801	0.856		0.814	
	(0.324)		(0.334)	0.399 - 1.840	(0.313)	0.383 - 1.727
Pecho posparto: Menos de una hora	1.214		1.144		1.038	
	(0.520)	0.525 - 2.810	(0.496)	0.489 - 2.677	(0.444)	0.449 - 2.399
Pecho posparto: Menos de 24 horas	1.071		1.008		0.939	
	(0.451)	0.469 - 2.446	(0.431)	0.437 - 2.329	(0.391)	0.415 - 2.121
Recibió información sobre Lactancia materna durante el embarazo	0.938		0.900		0.873	
	(0.219)	0.594 - 1.482	(0.206)	0.574 - 1.411	(0.209)	0.546 - 1.395
Formularon calcio, hierro y ácido	0.707		0.694		0.703	
	(0.448)	0.204 - 2.451	(0.438)	0.202 - 2.388	(0.436)	0.208 - 2.368
Cantidad de controles prenatales	0.973		0.977		0.985	
	(0.0351)	0.906 - 1.044	(0.0350)	0.911 - 1.048	(0.0384)	0.912 - 1.063
Parto institucional	2.375		2.425		4.244*	
	-1.568	0.651 - 8.659	-1.626	0.652 - 9.022	-3.204	0.966 - 18.641
Semanas de embarazo al nacer	1.016		1.020		1.025	
	(0.0233)	0.971 - 1.063	(0.0243)	0.973 - 1.068	(0.0262)	0.975 - 1.077
Edad de la madre al nacimiento	1.002		0.991		0.981	
	(0.0184)	0.966 - 1.038	(0.0185)	0.955 - 1.028	(0.0191)	0.945 - 1.020
Cantidad de hijos que tiene la mujer	1.419***		1.563**		1.776***	
	(0.177)	1.111 - 1.813	(0.207)	1.206 - 2.027	(0.250)	1.348 - 2.339
Entre primaria completa y secundaria incompleta (5 a 10 años)	0.969		0.897		1.036	
	(0.378)	0.451 - 2.080	(0.363)	0.406 - 1.981	(0.378)	0.507 - 2.117
Entre secundaria completa y superior incompleta (11 a 15 años)	1.369		1.248		1.588	
	(0.521)	0.650 - 2.885	(0.491)	0.578 - 2.697	(0.584)	0.773 - 3.263
Superior completa y más (16 a 24 años)	1.623		1.462		2.516*	

	(0.853)	0.579 - 4.549	(0.788)	0.509 - 4.204	-1.363	0.870 - 7.276
Madre trabajó después del parto o lo consideró	0.416***		0.416**		0.335***	
	(0.114)	0.243 - 0.712	(0.114)	0.243 - 0.712	(0.0975)	0.189 - 0.592
Tamaño del hogar: 2 a 4 personas			1.399		1.121	
			(0.368)	0.836 - 2.342	(0.306)	0.657 - 1.913
Tamaño del hogar: 5 a 6 personas			1.242		1.086	
			(0.323)	0.746 - 2.066	(0.301)	0.631 - 1.869
Tamaño del hogar: 7 personas o mas			-		-	
				-		-
Índice de riqueza armonizado			1.015		0.990	
			(0.0331)	0.952 - 1.082	(0.0353)	0.923 - 1.062
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Leve total			1.085		1.092	
			(0.240)	0.703 - 1.674	(0.254)	0.692 - 1.722
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Moderada			1.409		1.441	
			(0.419)	0.787 - 2.526	(0.442)	0.790 - 2.630
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Severa			0.433*		0.438**	
			(0.171)	0.199 - 0.940	(0.160)	0.214 - 0.896
Oriental					3.326***	
					-1.007	1.838 - 6.020
Orinoquía y Amazonas					2.674***	
					(0.919)	1.363 - 5.246
Bogotá					3.963***	
					-1.537	1.853 - 8.474
Central					2.642***	
					(0.767)	1.496 - 4.668
Pacífica					5.052***	
					-1.815	2.498 - 10.217

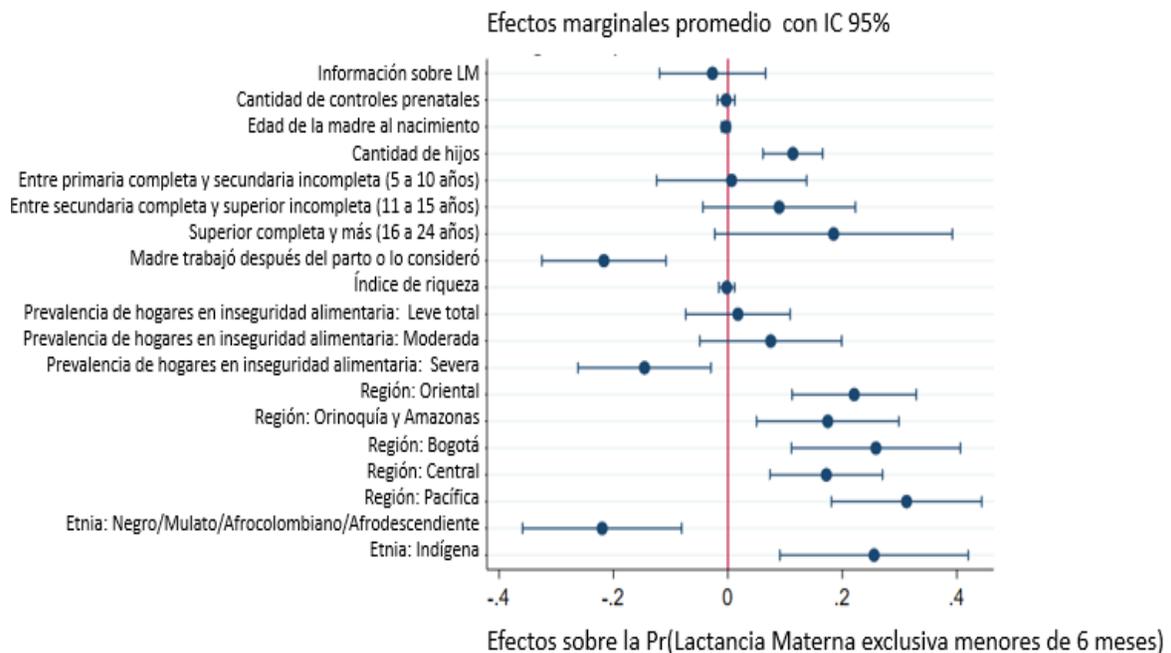


Negro/Mulato/Afrocolombiano/Afrodescendiente				0.261**	
				(0.154)	0.082 - 0.827
Indígena				3.381***	
				-1.416	1.488 - 7.684
Constante	0.123*		0.106*	0.0189**	
	(0.155)		(0.135)	*	(0.0262)
Observaciones	1,091		1,091	1,082	

Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015.

Ahora bien, al estimar los efectos marginales o los cambios de probabilidad predichos por el modelo, se destaca la importancia de profundizar en el enfoque diferencial en las comunidades negras, mulatas, afrocolombianas y afrodescendientes, dado que el efecto marginal de las mujeres que se autoreconocen de estas etnias tienen un efecto marginal negativo sobre la LME en menores de 6 meses.

Gráfica 19. Efectos marginales de variables sobre la LME en menores de 6 meses



Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015.

Aproximación a los determinantes sociales de otras metas relacionadas con la LM

Análogamente, se realizaron estimaciones econométricas con modelos de regresión logística empleando la misma estructura definida previamente con base en la ENSIN 2015, para analizar

variables asociadas a las metas de A) **duración total de la LM**; B) **inicio temprano de la lactancia**; y C) **la frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses**.

A) Duración total de la LM

En este caso²⁸, se evidencia que a nivel estructural vivir en la Región Pacífica tiene una relación negativa y estadísticamente significativa con la duración de la LM (Anexo 6. Factores asociados a la duración total de la LM - Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis).

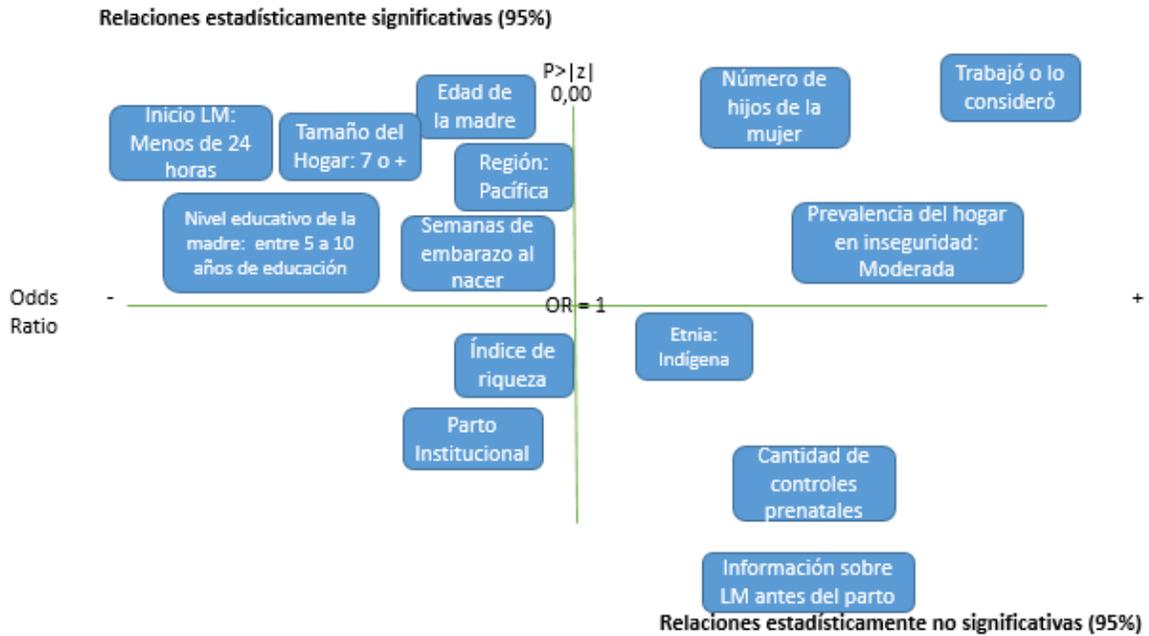
Desde el nivel del hogar se observa que hogares cercanos a la seguridad alimentaria (en inseguridad alimentaria moderada) tienen una relación positiva y estadísticamente significativa con la duración de la LM, mientras que la pertenencia de la mujer a hogares con un tamaño de 7 o más personas reduce esta relación.

Finalmente, en el nivel de atención en salud e individual, un bajo nivel educativo (entre 5 y 10 años de formación), la edad de la madre y un mayor número de semanas de gestación al momento del parto tienen una relación negativa y estadísticamente significativa con la duración de la LM. Por su parte, vale la pena destacar que ni contar con un parto institucional o un mayor número de controles prenatales tienen una relación estadísticamente significativa sobre la duración de la LM (ver Gráfica 20).

²⁸ Dado que la ENSIN 2015 no captura esta información como una variable continua, sino que la captura a través de rangos ordinales, se empleó un modelo logístico ordenado.



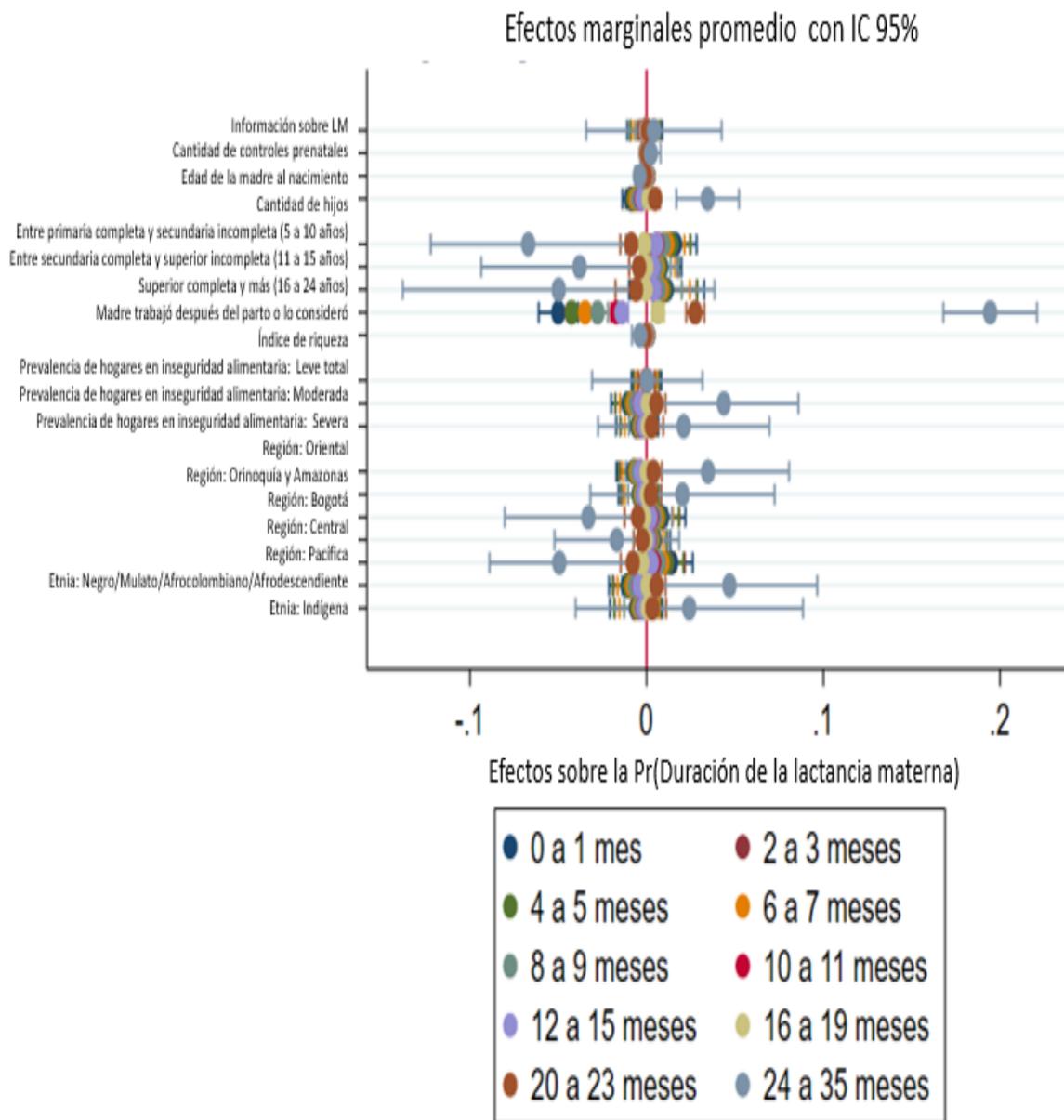
Gráfica 20. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la duración total de la LM



Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015.

Finalmente, al estimar los cambios de probabilidad predichos por el modelo o efectos marginales, se constata la relevancia de variables como que la mujer haya trabajado posparto y el número de hijos en la duración de la LM de 24 a 35 meses (ver Gráfica 21).

Gráfica 21. Efectos marginales de variables sobre la duración de la LM



Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015.

B) Inicio temprano de la lactancia

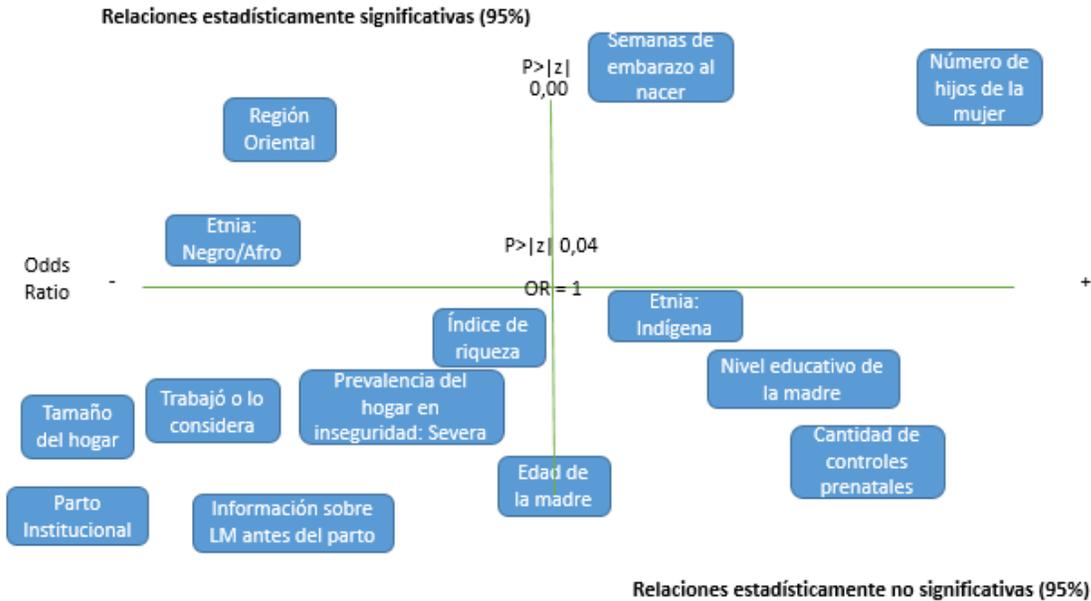
Como se presenta en el Anexo 7. Factores asociados al inicio temprano de la LM- Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis), los resultados del análisis de los factores que se

relacionan con el inicio temprano de la LM indican que pertenecer a la región Oriental y que las mujeres que se reconocen como negras, afrodescendientes o mulatas tienen una menor probabilidad u OR de iniciar de forma temprana el amamantamiento de sus recién nacidos

Desde las condiciones del hogar se observan relaciones negativas con el índice de riqueza, el tamaño y clasificarse en un nivel de inseguridad alimentaria severa con el inicio temprano de la LM. No obstante, estas relaciones no son estadísticamente significativas.

De otro lado, las variables de atención en salud no presentan relaciones estadísticamente significativas con el inicio temprano de la LM. Finalmente, un mayor número de semanas de gestación al momento del nacimiento y un alto número de hijos se encuentra asociado positivamente con el inicio temprano de la LM (ver Gráfica 22).

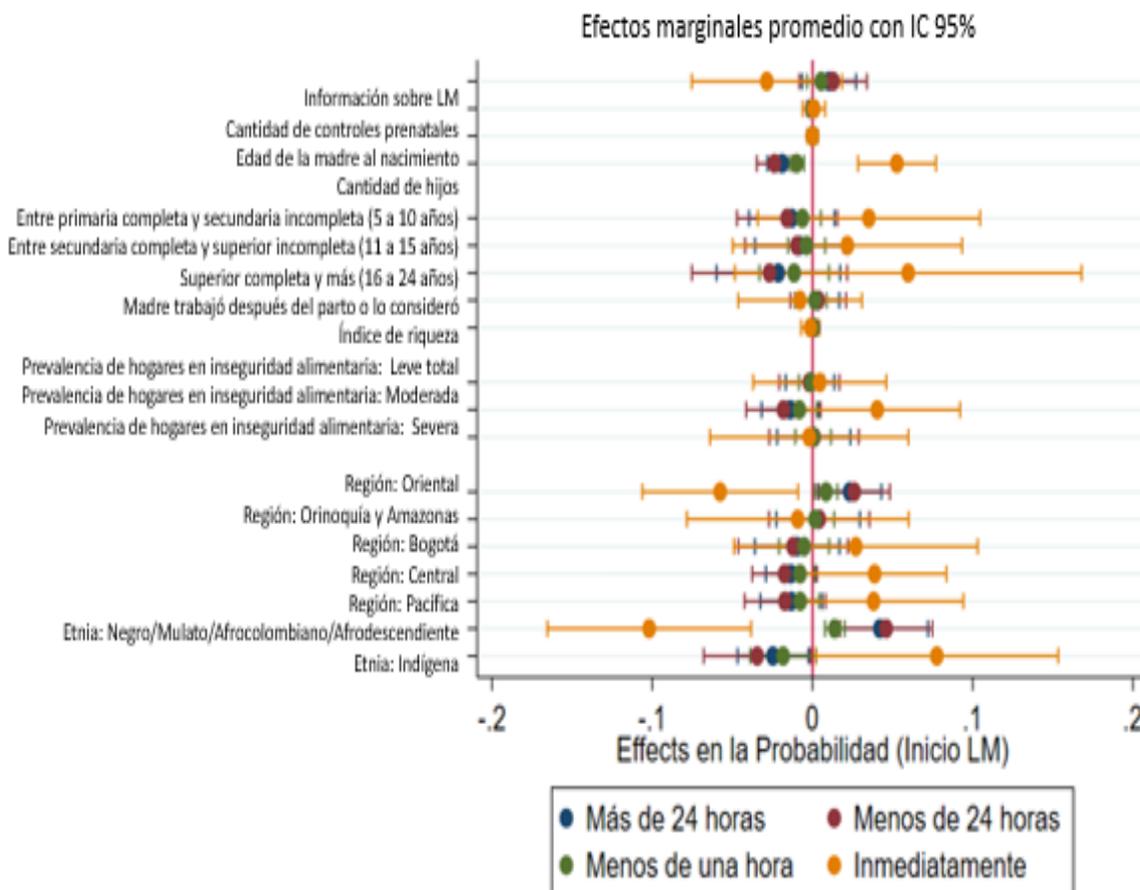
Gráfica 22. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con el inicio temprano de la LM



Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015.

Un análisis de los efectos marginales reitera que las mujeres que se autoreconocen como negras, mulatas o afrodescendientes y aquellas que viven en la Región Oriental tienen una menor probabilidad de iniciar la LM de manera inmediata. Por su parte, las mujeres con un gran número de hijos tienen una mayor probabilidad de dar un inicio inmediato de la LM.

Gráfica 23. Efectos marginales de variables sobre el inicio de la LM



Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015.

C) Frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses.

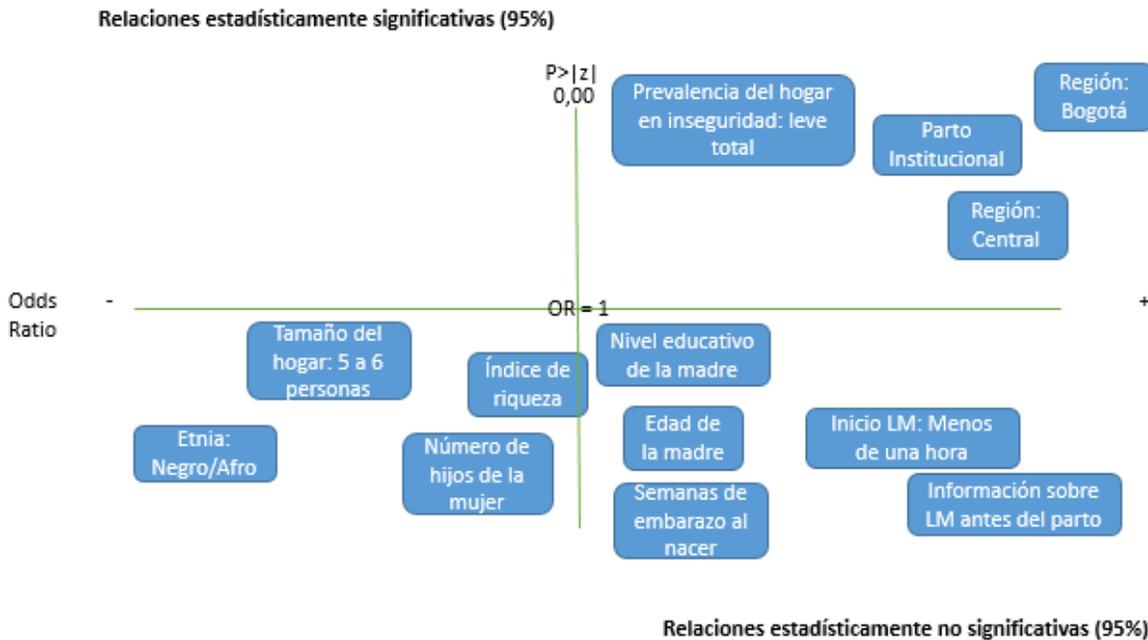
Respecto a la frecuencia mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses, a nivel distal se encontró que vivir en las regiones de Bogotá y Central tienen una relación positiva y estadísticamente significativa con la frecuencia alimentaria mínima aceptable para los amamantados de 6 a 9 meses (Anexo 8. Factores asociados a la frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses- Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis).

Respecto a los factores del hogar, se evidenció que, como se podría esperar, aquellas mujeres pertenecientes a uno con un nivel de inseguridad alimentaria leve total tienen una asociación positiva y estadísticamente significativa con la frecuencia alimentaria mínima aceptable para los amamantados de 6 a 9 meses.

Por parte de las variables de atención, se encontró que aquellas que recibieron un parto institucional tienen un mayor OR (estadísticamente significativo) de contar con la frecuencia

alimentaria mínima aceptable para los amamantados de 6 a 9 meses. Se destaca aquí que variables del nivel personal de las mujeres, como edad y nivel educativo no tienen relaciones estadísticamente significativas con dicha frecuencia (ver Gráfica 24).

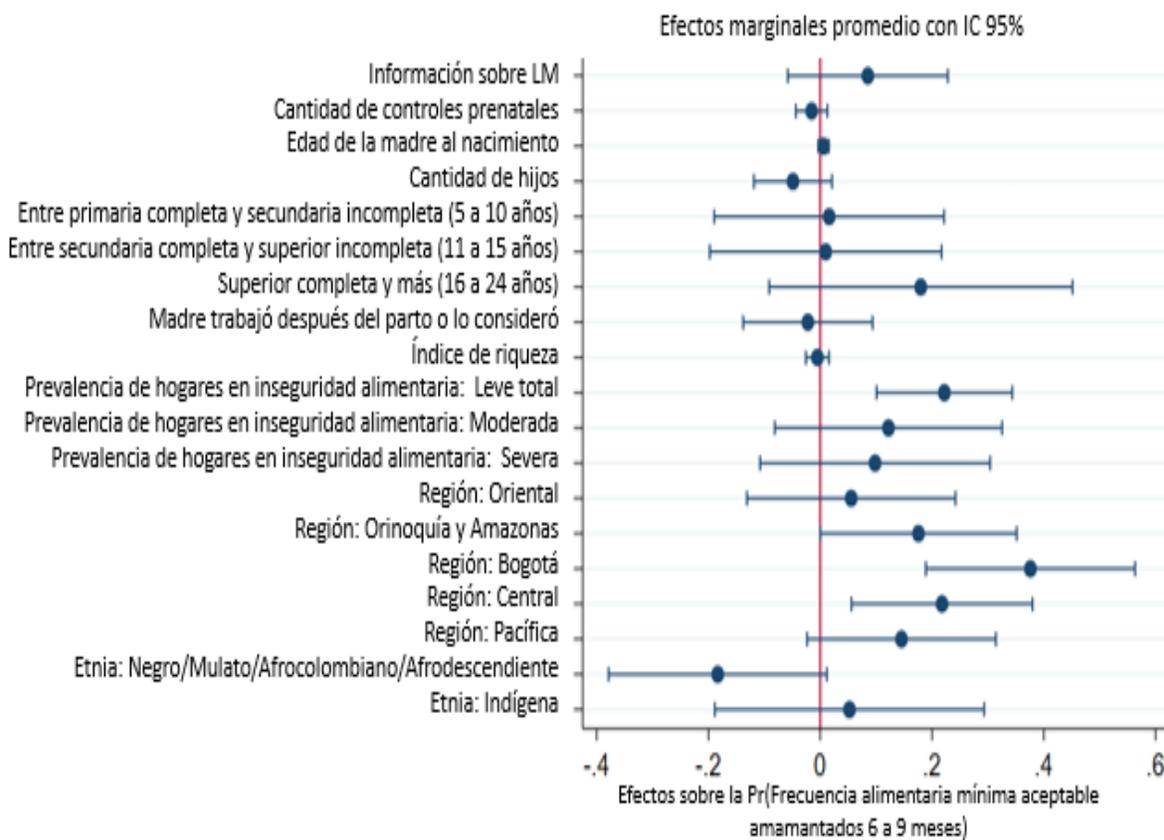
Gráfica 24. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la frecuencia alimentaria mínima aceptable



Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015.

Posteriormente, se analizaron los efectos marginales de algunas de estas variables sobre la probabilidad de contar con una frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses, evidenciando que variables como la información que se brinda a las gestantes sobre LM tienen una probabilidad predominantemente positiva al incidir en la frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses.

Gráfica 25. Efectos marginales de variables sobre la frecuencia alimentaria mínima aceptable



Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015.

4.2 PERCEPCIONES ASOCIADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PDLM 2010-2020

Como se ha observado, gran parte de las metas establecidas en el PDLM 2010-2020 no contaban con índices claros de medición y actores responsables, no se establecía una relación directa entre metas y objetivos y varias de éstas presentaban formulaciones ambiguas, por lo que se consideró informativo aproximarse al entendimiento sobre el cumplimiento de los objetivos formulados, desde la perspectiva de los principales actores involucrados en el desarrollo e implementación del plan al igual que el de su población objeto. En este apartado se exponen los resultados de los procesos de entrevistas con actores relevantes para el PDLM 2010-2020 desde 2 perspectivas: institucional y social. La primera pretende dar cuenta de la comprensión de los logros y dificultades en la implementación de esta política pública a partir de las instituciones y la segunda a partir de diversos actores de la sociedad de dominio local.

El PDLM 2010-2020 fue ejecutado a partir de tres grandes objetivos generales, a saber: 1) fortalecer el desarrollo de capacidades institucionales para la promoción, el apoyo y la protección de la LM con enfoque de derechos; 2) Desarrollar mecanismos de transformación, apropiación,

movilización y responsabilidad social de la comunidad colombiana desde sus diferentes roles a favor de la LM; y, 3) Consolidar la gestión política para el apoyo, protección y promoción de la LM. Su consecución dependía del avance en una serie de objetivos específicos que reflejan las categorías de análisis abordadas en este estudio y que se evidencian en los resultados expuestos a continuación. De esta manera se abordan a partir de los discursos de los actores referidos, la institucionalidad, las transformaciones sociales y la gestión política para la LM en el país.

4.2.1 Perspectivas institucionales asociadas a la ejecución del PDLM 2010-2020

Las acciones institucionales constituyen uno de los pilares del desarrollo efectivo de políticas públicas y sobre las que recaen las mayores responsabilidades de las programaciones plurianuales. En este caso, un porcentaje importante de las acciones del PDLM 2010-2020 se encontraba contextualizado en el ámbito institucional, con la mayoría de sus metas bajo el amparo de los actores de orden nacional y territorial. Se hace imperativo conocer las experiencias y abordar las perspectivas de los actores institucionales que tuvieron mayor influencia sobre el desarrollo de este plan, que incluyen instituciones de orden nacional como el MSPS, el ICBF y el MEN, organismos de orden internacional, las entidades territoriales, los Comités de LM y de Seguridad Alimentaria y Nutricional, las EAPB y las IPS, con el ánimo de responder si se refleja el cumplimiento de objetivos y metas formulados en el PDLM 2010-2020 en su discurso, al igual que los logros y dificultades en su consecución.

Gráfica 26. Nube de palabras con categorías de análisis representativas desde la perspectiva institucional



Fuente: Elaboración propia (2020).

4.2.1.1 Capacidades y competencias institucionales

Marco normativo

Tanto el ICBF como el MSPS percibieron que el fortalecimiento y la actualización de los marcos normativos eran necesarios para el apoyo y promoción de la LM y la alimentación complementaria. En este sentido, el ICBF ha estandarizado sus normas técnicas, mientras que el MSPS ha fortalecido sus instrumentos de política.

Entre los logros mencionados por el MSPS se citó la inclusión de la atención por nutrición para la mujer gestante y la consulta de promoción y apoyo a la lactancia materna en la Resolución 3280 de 2018 y el nuevo enfoque para el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional basado en el enfoque de derechos humanos con énfasis en el derecho humano a la alimentación, donde se ha incluido el tema de LM junto con el de la alimentación complementaria, en relación con la nutrición infantil. Adicionalmente se refiere a partir de dicha resolución el posicionamiento en la atención a las personas, partiendo del derecho fundamental a la salud, un enfoque sobre el curso de vida y la necesidad de una implementación diferencial y territorial. Por su parte, entre las dificultades se resaltó que el PDLM 2010-2020 se enfocó principalmente en la lactancia sin profundizar en la alimentación complementaria.

Frente a la Resolución 2423 de 2018 que reglamenta las Salas Amigas de la Familia Lactante (SAFL) en el entorno laboral, el MSPS refirió que se encontraron vacíos relacionados con la inspección, vigilancia y control, por lo que se trabajaba en su actualización y con la expectativa de tener dicha resolución actualizada a diciembre de 2020.

Sin embargo, para las EAPB el tema de marco normativo se trató a mayor profundidad como un problema de armonización entre el PDLM 2010-2020 y las demás normas del sector relacionadas con la infancia. Para algunos Comités es una debilidad que no haya una normatividad clara en LM que les permita acogerse y exigir más recursos.

Para los Comités de LM, existe un conocimiento de los diferentes marcos normativos relacionados con la LM, esto ha permitido que dichos marcos normativos sean una herramienta, en muchos casos, eficaz para el fortalecimiento de diferentes acciones como es el caso de la construcción de SAFL o las consejerías en LM en instituciones públicas y privadas.

En el caso de Bogotá, el Comité de LM resaltó que una de las estrategias implementada para sortear los vacíos normativos relacionados con la LM, fue generar el conocimiento necesario para crear normas de fácil acción y de fácil implementación en diferentes entornos, este trabajo se ha hecho basado en la experiencia propia y en evidencia científica de las investigaciones. Es por ello por lo que los marcos normativos que surgen a partir de las experiencias de los comités y del trabajo cercano con la sociedad civil, son políticas con mayores facilidades de territorialización, de evaluación y que recogen con mayor asertividad las necesidades de las madres y sus familias, así como de las demás entidades que tienen alguna competencia relacionada con LM.

Para el Comité de LM de la Región Caribe, el marco normativo vigente es la principal herramienta con la que cuentan los comités para exigir y hacer seguimiento a las IPS y EPS en la promoción y

protección de la LM. La falta de obligatoriedad en la certificación IAMI es una barrera para el proceso de seguimiento y exigibilidad de los comités a las instituciones de salud.

Las secretarías de salud consideraron que una de las principales dificultades para la LM es que no hay una normativa obligatoria, ni una que apunte a la inspección, vigilancia y control, por lo que esperan que se actualice el decreto para el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM).

Por su parte, en el ICBF, se unificaron y estandarizaron, para todos los servicios de educación inicial y de atención a la primera infancia, las normas técnicas del ICBF que garantizan el acceso a la alimentación y al aporte nutricional de la madre gestante y de la primera infancia.

De esta manera, se puede evidenciar que el desarrollo de acciones estructurales para la promoción, apoyo y protección de la LM requiere decisiones normativas que obliguen a cumplimientos específicos y generen un marco de actuación institucional explícito, se resalta la promulgación de la Resolución 3280 de 2018, que contiene las acciones para el fortalecimiento de la práctica de la LM y del adecuado inicio de la alimentación complementaria, donde se tiene en cuenta la interculturalidad, el territorio, la diversidad y la cultura. Así como la Ley 1823 de 2017 por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de la familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones y la Resolución 2423 de 2018 que la reglamenta.

Desarrollar los servicios institucionales necesarios para promover, apoyar y proteger la LM.

El PDLM 2010–2020 se propuso contar con servicios institucionales a favor de la LM y en este sentido los diferentes actores ven a la estrategia IAMI como una buena alternativa para posicionar el tema en los territorios; sin embargo, coinciden en afirmar que debería existir obligatoriedad de su implementación en todos las IPS donde se brinde servicios a la población materno infantil.

Los Comités de LM son clave para promover la asistencia técnica y la formación en los diferentes contextos que se relacionan con la LM, incluyendo los profesionales de la salud y el sector empresarial. Es importante resaltar que el trabajo de estos comités promueve activamente la implementación de certificación IAMI en las IPS y la creación de SAFL del entorno laboral, a través de la asistencia técnica y el seguimiento a esas entidades. Además de apoyar a las instituciones en estos procesos, los comités mantienen un proceso constante de formación a la sociedad civil por medio de talleres y conferencias, entre otros.

En aquellos territorios que no cuentan con comité de LM, los Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) han sido los encargados de movilizar el tema, logrando algunos de ellos, gestionar la inclusión de la estrategia IAMI y de Consejería en LM en los planes de desarrollo. No obstante, se percibe una alta rotación del personal en las IPS que genera obstáculos para la continuidad y sostenibilidad de las acciones. Estos problemas se encuentran asociados a una falta de voluntad política que priorice o asigne los recursos suficientes para el mantenimiento y mejoramiento continuo de buenas prácticas de las IAMI en los servicios materno-infantiles.

Del mismo modo, se identificaron dificultades para la implementación de la IAMII, en especial el cumplimiento del paso 10 que hace referencia a la disposición de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario, porque requiere todo un "engranaje" institucional en el municipio en que se implementa; así mismo se presentan dificultades para lograr institucionalizar los esfuerzos de los equipos IAMI, pues no se tiene claridad sobre cuál es el valor agregado que genera para la IPS, por lo que se debe mostrar su rentabilidad.

A pesar de las dificultades para el cumplimiento del paso 10, algunas IPS han innovado empleando las redes sociales para crear actividades con los usuarios, siendo apoyadas por la Secretaría de Salud en este proceso al suministrar datos de contacto de los grupos de apoyo de la ciudad, para que las usuarias los conozcan y entren en comunicación con éstos.

Por otra parte, la falta de presupuesto limita las acciones que pueden implementar las instituciones, pues no existe suficiente presupuesto para sostener los Bancos de leche humana (BLH), las SAFL o para llevar a cabo las diferentes intervenciones que promueven la LM.

Si bien se observaron estos obstáculos, de acuerdo con el MSPS, con corte a julio del 2020, se registraron 597 IPS del país implementando la estrategia IAMI, incrementándose en 72 instituciones en comparación con el censo 2018 (525 IPS). De igual manera se evidenció el crecimiento del número de IPS certificadas en la estrategia, pasando de 111 en el censo 2018 a 179 en el censo actual, lo cual significa que se certificaron 68 IPS más en el país.

Por otra parte, es clara la apuesta desde las diferentes entidades de orden nacional con un plan de acción conjunto que permita el desarrollo integral de niños y niñas durante los primeros 1.000 días de vida, en el cual se trabaje la LM y la alimentación complementaria, dirigidos a mujeres gestantes y niños lactantes. Ejemplo de ello es la modalidad de atención "1.000 días para cambiar el mundo" del ICBF, dirigida a niños en riesgo de desnutrición y mujeres gestantes con bajo peso. Esta estrategia buscaba acompañar a las mujeres gestantes durante la gestación para prepararlas para la LM y el inicio adecuado de la alimentación complementaria. Actualmente la modalidad amplió la cobertura dando mayor énfasis en la atención a las gestantes. Para las comunidades indígenas, se desarrolló una modalidad intercultural de educación inicial interdisciplinaria que cuenta con un agente educativo de la comunidad indígena, quien es el puente entre las cosmovisiones y las prácticas tradicionales de las comunidades en el marco de atención integral.

Cabe resaltar que el ICBF incluyó en los lineamientos de los diferentes servicios la práctica de la LM y el inicio adecuado de la alimentación complementaria, como un eje primordial para la supervivencia de los niños y niñas en la primera infancia, convirtiéndose ello en un factor clave para lograr la seguridad alimentaria y nutricional de esta población.

Aunque el país cuenta con diferentes estrategias que buscan promover, proteger y apoyar la LM desde diferentes ámbitos, al no tener obligatoriedad para su implementación o beneficios para quien las tenga funcionando, especialmente lo relacionado con la estrategia IAMII, no todos los sectores y entidades se comprometen y con ello no se promueve ni se mantiene la práctica de la LM de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales.

Fortalecimiento de la gestión de calidad de los servicios de salud y de protección social relacionados con la LM

El PDLM 2010-2020 estableció dentro de sus acciones la incorporación de estándares obligatorios de calidad relacionados con la LM y el cuidado integral de los menores de dos años en los servicios materno-infantiles, al revisar la Resolución 3100 de 2019²⁹ se evidenció que, para el servicio de hospitalización, de cuidado básico, intermedio, intensivo neonatal y pediátrico y en el servicio para la atención del parto, para el estándar de infraestructura se debe tener la *disponibilidad de ambiente para extracción de leche materna y preparación de fórmulas artificiales*. Además, para la atención del parto, en el estándar de procesos prioritarios se debe contar con el *proceso de preparación de fórmulas artificiales, priorizando la LME y el protocolo de manejo del prematuro en programa canguro con base en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social*. De acuerdo con esta norma, los estándares están relacionados hacia la prestación de servicios de salud.

Por lo anterior, con respecto al fortalecimiento de la acreditación de IAMI integral como componente de la acreditación de servicios de salud del SOGCS³⁰, el MSPS refirió que teniendo en cuenta que IAMI es una estrategia de gestión que se organiza en 10 pasos, no aplica la habilitación como lo contempla la Resolución 3100 de 2019, más bien esta estrategia se recoge en la Resolución 3280 de 2018.

Con respecto al proceso de certificación de las IPS como IAMI, desde algunas organizaciones internacionales se enfatizó la ausencia del logro en el cumplimiento de todos los pasos necesarios para su certificación, en especial el paso número 10 relacionado con las redes comunitarias.

Por su parte, el MSPS buscaba que las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS, vean a la IAMI como una estrategia de gestión y organización que les ayudará al cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018³¹, específicamente en su directriz 8: Atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la LM.

Es de resaltar, que desde 2010 UNICEF ha trabajado con el MSPS en torno a la estrategia IAMI, hasta que ésta se institucionalizó al ser incluida en los programas de salud pública y Planes de Gobierno. Además, refirió que una de las dificultades de este proceso consistió en que varias instituciones quisieron participar sólo por tener una placa con UNICEF, pero no por el sentido

²⁹ Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud en forma segura. Se estructuran con criterios mínimos aplicables y obligatorios a los servicios que habilite cualquier prestador de servicios de salud.

³⁰ Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país

³¹ Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

original de ser IAMI. Adicionalmente, las instituciones no se acreditaban si no existía un instrumento jurídico que las obligase.

Igualmente, se resalta el crecimiento del número de IPS certificadas en la estrategia IAMI como resultado del censo realizado por el MSPS sobre la implementación de la estrategia IAMI, citado previamente.

En algunos casos se refiere que, aunque algunas Secretarías de Salud han destinado acciones y talento humano para el fortalecimiento de las IPS públicas como IAMI mediante los Planes de intervenciones Colectivas, no se ha logrado la certificación del total de estas IPS. Sin embargo, otras secretarías de salud han incluido en los últimos planes de desarrollo un indicador que se refiere a la implementación de la estrategia IAMI integral en las IPS.

En algunas regiones, aunque las Secretarías de Salud ofrecen asistencias técnicas a las IPS, no ven avances en la implementación de la estrategia IAMI, porque consideran que el asunto se debe a la falta de voluntad de los gerentes de las IPS, pues muchos de los profesionales de salud asisten a las capacitaciones que las secretarías realizan. Por lo que, consideran que debe existir una mayor obligatoriedad en la implementación de la IAMI.

Aunque las EAPB han desarrollado actividades de verificación y auditoría con sus prestadores, no hay menciones sobre la incorporación de mecanismos relacionados con estándares de calidad para los servicios materno-infantiles. Ninguno de los entrevistados sabe cuántos de sus prestadores son instituciones IAMI, esto podría indicar que no es un tema que se tenga en mente a la hora de contratar a las IPS. Además, refieren que no es un criterio de contratación con las prestadoras el que tengan implementada la estrategia IAMI o no.

Por otro lado, el ICBF ha implementado estrategias para mejorar la calidad de sus servicios materno-infantiles, a través de la creación de manuales operativos y el establecimiento de requisitos de obligatorio cumplimiento para los operadores de los servicios de atención en primera infancia del ICBF. Desde el 2010, en el marco de la política De Cero a Siempre, el ICBF inició un proceso de mejoramiento de calidad de sus servicios.

Igualmente, se consolidaron los servicios en el ICBF, dado que algunos se encontraban en el Ministerio de Educación Nacional, luego establecieron estándares de calidad para la promoción de estilos de vida saludable, de LM, de alimentación adecuada y ejercicio físico. Estos estándares se consignaron en los manuales operativos especificando lo que deben cumplir quienes desean ser operadores de los servicios de atención en primera infancia del ICBF. Esto llevó a la modificación del banco de oferentes para contar con entidades que cumplieran con estos requisitos.

Fortalecer la asistencia técnica en LM, alimentación complementaria y cuidado integral de los menores de dos años de edad.

Para fortalecer la asistencia técnica, el PDLM 2010–2020 hace llamado a la institucionalidad tanto pública como privada para afianzar sus capacidades de forma permanente de manera que se mantengan unas condiciones óptimas de respuesta y de mejoramiento continuo.

Estos procesos de asistencia técnica en los actores nacionales han consistido principalmente en el acompañamiento, procesos de formación y de fortalecimiento de capacidades. Por ejemplo, el ICBF ha orientado este proceso al fortalecimiento de capacidades técnicas de manera virtual y presencial al talento humano de las 33 regionales y centros zonales dirigidos a los agentes educativos, a las madres comunitarias y a los profesionales de salud y nutrición del área social que forman parte del proceso de implementación de los servicios, en promoción de prácticas de alimentación saludables y sostenibles como la LM; mientras que el MSPS lo usa para el fortalecimiento de las IAMI, el acompañamiento de las entidades territoriales, el desarrollo de capacidades de los profesionales de la salud y la formación de consejeros en lactancia en todo el país. A partir de los resultados de la ENSIN 2015 y el censo de IAMI de 2018, se inició en el Ministerio un proceso de fortalecimiento de capacidades en IAMI priorizando zonas que no contaban con la estrategia como Vichada y Vaupés.

Así mismo, en los últimos tres años, el MSPS ha realizado acompañamiento a las entidades territoriales donde la LM presenta las menores prevalencias, como es el caso de la Región Caribe. De igual forma durante el 2020 se inició un proceso de fortalecimiento de capacidades a las personas que están al frente de los BLH, mediante la ejecución de procesos de formación a formadores donde se incluyeron a los auxiliares de enfermería y al personal de apoyo.

El SENA se convierte en aliado estratégico del MSPS con el cual se da inicio a procesos de formación en consejería en LM a nivel territorial, incluso en territorios de difícil acceso, donde esta entidad tiene la capacidad técnica para transmitir información y conocimiento. La implementación se tiene planeada para el primer trimestre de 2021 en 25 entidades territoriales.

Adicionalmente, en los territorios los Comités de SAN y los Comités de LM han acompañado la estrategia IAMI en las IPS públicas, por medio de capacitación y seguimiento a los municipios en el desarrollo de sus actividades contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en el cual se incluye el tema de la LM.

Por su parte, los organismos internacionales reconocen su capacidad para ejecutar acciones que contribuyan al fortalecimiento de la LM y enfocan sus acciones principalmente en la asesoría y asistencia técnica para la elaboración de lineamientos y materiales de divulgación; del mismo modo efectúan capacitaciones a profesionales de la salud y a la comunidad. Las acciones de implementación que impliquen el contacto con la comunidad principalmente se orientan a la promoción de la LM y alimentación complementaria, así como la prevención de la interrupción de la lactancia.

A este respecto, UNICEF de manera misional responde a situaciones humanitarias complejas, y se organiza en clústeres como mecanismo que sirva para llevar a cabo evaluaciones y análisis conjuntos con el Gobierno Nacional para el desarrollo consensuado de estrategias de respuesta ante emergencias. Uno de estos clústeres es el de seguridad alimentaria y nutrición, dentro del cual se trabaja para posicionar el tema de LM. Su trabajo se centra principalmente en dar asistencia técnica, en especial el desarrollo de fortalecimiento de capacidades a los prestadores y a la comunidad.

Las herramientas virtuales se han convertido en recursos importantes para el fortalecimiento de la asistencia técnica que se brinda en especial en los territorios y por la coyuntura de la pandemia por COVID-19; sin embargo, este recurso se ve limitado por la falta de conectividad de algunos territorios, especialmente los rurales dispersos, donde difícilmente se llegaba de manera presencial y que al momento de ejecutar la valoración también presentaba dificultades para llegar de manera virtual.

Desarrollo de procesos institucionales de gestión del conocimiento en relación con la LM

El MSPS en conjunto con UNICEF han desarrollado diferentes herramientas de IEC en torno de las SAFL, como cartillas y cursos virtuales. Con la Fundación Éxito se han realizado también estrategias de comunicación y difusión como la promoción de los BLH. De esta manera, en los últimos 3 años se ha trabajado en la Tetatón y Lactatón virtual generando estrategias de comunicación masivas para la movilización social a través de medios, como en la semana mundial de la LM. Para el año 2019, se realizó un congreso internacional de LM y BLH.

En el marco de la estrategia “Cuidarte” el MEN ha generado múltiples estrategias de difusión y comunicación que contienen información sobre las ventajas de la LM. Respecto a los contenidos, se aborda la LM en la educación inicial, no solamente en términos de nutrición sino también de fortalecimiento de los vínculos afectivos al igual que en el fortalecimiento socioemocional de los niños y las niñas.

Es importante señalar que todas las organizaciones internacionales identifican la transmisión de conocimiento y el uso de estrategias de comunicación como relevante para el posicionamiento de la LM.

En las Secretarías de Salud, como estrategias de IEC han usado cuñas y programas radiales, e infografías virtuales. Algunas tenían eventos masivos en los barrios de la ciudad, otras se enfocaron en la producción de material audiovisual, discusión de información y capacitación de líderes comunitarios. Las estrategias IEC también se han dado por medio de impresos, boletines, rotafolios, difusión virtual de la información, pautas de televisión y perifoneo.

Además, las Secretarías han realizado acciones educativas para la promoción, protección y apoyo de la LM durante la semana mundial de la LM. Algunas secretarías han logrado consolidar en su plan de medios esta celebración. Se destacan planes de atención en las instituciones y la comunidad en general.

Aunque algunas secretarías de salud han desarrollado cursos de consejería en convenios con las Universidades, otras perciben que es una dificultad vincular a la academia en la formación de profesionales interesados en la LM. Pese a que han existido acercamientos desde las secretarías, las Universidades siguen siendo autónomas en sus planes de estudio. Otras Secretarías de Salud han logrado realizar diplomados y alianzas con universidades del país. No obstante, hacer este tipo de procesos con otras entidades, como el SENA, les causa desconfianza, puesto que, si no hay alguien capaz de realizar una sensibilización adecuada se pueden desarticular procesos establecidos.

(...) para enseñar lactancia lo primero es que hay que vibrar con el tema: no es tanto las horas de capacitación, sino el convencimiento y el amor al tema, porque lo que uno tiene que saber en lactancia es saber tocar el corazón, más que un seno. Si alguien no es capaz de tocar un corazón, no es bueno para trabajar. Tiene que estar enamorado del cuento, a tocar esa fibra que a veces se vuelve tan complicada. (...) hay que saber es más tocar corazones y almas que pechos humanos para que la lactancia se dé. En ese orden de ideas, a veces se dice "no, que capacite el SENA", y yo me pregunto, digamos, en el SENA tenemos una persona que hizo parte del diplomado, afortunadamente, pero ¿dónde no hubiera sido así? Entonces cualquiera llega a dar lactancia. Muy duro, porque desbarata todo un proceso que se ha hecho (Entrevista Secretaría de Salud, 2020).

En este sentido, entre las Secretarías que han desarrollado capacitaciones a las instituciones por medio de talleres virtuales, se han trabajado temas como la estrategia IAMI, SAFL, factores de desnutrición aguda, moderada y severa, las guías de atención materno perinatal y sobre la organización de redes de apoyo, entre otros. Se resalta que, en la Región Amazonía, algunas de las secretarías de salud han vinculado en el PIC el trabajo con comunidades indígenas, que consiste en procesos educativos en algunos espacios y diálogo de saberes sobre LM en otros.

Como estrategias de IEC las Secretarías han usado cuñas y programas radiales, e infografías virtuales. En algunos casos se han desarrollado eventos masivos y acciones educativas exitosas, como el caso de la estrategia "Kapalactancia" desarrollada en la Región Amazonía, en la cual visitan a las madres de los barrios de la ciudad.

Es de resaltar el trabajo comunitario que llevan a cabo los comités de LM, porque permite una gestión del conocimiento diferente a la producción científica tradicional que se realiza desde la academia y los saberes expertos. A partir del conocimiento que surge del trabajo con las madres y las familias hay mayores posibilidades de identificar las barreras sociales que cotidianamente enfrentan, esto permite formular estrategias más prácticas y realistas por medio de la política pública y sus planes de acción. El conocimiento que surge del trabajo comunitario que llevan a cabo los comités también da lugar a una perspectiva diferencial más amplia, donde se contempla la cultura, las costumbres y los recursos con los que cuentan las madres y las familias.

En cuanto a los comités de SAN para las estrategias de IEC, algunos de ellos han generado cuñas y programas radiales, han impreso volantes, cartillas y material relacionado para ser usado en los talleres de capacitación. Las guías alimentarias para la población gestante y lactante se promueven en las comunidades por medio del PIC, el cual ha servido para realizar estrategias informativas en español y en lenguas indígenas. Es de señalar, que los comités desde hace varios años promueven acciones de LM durante la celebración de la semana de LM. Algunos realizan actividades en conjunto con otras instituciones y otros destacan eventos como la "Tetatón" y concursos de conocimientos para las madres.

En relación con la gestión del conocimiento, todas las EAPB reportan que sus prestadores realizan actividades de información, comunicación y educación con sus respectivas usuarias. Algunas EAPB usan redes sociales y mensajes de texto para transmitir información sobre LM a sus usuarias, estrategia que se usó bastante durante la pandemia. Sin embargo, no se registraron menciones

relacionadas con la formación y capacitación a los profesionales de las EAPB, ni a los profesionales de la salud de los prestadores.

Las IPS que participaron en las entrevistas, han llevado a cabo diferentes estrategias de IEC, que incluyen el desarrollo de capacitaciones durante la gestación en el tema de LM, como el curso de preparación para la maternidad y paternidad con un módulo dedicado a la LM. También se refieren cursos o módulos virtuales para el talento humano de la IPS. No obstante, refirieron que las estrategias de educación de los profesionales hacia las madres presentan algunas brechas porque no se ha logrado el impacto en el conocimiento de la población.

También se hace referencia al desarrollo de un curso psico-profiláctico con un módulo de LM donde se ha capacitado al personal de enfermería. Se resaltó la formación en consejería en LM a los profesionales de salud de las IPS a través de sus Instituciones de educación superior asociadas, al igual que la implementación de encuestas, sondeos o investigaciones sobre las prácticas en lactancia de sus usuarias, para evaluar el efecto de las estrategias IAMI y adaptar mejoras.

Por otra parte, se refirieron colaboraciones con Grupos de Investigación, trabajando con gestantes a partir del segundo trimestre de gestación con el objetivo de promover un pensamiento temprano sobre la LM y evitar el uso de cualquier tipo de sucedáneo de la leche materna para la buena nutrición de los bebés.

El PDLM 2010-2020 pretendía que la gestión del conocimiento relacionada con LM generara evidencias técnico-científicas, administrativas y experienciales para la transformación de las acciones sobre la promoción, apoyo y protección a LM, se evidenció que la mayoría de los actores entrevistados han enfocado sus actividades en estrategias de IEC dirigidas tanto a los profesionales de la salud como a la población en general, así como también en capacitaciones en consejería en LM, estrategia IAMI, entre otros.

Coordinación interinstitucional e intersectorial

El trabajo interinstitucional entre entidades públicas como Secretarías de Salud, Comités Departamentales de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Secretarías de Gestión Social, Universidades y Hospitales, permite fortalecer la asistencia técnica a todos los actores comprometidos con la promoción y protección de la LM, así mismo permite dar mayor promoción a la certificación IAMI.

Hay que crear nuevas formas que nos permitan llegar a las personas y cómo se podrían implementar para lograrlo, y pues necesitamos más instituciones amigas de la lactancia, no solamente las instituciones de salud, sino las instituciones educativas, las empresas, sí, como que eso no solamente quede en un solo sector (Entrevista Comité de LM, 2020).

Los principales escenarios de coordinación interinstitucional de las entidades del Estado, en relación con la LM, son las Mesas, Comités y/o Comisiones intersectoriales. Uno de estos espacios donde confluyen diferentes entidades del sector público, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil, es la Mesa de Nutrición de Primera Infancia de la CIPI (previamente Mesa de LM). La coordinación interinstitucional ha permitido definir y diferenciar

mejor las competencias para fortalecer los procesos nacionales y territoriales. Entre los resultados producto de esta Mesa se encuentra la creación de un documento sobre la LM que está siendo modificado como documento de gestión territorial para la nutrición infantil.

Adicionalmente, se evidencian otros espacios de coordinación intersectorial donde de alguna forma se tratan los temas de alimentación y nutrición incluida la LM, como lo son la Comisión Intersectorial de Primera Infancia, el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la Comisión del Plan Decenal de Salud Pública y la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional donde el MSPS comparte la presidencia con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, rotando cada dos años.

Otro resultado importante del trabajo intersectorial fue la actualización de las Guías Alimentarias, en la que participaron los principales actores de orden nacional relacionados con la LM: Ministerios de Salud y Protección Social, de Agricultura, de Cultura, el Instituto Nacional de Salud, ICBF, Prosperidad Social, IBFAN, FAO, PMA, OPS, Universidad Nacional de Colombia y Asociaciones Académicas, entre otras.

Actualmente, la única alianza público-privada que mantiene el MSPS es con la Fundación Éxito, con quien ha desarrollado temas de nutrición infantil, consejería en LM y el fortalecimiento de BLH.

UNICEF reconoce que, aunque en algunos casos, existe la voluntad política y se realizan acciones a favor de la LM, estos esfuerzos no se reflejan con las cifras que arroja la ENSIN 2015 donde se visualiza una reducción de la práctica de la LM en el país; de ello infieren que los convenios y alianzas no han tenido los logros esperados.

Desarrollar mecanismos de gerencia, seguimiento y evaluación del Plan Decenal y sus logros

El MSPS ha desarrollado como mecanismo de seguimiento del PDLM 2010-2020, la realización del censo durante el año 2018 y 2020 de las IPS que están en proceso de implementación o certificadas con la estrategia IAMI, para evaluar la gestión realizada y el acompañamiento brindado a los territorios. Además, hacen monitoreo al proceso de implementación de los bancos de leche humana, cuentan con indicadores sobre cuántos niñas y niños se benefician y el volumen de donación.

Además, se está actualizando todo el sistema de información que tiene el MSPS para que se cuente con evidencia sobre la atención en la prestación de servicios, lo que implica actualizar los RIPS para verificar si se está prestando la consulta de consejería en LM, cuándo se está prestando, si se prestó la valoración a nutrición a todas las gestantes, etc.

El ICBF, respecto al seguimiento y monitoreo, cuenta con un sistema de información denominado "Cuéntame"³², referido en apartados previos, en el que se registran las características de los niños y niñas. De igual forma, se ha realizado seguimiento a algunas modalidades de atención como FAMI, Desarrollo Infantil en Medio Familiar (DIMF), 1000 días para cambiar el mundo y los Centros de Recuperación nutricional.

Como forma de seguimiento a las acciones desarrolladas en LM, las secretarías de salud han tratado de hacer la medición de algunos indicadores, como la duración media de la LME y comparándolas con los índices de encuestas como la ENSIN. También llevan a cabo evaluaciones del estado nutricional de los niños y niñas por medio de tamizajes nutricionales que contiene indicadores antropométricos.

En algunas Secretarías de Salud no se ha podido establecer una línea base de LM total y LME, dado que los sistemas de información no están consolidados y la información permanece dispersa. En contraste, otras Secretarías usan un instrumento propio para indagar en hogares priorizados cómo es la atención primaria en salud.

Se encontraron Secretarías de Salud que hacen visitas de inspección, vigilancia y control a las aseguradoras, verificando el componente de nutrición en el que evalúan la manera en que esas aseguradoras promueven la LM con su red de prestadores e IPS. Otras Secretarías de Salud han realizado un perfil sobre cuántos consejeros de LM hay en sus territorios.

Es importante señalar que las Secretarías de Salud de la Región Caribe refieren haber desarrollado procesos investigativos, junto a la academia, para destacar la importancia de la LME en la región. Han sistematizado encuestas que se hicieron a las diferentes ESE. Este método les ha servido para contrastar los resultados de la ENSIN en cada territorio. Sin embargo, precisan del aval del MSPS para que los resultados de las encuestas sean válidos.

De igual manera, algunos Comités de SAN desarrollaron estudios con el sector académico sobre el seguimiento al cumplimiento de las metas planteadas en el PDLM. Otros Comités, en cambio, no evidencian un sistema de seguimiento para las acciones, estrategias o indicadores de LM. Además, no se han logrado articular con otras instituciones para compartir información. Por ejemplo, en los BLH el MSPS implementó un sistema de seguimiento, pero los Comités no pueden acceder a esos datos

La principal dificultad relacionada con el seguimiento y evaluación desde las EAPB, consiste en que las éstas no tienen claro cómo medir las actividades en LM y tampoco cómo determinar sus

³² **Cuéntame** es un sistema de información orientado a apoyar la gestión y recolección de información de los servicios que ofrece la Dirección de Primera Infancia del ICBF en el territorio nacional. El ingreso de los datos de forma oportuna al sistema de información CUÉNTAME, hace parte del proceso de atención a la población que ofrece el ICBF, y permite identificar a los beneficiarios que, por su condición de vulnerabilidad, requieren acceder de forma prioritaria a los servicios. La atención de beneficiarios en cada entidad territorial debe responder a las características y necesidades particulares de los niños y las niñas en primera infancia, según el proceso de focalización y los requerimientos establecidos por el ICBF, buscando siempre el respeto por la diversidad y las características particulares de los niños, sus familias y comunidades.

resultado e impactos, ya que no cuentan con indicadores para hacerlo. De igual manera, refirieron que el MSPS pide a las EAPB registro de actividades específicas en LM que no pueden cuantificarse ni registrarse en los RIPS. En la misma medida, el seguimiento de las actividades de promoción (enseñanza) en LM es difícil, en tanto no es posible determinar el impacto de la actividad. Por lo que, al contratar al prestador, a pesar de que existen notas técnicas y anexos contractuales, no se puede cuantificar el resultado, ni hacer seguimiento a las estrategias relacionadas con la promoción, apoyo y protección de la LM y la alimentación complementaria.

Aunque algunas entidades pueden contar con indicadores³³ para hacer seguimiento a sus programas relacionados con la LM y la alimentación complementaria, no se cuenta aún con indicadores que permitan conocer y realizar seguimiento a las prácticas en LM de las madres.

Es de resaltar que a través del trabajo en la Mesa de Nutrición de la CIPI se ha empezado a identificar experiencias exitosas de cualificación de talento humano para temas de LM concretamente. No obstante, en las entrevistas no se evidenciaron este tipo de actividades en los territorios.

El PDLM 2010-2020 planteó la necesidad de establecer acciones que permitieran de manera integradora su gestión, mediante el desarrollo de mecanismos de gerencia, seguimiento y evaluación, sin embargo, desde la perspectiva de los actores entrevistados no se cuenta con sistemas de información consolidados ni con indicadores para el seguimiento de las acciones realizadas en LM.

Desarrollar mecanismos de vigilancia y control del cumplimiento de la protección de la LM.

La promoción, protección y el apoyo a LM se encuentra inmersa en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 y el PDLM 2010–2020, constituyéndose como uno de los mecanismos de vigilancia y control en el cumplimiento del CICSLM. En Colombia mediante el Decreto 1397 de 1992 *“por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna”*, se estableció el CICSLM adoptado mediante Resolución número AMS 34 -22 del 21 de mayo de 1981, por la Asamblea Mundial de la Salud, comprometiéndose a incorporar en su legislación interna las normas del mismo” (MSPS, 2015).

“El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y sus posteriores resoluciones aprobadas en la Asamblea Mundial de la Salud, surge de la necesidad de controlar prácticas inadecuadas de publicidad empleadas para promover de sucedáneos de la leche materna, como una medida para mejorar la nutrición infantil y contribuir a la reducción de la mortalidad relacionada con desnutrición” (MSPS, INVIMA, 2015, p.6).

El MSPS realizó monitoreo al código cuyos resultados se publicaron en noviembre de 2015 y se encontró que quienes más incumplían el código eran los profesionales de la salud. Uno de los

³³ La Resolución 3280 de 2018 tiene como indicador de resultado: Niñas y niños alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses.

obstáculos al respecto es la autonomía médica, pues ella sirve de argumento para justificar la receta de leche de fórmula. En el fortalecimiento de IAMI se trabaja en las instituciones para que no receten ni regalen leche de fórmula, pero aún sucede, por lo que es necesario mejorar la vigilancia al respecto. El MSPS mencionó durante la entrevista que se encuentra en actualización al decreto 1397 relacionado con el CICSLM.

En tanto que para los organismos internacionales la observancia del Código es un tema prioritario, manifiestan la dificultad de su cumplimiento y el poco interés de la industria de alimentos infantiles por contribuir a la LM.

Se logró visibilizar que existen mecanismos no evidentes de la promoción de productos que infringen el código, destacándose actualmente las redes sociales y las cadenas de WhatsApp. Así mismo, se incita a las gestantes para consumir algunos productos que pueden generar promoción cruzada o indirecta, a través de descuentos, campañas publicitarias y alianzas comerciales.

Algunas de las Instituciones de Salud, especialmente las IAMI, manifiestan que se tiene prohibido el ingreso de visitantes médicos y no pueden recibir muestras de fórmulas infantiles; sin embargo, algunos funcionarios ingresan leches de fórmula en las maletas personales, como prevención para cuando se presenten dificultades al iniciar la LM. A partir de ello las IPS exigieron registro en el libro de partos, especificando cuáles eran las madres, cuyos hijos nacidos en el hospital, no pudieron amamantar y tuvieron que recurrir a leche de fórmula; con este registro se logró desincentivar esta práctica y se disminuyeron notablemente los casos en donde era necesaria la utilización de fórmula. De igual manera se considera necesario un trabajo constante con los profesionales para asegurar el cumplimiento del código.

(...) nosotros logramos, hace aproximadamente unos seis años, reglamentar en el hospital todo lo que eran las visitas, como tal, de las casas comerciales. Desde la dirección general de toda la institución se instauró una política para no tener visitas en áreas asistenciales; están todas reguladas desde la parte comercial desde la institución. (...) Entonces no tenemos absolutamente nada de publicidad en los servicios ni dispensación de fórmulas de ninguna otra manera que salga desde nuestro lactario, por una indicación especial, por una indicación de una nutricionista, porque el paciente lo requiere o por la evaluación particular que se haga. Eso es algo que hay que trabajar todo el tiempo, porque todo el tiempo uno llega a algún lugar o llega un médico nuevo, no conoce la política y entonces sale con algunas cosas, con alguna publicidad, entonces nosotros estamos en constante evaluación. Incluso, hace aproximadamente ocho meses enviamos un comunicado expresando que el hospital es IAMI, que estamos en un acuerdo de sucedáneos y que no podemos tener absolutamente nada de publicidad en los servicios asistenciales y mucho menos con interacción con las familias, pero es algo que hay que trabajar constantemente (Entrevista IPS IAMI, 2020).

Otra dificultad manifiesta, es la falta de continuidad en los niveles de atención pues las acciones que se realizan en una institución se pueden perder cuando se pasan a otra institución teniendo gran relevancia en el cumplimiento del código, pues en alguno de los niveles de complejidad se pueden prescribir leche de fórmula o brindar muestras a la familia, con lo cual se pierden esas lactancias.

En los casos donde hay razón médica para indicar la leche de fórmula, no es fácil volver a programar una cita de control donde se haga todo el proceso de inducción a la lactancia a la madre y ésta se queda con la idea que la leche que le prescribieron en la IPS es buena y es con la que debe seguir, olvidándose de la LM.

En algunos casos se ven los esfuerzos por hacer cumplir el CICSLM, no permitiendo tener ninguna publicidad dentro de las instalaciones de la IPS, por lo que afiches, almanaques, relojes, bolígrafos, etc., no deben tener marca diferente a la propia o no tener marca; de igual forma prohíben el ingreso de visitantes médicos, se refuerza la capacitación sobre código de sucedáneos y sobre las razones médicas aceptables para la formulación de sucedáneos de leche materna con los profesionales de salud.

No obstante, se infiere que en algunas IPS no hay ningún tipo de control frente a la presencia de los visitantes médicos, ni tampoco ninguna seguridad en que éstos no entreguen muestras a las madres.

"Somos absolutamente amigos y enamorados de la LM, pero no somos fanáticos en la medida en que a veces hay necesidad" (Entrevista IPS Privada, 2020).

Por su parte, las EAPB identifican que los laboratorios representan una dificultad para lograr mejorar la práctica de la LM, pero no tienen estrategias para acompañar, asesorar y verificar el cumplimiento del código con los prestadores.

Con relación a la inspección, vigilancia y control – IVC relacionada con el Código de Sucédáneos, se destacan las acciones realizadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, en cuyo accionar se encuentra realizar actividades de IVC sobre los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la LM en el marco del Decreto 1397 de 1992. En este orden de ideas, el INVIMA realizó actividades de Capacitación y Asistencia Técnica al 100 % de las ETS del orden Departamental Distrital y Municipal categoría especial, 1, 2 y 3 en materia de publicidad desde donde se contempló lo relacionado al Decreto 1397 de 1992. Así mismo en el proceso de auditorías a las ETS del orden Departamental, Distrital y Municipal de categorías 1,2 3 y especiales, se incluyó como criterio la recopilación de información sobre publicidad en la inspección de establecimientos de comercialización.

A pesar de lo anterior y pese a los esfuerzos de algunas EAPB e IPS, la norma que regula el Código en Colombia se queda corta y requiere una actualización urgente para que las acciones en IVC tengan mayor efectividad, especialmente en los procesos sancionatorios, toda vez que se evidencia el incumplimiento del código, pero no hay una manera más eficaz de controlar las prácticas indebidas por parte de productores y comercializadores de sucedáneos de la leche materna.

4.2.1.2 Mecanismos a favor de la LM

Fortalecer entornos sociales favorables a la LM

Salas Amigas de la Familia Lactante (SAFL):

Un logro que se reconoce durante la vigencia del PDLM 2010-2020, es la expedición de la Ley 1823 de 2017 que tiene como objeto adoptar la estrategia “Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral” y su posterior reglamentación a través de la Resolución 2423 de 2018, mediante la cual el MSPS, reglamentó los parámetros técnicos para la operación de dicha estrategia.

El acercamiento a algunas empresas para la implementación de las SAFL según el MSPS ha mostrado que persiste la creencia de que la LM es una actividad exclusiva de personas con escasos recursos, lo que lleva a que los empresarios no encuentren sentido a montar salas amigas, al considerar que su personal tiene el suficiente dinero para comprar leche de fórmula (sucedáneos de la leche materna).

Por su parte, el ICBF apoya la implementación de las SAFL, para sus colaboradores en las sedes que se requiera, por ejemplo, la sede de la Dirección General trabaja para que los Centros Zonales las pongan en funcionamiento. Sin embargo, no es algo obligatorio, por lo que solicita que los operadores que cuenten con disponibilidad de espacio y recursos puedan hacerlo. El fortalecimiento de esta estrategia lo ha realizado en trabajo conjunto con UNICEF. Adicionalmente, uno de los logros que han identificado como importantes ha sido la implementación de salas amigas en establecimientos de reclusión.

De la misma forma, el ICBF ha creado y fortalecido grupos de apoyo en los programas FAMI, Hogares Comunitarios y Hogares Infantiles, en coordinación con el sector salud. Adicionalmente, ha implementado estrategias y mecanismos de participación social que garanticen la movilización efectiva a favor de la LM, tal como la conmemoración anual de la Semana Mundial de la LM en las 33 Regionales.

Solamente una de las EAPB entrevistadas manifiesta disponer de SAFL del entorno laboral en todas sus sucursales para la extracción, conservación y amamantamiento. Todas las EAPB coinciden en que tener salas amigas no es un requisito para la contratación de los prestadores.

A pesar de que la estrategia se reconoce como novedosa e importante para las mujeres que trabajan fuera del hogar, aún existen dificultades para su implementación al depender en gran medida de la disponibilidad de recursos y de la voluntad política, aún cuando la ley 1823 de 2017 estipula su obligatoriedad.

Bancos de leche humana (BLH):

Los BLH son una estrategia para la supervivencia neonatal e infantil, que, mediante la promoción, protección y apoyo a la LM y el procesamiento, control de calidad y suministro de la leche humana a los neonatos hospitalizados, garantizan la seguridad alimentaria y nutricional del prematuro, contribuyendo así con la reducción de la desnutrición y de la mortalidad neonatal e infantil. Los

beneficiarios de los BLH son los niños prematuros, aquellos que nacen con bajo peso (menos de 2.500 gramos), recién nacidos con sepsis neonatal o deficiencias inmunológicas, entre otras situaciones especiales. (MSPS, 2020)

Esta iniciativa comienza en 2013, encontrándose que para el año 2020 se cuenta con 15 BLH, de los cuales 13 reciben y pasteurizan la leche donada, mientras que los otros dos no cuentan aún con pasteurización. En los dos últimos años la donación de leche aumentó gracias a un proceso de fortalecimiento territorial de la estrategia y a que los mismos bancos de leche humana desarrollaron acciones de información, educación y comunicación para promover entre las madres lactantes la donación.

Así mismo, de acuerdo con lo referido por algunas Entidades Territoriales en los últimos tres años ha aumentado el número de niños beneficiarios y el volumen de leche recolectada. El hecho de que las madres con excedente de leche, en lugar de desecharla la entreguen a los bancos de leche puede contribuir a generar una red de madres para el fortalecimiento de la práctica de la lactancia. Se espera a futuro fortalecer el proceso a través de un marco normativo que reglamente los lineamientos para la implementación, funcionamiento y seguimiento de la lactancia materna, incluyendo entre otros la donación de leche materna.

Mobilización Social

En el marco de la mesa de LM y alimentación complementaria, hoy mesa de nutrición infantil de la CIPI y de la Gran Alianza por la Nutrición, se han fortalecido en los últimos años las acciones de movilización social en torno a la LM; es así que se realizaron diferentes eventos donde se congrega la ciudadanía alrededor de la LM y la alimentación infantil saludable tales como la Tetatón realizada en parque de los novios de Bogotá donde se encontraron más de 1500 mujeres lactantes con sus bebés en agosto de 2018, posteriormente el evento se denominó Lactatón y movilizó en 2019 más de 2000 mujeres lactantes; este evento se realizó simultáneamente en otros territorios y se obtuvo la participación de 21 departamentos, 86 municipios, 105 instituciones aliadas públicas y privadas y 20.848 madres lactantes en Colombia. Durante el año 2020, debido a la pandemia, se organizó la Lactatón Virtual con la participación de 27.481 familias enviando fotos alrededor de la práctica de la LM en el hogar.

Otro de los eventos de movilización fue el webinar de LM, presidido por la Primera Dama de la Nación, señora María Juliana Ruíz, con la participación de 11 mil personas por Teams y 5000 en redes sociales.

Desde el MEN, a pesar de referir el desarrollo de estrategias propias de manera simultánea al desarrollo del PDLM 2010-2020 y por lo que no se podría atribuir una relación directa, se aludió el desarrollo actual de la estrategia “Mejores momentos para cuidarte” en el que trabajando con las Alcaldías Municipales y las Casas de la Cultura se establecen orientaciones para promover el desarrollo de los niños y niñas en diferentes etapas de la primera infancia y los primeros mil días de vida, incluyendo la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria. Para esto se dio cuenta de la formación de diversos agentes que incluyen docentes, líderes comunitarios, bibliotecarios, entre otras personas en 40 municipios. Se refirió también dentro de esta estrategia

el proceso “nuevos alimentos para cuidarte”, trabajando con familias y comunidades, en el que se refuerza el tema de lactancia materna.

Cabe resaltar que la mayoría de los eventos de movilización social se realizan en los municipios y territorios durante el mes de agosto cada año, conmemorando la semana mundial de la LM.

Mitigar las barreras sociales en relación con la LM

Con relación a las barreras sociales que pueden presentarse alrededor de la práctica de la LM se encuentran varios tipos de acuerdo con los actores entrevistados; algunas de ellas son de tipo económico, otras de tipo cultural.

En lo económico, es necesario considerar las zonas remotas sin acceso fácil a internet, lo cual dificulta realizar capacitaciones y obligatoriamente es necesario desplazar los equipos de profesionales. De otra parte, la situación económica de las familias y la falta de garantías laborales para las madres lactantes, de manera especial para aquellas mujeres que tienen trabajos informales, no permite que haya posibilidad de una licencia de maternidad, lo cual dificulta ejercer su derecho al amamantamiento y con ello garantizarle el mejor alimento a sus hijos e hijas.

En los aspectos culturales, el amamantamiento en espacios públicos sigue siendo un tema álgido con diversas situaciones evidenciadas durante las entrevistas, sobre lo cual algunas de las EAPB y algunos de los organismos internacionales han realizado estrategias de IEC para promover la no estigmatización de la lactancia en público.

Así mismo, los Comités de SAN han implementado estrategias de IEC para las comunidades indígenas frente a la LM y la alimentación complementaria, puesto que han identificado que en algunas comunidades tienen creencias que dificultan estos procesos; por ejemplo, el calostro lo asocian a elementos negativos o a que le puede hacer daño al bebé. Estas estrategias de IEC generalmente son realizadas de forma interinstitucional entre secretarías de salud, ICBF y Prosperidad Social, entre otras.

Desde la FAO, se identifica como barrera social la falta de adecuación de algunos de los materiales nacionales, por lo cual pueden no ser adaptables en todos los territorios, ni para algunas de las comunidades. Se consideran que sirven para todos, pero en esa medida no es para nadie en particular. Esto se ha observado particularmente con las Guías Alimentarias.

No obstante, ante esto último el MSPS realizó una investigación cualitativa para la construcción de las Guías Alimentarias que permitió identificar barreras, mitos y miedos de la madre en relación con la LM. Esto representó un avance para el Ministerio en cuanto pudo reconocer e identificar "los cuellos de botella" que dificultan la lactancia para tratar de darle solución a cada uno. Así mismo identifican un cambio importante en algunas barreras sociales, el cual consiste en que sin importar la estratificación social las madres se han ido apropiando de la importancia de la LM en el desarrollo de las niñas y niños. En este mismo sentido se presenta mayor reconocimiento del papel que desempeña la familia y el padre en la lactancia, pues antes se consideraba que era un proceso exclusivo de la madre lactante, quien de manera independiente y solitaria lo debía solucionar.

Consolidar la responsabilidad empresarial e institucional orientada al apoyo, protección y promoción de la LM.

Los diferentes actores entrevistados tocan el tema de la licencia de maternidad como una dificultad para las madres que trabajan fuera del hogar, que si bien con la Ley 1822 de 2017 llegó a 18 semanas (algo más de 4 meses), no está armonizada con la recomendación de LME durante los primeros 6 meses de vida.

En este sentido, coinciden algunas entidades como el ICBF en las dificultades que se presentan con el sector empresarial para la práctica de la LM en el entorno laboral. Desde el punto de vista de algunos de los referentes de SAN, se debe hacer un esfuerzo importante por socializar las normas con relación a la LM en el entorno laboral con los empresarios.

Por su parte, UNICEF trabaja con las empresas para la protección de los derechos de la niñez y de los trabajadores, en donde se ha abordado el tema de LM y se brinda apoyo técnico para la conformación de SAFL.

Al considerar las EAPB como empresas, se puede inferir que acatan lo que dice la norma frente a las licencias de maternidad y las horas de lactancia para el personal que labora con ellos. No obstante, con algunas pocas excepciones, no se evidencia interés en implementar SAFL en sus centros administrativos y lugares de atención.

4.2.1.3 Gestión política para la promoción, protección y apoyo a la LM

Armonización de instrumentos de política pública

Para el MSPS, el principal logro en la armonización de instrumentos de política ha consistido en avanzar en la integralidad de la atención en salud hacia las madres gestantes y el recién nacido. Esto se evidencia nuevamente en la Resolución 3280 de 2018 expedida por este Ministerio, que establece los lineamientos para la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal.

En la armonización de instrumentos se identifica la articulación del PDLM 2010-2020 con la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, y políticas públicas de infancia y adolescencia. En este sentido, el PDLM 2010-2020 se integra con la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Plan SAN 2012-2019) en la línea “*mejorar la práctica en la LM*”, que promueve la importancia de la LM como factor protector en la supervivencia, salud y nutrición en niños y niñas menores de 2 años. Respecto al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el PDLM 2010-2020 se articula con el componente de consumo y aprovechamiento biológico que tiene como objetivo la alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada, donde se formula a su vez como indicador de resultado el incremento en 2 meses de la duración media de la LM en menores de 6 meses.

En relación con la Política Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030, la articulación con el PDLM 2010-2020 se da a través de la conformación de la Mesa de Nutrición de la Primera Infancia de la CIPI en 2019, en donde se trabajan dos sub mesas, una encargada de los temas de LM y alimentación complementaria y otra de los temas de desnutrición.

Se observó que se requiere profundizar en la armonización con entidades del Estado que pertenecen a sectores diferentes al de salud, pero que desarrollan acciones que podrían estar articuladas con LM. Por ejemplo, la Dirección de Primera Infancia del Ministerio de Educación Nacional aborda temas de alimentación escolar, estilos de vida saludable, desarrollo integral, hábitos de alimentación y fortalecimiento de vínculos afectivos, que podrían estar relacionados con el PDLM 2010-2020, pero no hay una armonización directa de instrumentos de política que articule estas acciones

Otro hallazgo relevante, relacionado con la armonización, consiste en que los diferentes actores involucrados en la promoción, apoyo y protección de la LM no tienen claridad en la manera como los instrumentos de política están articulados entre sí. Por ejemplo, una de las organizaciones internacionales entrevistada, identifica el PDLM 2010-2020, el Plan Decenal de Salud pública y la Política de desarrollo integral de Primera Infancia como referentes de la LM, pero considera que, al ser formulados como instrumentos de política independientes, se dificulta su “aterrizaje” en los territorios, ya que se fragmentan las acciones cuando se llevan a los departamentos y municipios.

(...) cuando hay demasiada fragmentación en los planes, o no hay un suficiente diálogo entre sus mismos planes, eso genera pues como una atomización de las acciones cuando esto se va a llevar digamos a niveles territoriales, eso me parece que ha sido un limitante. (Entrevista Organización Internacional, 2020)

En un sentido similar, una de las EAPB entrevistadas considera que los lineamientos del PDLM 2010-2020 han quedado difusos en las diferentes normas y estrategias relacionadas con la lactancia, como en la Resolución 3280 de 2018; en la estrategia AIEPI; en la estrategia De Cero a Siempre, entre otras. El resultado de esto ha sido que las EAPB se enfrentan a una variedad de enfoques, normas y responsabilidades, al punto que no tienen claridad sobre cuáles son sus funciones y responsabilidades. Esta situación también ha generado que las actividades en LM no estén articuladas, ya que algunas EAPB implementan acciones del PDLM 2010-2020; otras deciden trabajar con el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional; mientras que otras optan por la política de infancia y adolescencia.

(...) Los lineamientos quedaron difusos después del plan en una cantidad de normas y en una cantidad de orientaciones [...] quedaron metidos en cada estrategia que habla de los niños.. Allí quedó eso involucrado y en todas se menciona de la lactancia materna pero al final nosotros teníamos una diversidad de enfoques, de normas, de responsabilidades pero no hubo una sola directriz clara de decir: “vea a usted le toca esto, a usted le toca esto y a usted le toca esto, aquí están sus metas, estas son sus responsabilidades y usted tiene que responderme por estas tres o cuatro cosas. [...] todo esto ha sido, pienso yo, el producto de unas actividades descoordinadas

que no han seguido un solo hilo conductor y eso ha sido para mí el principal problema”. (Entrevista EAPB, 2020)

Si bien en los últimos 10 años se han logrado avances importantes en la armonización de los instrumentos de política a nivel nacional, se requiere extender los ejercicios de armonización a los instrumentos de política de orden local. Esto se evidencia en la ausencia de articulación e integración del PDLM 2010-2020 en los planes de salud y de desarrollo territoriales.

No obstante, se registran experiencias por parte de los Comités de SAN que dan cuenta de los esfuerzos por lograr una articulación en lo local: algunos comités informaron que han logrado incluir las metas de los planes territoriales de salud en los planes de desarrollo territoriales; otros comités han incorporado metas específicas de IAMI y actividades conjuntas con el ICBF sobre LM en los Planes de desarrollo o en los Planes Territoriales de Salud. Estos esfuerzos en la armonización del PDLM 2010-2020 se observaron principalmente en la Región de Amazonía, Región Central y en el departamento de Nariño.

Las Secretarías de Salud confirman que se ha presentado un esfuerzo de integrar en los planes de desarrollo metas relacionadas con la LM. No obstante, el cambio de gobierno hizo que, en algunas Entidades Territoriales, se excluyera de los planes de desarrollo la LM, ya que los nuevos gobernantes no estaban familiarizados con el tema e ignoraron las recomendaciones técnicas de quienes ya venían trabajándolo.

Consolidación de la función rectora

Las entidades del Estado responsables de la promoción, apoyo y protección de la LM tienen como función rectora la orientación y movilización de las instituciones del sector salud. Para ello se implementa la asistencia técnica como una herramienta para trasladar conocimiento, información y capacidades que faciliten a las instituciones implementar acciones a favor de la LM.

A partir de los resultados de la ENSIN 2015 y el censo de IAMI de 2018, el MSPS desarrolló un proceso de fortalecimiento de capacidades en IAMI priorizando zonas que no tenían la estrategia como Vichada y Vaupés. En 2020 el MSPS inició un proceso de fortalecimiento de capacidades a las personas que están al frente de los BLH, mediante la realización de un proceso de formación de formadores para capacitar a los auxiliares de enfermería y al personal de apoyo. Por último, el MSPS junto con el SENA adelanta un proceso de formación de consejeros en LM a nivel territorial, la implementación se tiene planeada para el primer trimestre de 2021 en 25 entidades territoriales.

Desde el ICBF, la asistencia técnica ha estado orientada hacia el fortalecimiento de los procesos de implementación de los servicios que presta la institución a madres lactantes y menores de 2 años. Para ello se han desarrollado procesos de formación a las Regionales y Centros Zonales para la capacitación de los agentes educativos, de las madres comunitarias y de los profesionales de salud y nutrición del área social.

Las Secretarías de Salud territoriales indicaron que en los últimos 2 años se incrementó la asistencia técnica recibida por el MSPS. Las Secretarías resaltan la fortaleza de esta asistencia técnica llevada a cabo a partir de acompañamientos, capacitaciones y retroalimentaciones. En el



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



marco de la pandemia se recibió, por parte del MSPS, lineamientos para la realización de consejerías sobre LM a padres y cuidadores de niños y niñas con desnutrición.

A su vez, las Secretarías de Salud también implementaron procesos de asistencia técnica dirigidos a las IPS públicas y privadas, a las EAPB y a líderes en seguridad alimentaria y nutricional. La asistencia técnica se ha desarrollado a partir de capacitaciones, cuyos contenidos principalmente son bajo peso al nacer, desnutrición aguda, LM, estrategia IAMI y consejería en LM. La implementación de la asistencia se ha realizado mediante acompañamiento directo a las instituciones municipales o a través de cursos virtuales

En cuanto a los Comités de SAN entrevistados, algunos informaron haber recibido asistencia técnica por parte del MSPS en relación con la estrategia IAMI. En contraste, otros Comités afirmaron que no recibieron un acompañamiento adecuado por parte de las instituciones del orden nacional, lo que dificultó el cumplimiento de sus compromisos frente al PDLM.

Al igual que las Secretarías de Salud, los Comités también adelantaron actividades de capacitación, acompañamiento y seguimiento a las IPS públicas sobre la estrategia IAMI en el marco de la Resolución 3280 del 2018.

En la misma línea, la experiencia de las diferentes IPS entrevistadas en relación con la asistencia técnica no es uniforme. Algunas IPS recibieron asistencia por parte de la Alcaldía o la Secretaría de Salud, otras recibieron capacitaciones por parte de fundaciones (como la Fundación Santa Fe) y, en otros casos, la asistencia técnica provino de convenios o alianzas con universidades. Una de las IPS no recibió ningún tipo de asistencia, acompañamiento o seguimiento, por lo que el personal de salud, a cargo de implementar la estrategia IAMI en la institución, buscaba capacitaciones y cursos en los cuáles participar por interés y gestión propia.

Sostenibilidad del PDLM 2010-2020

El mantenimiento de las acciones en torno del PDLM 2010-2020 es necesario para la continuidad del trabajo que se ha realizado en el apoyo, promoción y protección de la LM. Para el MSPS entre las estrategias para garantizar la sostenibilidad de las acciones del PDLM 2010-2020, se encuentra la conformación de la mesa intersectorial de LM y alimentación complementaria, la cual posteriormente se modificó, en el marco de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI), para conformarse la Mesa de Nutrición en Primera Infancia que cuenta con la participación de organizaciones de la sociedad civil y de organizaciones internacionales.

Para las Secretarías de Salud, una forma de asegurar la sostenibilidad de las acciones en LM ha sido apoyar la realización de planes de sostenibilidad para las IPS que buscan la certificación IAMI. En las Entidades Territoriales donde se integraron acciones de LM en los planes de desarrollo, las Secretarías de Salud incluyeron indicadores de producto, lo cual lleva a fortalecer y mantener el tema de la LM, ya que las distintas entidades deben esforzarse por dar cumplimiento al indicador.

Desde la experiencia de los Comités de LM, la sostenibilidad de las acciones a favor de la lactancia se ha visto comprometida por la falta de recursos, lo que ha limitado el desarrollo de los BLH, las

SAFL y la capacitación del talento humano que implemente y mantenga la estrategia IAMI en las instituciones.

Para las IPS la acreditación IAMI representa la mejor estrategia para garantizar la sostenibilidad de las acciones en LM. Sin embargo, debido a que no es una estrategia de cumplimiento obligatorio, su implementación depende de la voluntad de los tomadores de decisión, en este caso de los gerentes y juntas directivas; y de las entidades del Estado que prestan asistencia técnica, acompañamiento y verificación, como las Secretarías de Salud y los Comités de LM y Comités de SAN.

De manera complementaria a lo anterior, la sostenibilidad se ha visto favorecida gracias a la política de implementación de la Ruta integral de atención en salud materno perinatal, esto ha hecho que las IPS con atención de gestantes y recién nacidos, tengan que cumplir con el lineamiento de la ruta.

Algunas IPS consideran que hay otros instrumentos que le han dado más sostenibilidad a la práctica de la LM que el mismo PDLM. Se trata de instrumentos que entraron con más fuerza y con más herramientas para poder ser aplicadas en las instituciones. Por ejemplo, el lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda permitió darle fuerza a la importancia de la LM; también cuando se creó el evento de mortalidad por desnutrición aguda en el SIVIGILA, pues se hizo que la vigilancia fuese más rigurosa.

En este sentido, las IPS dan cuenta de dos dificultades fundamentales para garantizar la sostenibilidad. En primer lugar, se refiere el entorno que no es amigable con la LM, es decir, al salir las madres de las IPS IAMI se exponen a influencias sociales, familiares y de otros profesionales de la salud que inciden en el abandono temprano de la LM. En segundo lugar, se encuentra la falta de reconocimiento que la estrategia IAMI tiene entre las IPS, ya que no es fácil identificar cuáles son las ganancias económicas que genera. Ante esto, las IPS tratan de justificar la estrategia usando un discurso económico indicando lo que se ahorran las instituciones en compra de leches de fórmula (sucedáneos de la leche materna), chupos o en hospitalizaciones producto de complicaciones de los bebés.

A partir de los testimonios y relatos de los actores claves entrevistados, se evidenciaron avances en la gestión política para la promoción, protección y apoyo a la LM, en el marco de la implementación del PDLM 2010-2020. Como se ha expuesto, se avanzó en la armonización de instrumentos de política que sirvieron de base para el actuar institucional. Además de lograrse la articulación del PDLM con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, y con la Política Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030, se fortaleció la Ruta Integral de atención en salud para la población materno perinatal. No obstante, es necesario extender la armonización hacia los instrumentos de política de orden local para integrar los planes de desarrollo y de salud territoriales con el PDLM.

Se evidenció la asistencia técnica como uno de los factores fundamentales para implementar, fortalecer y garantizar el sostenimiento de las acciones a favor de la LM y la alimentación complementaria. La asistencia técnica transita del MSPS hacia las regiones y territorios, donde las Alcaldías, Secretarías de Salud y Comités de LM y Comités de SAN realizan, a su vez, asistencia

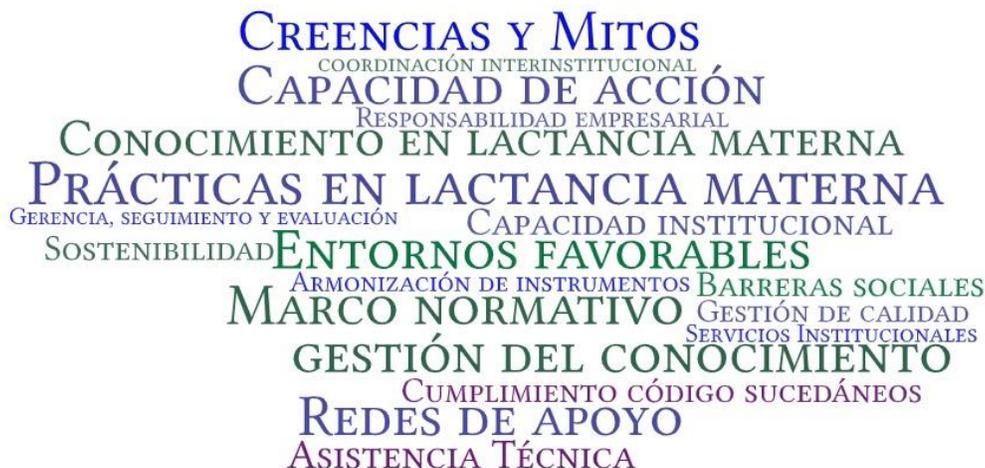
técnica hacia las IPS y EAPB. En este proceso no todas las Secretarías se comprometen a ello y algunas IPS requieren mayor cercanía del MSPS sobre este asunto.

Finalmente, respecto a la sostenibilidad de las acciones, no se identificó una estrategia clara en los territorios orientada al mantenimiento de las acciones a favor de la LM; en su lugar, los diferentes actores tratan de adaptarse y responder a las características del entorno para mantener en pie los procesos adelantados. Se identificó que una condición necesaria para asegurar la sostenibilidad es el compromiso y la voluntad política de parte del gobierno local y la gerencia de las IPS para el apoyo de las acciones en LM.

4.2.2 Perspectivas sociales asociadas a la ejecución del PDLM 2010-2020

Las perspectivas de los actores locales se consideran fundamentales para reconocer la capacidad de incorporación de las estrategias programáticas en la sociedad, por esto se hace relevante entender los hallazgos y avances en el cumplimiento de objetivos desde el contexto local. Se consideraron los testimonios de las madres, la academia, las organizaciones de la sociedad civil, los profesionales de salud con experticia en temas de LM y el sector empresarial sobre cada uno de los ámbitos que componen el PDLM en los que estos actores tienen injerencia. De esta manera se pretendía responder si el discurso de los actores locales, comunitarios y sociales refleja el cumplimiento de objetivos y metas establecidos en el PDLM 2010-2020..

Gráfica 27. Nube de palabras con categorías de análisis representativas desde la perspectiva social



Fuente: Elaboración Propia (2020).

4.2.2.1 Capacidades y competencias institucionales

Marco normativo

El PDLM 2010-2020 proporciona las bases sobre las cuales se construye y determina el alcance de la política relacionada con LM y su articulación a los desarrollos en materia de primera infancia y seguridad alimentaria y nutricional. Su fin es promover, proteger y apoyar la LM, como el medio ideal para la adecuada alimentación de los niños y niñas, a los fines de garantizar su vida, salud y desarrollo integral. En este sentido, para las universidades el país ha acogido las recomendaciones de las cumbres internacionales y las ha tratado de adaptar mediante decretos presidenciales, leyes y normas; éstas llegan a los territorios mediante Planes de Desarrollo, PTS y Planes de Seguridad y Soberanía alimentaria.

Las Organizaciones de la sociedad civil (OSC), reconocen que el PDLM es la única política que incide directamente en la protección, promoción y apoyo a la LM. Pero también identifican que el Plan está formulado desde la gestión administrativa, lo que hace que no funcione como política pública. En este sentido, IBFAN considera que la resolución 3280, que se refiere a la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta integral de atención materno perinatal serviría de marco normativo para fortalecer el inicio de la LM. El proyecto de ley Gloria Ochoa Parra se interpreta como una oportunidad para que el nuevo Plan decenal se articule con una regulación más estricta de las prácticas de la industria.

Coordinación interinstitucional e intersectorial

La academia ha desarrollado trabajos con comunidades sobre LM, junto a las Secretarías de Salud, ha realizado capacitaciones a profesionales de salud de varias instituciones. Las universidades han realizado acompañamiento a las Secretarías Departamentales de Salud en sus acciones del PIC y en las responsabilidades de gestión de salud pública en diferentes municipios. Sin embargo, aunque desde la academia perciben que la LM es abordada en las Secretarías de Salud y en los Gobiernos departamentales, no ven una red estructurada para que varios actores trabajen de manera coordinada.

También han participado en procesos de concertación entre el MSPS y el MEN. Estos se realizaban mediante convocatorias que hacían desde el nivel nacional para participar en mesas de trabajo o congresos. Allí, se articulaban a otras instituciones como el ICBF y otras Instituciones de Educación superior. Las universidades han desarrollado, asimismo, evaluaciones junto al MSPS para la elaboración de lineamientos, normas con relación a la LM, análisis de la situación de las SAFL en el entorno laboral, entre otros. Es una fortaleza, afirman, que en medio de tanta escasez de personal que trabaje el tema, se unan esfuerzos para aportar a los programas y a las instituciones.

Formación en lactancia

Las universidades han aportado al PDLM con resultados de procesos de investigación y el fortalecimiento de competencias al personal de salud de varias instituciones, sobre todo en el marco de la estrategia IAMI. También han aportado al fortalecimiento de capacidades en el ámbito laboral para el desarrollado de las salas amigas y mediante el acompañamiento a equipos

profesionales de salud de entes gubernamentales. Sin embargo, consideran que hace falta más fortalecimiento al interior de las mismas universidades, como en los procesos formativos de los profesionales en el área de la salud y de ciencias sociales y humanas, para que trabajen mucho más la LM. Aunque algunas facultades o escuelas han revisado cómo incorporar la LM en sus asignaturas, cambiar un currículum puede ser complejo, pues requiere de varios trámites internos. No obstante, se consideran algunos logros, como en el caso de la Universidad Industrial de Santander al haber vinculado a las y los docentes para ser formados como consejeros de LM mediante un curso de 40 horas, con actividades prácticas. Uno de sus compromisos era incorporar los temas de LM a sus asignaturas y después tratar de modificar los Currículos. También resaltan que se podrían cambiar fácilmente si hubiera más voluntad por parte de quienes lideran las Dependencias académicas.

En la misma línea, las universidades dentro de sus estrategias de IEC han realizado talleres y encuentros sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia; también han desarrollado semilleros de investigación sobre LM y alimentación complementaria, desde allí se ha motivado a los estudiantes para que realicen trabajos de grado o proyectos de investigación relacionados con la LM. Se refiere que los estudiantes que han pasado por estos semilleros terminan siendo profesionales de la salud expertos y apasionados por el tema, incluso desarrollando sus prácticas profesionales en LM.

Respecto a la investigación, las universidades han desarrollado semilleros sobre LM y alimentación complementaria. Se han abordado investigaciones sobre la nutrición durante la gestación, el impacto sobre indicadores del recién nacido, los perfiles alimentarios, entre otros temas. De igual manera, las universidades destacan los trabajos hechos por el Instituto Nacional de Salud, pues se han preocupado por trabajar el tema de LM bajo estudios cualitativos. En general, las investigaciones hechas por las universidades buscan que sus resultados aporten a orientar los procesos y los programas de las instituciones. Actualmente se están explorando las investigaciones en consejería en LM.

La mayoría de los profesionales de la salud, no han tenido formación suficiente en lactancia y alimentación complementaria durante el pregrado y muy pocos toman cursos de actualización en LM y alimentación complementaria, luego de su graduación, por lo que es relevante desarrollar intervenciones de educación sobre la LM y alimentación complementaria en los pregrados de salud como estrategia efectiva en la formación de los futuros profesionales. Las universidades insisten en que hay que apostarle más a la formación de los profesionales para que al egresar estén formados y no tengan que hacerlo las IPS.

Finalmente, de acuerdo con lo referido por los actores de la Academia, dentro de las universidades hay programas académicos que han avanzado en sus currículos: las nuevas versiones tratan temas relevantes y ponen horas prácticas a los estudiantes, así ellos pueden abordar el tema de la lactancia. Hay profesoras de las Escuelas de Nutrición que motivan a hacer prácticas con madres en posparto. Aunque el tema de la LM todavía es muy tangencial en los currículos, las Escuelas tratan de que se aborden tanto en el pregrado como en el posgrado. Desde los Departamentos de Nutrición se trabajan temas relacionados a la LM, aunque la dificultad es que este tema depende de la motivación del profesor, más que de alguna directriz institucional o del Ministerio de Educación. Si a los profesores no les interesa trabajar el tema escogen otro dentro de su libertad

de cátedra. La LM no está establecida en el Currículo, no es una línea de trabajo que deba desarrollarse obligatoriamente. Aunque el tema sí hace parte de algunas asignaturas, no es obligatorio verlo en el pregrado o posgrado.

Perspectivas sobre el cumplimiento del código de sucedáneos y capacidad de acción para la LM

El CICS LM tiene por objeto proteger y fomentar la LM, mediante la reglamentación de una distribución y comercialización adecuadas de los sucedáneos de la leche materna³⁴. Para las OSC, el PDLM buscaba actualizar el decreto 1397 para fortalecer el cumplimiento al Código, pero consideran que esto no se ha logrado, especialmente porque a la sociedad civil no se le ha permitido participar en este proceso. También resaltan que las deficiencias del marco normativo relacionadas al código de sucedáneos están ampliamente influenciadas por los intereses económicos de las marcas que comercializan los sucedáneos, este conflicto de intereses también se ha identificado en los profesionales de la salud.

Para los profesionales de la salud, la ausencia de conocimientos sobre LM, de capacitación y asistencia técnica en LM al personal de las instituciones de salud, da lugar a que las empresas que comercializan los sucedáneos persuadan al personal de salud sobre la necesidad de suministrar sus productos a los bebés. Esto se contrasta con los planeamientos de Gillespie, quien argumenta que el personal de salud de todos los niveles carece de conocimientos y habilidades necesarias para apoyar la LM (Gillespie, 2016), y se enfatiza de acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud, en Bogotá en el año 2014, en el que 50% de las madres de niños menores de dos años entrevistadas dejó de amamantar por recomendación de un agente de salud. Así mismo, los profesionales ven con preocupación el marco normativo que rige en el país para promover y apoyar la LM, donde no se brinda suficientes herramientas para denunciar el incumplimiento del código.

Para la academia es importante una investigación libre de conflictos de intereses, consideran que los programas o instituciones que busquen promover, proteger y apoyar la LM, no deberían tener presencia de la industria de alimentos en las decisiones que tomen. Es importante que la industria exista, pero no debería estar generando incidencia en las decisiones porque le resta coherencia. Por ejemplo, hay instituciones que abogan por el cumplimiento del Código, pero otras tienen la posibilidad de que la industria se sienta con los tomadores de decisión. Según el autor Emiliano de la Rosa, el conflicto de intereses se define como “un conjunto de condiciones y circunstancias que pueden influenciar indebidamente el juicio profesional en relación con el interés primario (bienestar, salud y tratamiento del paciente, validez de la investigación) por un interés secundario

³⁴ Aplica a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna a fórmulas infantiles, biberones y chupos. No permite ninguna promoción de estos productos en los servicios de salud, es decir ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales, resaltar que no se permiten muestras a las madres y sus familias ni a los profesionales de salud. No se permite la distribución gratuita de suministros de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas. El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la LM, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles. Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la LM es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



(provecho económico, afán de notoriedad, prestigio, reconocimiento y promoción profesional)” (Rosa, 2011, 47-54)

La interferencia de la industria en la obstaculización de la práctica de la LM se observa a todo nivel y tiene una amplia gama de estrategias que abarcan desde la publicidad agresiva hacia las familias, hasta la gran influencia en la legislación internacional. Esta situación se agudiza al comparar la última evaluación WBTi (*iniciativa Mundial sobre Tendencias de la LM*) realizada en 2017, sobre la aplicación de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño en Colombia, donde se expone que los conflictos de interés permean las políticas públicas y legislativas en materia de alimentación y nutrición, que socavan la práctica de la LM, y las buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, sin regulación alguna (IBFAN Colombia, 2017).

Las OSC consideran que no cuentan con suficientes herramientas para evitar que en las situaciones de emergencia se donen alimentos perjudiciales para las y los bebés. Las OSC llevan a cabo diferentes campañas que buscan prevenir este tipo de donaciones al informar sobre los efectos adversos de estos alimentos, sin embargo, las campañas informativas no son una herramienta suficiente para prevenir dichas situaciones. Refieren además que necesitan apoyo de la ciudadanía para hacer veeduría y seguimiento a las grandes marcas que promocionan productos alimenticios para bebés. La clave de este proceso está en fortalecer el conocimiento sobre estos temas en las familias y los mecanismos de comunicación o denuncia con las entidades estatales competentes. Para los profesionales de salud, las iniciativas de la salud relacionados con la LM serían más efectivas si se vincularan al activismo y a los procesos sociales que lleva a cabo la sociedad civil en torno a este tema. Asimismo, es necesario complementar este trabajo con comunicaciones o estrategias publicitarias en los mismos medios en donde se pauta la publicidad de los sucedáneos de la LM.

Finalmente, IBFAN considera que, cualquier investigación, conferencia, seminario, taller u otras reuniones científicas, que traten sobre cualquier aspecto de la salud y nutrición de niños no debería ser patrocinada económica o materialmente, de ninguna forma, directa o indirectamente, por compañías que estén involucradas en la producción, mercadeo o distribución de leches, alimentos o productos destinados a la alimentación de las niñas y los niños.

4.2.2.2 Mecanismos a favor de la LM

Conocimientos, creencias, mitos y barreras asociadas a la LM

Desde los actores entrevistados se consideró que hay conciencia y conocimientos sobre la importancia de la LM en la nutrición de las y los niños. La LM se considera fundamental para garantizar un sistema inmunológico fuerte y para fortalecer el vínculo emocional entre la madre y su bebé. Las madres reconocen una relación entre la lactancia y el estado de salud y bienestar general de sus bebés. Cuentan también con conocimientos sobre los signos de alerta y los momentos en que deben buscar asistencia médica.

Algunas madres refirieron acceder a conocimientos en LM a través de distintos mecanismos como cursos y asesorías brindadas por sus EPS, consejerías o asesorías especializadas, mientras que otras no han tenido acceso a ninguno de los anteriores. En aquellos espacios reciben información práctica acerca de técnicas, posiciones e información asociada a los beneficios de la LM tanto para el bebé como para la madre, al igual que abordan miedos y resuelven otras dudas. Al adquirir estos conocimientos las madres forman un criterio propio que les permite reformular o reafirmar su perspectiva frente a la LM. En varios casos las madres señalaron que la experiencia de lactancia excedió la información suministrada previamente y buscaron más información y asesorías conforme lactaban o intentaban hacerlo. El acceso a información clara y de calidad durante los cursos profilácticos es considerado como un factor determinante para que algunas madres actualicen sus conocimientos, practiquen y mantengan la LM.

A pesar de que el PDLM se proponía mitigar las barreras sociales relacionadas con la LM, se identificaron aspectos que aún limitan su desarrollo exitoso, incluyendo el estigma social asociado a la lactancia en espacios públicos, la discriminación basada en género, la existencia de normas sociales que asocian a la mujer y lo femenino con sujetos y aspectos a esconder, ocultar o invisibilizar, incluyendo sus necesidades fisiológicas y procesos biológicos. Lo anterior puede llevar a conductas con pocos beneficios, como la preferencia de alimentar a los bebés con leche de fórmula (sucedáneos de la leche materna) al estar fuera de casa. Las reacciones negativas a la lactancia en público han sido una barrera tradicional en diversos escenarios y países (Rollins et al., 2016), que parece persistir en el contexto de las regiones de Colombia.

Las miradas, ya empiezan a mirar a uno como extraño, como raro. Porque en Medellín me pasó, a los cuatro días de él haber nacido me tocó viajar para llevarlo a una cita particular y llegamos a una cafetería; él estaba llorando y llorando y yo lo iba a amamantar como madre, como instinto de madre, pero cuando vi que todos como que me miraban, preferí darle el tetero porque sentí que los ofendía, con la mirada me dijeron todo, entonces no me sentí cómoda (Entrevista Madre, 2020).

Se identificó el mantenimiento de otras barreras que se agudizaron durante el período de pandemia por COVID-19 como una baja disponibilidad de recursos virtuales asociados con la LM por parte de las EPS y limitaciones en el acceso a cursos relacionados por las condiciones de la contingencia. A pesar de que en el PDLM 2010-2020 los objetivos y metas sobre el desarrollo de herramientas virtuales están direccionados a ET, IPS y EPS, esto puede dar cuenta de restricciones en su formulación y cumplimiento.

De esta manera algunas madres no tuvieron acceso a cursos por la contingencia y limitaciones con su EPS, por lo que no tuvieron indicaciones concretas sobre lactancia, pero expresaron una sensación de autosuficiencia en sus conocimientos y la ausencia de necesidad de consultar al médico. Esto puede constituir a su vez un avance y una limitación, en tanto se considera que las mujeres entrevistadas pertenecen a un conjunto de madres informadas, y el acceso a información permite que su relación con el médico sea menos dependiente y puedan ejercer una lactancia autónoma, pero a su vez implica retrocesos importantes en materia de la asistencia que deberían brindar las instituciones a sus beneficiarios directos.

Para diversos actores, la posición socioeconómica se percibió como un factor determinante de una lactancia exitosa desde 3 perspectivas: 1) disponibilidad de una red que apoye económica y emocionalmente las tareas asociadas al cuidado del bebé; 2) capacidad de acceso de la madre a información de calidad relacionada con LM; 3) acceso a atención y asesoramiento en LM. De esta manera se refiere que las mujeres que cuentan con servicios preferenciales de salud, por tanto, aquellas en posiciones socioeconómicas favorecidas, obtienen mejor información y atención, a lo que se suma el costo de acceso a charlas, cursos o conferencias especializados en los temas de lactancia. En contraparte la falta de acceso a información calificada restringe las posibilidades de las madres para cuestionar los mitos y creencias en torno a la LM. Adicionalmente se percibe que aquellas mujeres en mayores condiciones de vulnerabilidad presentan mayores posibilidades de abandonar la LM, como es el caso de las madres adolescentes, sin redes de apoyo y con necesidad de trabajar para conseguir recursos de subsistencia. Estos hallazgos reflejan lo reportado en la literatura sobre la posición económica como un factor de peso para el desarrollo y mantenimiento de la LM y se constituye en uno de los puntos críticos a ser abordados aún para mitigar algunas barreras sociales (Ajami et al. 2018; Heck et al. 2006).

Entre las madres entrevistadas se mencionaron algunas creencias asociadas a la LM en sus comunidades que parecen ser compartidas entre diferentes regiones del país, principalmente aquellas referentes al consumo de líquidos, restricciones corporales o consumo de ciertos alimentos para el aumento de la producción de leche y la diferencia entre madres que “tienen buena producción de leche” y las que no la tienen. Algunas creencias regionales incluyen el miedo de dejar residuos de leche en el bebé porque puede atraer animales ponzoñosos (Región Orinoquía) y el uso medicinal de leche materna para aliviar dolores (Región Caribe). Lo anterior implica que, a pesar de ser un proceso universal, la LM puede estar permeada por condiciones culturales específicas de cada región, por lo que se hace necesario considerar las diferencias regionales que influyen sobre su práctica y sobre la mitigación de las barreras sociales asociadas.

Algunas creencias generalizadas referenciadas por las madres y profesionales expertos sobre la LM incluyen, entre otras: i) insuficiencia de la leche materna como alimento, particularmente cuando los bebés son prematuros; ii) lactancia dolorosa de manera permanente para las madres; iii) necesidad de suspender alimentos que hacen daño al bebé, como gluten, fresas, lácteos, etc. para lactar; iv) requerimiento de una producción abundante de leche materna, que genera desconfianza en las madres sobre la capacidad que tienen de alimentar a sus bebés; v) exigencia de un lapso de lactancia cada 3 horas y necesidad de complementar con sucedáneos; vi) necesidad de restringir la LM con el fin de que “el bebé no se malacostumbre” y “rechace el seno”; vii) requerimiento de suspender la lactancia por encima de 6 meses. Este tipo de creencias pueden convertirse en una de las principales limitantes para el mantenimiento de la lactancia y por tanto para el cumplimiento de las metas asociadas a la duración total de la LM en el país, que además refuerzan las limitaciones en la mitigación de algunas barreras sociales.

Se expresó la perdurabilidad de algunas creencias sin fundamentación científica impartidas por los mismos profesionales y personal de apoyo en salud, particularmente aquellas referidas al uso de sucedáneos, el no consumo de leche y el uso de biberón al igual que la expansión del imaginario sobre el uso de nuevos instrumentos publicitados y utilizados en otros países que generan prácticas inadecuadas para la LM. Se refirió como factor determinante del mantenimiento de estas creencias una carencia en la formación específica en LM por parte del personal de salud. De igual

manera se refirió la necesidad de un manejo adecuado de las técnicas e implementos asociados a la LM a partir de criterios clínicos y con flexibilidad a las necesidades y condiciones de la madre.

Se resalta el hecho de confiar en el saber experto aun cuando las indicaciones sean imprecisas o erróneas, por lo que cuando los conocimientos en LM son transmitidos por los profesionales de salud, no son cuestionados por muchas madres y cuidadores de los bebés. Como consecuencia las madres llegan a descartar buenas prácticas de LM para reemplazarlas por indicaciones médicas como el uso de sucedáneos. Sin embargo, se indica que las madres que han accedido a información calificada sobre LM a través OSC, cuentan con conocimientos para hacer un análisis crítico de la información transmitida por estos profesionales.

En el tema de los niños pequeños hay una tendencia muy fuerte a lo que diga el médico profesional de la salud y eso los desconecta a todos, la gente cree ciegamente porque la intencionalidad de las personas en su gran mayoría es darle lo mejor a los niños pequeños. Entonces así ellos tengan un conocimiento amplio en alimentación ellos para darle a su bebé pequeñito, que tienen que darle algo X o Y producto, ellos desconectan eso de sus saberes y hacen caso (...). Entonces esas han sido las dificultades que hemos tenido poblacionalmente, (...) dificultades que se les presentan a las mujeres en los primeros 5 días postparto, es cuando hemos visto más; (...) también he visto que, con una buena consejería en esas primeras semanas, inclusive si es el mismo día de nacimiento del bebé, terminan teniendo una lactancia muy exitosa así haya presiones comerciales o de los profesionales de salud. (Entrevista Organización de la Sociedad Civil, 2020).

En el mismo sentido, aún persisten creencias que desconocen los valores nutricionales de la LM y plantean que tiene consecuencias negativas para las madres, lo que puede ocasionar prácticas erróneas de LM. Asimismo, se tiene una percepción generalizada en la sociedad de que los mejores alimentos para los bebés son aquellos prefabricados y vendidos por un alto costo. Se considera que la publicidad de las grandes empresas para promocionar sus productos ha logrado dicho impacto. Lo anterior, además de una barrera para la LM podría representar falencias en la implementación del sistema de vigilancia y control al código de sucedáneos que debía estar en funcionamiento desde 2015 y consecuentemente en el desarrollo de mecanismos que aseguren el cumplimiento de las normas relacionadas.

(...) el mejor empaque es el seno de la Mamá, o en el caso digamos ya cuando el bebé está en una etapa de complementarles, una fruta, que se pela y se raya o se espicha y ya. Pero es todo un engaño acerca de que lo mejor está empacado, lo mejor porque nosotros no somos capaces, la naturaleza no es capaz de brindarle a un bebé lo mejor. (...) los mitos no son gratis, los mitos están ahí porque pues ha habido, han sido muy consistentes con la publicidad y con la misma, digamos, medicina: digo medicina, me suena como a los médicos avalando digamos todo, todo este tipo de vagabundería (Entrevista Organización de la Sociedad Civil, 2020).

Pese a las limitaciones, las OSC han representado una oportunidad de acceso de las madres a una red de apoyo que les permite sortear las barreras sociales impuestas por su entorno, especialmente por su objeto social sin ánimo de lucro. Asimismo, han promovido la normalización de la LM en espacios públicos a través de diversas acciones como la "lactatón". El trabajo de las

redes de apoyo es considerado como fundamental para superar las creencias perjudiciales sobre la práctica de la LM y entregar a las lactantes información adecuada, que propenda por el mejoramiento de la práctica de la lactancia y la alimentación de los niños y niñas.

Es posible evidenciar que los conocimientos y creencias alrededor de la LM influyen de manera directa sobre su práctica y son generadores o protectores de las barreras sociales relacionadas. Desde las perspectivas locales parecen existir limitaciones importantes en la mitigación de las barreras sociales, aunque se rescata el trabajo de las OSC, su objeto y misión son independientes de las acciones del PDLM y por tanto el cumplimiento de este objetivo desde la política pública y la acción institucional se ve comprometido.

Prácticas en LM y alimentación complementaria

Las prácticas en LM atraviesan varias dimensiones personales y están mediadas por factores sociales, ambientales y culturales que se materializan en el hábito de amamantar al bebé. Este proceso tiene implicaciones físicas, emocionales, nutricionales y como experiencia vital permea todas las esferas de la vida, inicialmente de la madre y su bebé y posteriormente de su círculo social, de apoyo familiar, su entorno laboral y su vida profesional.

Para amamantar, las mujeres además de buscar información se preparan corporal y emocionalmente, incluyen y restringen ciertos alimentos en sus dietas al igual que incorporan algunas prácticas de acuerdo con el momento específico en que se encuentran ellas y sus bebés. La LME fue posible para algunas madres entrevistadas, refiriendo para los primeros momentos sensaciones de dolor, miedo, frustración y angustia. Algunas refirieron una baja producción inicial de leche materna y ante la situación, en algunos casos por recomendación médica, la necesidad de suministrar leche de fórmula.

Pocas madres relataron haber tenido a sus bebés durante la primera hora para empezar a lactarlos y refirieron durante los primeros días el agarre y las posiciones como factores que dificultaron el proceso. Esto indica que existen dificultades en la lactancia en la primera hora y por tanto que el cumplimiento de la meta relacionada a lograr que el 100% de los recién nacidos en Colombia, que son atendidos institucionalmente, sean amamantados en la primera hora de su nacimiento no se ha cumplido en todo el territorio nacional. En general las madres entrevistadas practicaban la lactancia a libre demanda y algunas de ellas mencionaron la posibilidad de lactar con mayor facilidad entre 40 días y 4 meses después, por lo que se puede evidenciar que el periodo de adaptación y hábito varía en cada experiencia. Entre aquellas mujeres que habían tomado la decisión de lactar fue más evidente la persistencia de la práctica y los resultados obtenidos, lo que intensifica la necesidad de proveer a las madres y los círculos sociales y profesionales que las acompañan con toda la información necesaria para que puedan tomar decisiones informadas.

La LM es una práctica contextualizada, no necesariamente mediada por costumbres regionales, sino por factores ambientales, normas sociales y laborales. Se mencionan restricciones dadas por el entorno físico, el clima, la necesidad de aislamiento debido a la pandemia por COVID-19, así como normas sociales relacionadas con la condición de género femenino, entre ellas la idea que los procesos fisiológicos deben darse en privado, y que lo que sucede a las mujeres con sus cuerpos durante la maternidad y la lactancia no es un tema de conversación pública y debe

mantenerse en una esfera privada de la vida. Mientras que para algunas madres amamantar en público es algo natural, otras consideran que es todo un ritual y prefieren evitarlo. Algunas mujeres refirieron sensaciones de vergüenza y pena al amamantar o ver a alguien haciéndolo, en particular en entornos laborales, situación permeada por el contexto social en el que las mujeres se han desenvuelto, lo que reitera dificultades en la mitigación de barreras sociales y en el fortalecimiento de entornos favorables a la LM.

Opuesto al imaginario general sobre amamantar como una experiencia fácil, glamorosa y amorosa, las mujeres han desarrollado o fortalecido habilidades como paciencia, tolerancia a la frustración, constancia y otras habilidades de afrontamiento para llevar su lactancia a buen término. Aun cuando para algunas mujeres el proceso fue más fácil, aquellas que tuvieron dificultades evidencian que no es un hábito natural, que necesita refuerzos sociales, estímulos y tiempo. Como otros hábitos, requiere cambios en las rutinas, dietas y horarios, que representan ciertas dificultades y para algunas se constituyen en hitos en su experiencia de vida. El destete fue percibido como una práctica difícil, que se relaciona con el rompimiento de un vínculo y se busca asesoría para realizarlo. Se evidenció la necesidad de normalizar la LM, de tener conversaciones honestas al respecto y de entenderla como una experiencia vital, multidimensional y que implica cambios en la vida y cotidianidad de las personas.

Respecto a la implementación de la alimentación complementaria, las mujeres también se preparan, buscan información, toman cursos, preparan alimentos de forma independiente y refieren el reconocimiento de signos en la etapa de crecimiento del bebé que indican que están listos para recibirla. El inicio de la alimentación complementaria fue referido de manera distinta por cada madre, algunas han dado agua y frutas antes de los seis meses y en general, por lo menos una vez, sus bebés tomaron leche de fórmula (sucedáneos de la leche materna). Algunos de los alimentos mencionados para la alimentación complementaria incluyeron fruta, huevo, proteína, verduras, carbohidratos triturados, desmechados o en trozos muy pequeños.

Sobre las prácticas en poblaciones indígenas, se citó la existencia de indicadores altos de LM, al igual que un bajo consumo de sucedáneos y productos procesados. Las prácticas de LM en algunas poblaciones indígenas incluyen dietas particulares de las madres asociadas a rituales espirituales. Se reforzó la necesidad de que estas prácticas y costumbres sean consideradas dentro del PDLM para alcanzar las necesidades de estos grupos poblacionales. También se hace importante considerar la cosmovisión que circunscribe a la LM en los grupos indígenas y la relevancia que tiene la conexión espiritual y emocional entre madre e hija(o) durante el proceso de LM.

Algunos actores percibieron como desfavorable la interacción entre las madres y las EPS, argumentando que se reciben recomendaciones y promoción del uso de sucedáneos, lo que afecta las prácticas de la lactancia en tanto se reconoce este tipo de entidades como con mayor credibilidad en esta temática por su misionalidad y, en otros casos, no brindan información suficiente para la toma de decisiones por parte de las madres.

Entre las prácticas asociadas a la LM por los profesionales de la salud, las madres distinguieron entre aquellas que fueron positivas y aquellas que no lo fueron. Al ser una experiencia vital, corporal y emocionalmente narran de manera muy detallada las situaciones asociadas al parto, los primeros intentos de lactancia, la búsqueda inminente y urgente por asesorías y los logros y

derrotas asociadas al proceso. Así mismo, describen las recomendaciones, consejos y regañones recibidos por parte de los profesionales de salud, así como en algunos casos la práctica médica de procedimientos dolorosos e ineficaces en sus cuerpos.

Entre los profesionales de salud con los que entran en contacto relacionados con la LM se mencionan aquellos de medicina, ginecología, nutrición, psicología, enfermería y pediatría. Así mismo el rol desempeñado por asesores y asesoras en lactancia es considerado un factor común entre varias de las madres entrevistadas. Consejeros certificados, doulas, funcionarias de bancos de leche y especialistas en LM han influido de manera importante sobre el criterio que este conjunto de madres ha construido alrededor de la LM, dando menor prioridad a las creencias sociales arraigadas entre generaciones, los conocimientos adquiridos en cursos y charlas no especializadas e incluso la información que reciben a través de los medios de comunicación y redes, pero sobre todo han influido en la propia práctica, promoviendo y posibilitando la LM por el mayor tiempo posible. A pesar de que el grupo de madres entrevistadas presentaba un nivel de información alto sobre la LM, lo citado refleja la importancia de fortalecer los procesos de información, educación y comunicación con criterios de calidad en las madres, profesionales y la sociedad en general.

De acuerdo con lo referido por diversos actores, no se identifican criterios unificados sobre la LM entre los profesionales de salud, lo que podría fomentar confusión en los procesos de lactancia y prácticas inadecuadas de alimentación para los bebés, al igual que indica posibles limitaciones en las metas relacionadas a la incorporación de estándares de formación de profesionales de salud que deben atender a este grupo poblacional y en la consecución de objetivos asociados con el desarrollo de procesos institucionales de gestión del conocimiento. Las madres mencionan que el acompañamiento es clave para vencer los miedos basados en la inexperiencia de manera informada, sin embargo, se hace necesario reconocer las circunstancias socioeconómicas, emocionales y de soporte con que cuentan al igual que los cambios que implica el inicio de la lactancia en las mujeres, pues se considera que el desconocerlo resta asertividad a la Consejería en LM de los pediatras y otros profesionales, además se enfatiza la necesidad de mayor empatía y sensibilidad por parte de los mismos.

Al respecto, desde la academia se destacan investigaciones realizadas sobre la contradicción de significados entre el personal de salud y las madres a la hora de hacer conversatorios sobre LM. Este tipo de trabajos exponen un desequilibrio: los profesionales de salud adoptan una postura para educar a las madres sobre las prácticas de LM, pero no se dejan permear por los saberes y condiciones que ellas expresan. Esto puede dar cuenta de una medicalización profunda de la LM y la necesidad de dar apertura a otras posibilidades y perspectivas.

En consonancia con lo anterior, se enfatizó que las comunidades indígenas cuentan con saberes importantes para la práctica de la lactancia que no son considerados y deberían ser permitidos por los profesionales de la salud que trabajen con estas comunidades. Otros actores dieron cuenta de diferencias regionales, reforzando la noción de los conocimientos tradicionales encontrados en regiones como la Amazonía, en donde se observó por parte de las Secretarías de Salud un alto empoderamiento de las mujeres en temas de lactancia producto de su experiencia previa con otros bebés y del conocimiento tradicional transmitido por sus madres, suegras o familiares.

Como ha sido referido, las prácticas en LM y alimentación complementaria están permeadas por los conocimientos y creencias que tienen tanto las madres, como sus familias, pero de manera particular y relevante los profesionales de la salud, pues son estos quienes ofrecen las primeras indicaciones a las madres. De esta manera se evidenciaron prácticas y actitudes que hacen contrapeso a la consecución de los objetivos del plan relacionados con la mitigación de barreras sociales, el fortalecimiento de entornos favorables e incluso la formación específica de profesionales en LM y por lo que se podría argumentar que su consecución no fue completa.

Entornos favorables y responsabilidad empresarial para la LM

De acuerdo con los testimonios de los actores locales se evidenciaron algunos avances en el desarrollo de entornos favorables al igual que en la responsabilidad empresarial orientada al apoyo, protección y promoción de la LM. En el mismo sentido surgen retos y limitaciones que exponen un panorama variopinto respecto al cumplimiento de las metas y objetivos relacionados en el PDLM 2010-2020.

Se aludió que un entorno social favorable se constituye de una red que apoye a la madre, emocional y económicamente, al igual que con las diferentes tareas de cuidado. En un entorno social favorable las personas que rodean a la madre deben contar con suficiente información acerca de la LM para apoyar todo el proceso, pues pueden existir actores que estimulen o desestimulen la LM, es por ello por lo que las OSC en varias de sus acciones promueven la inclusión de la familia y/o entorno social cercano de la madre lactante.

Como primer entorno favorable se identificó el vínculo emocional y físico de las madres con sus hijos e hijas a través de la lactancia. En los casos donde la relación que genera la madre con la LM es positiva e informada, tiene mayores posibilidades de contrarrestar consejos inadecuados o desestimaciones acerca de su proceso de LM. En ese sentido, algunas madres relataron que recientemente su entorno ha aceptado más la lactancia como un proceso fisiológico y natural y no se sienten juzgadas por exhibicionismo o mala intención al lactar en público, lo que podría significar que se han presentado algunos logros en el fortalecimiento de entornos sociales favorables a la lactancia.

Se considera que la relación abuela-madre-hija(o) es un factor importante pues puede estimular o desestimar la LM de acuerdo con sus criterios y participación en el proceso. También se reconoce como positivo el acompañamiento y la atención de la pareja respecto a la alimentación del bebé. Aunque varias mujeres refirieron la importancia de su pareja y su familia en el proceso, reconocen que es una responsabilidad social e institucional brindar el apoyo a aquellas madres que no tienen un soporte familiar o de pareja. Las amigas son consideradas como un actor importante para tomar la decisión de lactar y ofrecer contención emocional. El apoyo y la experiencia de otras mujeres es considerado fundamental para que las mujeres lactantes reciban conocimiento y mejoren sus procesos de lactancia. Las redes de apoyo se convierten en una fuente de conocimiento para este fin, por lo que los entornos sociales que rodean a las madres son importantes para continuar con la LM, y opiniones negativas pueden convertirse en un factor para el abandono de la práctica. Se consideró como desfavorable no tener referentes de LM durante su infancia. Desde la perspectiva de otros actores también se consideró como desfavorable una presencia rezagada en redes sociales de actores institucionales que deben

promover y proteger la LM y una mayor presencia de actores empresariales con intereses específicos sobre el “consumidor final”.

Las OSC refirieron un sentimiento de ausencia de apoyo a las madres frente al reto complejo y en algunos casos desconocido que puede suponer la LM, que suele determinar su abandono. En estas situaciones las OSC son fundamentales debido a que se convierten en las redes de apoyo que proveen a las madres y familias de los conocimientos necesarios y promueven la exigibilidad de sus derechos relacionados al ejercicio de la LM. Se argumentó que el proceso de LM se ha abordado ampliamente desde saberes científicos, médicos, comerciales, de responsabilidad empresarial, pero muy poco a partir de las circunstancias y emociones que rodean a las mujeres que están lactando. Dichas circunstancias y emociones pueden llegar a ser adversas (falta de conocimientos, frustración, falta de ayuda en el proceso) y determinantes de la continuidad o abandono de la LM. Las redes de apoyo son fundamentales como espacios para compartir esas vivencias e intercambiar conocimientos que pueden ayudar a las madres a sortear esas dificultades. Se resaltó el valor social del conocimiento, su transmisión voz a voz y la promoción entre las mismas madres acerca de sus beneficios nutricionales, físicos, emocionales y sociales.

Esos grupos de apoyo lo que hacen es empoderar a las mamás para que se sientan seguras porque la inseguridad es uno de los aspectos que más afecta la lactancia, o sea la mujer perdió la confianza en ella, en su capacidad de amamantar. Para recuperar esa confianza necesita un grupo de apoyo, un grupo donde ella se identifique con otras mamás que están viviendo su misma situación, que sienta que lo que está haciendo es la norma y no la excepción porque todas se sienten extrañas en esta cultura amamantando. Las miran raro, van a un grupo y la mayoría dan biberón, entonces ellas se sienten que no pertenecen y eso las hace dudar y las hace muchas veces dar fórmula sin necesidad (Entrevista Organizaciones de la Sociedad Civil, 2020).

Las madres que han recibido consejería en LM exhibieron estar más dispuestas a unirse a una red comunitaria y compartir sus conocimientos. Algunas madres mencionaron conocer algunos grupos en redes sociales, en particular La Liga de la Leche, situación esperada en tanto es uno de los actores con mayor posicionamiento en redes sociales (ver apartado escucha digital). No obstante, se refleja un desconocimiento sobre las redes de apoyo a la lactancia, que sumado a lo expuesto previamente podría dar cuenta de limitaciones en la consolidación y funcionamiento de redes de apoyo social a la LM en el país y por consiguiente en el fortalecimiento de entornos sociales favorables.

Algunos actores consideraron avances del PDLM respecto a la implementación de SAFL o espacios amigos de la madre y el niño. Advierten barreras culturales en el entendimiento del acto de amamantar como un acto de cuidado y argumentan que la lactancia debería poder darse en cualquier espacio de manera voluntaria por las madres. Además, se resaltó la necesidad de contar con personal que supervise el correcto funcionamiento de los espacios y que escuche las necesidades que surgen de las madres lactantes relacionadas con los mismos. Se proyectó la necesidad de fortalecer estos espacios con enfoque comunitario y familiar.

(...) uno sí cree que el plan, con lo que se propuso, sí avanzó en lo que fueron las salas amigas o espacios amigos de la madre y el niño. Sí avanzó. Ha avanzado y creo que piensa



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



GRAN ALIANZA
POR LA NUTRICIÓN



avanzar. Recordemos de todas maneras, y con esto hay que tener mucho cuidado, de que estos espacios que la madre vaya a ocupar para lactar a su hijo son voluntarios. Es decir, una madre debería y puede lactar en cualquier espacio. No podemos tener en mente que las madres van a tener un espacio. Entonces, señora, usted va a amamantar, váyase para allá. El espacio para amamantar debería ser la ciudad entera y hay partes donde realmente las madres dicen “mi espacio para amamantar es en cualquier parte”, que eso es una de las principales barreras culturales. Cómo cada uno de nosotros ve la lactancia, ve el acto de amamantar. Cómo cada uno ve que la mamá amamanta a su hijo, cómo lo ve. Hay personas, y puede ser de altos sectores de la sociedad, medianos, bajos, que no pueden verlo como es, y es una de las cosas que hay que trabajar mucho, esas transformaciones sociales (Entrevista Academia, 2020).

La creación de las SAFL es considerada una estrategia efectiva para promover la LM en las madres que trabajan, sin embargo, se aludió que las acciones de las empresas frente a este tema son más efectivas cuando existe una promoción activa de las salas por medio de facilidades de tiempo para que las madres puedan hacer su proceso de extracción, para transportar la leche e incluso para llevar a su bebé al trabajo. Cabe destacar que aun cuando el marco normativo exige a las empresas dar el tiempo reglamentario para la extracción, en algunos casos las madres deben reclamar ese derecho, pues las empresas no brindan facilidades. Esto responde a la falta de relevancia que se brinda a la LM, pues persiste el imaginario de que el biberón es una opción sin consecuencias adversas y que además brinda mayor independencia a la madre.

Respecto a la relación entre la LM y el ámbito laboral, los actores del sector empresarial entrevistados reconocieron beneficios de la LM para el bebé y para la madre incluyendo su relevancia en los lazos afectivos familiares y emocionales, una disminución en el ausentismo laboral a largo plazo y una contribución al desarrollo del país. En este sentido, se podría argumentar que se han presentado avances en la consolidación de la responsabilidad empresarial e institucional orientada al apoyo, protección y promoción de la LM, no obstante, es importante considerar que la visión expuesta corresponde a la de aquellas empresas que han tenido desarrollos importantes en materia de maternidad y promoción de la lactancia. De manera opuesta desde la perspectiva de algunas madres se reconoce que en algunos ámbitos laborales no existen espacios destinados a las madres lactantes. Se reconoce la necesidad de tener salas amigas apropiadas en los espacios laborales y que consideren las necesidades y requerimientos reales de las madres, pues otros espacios pueden resultar poco efectivos y pueden generar una sensación de marginación en espacios no aptos y que no cuentan con los servicios necesarios. Esta necesidad se extiende también a los espacios públicos, incluyendo algunos centros comerciales y otros espacios de esparcimiento que aún no cuentan con este tipo de servicios.

En este sentido, diversos actores expresaron que aun cuando varios centros comerciales cuenten con SAFL, muchas familias o mujeres aún no han normalizado la LM como una práctica que se puede llevar a cabo en espacios públicos, lo que implica conductas como la preferencia al uso de sucedáneos para alimentar al bebé mientras están fuera. La promoción de este tipo de espacios podría transformar las creencias que persisten sobre lactar en espacios diferentes al hogar, por lo que las OSC insisten en la necesidad de promover estos espacios y desarrollar publicidad que permita a las mujeres enterarse de las posibilidades de apoyo a su proceso de lactancia en espacios públicos.

Se consideró que la necesidad de las madres de salir a trabajar dificulta la LME. El tipo de trabajo, cargo y poder adquisitivo de la madre se consideran factores que influyen sobre los tiempos de lactancia y acceso a la licencia de maternidad. Aun cuando en algunas empresas se permite disponer de un tiempo para que las mujeres puedan extraerse leche para la alimentación de sus bebés, se separa a la madre y su experiencia de otros espacios, particularmente el espacio laboral. La experiencia con la pandemia facilitó para algunas mujeres el proceso de lactancia, pues ellas pudieron manejar con mayor autonomía su tiempo, distribuyendo de mejor manera sus actividades, los momentos de lactancia y la posibilidad de compartir con sus bebés, sin embargo, expresaron la sensación de ser observadas para el cumplimiento de sus obligaciones laborales.

Desde el sector empresarial se argumentó que el bienestar de los empleados de una empresa está condicionado, entre otras cosas, por tener la oportunidad de compartir tiempo con sus hijos, particularmente en la etapa de LM donde la presencia de la madre es fundamental. Para incentivar a las empresas a invertir recursos y estrategias para promover la LM dentro de su organización, diversos actores consideran necesario hacerlos conscientes de la correlación que existe entre el bienestar de la madre o el padre y el aumento de la productividad. Esto quiere decir que, además de mostrar los beneficios que tiene la LM para el bebé o la familia, es necesario exponer los beneficios económicos que este proceso tiene para la empresa, como la reducción de egresos por rotación de personal y por licencias médicas. La responsabilidad empresarial trasciende al hecho de permitir una licencia de maternidad más amplia y puede brindar herramientas de formación en LM y educación infantil a la madre y su familia. Un factor considerado clave que puede contemplar la responsabilidad empresarial es la inclusión del entorno familiar de la madre y el bebé en esta etapa inicial de crianza, por tanto, incluir al entorno familiar en los cursos y procesos de aprendizaje en LM y educación infantil, extender la licencia de paternidad y hacer énfasis en la responsabilidad compartida con la madre en este proceso.

De esta manera, las empresas tienen la posibilidad de ofrecer a las familias un entorno social favorable, no sólo brindando beneficios a la madre lactante, también permitiendo que el padre pueda estar más presente en el hogar, complementando el proceso de lactancia y compartiendo las tareas de crianza con la madre. La equidad de género e inclusión en las empresas no se limita únicamente a la promoción de cuidado por parte del padre, también existe un ejercicio importante de inclusión a construcciones familiares diversas conformadas por parejas del mismo sexo. Algunos actores consideran importante brindar los mismos beneficios a las familias no heteronormativas, aun cuando no haya un proceso de gestación de por medio.

Algunos actores del sector empresarial con experiencias exitosas en LM consideraron que las estrategias deben trascender la imposición de normativas y el ofrecimiento de incentivos o exenciones tributarias. Se indicó que las estrategias deben enmarcarse además de la implementación de un espacio físico, en el desarrollo de un programa de bienestar para sus trabajadores más allá de la salud ocupacional y la seguridad laboral. Se argumenta que la atención no debe centrarse en el espacio físico, pues por razones de distribución, cobertura o actividad económica tener un espacio físico no siempre es posible, y al no tenerlo se genera la percepción de no poder adelantar acciones. Por esto se propone el desarrollo de planes empresariales o estrategias de atención a la primera infancia de acuerdo con las necesidades de los trabajadores y

la oferta de programas. Adicionalmente, se considera imperativa la voluntad política desde las gerencias para implementar las estrategias de SAFL.

En algunos casos se cuestionó el propósito de tener salas de lactancia dentro de los jardines infantiles, cuando estos son espacios dedicados para aquellas familias donde madres y padres deben trabajar y necesitan un espacio en el que puedan dejar a sus hijos. No obstante, se considera que este espacio puede ser un referente seguro para aquellas mujeres que sufren de violencia doméstica y tienen dificultades para llevar a cabo la práctica de lactancia en casa.

La financiación provista por las empresas privadas fue percibida como un sustituto frente a la ausencia de presupuesto estatal y es considerada como importante para apoyar los procesos de las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil. Sin embargo, desde las OSC se ha percibido un desinterés por parte de la empresa privada sobre el bienestar de la población, que influye en la financiación de productos demostrables más que de procesos que puedan favorecer la lactancia y el bienestar de las madres y sus familias.

Como se puede observar el panorama de los entornos favorables a la LM difiere de acuerdo con los aspectos específicos que le atañen y la visión de cada actor, a pesar de esto se encontraron avances a partir de la implementación de SAFL y un mayor reconocimiento en algunos entornos sociales de lo que implica la LM, sin embargo, se requiere de más esfuerzos para lograr una mayor participación social, comunitaria y empresarial que apoye, promueva y proteja la LM. De esta manera se puede razonar que el logro de los objetivos relacionados con el fortalecimiento de entornos favorables y la responsabilidad empresarial tuvieron avances importantes, pero no completos y aún se requiere profundizar en labores para el apoyo, protección y promoción de la LM en el país.

4.2.2.3 Gestión política para la promoción, protección y apoyo a la LM

Sostenibilidad del PDLM 2010-2020

Las OSC refirieron que los recursos son muy limitados, lo que impide un trabajo de tiempo completo por parte de las personas que pertenecen a las organizaciones. Una consecuencia de esto es la falta de recursos para recopilar y difundir el conocimiento, por tanto, se necesitan recursos económicos y convenios interinstitucionales con entidades públicas para garantizar la sostenibilidad y mayor difusión de la promoción y protección de la LM.

Para el sector empresarial el compromiso de la alta dirección por convicción es lograr convencerla de que esto beneficia no solamente a las madres sino también a la entidad que está implementando la estrategia. Las universidades consideran que para poder implementar un nuevo PDLM es necesario que este llegue a las regiones, que llegue hasta lo más mínimo, hasta las madres comunitarias de los municipios más apartados. Una de las grandes debilidades referidas del PDLM 2010-2020 es que no tuvo difusión, no se dio a conocer en los territorios, por lo que se argumentó que, el nuevo plan no debería ser tan ambicioso en la implementación de un número elevado de metas, pero sí debería profundizar sus acciones para que lleguen a toda la comunidad. De esta manera se considera que el nuevo Plan podría tener sostenibilidad.

Para garantizar la sostenibilidad nosotros pensamos que una forma es con el proyecto de ley, que esto tenga fuerza de ley, porque puede pasar como ha pasado con las resoluciones, los decretos y es que no tienen tanta fuerza y a veces si el Ministro cambia o el Presidente, puede cambiar las condiciones. Entonces creemos que esto pueda tener fuerza de ley y lo otro que garantiza que esto tenga fuerza, es en la medida que las campañas tengan fuerza de información y comunicación, (no tanto las de educación) tengan éxito y sean bien diseñadas, pensando en todos los factores de una campaña de en cuánto tiempo va a salir, a cuanta gente va a llegar, en qué canal, en fin, que haya apoyo de la ciudadanía (Entrevista Organizaciones de la Sociedad Civil, 2020).

4.2.3 Efectos de la Pandemia de COVID-19 sobre la práctica de la LM y acciones relacionadas en Colombia

El año 2020 representó un cambio importante en la cotidianidad de la población mundial. La pandemia derivada de la enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) ha afectado las diferentes esferas económicas y sociales del país desde su introducción en marzo de 2020. La mayoría de los países han presentado afectaciones en sus sistemas de salud, en especial para la entrega de servicios, con consecuencias sobre la salud de la población y la puesta en alto o incluso el retroceso de algunos avances en metas nacionales. Adicionalmente, esta situación ha exacerbado en algunos casos las desigualdades económicas, geográficas y basadas en género sobre el acceso a servicios de salud (Mercier et al., 2020). Este impacto se ha observado también en la práctica de la LM mediada por los confinamientos, el distanciamiento social y el miedo de poder transmitir el coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV2), causante de esta enfermedad, a los bebés (Brown & Shenker, 2020).

Debido a lo anterior y aunado a las posibles restricciones que pueda implicar la pandemia sobre la planeación de políticas de salud en los próximos años, se consideró importante abordar la percepción de los diversos actores sobre los efectos de la pandemia en la práctica de la LM y las acciones institucionales relacionadas. A pesar de que se ha abordado el tema en algunos de los apartados previos, este pretende dar cuenta de la pregunta ¿cómo ha afectado la pandemia por COVID-19 la práctica de la LM en el país?

Se han identificado tanto efectos negativos como positivos a partir de la experiencia de los diferentes actores. Desde algunas Entidades Territoriales se percibió que en 2020, junto a la pandemia, se está viviendo un aumento en la problemática del estado nutricional de la población, la disminución de la LME y la alimentación complementaria, y el aumento de la mortalidad por diferentes causas. Adicionalmente las intervenciones colectivas se vieron limitadas, algunos municipios no cuentan con plataformas virtuales y se han dificultado los espacios de consejería y acompañamiento. Se aludió además el agotamiento general de los profesionales de la salud.

Las madres refirieron que han podido estar más en casa y con sus hijos e hijas, por lo que las posibilidades de lactar sin restricciones han aumentado. Esta visión es compartida por actores institucionales, quienes refirieron el fortalecimiento de la lactancia por parte de las madres. De igual manera se dio cuenta de la cancelación de la oferta programática asociada a LM por parte de las EPS, por lo que las mujeres han buscado otros recursos para informarse. También reportaron desconocimiento de las condiciones en las que podrían lactar en la pandemia, refirieron no haber

recibido información al respecto y se cuestionan por el acceso a la información de aquellas madres y mujeres que no cuentan con acceso a internet y servicios por parte de sus instituciones.

En este sentido, algunos actores percibieron un nivel importante de desinformación por parte de la sociedad general, incluyendo los profesionales de salud, particularmente desde las Entidades Territoriales, se mencionó que algunos de los pediatras y neonatólogos recomendaban el uso de leche de fórmula para prevenir el riesgo de contagio de COVID-19, especialmente en los inicios de la pandemia, suspendiendo la práctica de la LM en madres positivas o incluso en mujeres asintomáticas.

Un hallazgo relevante desde la experiencia de algunas madres es el reconocimiento sobre la falta de espacios adecuados para la lactancia al retornar a sus espacios laborales. Lo que podría dar cuenta de la importancia de la experiencia de lactancia para la construcción del imaginario de las madres alrededor de la práctica de la lactancia y la comprensión de sus propias necesidades para llevarla a cabo.

En términos institucionales la pandemia afectó la implementación de estrategias de IEC que se tenían planteadas, no obstante, en algunos casos como el del ICBF, fue posible mantener el proceso a través de herramientas virtuales. Una de las limitaciones referidas ha sido la verificación del proceso de implementación de los diferentes servicios con los usuarios y la dificultad en el desarrollo de procesos de manera directa en los contextos locales.

Gran parte de los impactos observados se relacionan con la presencialidad, de esta manera los actores del sector empresarial y algunos actores institucionales refirieron que no se ha tenido atención presencial en las SAFL y en los BLH. Algunos de ellos mencionaron el desarrollo de estrategias virtuales y a distancia para atender a sus usuarias. Este aspecto debería ser discutido y abordado pues podría constituirse en uno de los principales retos para la continuidad de las estrategias de LM en el futuro cercano, una vez que el mantenimiento de los espacios puede significar inversiones de recursos para las empresas cuando los mismos no están siendo utilizados.

Otro aspecto para considerar, fueron los procesos de certificación IAMI que en algunas instituciones de salud se vieron aplazados, debido a la prioridad que se les dio a las acciones e incluso al presupuesto a la atención por COVID-19. El personal IAMI fue ocupado en las salas respiratorias, por lo que se detuvieron varias actividades y se obstaculizó el desarrollo de varios de los pasos de la estrategia, en particular el séptimo paso de la IAMII que tiene que ver con el acompañamiento y alojamiento conjunto, presentando dificultades por las restricciones de acceso. Se afectó también el proceso de autoevaluación para obtener la certificación, en donde en algunos casos el porcentaje de cumplimiento disminuyó.

Debido a esta misma situación se detuvo la implementación de SAFL ubicadas dentro de algunas instituciones de salud, puesto que la permanencia de las madres y sus hijas e hijos en estos espacios supone el riesgo de contraer el virus. Adicionalmente, se manifestaron reestructuraciones que priorizan las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Este aspecto, a pesar de dar solución inmediata al problema inminente relacionado con la COVID-19, supone un reto en la implementación de espacios e instituciones destinadas a la atención integral de mujeres y niños y niñas.

Entre los aspectos a resaltar, se destaca el mantenimiento del programa madre canguro gracias a la consulta virtual. Estas consultas permitieron además conocer la manera en que viven las madres en sus entornos familiares y las dificultades a las cuáles están expuestas, situación que tradicionalmente no se considera durante las citas presenciales en los consultorios de los profesionales.

Siguiendo la emisión de directrices por parte del MSPS bajo el contexto de pandemia, también se hizo necesaria la reorganización de redes de apoyo comunitario por parte de las Secretarías de Salud. Por esto, parte de los esfuerzos de las secretarías se enfocaron en cuñas y programas radiales, e infografías virtuales y se consideró que ha sido posible fortalecer la LM a partir de la virtualidad. De esta manera se argumentó haber incrementado la asistencia, particularmente a partir de la implementación de espacios virtuales de reunión y diálogo con diferentes actores y haber aprovechado las redes sociales para exponer las relaciones de la LM con la COVID-19. No obstante desde algunos actores se consideró que se ha visto limitado el fortalecimiento del talento humano al igual que el desarrollo de programas de asistencia técnica.

Algunos de los organismos internacionales crearon estrategias de IEC para promover la continuidad de LM y no suspenderla, ante el temor de algunas madres de la transmisión de la COVID-19 a través de la leche materna.

En este sentido, para algunas instituciones, la comunicación virtual que se ha implementado como estrategia para sortear la ausencia de contacto durante la pandemia, ha representado una ventaja para llegar a sectores más amplios de la sociedad civil. Esta forma de comunicación ha permitido crear redes de apoyo más amplias. Es importante señalar que el efecto positivo o negativo de la comunicación durante la pandemia se encuentra estrechamente relacionado con los recursos y capacidad instalada de las instituciones y comunidades de cada departamento. En este orden de ideas, para algunos departamentos, lejos de representar una ventaja se ha convertido en un reto difícil de sortear debido a que cuentan con un amplio número de poblaciones indígenas y rurales en donde la conectividad es precaria.

(...) tenemos una alta cantidad de población indígena o alta población en ruralidad y eso también en la conectividad nos afecta un poco, porque tengamos en cuenta que son poblaciones que están relativamente aisladas y ha sido muy difícil la conectividad en ese sentido (...) (Entrevista Comité Lactancia Materna, 2020)

En términos de recursos, las ET han visto reducidos sus recursos financieros para los programas de LM. Los recaudos de recursos propios se han visto afectados y se citan reducciones de casi el 93% en los presupuestos. También se manifestaron limitaciones en la implementación de diferentes proyectos interinstitucionales que se adelantaban en campo. Se ha percibido también que, a pesar de un nivel de reactivación social y económica, las madres lactantes no pueden hacerlo tranquilamente si no se encuentran bajo unos protocolos diferentes a como lo realizaban previamente, alterando la práctica misma de amamantar. De igual manera, se pospusieron procesos de sensibilización con IPS y empresas a 2021.

Es posible evidenciar efectos importantes de la pandemia sobre el apoyo, promoción y protección de la LM. Se hace interesante observar las posibilidades que ha ofrecido la virtualidad para direccionar algunos problemas relacionados con la implementación de algunas estrategias y la solución a algunas barreras de la lactancia, pero es imperativo comprender que el contexto específico determina las posibilidades de acceso a este tipo de recursos. Adicionalmente se evidenciaron limitaciones importantes en los servicios presenciales, procesos de certificación y la postergación de actividades que podrían conducir a efectos negativos en los indicadores de LM, si no son considerados con prontitud.

4.2.4 Discusión pública en redes sociales sobre la LM: escucha digital

La participación de los diversos actores en la discusión en Twitter en torno a la LM presentó un patrón similar en el período de estudio (2017-2020). En particular, el número de publicaciones aumentó durante la Semana de la Lactancia, alcanzando hasta tres mil publicaciones durante estas fechas, mientras que el nivel se mantuvo bajo durante el resto del año. En igual medida, se observó que la discusión pública con relación al tema es liderada por la ciudadanía, mientras que la participación de los demás actores es relativamente baja, incluyendo aquellos del sector oficial (actores institucionales) (Gráfica 28).

Así, la proporción entre las publicaciones es heterogénea y, debido al carácter de esta red social, su inmediatez y alto flujo de contenido, el volumen de publicaciones realizadas por los actores oficiales no es visible respecto a la conversación general. De esta manera, el 92,4% de las publicaciones obedecen a la ciudadanía, seguidas de los medios de comunicación y referentes en lactancia (especialistas) con 2,2% cada uno. Los actores oficiales se ubican en un sexto lugar con solo un 0,8% de las publicaciones (Tabla 13).

Gráfica 28. Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por tipo de actor, período 2017-2020



Fuente: Elaboración propia (2020).

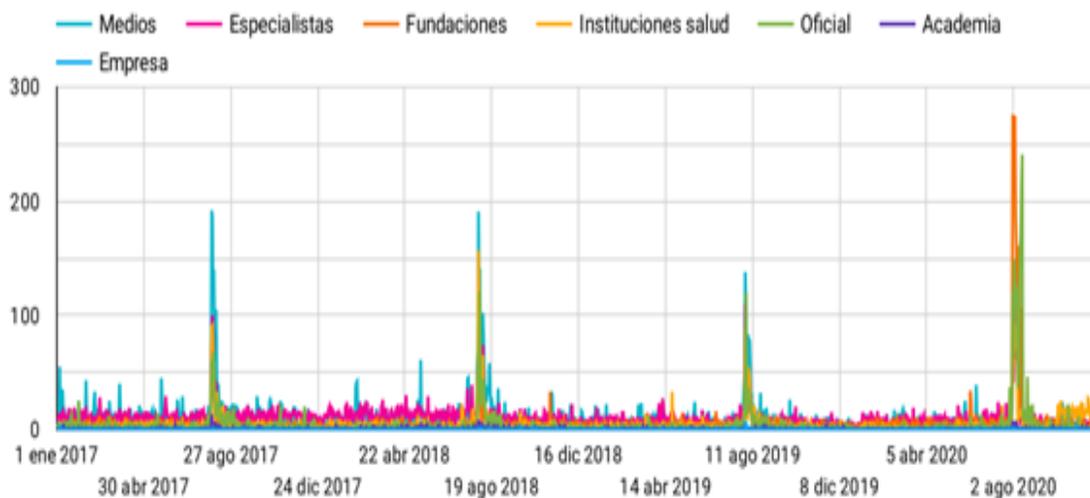
Tabla 13. Registro de publicaciones en Twitter relacionadas con la LM por grupo de actores, período 2017-2020

Actor	Número de publicaciones	Frecuencia relativa (%)
Ciudadanía	599.001	92.4
Medios de comunicación	14.714	2.3
Especialistas (Referentes en LM)	14.439	2.2
Fundaciones y OSC	7.586	1.2
Instituciones de salud	6.239	1
Sector Oficial (actores institucionales)	5.726	0.8
Academia	555	0.09
Sector Empresarial	64	0.01
Total	648.324	100

Fuente: Elaboración propia (2020).

Al excluir las publicaciones de la ciudadanía, se observa que las publicaciones disminuyen; la participación por parte de las y los especialistas en LM es más constante en el tiempo a pesar de mantenerse en niveles bajos. Además, se presenta un aumento significativo de las publicaciones por parte de los actores oficiales y las fundaciones u OSC en el año 2020 (Gráfica 29), posiblemente generadas por el redireccionamiento hacia un esquema digital de acciones que se ejecutaban previamente de manera presencial, a causa de la pandemia por COVID-19.

Gráfica 29. Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por tipo de actor, período 2017-2020, exceptuando ciudadanía



Fuente: Elaboración propia (2020).

Es de resaltar que la participación de los actores oficiales es relativamente baja y aumenta sólo durante la Semana de la Lactancia, con el doble de publicaciones para el año 2020 en comparación con los años previos durante dicho período, tal como lo muestra la siguiente gráfica. Esto podría evidenciar limitaciones en el desarrollo de estrategias de comunicación por parte de los actores institucionales y la necesidad de establecer una conversación pública constante sobre la LM.

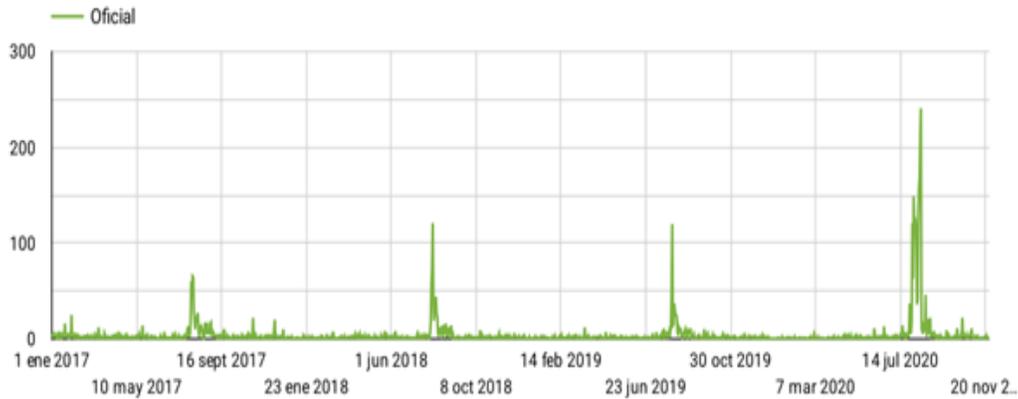


El futuro es de todos

Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia



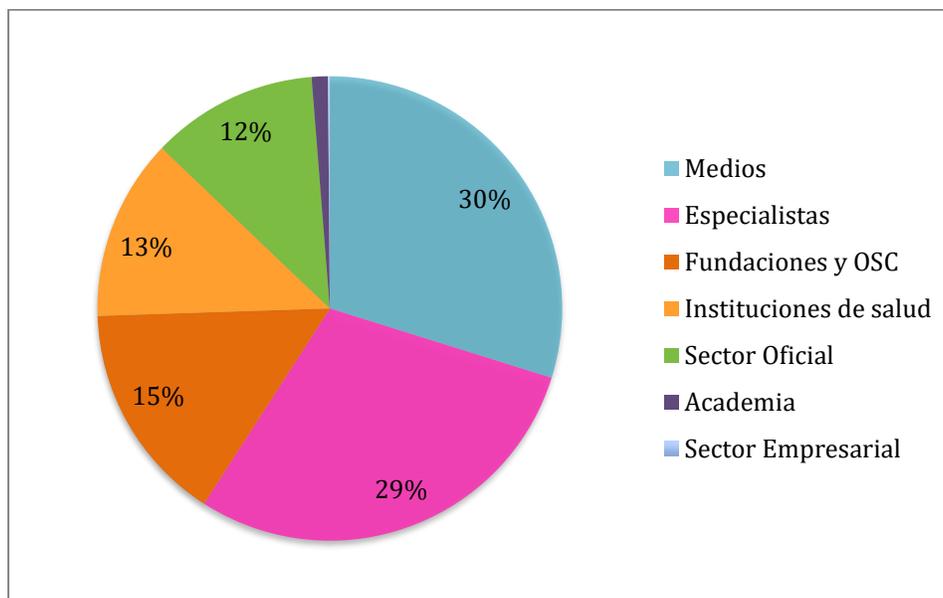
Gráfica 30. Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por Actores Oficiales, período 2017-2020



Fuente: Elaboración propia (2020).

La Gráfica 31 muestra el porcentaje de participación de actores diferentes a la ciudadanía en el volumen de publicaciones durante el período valorado. En particular, casi el 60% de las publicaciones son emitidas por los medios de comunicación y especialistas, seguidos por las Fundaciones y OSC, las instituciones del sector salud, los actores oficiales y los sectores académicos y empresarial. Esta distribución presenta un perfil más homogéneo entre actores y permite plantear que la conversación es más equitativa, aunque persiste una baja participación de los actores oficiales. Es importante considerar que los medios de comunicación son un canal utilizado comúnmente por los actores institucionales para difundir información, por lo que su porcentaje puede incluir publicaciones asociadas a la difusión y promoción de la temática a través de un intermediario, válido, legítimo y reconocido en la sociedad.

Gráfica 31. Porcentaje de participación de la conversación pública en Twitter en torno a la LM por grupo de actores, excluyendo a la ciudadanía

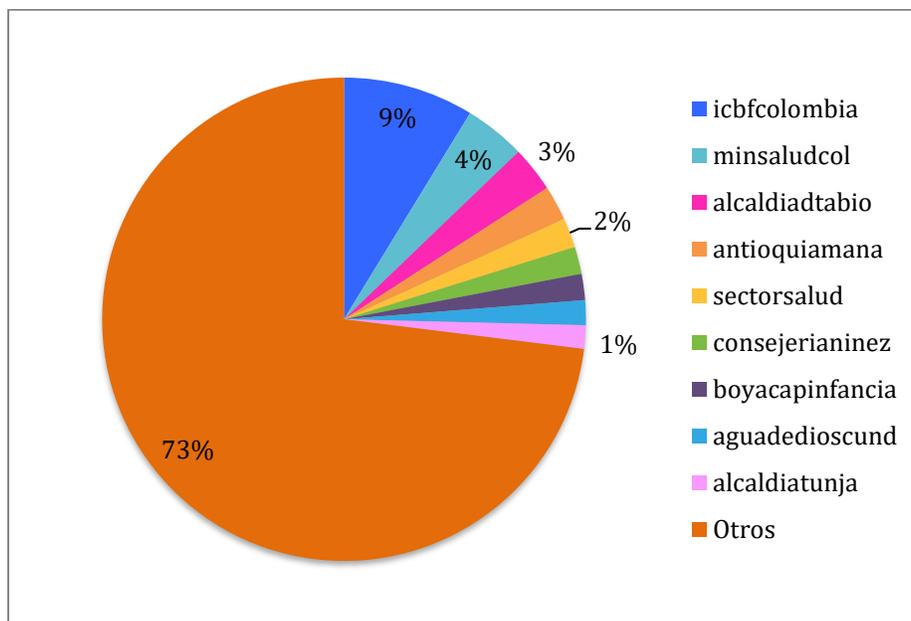


Fuente: Elaboración propia (2020).

Al llevar a cabo un análisis diferencial de las publicaciones por actores oficiales, se observa una participación heterogénea de diferentes actores en la conversación pública (Gráfica 32). En este sentido, la participación de este grupo de actores es liderada por el ICBF, seguida del MSPS, con el 8,9% y el 4,2% de las publicaciones, respectivamente. Sin embargo, se identificaron hasta un total de 804 actores oficiales que presentaban al menos una publicación relacionada con LM en Colombia entre 2017 y 2020, incluyendo actores departamentales, municipales, distritales, Ministerios, Secretarías de Salud, entre otros.

En esta línea, se resalta que entre los actores oficiales locales con mayor presencia se encuentran, en orden descendente, la Alcaldía de Tabio (alcaldiatabio), la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Gobernación de Antioquia (antioquiamana), la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá, la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia (consejerianinez), la Gerencia de Primera Infancia de la Gobernación de Boyacá (boyacapinfancia), la Alcaldía de Agua de Dios en Cundinamarca (aguadedioscund) y la Alcaldía de Tunja (alcaldiatunja). Lo anterior expone la posibilidad similar de participación de una alcaldía municipal a la de actores del orden nacional y regional, no obstante, el número total de publicaciones por cada actor es relativamente bajo (174 para la Alcaldía de Tabio), evidenciando oportunidades para el fortalecimiento del posicionamiento público en redes por parte de los diferentes actores oficiales en todos los niveles de gestión.

Gráfica 32. Porcentaje de participación de la conversación pública en Twitter en torno a la LM por actores oficiales, período 2017-2020



Fuente: Elaboración propia (2020).

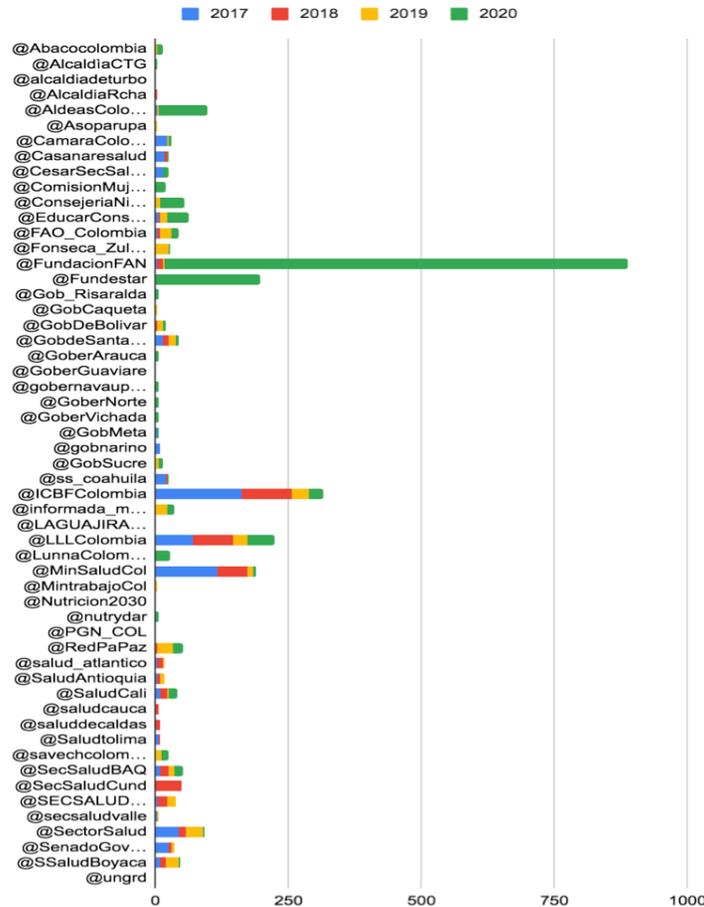
Por su parte, al observar a los actores institucionales y de la sociedad civil con mayor participación, se corroboran los datos previamente expuestos, sin embargo, se resalta una participación importante de la Liga de la Leche en el transcurso de los años, que se equipara con el volumen de publicaciones del MSPS (Gráfica 33).

También, se puede notar un aumento importante en la participación de otras OSC durante el año 2020, superando el volumen de publicaciones de todos los demás actores en dicho año. Al respecto es importante considerar que el porcentaje de publicaciones puede variar de acuerdo con diversos criterios y un actor podría concentrar un volumen elevado de publicaciones en un momento específico, aumentando su participación global, tal es el caso de la Fundación FAN cuyo volumen de publicaciones se concentró en agosto (datos no mostrados).

Se evidencia también una disminución progresiva en el volumen de publicaciones relacionadas con la LM por año entre algunos actores oficiales, particularmente ICBF y MSPS. Lo anterior podría dar cuenta de limitaciones en la sostenibilidad de las estrategias de posicionamiento público de la LM en redes y el posible requerimiento de cambios para aumentar el reconocimiento de los temas asociados a la LM en redes sociales.



Gráfica 33. Volumen de publicaciones relacionados con la LM en Twitter por actores institucionales y de la sociedad civil, período 2017-2020



Fuente: Elaboración propia (2020).

Al valorar algunas metas específicas del PDLM 2010-2020 a partir del ejercicio de escucha digital, se observó una mayor predominancia desde los actores oficiales a la publicación de logros y avances en sus metas programáticas (Anexo 9. Informe escucha digital). Por otra parte, desde la ciudadanía la conversación es un poco más amplia y da cuenta de diversos temas que han sido referidos también en los testimonios de algunos de los actores entrevistados.

En términos generales, las estrategias de comunicación digital se limitan a enunciar, no se evidenció en las comunicaciones una interacción con la ciudadanía, tanto como forma de respuesta como de invitación a las actividades realizadas o “llamados a la acción” para aumentar la interacción con los contenidos brindados. Esto previene la participación de la ciudadanía dentro de la red, reduciendo su posible interacción con diversos tipos de actores institucionales.

En esta línea, las menciones de la ciudadanía reconocen la necesidad de transmitir dudas, peticiones, quejas, reclamos o propuestas a través de medios que generen un alcance de tal forma que lleguen a tener visibilidad. Por esta razón, los actores más frecuentemente citados por la

ciudadanía son los distintos medios de comunicación, locales y nacionales, los cuales se utilizan para generar el alcance y para responder a las publicaciones que los mismos medios transmiten de las noticias sobre la LM.

Además, se observó una participación amplia de la ciudadanía respecto a las barreras que enfrenta la población para llevar a cabo la LM con 41.496 publicaciones, seguidas por las y los especialistas, Fundaciones y OSC, y los Medios de Comunicación con 1.404, 779 y 656 publicaciones, respectivamente. Esta distinción puede obedecer a que tanto las personas como las y los especialistas están dispuestos a abordar desde su experiencia más personal las situaciones que enfrentan las madres al lactar. Por el carácter de esta red social, las quejas, denuncias y reclamos son enunciados desde perfiles personales y con el ánimo de denuncia e indignación social.

En este sentido, la conversación gira en torno a la experiencia común, el dolor, las molestias, los estigmas y en general a los mitos y creencias asociadas a la LM. Se evidenció, que las y los especialistas están más dispuestos a responder este tipo de conversaciones y acompañar a la ciudadanía en esta temática particular.

Así mismo, la madre y el bebé son el centro de la interacción y el público objetivo de la gran mayoría de publicaciones. Aunque se menciona por momentos a otros miembros de la familia como a los padres, no se observó promoción de actividades específicas en las cuales ellos puedan contribuir o responsabilizarse activamente. Se considera que el lenguaje juega un papel importante a la hora de promover la participación familiar en las tareas del hogar. Al enunciar toda participación de padres y otros miembros de la familia como “ayuda” o “apoyo”, se pueden seguir reproduciendo estereotipos de género, argumentando que es labor o trabajo de la mujer la atención del hogar, las tareas del cuidado y el bienestar de los hijos e hijas.

En cuanto a la variedad de participantes del sector público emitiendo mensajes, se encuentra mayor heterogeneidad, incluyendo tanto actores oficiales que emiten un trino al año como aquellos que emiten una mayor cantidad, pero reiterando contenido. La repetición de trinos evidencia la posible inexistencia de una estrategia de elaboración de contenidos diferenciados y especializados que aborde la experiencia de la LM en su diversidad, puede saturar a la usuaria y no le brinda información nueva, de calidad y útil para su proceso de amamantamiento.

En relación con los factores sociales, económicos o culturales, tienen baja frecuencia de mención en la discusión pública, sobre todo por parte de los actores oficiales. Se enuncian beneficios sociales y económicos a futuro para aquellos bebés que han sido lactados, pero las menciones relacionadas no abordan diferencias territoriales o regionales que permitan dilucidar situaciones prácticas que favorezcan o limiten la LM a nivel social o cultural. Adicionalmente, se asumen las posiciones de la medicina y de las investigaciones científicas como aquellos referentes para amamantar de manera adecuada, no se hace mención de las prácticas de entornos culturales regionales o locales que promuevan la LM. Esto puede dar cuenta de limitaciones en la comprensión de la LM desde otras perspectivas y la ausencia del reconocimiento de posibles diferencias territoriales, económicas y culturales asociadas con la práctica de la LM.

En conclusión, se observó una presencia digital sobre la LM que genera interacciones de valor, aunque estas son mínimas. Dicha presencia digital exhibe ser unidireccional, sin vincular a la

ciudadanía como sujetos de derechos y con capacidad de acción. De manera opuesta, las publicaciones los abordan como sujetos pasivos y no demandan de ellos ningún tipo de participación en el mismo espacio digital o en medios presenciales.

La gobernanza digital es considerada como un marco para establecer la responsabilidad, los roles y la autoridad de toma de decisiones para la presencia digital de una organización, incluyendo a la ciudadanía que se beneficia del accionar de dicha organización. En un ejercicio de gobernanza digital activa todos sus participantes tienen un rol o responsabilidad y en cada interacción se le permite e invita a cada uno de ellos tomar una decisión por simple que sea. Bajo los resultados presentados en esta escucha digital, este marco es inexistente y los trinos se asemejan a los anuncios convencionales, como aquellos elementos que emiten un mensaje, pero no esperan ningún tipo de respuesta por parte de su receptor. Esto puede significar la necesidad del desarrollo de estrategias de Gobernanza digital sobre la LM y la alimentación complementaria, que contribuirían con el discurso público y la transformación del imaginario colectivo alrededor de estos temas y por tanto con el apoyo, promoción y protección de la LM en el país.

5 CONCLUSIONES

5.1 METAS DEL PDLM 2010 – 2020

De las 6 metas analizadas desde el enfoque cuantitativo del PDLM 2010 – 2020, ninguna cumple con lo planteado al consultar tanto fuentes oficiales como no oficiales. A continuación, se presentan las conclusiones principales por cada meta.

Meta 1

Aunque los resultados en LME en los primeros 6 meses para los beneficiarios del ICBF, de acuerdo con el sistema Cuéntame para los años entre 2017 y 2020 (pr), son mejores que lo reportado para el total nacional en la ENSIN 2015, es importante resaltar que distan del logro de la meta a pesar de que están recibiendo información constante a través de los servicios del instituto. La ENSIN 2015 reporta que el país está 63 puntos porcentuales lejos del cumplimiento de la meta, y que se cumple en mejor medida para los pueblos estudiados por la ENSANI. Las diferencias regionales que deben abordarse con especial atención están en departamentos como San Andrés y Providencia, Cesar y Sucre de acuerdo con él Cuéntame, y en la Región Atlántica de acuerdo con la ENSIN 2015.

Meta 2

La meta 2 no se cumple por ninguno de los indicadores analizados y muestra un desmejoramiento de los resultados en LM total, tanto con fuentes oficiales como no oficiales. De otro lado los resultados de la duración total de la LM en los niños y niñas beneficiarias del ICBF para los años entre 2017 y 2020 (pr) presentan un panorama inferior al del promedio nacional, situación que no mejora en niños y niñas de más de 2 o 3 años y que es aún más crítica en los departamentos del noroccidente del país según él Cuéntame, y en la región central según la ENSIN 2015.

Meta 3

El inicio temprano de la LM es el único indicador cuantificable dentro del plan cuyo camino hacia el cumplimiento de la meta fue positivo de acuerdo con los datos de la ENSIN 2015, aunque tiene más de 27 puntos porcentuales de diferencia con lo propuesto en el PDLM. En este sentido, Bogotá es la única región que reporta a menos del 70% de niños y niñas nacidos menores de 24 meses de edad, cuyas madres afirmaron que fueron amamantados dentro de la primera hora a su nacimiento, lo cual no tiene mucho sentido si se piensa en que el acceso al parto institucional puede ser mayor al de otras regiones del país. Los 17 pueblos de la ENSANI, por su parte, reportaron que al menos el 78% de sus niños y niñas tuvieron inicio temprano de la LM.

Meta 4

La meta 4 relacionada con alimentación complementaria y entendida como dieta mínima aceptable aparte de la LM, muestra un comportamiento decreciente entre 2010 y 2015 de acuerdo con la ENSIN, mostrando que la Región Atlántica es la más crítica. No fue posible evaluar

la meta con información más reciente a la fecha de finalización del PDLM. Para el caso de los pueblos de la ENSANI, si bien no se encuentra información relacionada con la dieta mínima aceptable, se incluye información de alimentos suministrados durante los primeros seis meses diferentes a leche materna, destacándose el consumo de leche en polvo en todos los pueblos considerados.

Meta 5

Si bien indicadores agregados como los de mortalidad infantil y la prevalencia de desnutrición en el país han venido disminuyendo, al analizar la mortalidad infantil evitable por desnutrición se observa, no solo que las metas propuestas no se han logrado, sino que inclusive en algunos años la tendencia ha aumentado, no ha disminuido, comportamiento que en los últimos años ha sido crítico para los niños y niñas menores de un año del régimen subsidiado y en los departamentos que se han visto rezagados en estos temas como La Guajira, Chocó, Valle del Cauca y Amazonas.

Meta 6

Al momento del análisis, no fue posible disponer de información oficial o para el análisis de la meta 6, por lo que los resultados de estimaciones propias de la tasa de años de vida potencialmente perdidos por desnutrición en niños y niñas de hasta dos años indican que a nivel nacional esta meta no se ha logrado, pues más allá de una reducción, a 2018 se ha evidenciado un incremento de esta tasa en un 5%, frente a 2010.

No obstante, este resultado agregado invisibiliza algunas brechas importantes en el nivel departamental, en donde se resalta que a 2018 Chocó, Cundinamarca y La Guajira tuvieron rezagos considerables, con incrementos de la tasa que superaron el 120%. Así mismo, se evidenció que departamentos como San Andrés, Tolima y el Distrito de Bogotá se destacan por haber logrado una reducción del 100% de este indicador en 2018 respecto a 2010.

5.2 ANÁLISIS DE DETERMINANTES Y PERCEPCIONES ASOCIADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PDLM 2010 - 2020

Desde la perspectiva institucional y social se encontraron avances y limitaciones en el cumplimiento del PDLM 2010-2020. Los hallazgos son diferentes al abordar cada uno de los objetivos y dentro de estos se presentan particularidades.

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

Se refirió la existencia de debilidades en la obligatoriedad en la certificación de las IPS con la estrategia IAMII, lo cual va en línea a lo encontrado en el análisis de determinantes que concluye que es necesario analizar lo que sucede en las atenciones en salud a las mujeres gestantes, pues los resultados indican que estas atenciones no tienen una relación estadísticamente significativa con las metas de la LM. De esta forma, se señalan posibles incapacidades para brindar una atención idónea a este grupo poblacional.

Sin embargo, a partir de las entrevistas realizadas, se reconoce que la estrategia IAMII puede verse fortalecida con la entrada en vigor de la Resolución 3280 de 2018, específicamente en la Directriz 8. "Atención en salud para la valoración, promoción y apoyo a la LM". Esta resolución, aunque no contiene todos lineamientos de la estrategia, al ser su cumplimiento de carácter obligatorio, permite que en todas las instituciones de salud materno perinatal la madre lactante y su familia, reciban consejería en LM por personal capacitado para ello.

La asignación estratégica de recursos financieros para los programas y políticas de promoción, protección y apoyo a la LM es uno de los aspectos que se refieren como necesidad sentida; los costos en las leches de fórmula son onerosos para las familias, así como los costos en salud ante las enfermedades recurrentes que presentan los niños como consecuencia de no haber recibido leche materna. Es por ello por lo que los recursos que se asignen a mejorar la práctica de la LM pueden resultar siendo una de las inversiones con mejor costo beneficio en una nación.

En relación con el fortalecimiento y la asistencia técnica, se encontró que las herramientas virtuales se han convertido en recursos importantes para acercarse al cumplimiento de este objetivo, en especial por la coyuntura de la pandemia por COVID-19; sin embargo, este recurso se ve limitado por la falta de conectividad de algunos territorios, especialmente los rurales dispersos.

Ante las dificultades para la implementación de la IAMII, en particular con el paso 10 y, a pesar de los inconvenientes en la comunicación, las IPS han innovado en la utilización de herramientas virtuales para poner en contacto a las madres lactantes con grupos de apoyo de su ciudad, lo cual puede ser una estrategia replicable en otros territorios que tengan conectividad. A la par de esto, algunas Secretarías de Salud cuentan con bases de datos de grupos de apoyo y organizaciones de madres lactantes que pueden facilitar que esta estrategia funcione. Se ha comprobado que las mujeres que cuentan con un grupo de apoyo a la LM tienen más posibilidades de tener éxito en su lactancia y que esta práctica perdure por más tiempo.

Así mismo, se percibe un débil reconocimiento de los contenidos de Las RIAS y su carácter de obligatoriedad, por parte de los actores involucrados en su implementación, que exige el desarrollo de capacidades técnicas y funcionales que permitan dar respuesta a las situaciones que limitan el acceso a las atenciones en lactancia materna y a los requerimientos que la resolución 3280 establece para la oferta de esta atención en salud, por otra parte la comprensión del alcance y contenido, la implementación y su seguimiento permanente es fundamental para entender los desarrollos en los que se ha dado respuesta y superado parte de las prioridades identificadas en su momento y que en la actualidad sugiere la identificación explícita de nuevos desafíos y la gestión de acciones que permitan su desarrollo.

Fue posible reconocer el gran valor que tiene la articulación intersectorial e interinstitucional y el trabajo colaborativo para el desarrollo de acciones en salud pública; se han logrado coordinar acciones puntuales e incluso generar líneas de acción y planes concertados, con la participación de entidades del orden nacional, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil y de la academia, entre otras.

En relación con los mecanismos de gerencia, seguimiento y evaluación desde la perspectiva de los actores entrevistados, no se cuenta con sistemas de información consolidados ni con indicadores para el seguimiento de las acciones realizadas en LM. Adicionalmente, aún se presenta incumplimiento en la normatividad relacionada con el CICSLM. Algunas de las IPS reconocen que no hay ningún tipo de control frente a la presencia de los visitantes médicos, ni tampoco seguridad alguna en que éstos no entreguen a las madres muestras de leches de fórmula, alimentos complementarios o los demás productos del alcance del Código.

Por su parte, las transformaciones sociales a favor de la LM, referidas al objetivo 2 del PDLM 2010-2020, desde el punto de vista institucional se centraron principalmente en el fortalecimiento de los entornos favorables a la LM, donde jugó un papel muy importante la implementación de SAFL del entorno laboral en diferentes regiones del país y la puesta en funcionamiento de los BLH. A lo anterior se suman los procesos de movilización social alrededor de la práctica de la LM que lograron la participación de diversos sectores, especialmente en la celebración de la semana mundial de la LM. Sin embargo, en algunas regiones, el trabajo de movilización social se limita exclusivamente al mes de agosto de cada año.

En relación a la gestión política asociada a la LM, referente al objetivo 3 del PDLM, se evidenciaron avances en la gestión política para la promoción, protección y apoyo a la LM, en el marco de la implementación del PDLM 2010-2020. Se evidenció la asistencia técnica como uno de los factores fundamentales para implementar, fortalecer y garantizar el sostenimiento de las acciones a favor de la LM y la alimentación complementaria. Adicionalmente, sobre la sostenibilidad de las acciones, no se identificó una estrategia clara en los territorios orientada al mantenimiento de las acciones a favor de la LM; en su lugar, los diferentes actores tratan de adaptarse y responder a las características del entorno para mantener en pie los procesos adelantados.

Desde la perspectiva social se observó un panorama heterogéneo respecto a la consecución de objetivos del PDLM 2010-2020. En relación con la consecución del objetivo 1, se resalta la percepción de la LM como un derecho universal de madres y bebés, donde protegerla, promoverla y apoyarla es una de las estrategias de alto impacto y bajo costo que contribuye con la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal, infantil y materna. Sin embargo, la desinformación en LM y alimentación infantil, en las madres, en sus familias, en los profesionales de salud, en los tomadores de decisión y en la comunidad en general, sumado al bombardeo publicitario por parte de las empresas que elaboran sucedáneos de la leche materna y la falta de apoyo y leyes que protejan al binomio madre-hijo, disminuyen la confianza de las madres y las hacen dudar de su capacidad para mantener la lactancia, abandonando esta práctica.

Ahora bien, diferentes actores reconocen que las compañías relacionadas con la fabricación e importación de sucedáneos de la leche materna no cumplen, en forma general, con los contenidos del CICSLM, sea en publicidad directa al público, información dirigida al cuerpo profesional,

regalos, muestras y otro tipo de promoción como patrocinio de eventos. Esta situación se ve reflejada en la baja prevalencia de LM que actualmente se registra en nuestro país, tal como se mostró en el análisis de las metas 1 y 2 del PDLM. Así, se resaltó la necesidad de fortalecer la obligatoriedad en el cumplimiento de las normas, especialmente las relacionadas con el decreto 1397 de 1992 que reglamenta el código de sucedáneos en Colombia, en tanto que esta norma no está contenida en la Resolución 3280 de 2018 que sí es de obligatorio cumplimiento para la instituciones que brindan servicios materno perinatales.

La consejería se reconoce como una estrategia efectiva para apoyar la práctica de la LME y alcanzar las metas globales de LM, además de ser fundamental en el fortalecimiento de la estrategia IAMII; sin embargo, diversos actores, refieren poca formación en lactancia y alimentación complementaria, durante el pregrado y durante el ejercicio de su profesión. Por lo tanto, se requiere inicialmente profundizar en la formación en LM en los profesionales del área de la salud, con un posterior énfasis en la aplicación de estos conocimientos con técnicas de consejería.

En la formación de profesionales del área de la salud, algunos programas académicos en pregrado han ido incluyendo de forma paulatina contenidos relacionados con la lactancia y alimentación complementaria en sus pensum y grupos de investigación, sin embargo, no se observa una directriz desde el MEN, sobre un establecimiento obligatorio de estas temáticas en los currículos.

Desde la perspectiva social la información se concentró en gran medida en las “transformaciones sociales”, referentes al objetivo 2 del PDLM 2010-2020. En este sentido, las mayores ópticas de avance se evidenciaron respecto a la responsabilidad empresarial y los entornos favorables a la LM a pesar de que persisten algunas limitaciones. De igual manera, las mayores dificultades fueron evidenciadas en la mitigación de barreras sociales. Es importante considerar que existe una interrelación entre los 3 objetivos específicos y metas asociadas a este objetivo general, por lo que las falencias en uno influyen sobre la consecución de los demás.

En este sentido, se plantea la necesidad de abordar las características sociales y culturales de cada región, estableciendo intercambios con los saberes comunitarios y tradicionales, en particular con el ánimo de aminorar las barreras sociales. Adicionalmente se promueve la apertura a visiones no medicalizadas de la LM a través de la participación y conocimientos de las madres, entornos familiares y redes de apoyo, reconociendo sus circunstancias socioeconómicas, emocionales y de soporte.

Es más, el análisis de los determinantes sociales asociados a las metas de LM del Plan indica que las intervenciones también deben tener en cuenta un enfoque de focalización, particularmente dirigiendo las atenciones en las mujeres que tendrán su primer hijo, de etnia negra o afro, que trabajarán luego del parto y que viven en hogares con una inseguridad alimentaria severa.

A pesar de que los actores locales proporcionaron alguna información referente a la gestión política para el apoyo, promoción y protección de la LM que concierne el objetivo 3, la capacidad de abordar su consecución desde la perspectiva social es limitada, centrándose en la garantía de la sostenibilidad del PDLM 2010-2020. De esta manera, para algunos actores los recursos fueron limitados, impidiendo un trabajo a tiempo completo en los programas de promoción, prevención y

protección de la LM. Se destaca la perspectiva de la sociedad civil sobre la sostenibilidad de las acciones en LM a partir de cinco principios fundamentales: 1) Voluntad política, donde los gobernantes le den protagonismo a la LM; 2) Marco normativo favorable a la lactancia, no solo a nivel estatal si no también local; 3) Profesionales de salud formados en LM y alimentación complementaria libres de conflictos de interés; 4) Alianzas entre distintas áreas del gobierno local que favorezcan la transversalidad de la política e interacción con otros sectores que ponen en funcionamiento la política; y, 5) Asignación de recursos desde el inicio para su ejecución.

La pandemia por COVID-19 ha significado retos importantes para la entrega y mantenimiento de servicios relacionados con la LM en el país, particularmente aquellos que requieren de presencialidad, no obstante, se evidencian experiencias exitosas a partir de la implementación de estrategias virtuales, con una mayor posibilidad de contacto de las madres con sus bebés a partir del teletrabajo y el desarrollo de estrategias de educación y comunicación en diferentes niveles, que podrían ser tomadas en consideración como oportunidades de mejora en futuras planeaciones. En el mismo sentido se hace imperativo considerar la situación de paralización de espacios físicos relacionados con la LM, la inversión de recursos y las perspectivas empresariales e institucionales asociadas, en tanto de no ser abordado podría suponer retrocesos en algunos de los logros mencionados.

De acuerdo con los hallazgos de la escucha digital, el discurso público en redes sociales sobre la LM en los últimos años ha sido liderado por la ciudadanía, se evidenció una baja participación de actores institucionales en el transcurso de cada año y acciones específicas durante la semana de la LM. Se observó una relación entre lo descrito por los actores entrevistados y la conversación pública en redes, particularmente respecto a las barreras sociales relacionadas con la LM, el posicionamiento de una visión medicalizada de la lactancia y los roles de género, lo que evidencia limitaciones en la consecución de objetivos trazadores del PDLM 2010-2020. En consonancia con lo referido por algunos actores, se requiere un mayor posicionamiento público de la LM y un desarrollo de estrategias que trasciendan los hitos temporales de la misma, con el ánimo de generar un reconocimiento extendido de estos temas. En particular, se hace necesario el desarrollo de estrategias de comunicación y gobernanza digital para la LM en redes sociales.

En cuanto al cumplimiento de objetivos del PDLM 2010-2020, es posible argumentar que se presentó una serie de avances importantes relacionados con la consecución del fortalecimiento de capacidades y competencias institucionales (Objetivo 1), presentando también diversas limitaciones. Se podría pensar que el grado de cumplimiento de este objetivo fue importante pero no suficiente para lograr los fines propuestos en el PDLM, algunas de las razones podrían incluir un amplio número de objetivos y acciones a abordar, con falencias en la definición de responsabilidades específicas y seguimiento a su ejecución.

De manera general se considera que el PDLM presenta limitaciones en la consecución del desarrollo de mecanismos de transformación, apropiación, movilización y responsabilidad social de la comunidad colombiana desde sus diferentes roles a favor de la LM (Objetivo 2), sin desconocer que se presentaron algunos avances. Esto puede deberse, entre otras, a una definición ambigua y ambiciosa de los objetivos, en especial aquel referente a mitigar las barreras sociales en relación con la LM, en tanto su consecución depende de una serie de factores sociales, culturales y económicos que no se ven reflejados en las acciones del documento programático. En igual

medida se razona que este plan presentó un abordaje comprehensivo desde la institucionalidad, pero con algunas carencias desde propuestas centradas en las comunidades, lo que puede traducirse en la falta de desarrollo de acciones que permitieran una mejor consecución de los objetivos planteados.

En relación con la consolidación de la gestión política para el apoyo, protección y promoción de la LM (Objetivo 3) se considera que su logro es limitado. A pesar de presentar avances en algunos frentes, particularmente en la armonización de instrumentos, se siguen presentando restricciones y no se evidenciaron estrategias claras que aseguren la sostenibilidad de las acciones en los diferentes niveles de gestión al igual que la participación social.



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



13
años



6 ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencias

Archivo adjunto.

Anexo 2. Consentimiento informado

Archivo adjunto

Anexo 3. Proporción de niños y niñas beneficiarios del ICBF con LME de 0 a 6 meses

Tabla 14. Proporción de niños y niñas beneficiarios del ICBF con LME de 0 a 6 meses

Regional	2017	2018	2019	2020 (pr a Oct.)
Amazonas	81,8%	89,3%	89,3%	90,2%
Antioquia	81,3%	78,7%	78,7%	78,4%
Arauca	77,7%	81,8%	81,8%	78,3%
Atlántico	71,1%	71,8%	71,8%	69,3%
Bogotá D.C.	56,3%	72,8%	72,8%	76,6%
Bolívar	79,1%	81,3%	81,3%	68,5%
Boyacá	83,8%	87,0%	87,0%	84,9%
Caldas	71,9%	73,3%	73,3%	67,2%
Caquetá	71,3%	74,4%	74,4%	66,5%
Casanare	86,6%	86,7%	86,7%	84,6%
Cauca	78,2%	84,3%	84,3%	80,1%
Cesar	59,2%	59,1%	59,1%	60,3%
Chocó	73,2%	78,0%	78,0%	67,8%
Córdoba	78,5%	81,3%	81,3%	73,7%
Cundinamarca	83,0%	83,7%	83,7%	83,3%
Guainía	82,5%	72,3%	72,3%	87,6%
Guaviare	90,7%	88,3%	88,3%	85,0%
Huila	87,1%	85,8%	85,8%	82,2%
La Guajira	72,2%	81,5%	81,5%	76,0%
Magdalena	79,6%	78,9%	78,9%	72,2%
Meta	75,6%	79,2%	79,2%	72,8%
Nariño	93,6%	90,7%	90,7%	90,2%
Norte De Santander	79,5%	82,4%	82,4%	75,5%
Putumayo	86,8%	82,8%	82,8%	85,8%
Quindio	61,4%	76,8%	76,8%	72,5%
Risaralda	73,8%	67,4%	67,4%	74,9%
San Andrés	46,6%	51,4%	51,4%	77,8%
Santander	82,0%	83,4%	83,4%	77,2%
Sucre	71,1%	66,4%	66,4%	52,9%
Tolima	72,8%	71,8%	71,8%	68,2%
Valle Del Cauca	83,4%	82,3%	82,3%	79,4%
Vaupés	96,1%	82,4%	82,4%	59,5%
Vichada	72,5%	72,4%	72,4%	78,0%

Fuente: elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

Anexo 4. Proporción de niños y niñas beneficiarios del ICBF con duración total de la LM de 24 meses o más

Tabla 15. Proporción de niños y niñas beneficiarios del ICBF con duración total de la LM de 24 meses o más

Regional	2017	2018	2019	2020 (pr a Oct.)
Amazonas	18,7%	29,1%	8,9%	20,0%
Antioquia	2,2%	3,6%	2,8%	3,1%
Arauca	9,9%	12,0%	6,4%	7,5%
Atlántico	3,8%	4,0%	3,8%	2,5%
Bogotá D.C.	10,6%	15,5%	9,9%	8,5%
Bolívar	4,5%	8,8%	5,4%	4,9%
Boyacá	24,4%	28,1%	24,3%	26,6%
Caldas	7,0%	6,0%	4,4%	5,1%
Caquetá	3,8%	2,4%	2,8%	2,1%
Casanare	12,8%	25,7%	18,7%	24,1%
Cauca	13,4%	20,0%	13,6%	12,0%
Cesar	7,1%	7,1%	4,2%	8,5%
Chocó	6,0%	5,9%	4,5%	4,1%
Córdoba	11,3%	13,1%	13,4%	8,1%
Cundinamarca	7,4%	13,8%	10,8%	10,9%
Guainía	6,2%	1,5%	2,2%	11,9%
Guaviare	11,7%	20,9%	20,0%	26,7%
Huila	17,0%	16,3%	9,2%	7,9%
La Guajira	4,2%	3,5%	3,6%	6,0%
Magdalena	3,4%	7,4%	6,3%	4,1%
Meta	9,0%	9,7%	8,0%	8,1%
Nariño	26,2%	29,6%	27,6%	32,3%
Norte De Santander	11,1%	15,4%	16,1%	11,1%
Putumayo	18,1%	13,9%	9,1%	16,8%
Quindío	1,0%	3,2%	2,9%	1,6%
Risaralda	15,0%	13,8%	13,8%	16,5%
San Andrés	1,6%	3,8%	5,1%	0,6%
Santander	9,8%	14,5%	12,2%	11,6%
Sucre	4,1%	3,7%	5,0%	5,7%
Tolima	8,8%	9,3%	9,0%	6,8%
Valle Del Cauca	3,6%	6,1%	4,6%	4,1%
Vaupés	28,1%	6,1%	12,4%	21,2%
Vichada	0,7%	18,1%	9,3%	12,5%

Fuente: elaboración propia a partir de Cuéntame – ICBF

Anexo 5. Cálculos propios de la tasa de AVPP y sus variaciones. 2005 a 2018

Tabla 16. Tasa de AVPP y sus variaciones

Dpto	2005	2010	2015	2018	Reducción 2018 frente a 2005	Reducción 2018 frente a 2010
Amazonas	157,41	18,84	36,88	36,96	-77%	96,2%
Antioquia	18,01	5,72	3,68	2,91	-84%	-49,2%
Arauca	16,64	11,89	17,57	11,74	-29%	-1,3%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	-	30,93	-	-	0%	-100,0%
Atlántico	74,15	21,23	5,51	15,55	-79%	-26,7%
Bogotá, D.C.	9,78	1,66	0,65	-	-100%	-100,0%
Bolívar	45,37	21,92	13,29	18,81	-59%	-14,2%
Boyacá	10,91	15,44	1,85	1,90	-83%	-87,7%
Caldas	13,71	4,78	2,50	5,15	-62%	7,6%
Caquetá	56,64	25,70	21,50	7,05	-88%	-72,6%
Casanare	11,22	11,21	5,42	15,95	42%	42,3%
Cauca	22,03	16,68	8,67	5,63	-74%	-66,3%
Cesar	45,46	35,67	47,93	56,58	24%	58,6%
Chocó	49,89	32,30	65,58	120,80	142%	273,98%
Córdoba	39,32	16,54	19,30	15,86	-60%	-4,1%
Cundinamarca	6,98	1,70	3,24	3,95	-43%	132,9%
Guainía	43,67	114,49	186,58	73,18	68%	-36,1%
Guaviare	14,18	-	13,52	-	-100%	0,0%
Huila	24,59	3,50	1,72	5,08	-79%	45,0%
La Guajira	41,99	59,71	64,88	132,72	216%	122,3%
Magdalena	48,64	38,59	29,91	28,37	-42%	-26,5%
Meta	29,62	21,97	12,53	18,35	-38%	-16,5%
Nariño	11,78	19,34	8,33	5,85	-50%	-69,7%
Norte de Santander	19,70	9,31	7,73	15,33	-22%	64,7%
Putumayo	9,64	4,96	19,64	4,81	-50%	-3,1%
Quindío	4,31	-	-	-	-100%	0,0%
Risaralda	15,41	12,83	10,36	10,45	-32%	-18,5%
Santander	6,83	11,63	3,57	2,41	-65%	-79,2%
Sucre	25,60	16,39	11,58	6,87	-73%	-58,1%
Tolima	30,39	10,73	6,19	-	-100%	-100,0%
Valle del Cauca	12,66	5,98	10,76	5,88	-54%	-1,7%
Vaupés	32,30	-	31,97	32,05	-1%	N/A
Vichada	67,73	292,75	308,22	221,91	228%	-24,2%

Dpto	2005	2010	2015	2018	Reducción 2018 frente a 2005	Reducción 2018 frente a 2010
Total	24,50	14,00	12,20	14,71	-40%	5,0%

Fuente: elaboración propia a partir de EEVV - DANE

Anexo 6. Factores asociados a la duración total de la LM - Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis

Tabla 17. Factores asociados a la duración total de la LM

VARIABLES	(1)		(2)		(3)	
	Individual es		Hogar		Estructural es	
	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]
Pecho posparto: Inmediatamente	0.873		0.860		0.864	
	(0.107)	0.686 - 1.111	(0.108)	0.673 - 1.099	(0.108)	0.677 - 1.104
Pecho posparto: Menos de una hora	0.930		0.927		0.905	
	(0.133)	0.703 - 1.230	(0.134)	0.698 - 1.230	(0.132)	0.680 - 1.203
Pecho posparto: Menos de 24 horas	0.773*		0.772*		0.755**	
	(0.108)	0.588 - 1.016	(0.109)	0.585 - 1.018	(0.106)	0.574 - 0.995
Recibió información sobre Lactancia materna durante el embarazo	1.000		1.022		1.021	
	(0.0992)	0.823 - 1.215	(0.102)	0.839 - 1.244	(0.101)	0.841 - 1.240
Formularon calcio, hierro y ácido	1.036		0.984		0.965	
	(0.274)	0.617 - 1.739	(0.261)	0.585 - 1.656	(0.253)	0.577 - 1.614
Cantidad de controles prenatales	1.009		1.012		1.012	
	(0.0143)	0.981 - 1.037	(0.0142)	0.985 - 1.041	(0.0144)	0.984 - 1.041
Parto institucional	0.711		0.797		0.790	
	(0.215)	0.393 - 1.287	(0.235)	0.447 - 1.421	(0.232)	0.444 - 1.405
Semanas de embarazo al nacer	0.982**		0.981**		0.981**	
	(0.00816)	0.966 - 0.998	(0.00851)	0.965 - 0.998	(0.00860)	0.964 - 0.998
Edad de la madre al nacimiento	0.984**		0.981**		0.980***	
			*			

	(0.00676)	0.970 - 0.997	(0.00681)	0.967 - 0.994	(0.00677)	0.967 - 0.993
Cantidad de hijos que tiene la mujer	1.153***		1.197** *		1.191***	
	(0.0505)	1.058 - 1.257	(0.0549)	1.094 - 1.310	(0.0548)	1.088 - 1.303
Entre primaria completa y secundaria incompleta (5 a 10 años)	0.699***		0.745**		0.717**	
	(0.0935)	0.538 - 0.909	(0.0996)	0.574 - 0.969	(0.0972)	0.550 - 0.935
Entre secundaria completa y superior incompleta (11 a 15 años)	0.783*		0.872		0.832	
	(0.103)	0.605 - 1.014	(0.116)	0.671 - 1.132	(0.112)	0.639 - 1.084
Superior completa y más (16 a 24 años)	0.749		0.869		0.784	
	(0.168)	0.482 - 1.162	(0.194)	0.560 - 1.347	(0.175)	0.506 - 1.215
Madre trabajó después del parto o lo consideró	2.568***		2.658** *		2.672***	
	(0.181)	2.237 - 2.947	(0.192)	2.307 - 3.062	(0.195)	2.316 - 3.083
Tamaño del hogar: 2 a 4 personas			0.532* (0.199)	0.256 - 1.107	0.670 (0.255)	0.318 - 1.412
Tamaño del hogar: 5 a 6 personas			0.454** (0.171)	0.217 - 0.949	0.564 (0.216)	0.266 - 1.196
Tamaño del hogar: 7 personas o mas			0.336** * (0.129)	0.158 - 0.712	0.410** (0.160)	0.191 - 0.882
Índice de riqueza armonizado			0.973** (0.0112)	0.952 - 0.996	0.982 (0.0118)	0.959 - 1.005
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Leve total			1.006 (0.0821)	0.857 - 1.180	1.002 (0.0819)	0.853 - 1.176
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Moderada			1.269** (0.132)	1.036 - 1.555	1.241** (0.131)	1.010 - 1.525
Prevalencia de hogares en inseguridad			1.136		1.111	



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



GRAN ALIANZA
POR LA NUTRICIÓN



alimentaria: Severa			(0.137)	0.896 - 1.438	(0.137)	0.873 - 1.415
Oriental					1.182	
					(0.132)	0.951 - 1.471
Orinoquía y Amazonas					1.104	
					(0.142)	0.858 - 1.420
Bogotá					0.845	
					(0.106)	0.661 - 1.080
Central					0.919	
					(0.0835)	0.769 - 1.098
Pacífica					0.774**	
					(0.0830)	0.627 - 0.955
Negro/Mulato/Afrocolombiano/Afrodescen diente					1.259*	
					(0.152)	0.993 - 1.595
Indígena					1.128	
					(0.182)	0.823 - 1.546
Observaciones	6,230		6,229		6,168	

Fuente: elaboración propia con base en ENSIN 2015

Anexo 7. Factores asociados al inicio temprano de la LM- Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis

Tabla 18. Factores asociados al inicio temprano de la LM

VARIABLES	(1)		(2)		(3)	
	Individual es		Hogar		Estructural es	
	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]
Recibió información sobre Lactancia materna durante el embarazo	0.891		0.891		0.888	
	(0.0888)	0.923 - 1.365	(0.0891)	0.922 - 1.365	(0.0884)	0.926 - 1.369
Formularon calcio, hierro y ácido fólico	0.828		0.824		0.842	
	(0.289)	0.610 - 2.392	(0.289)	0.610 - 2.412	(0.293)	0.600 - 2.349
Cantidad de controles prenatales	1.003		1.004		1.003	
	(0.0146)	0.969 - 1.025	(0.0145)	0.968 - 1.024	(0.0150)	0.968 - 1.026
Parto institucional	0.839		0.846		0.996	
	(0.336)	0.543 - 2.613	(0.333)	0.547 - 2.557	(0.383)	0.473 - 2.134
Semanas de embarazo al nacer	1.043***		1.043**		1.045***	
	(0.0113)	0.939 - 0.980	(0.0112)	0.939 - 0.980	(0.0114)	0.937 - 0.978
Edad de la madre al nacimiento	1.000		1.000		1.000	
	(0.00716)	0.986 - 1.014	(0.00729)	0.986 - 1.015	(0.00725)	0.986 - 1.014
Cantidad de hijos que tiene la mujer	1.238***		1.229**		1.245***	
	(0.0607)	0.734 - 0.889	(0.0638)	0.735 - 0.901	(0.0650)	0.725 - 0.890
Entre primaria completa y secundaria incompleta (5 a 10 años)	1.086		1.091		1.157	

	(0.159)	0.691 - 1.227	(0.160)	0.687 - 1.223	(0.170)	0.648 - 1.152
Entre secundaria completa y superior incompleta (11 a 15 años)	1.020		1.025		1.094	
	(0.151)	0.733 - 1.309	(0.154)	0.726 - 1.311	(0.165)	0.680 - 1.228
Superior completa y más (16 a 24 años)	1.129		1.146		1.283	
	(0.257)	0.567 - 1.383	(0.266)	0.553 - 1.376	(0.298)	0.495 - 1.228
Madre trabajó después del parto o lo consideró	0.944		0.951		0.968	
	(0.0730)	0.910 - 1.233	(0.0747)	0.901 - 1.226	(0.0794)	0.880 - 1.213
Tamaño del hogar: 2 a 4 personas			0.526		0.401	
			(0.847)	0.081 - 44.420	(0.653)	0.102 - 60.808
Tamaño del hogar: 5 a 6 personas			0.564		0.433	
			(0.908)	0.076 - 41.560	(0.706)	0.095 - 56.435
Tamaño del hogar: 7 personas o mas			0.479		0.366	
			(0.771)	0.089 - 49.007	(0.598)	0.112 - 66.814
Índice de riqueza armonizado			0.999		0.994	
			(0.0119)	0.978 - 1.025	(0.0121)	0.982 - 1.030
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Leve total			1.008		1.019	
			(0.0873)	0.837 - 1.176	(0.0895)	0.826 - 1.166
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Moderada			1.163		1.184	
			(0.127)	0.694 - 1.066	(0.131)	0.679 - 1.050
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Severa			0.991		0.991	
			(0.129)	0.782 - 1.303	(0.130)	0.781 - 1.304
Oriental					0.789**	
					(0.0805)	1.038 - 1.548



El futuro es de todos

Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia



Orinoquía y Amazonas					0.963	
					(0.140)	0.781 - 1.382
Bogotá					1.119	
					(0.182)	0.650 - 1.228
Central					1.176*	
					(0.112)	0.705 - 1.026
Pacífica					1.173	
					(0.141)	0.674 - 1.079
Negro/Mulato/Afrocolombiano/Afrodescendiente					0.657***	
					(0.0881)	1.170 - 1.979
Indígena					1.394*	
					(0.238)	0.514 - 1.002
Observaciones	6,599		6,597		6,535	

Niveles de significancia estadística*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: elaboración propia con base en ENSIN 2015

Anexo 8. Factores asociados a la frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses- Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis

Tabla 19. Factores asociados a la frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses

VARIABLES	(1)		(2)		(3)	
	Individual es		Hogar		Estructural es	
	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]	Odds Ratio / Error Estándar	[95% Intervalo de Confianza]
Pecho posparto: Inmediatamente	1.403		1.428		1.292	
	(0.676)	0.546 - 3.608	(0.732)	0.523 - 3.898	(0.666)	0.471 - 3.548
Pecho posparto: Menos de una hora	1.763		1.707		1.398	
	-1.031	0.560 - 5.547	-1.028	0.524 - 5.559	(0.846)	0.427 - 4.575
Pecho posparto: Menos de 24 horas	0.846		0.836		0.933	
	(0.478)	0.279 - 2.560	(0.481)	0.271 - 2.580	(0.542)	0.298 - 2.915
Recibió información sobre Lactancia materna durante el embarazo	1.337		1.442		1.553	
	(0.467)	0.674 - 2.653	(0.508)	0.723 - 2.877	(0.579)	0.748 - 3.224
Formularon calcio, hierro y ácido	14.62**		6.810		4.675	
	(18.95)	1.151 - 185.572	-8.626	0.569 - 81.515	-6.233	0.343 - 63.768
Cantidad de controles prenatales	0.914		0.921		0.924	
	(0.0633)	0.797 - 1.046	(0.0663)	0.800 - 1.061	(0.0695)	0.797 - 1.070
Parto institucional	10.80**		13.50**		18.00***	
	(10.73)	1.540 - 75.704	(14.59)	1.623 - 112.282	(19.76)	2.094 - 154.756
Semanas de embarazo al nacer	1.080		1.088		1.055	
	(0.0808)	0.933 - 1.251	(0.0845)	0.934 - 1.267	(0.0613)	0.942 - 1.183
Edad de la madre al nacimiento	1.031		1.040		1.031	

	(0.0274)	0.978 - 1.086	(0.0278)	0.986 - 1.096	(0.0261)	0.981 - 1.084
Cantidad de hijos que tiene la mujer	0.807		0.807		0.777	
	(0.140)	0.575 - 1.134	(0.158)	0.550 - 1.186	(0.144)	0.540 - 1.118
Entre primaria completa y secundaria incompleta (5 a 10 años)	1.360		1.216		1.084	
	(0.713)	0.487 - 3.800	(0.621)	0.447 - 3.306	(0.574)	0.384 - 3.058
Entre secundaria completa y superior incompleta (11 a 15 años)	1.414		1.110		1.050	
	(0.714)	0.526 - 3.802	(0.578)	0.400 - 3.080	(0.560)	0.370 - 2.986
Superior completa y más (16 a 24 años)	2.647		2.799		2.681	
	-2.302	0.482 - 14.550	-2.521	0.479 - 16.352	-2.090	0.582 - 12.352
Madre trabajó después del parto o lo consideró	1.082		1.059		0.892	
	(0.353)	0.571 - 2.052	(0.326)	0.580 - 1.937	(0.272)	0.491 - 1.620
Tamaño del hogar: 2 a 4 personas			0.622		0.592	
			(0.291)	0.249 - 1.555	(0.285)	0.231 - 1.520
Tamaño del hogar: 5 a 6 personas			0.486		0.458*	
			(0.223)	0.198 - 1.193	(0.201)	0.194 - 1.082
Tamaño del hogar: 7 personas o más			-		-	
				-		-
Índice de riqueza armonizado			1.034		0.975	
			(0.0522)	0.937 - 1.142	(0.0533)	0.876 - 1.085
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Leve total			3.069***		3.076***	
			(0.999)	1.621 - 5.809	(0.990)	1.637 - 5.780
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Moderada			1.603		1.815	
			(0.741)	0.648 - 3.968	(0.956)	0.646 - 5.097
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: Severa			1.167		1.611	
			(0.579)	0.441 - 3.088	(0.838)	0.582 - 4.464
Oriental					1.289	



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



					(0.562)	0.549 - 3.029
Orinoquía y Amazonas					2.255*	
					(0.961)	0.978 - 5.196
Bogotá					7.072***	
					-4.337	2.126 - 23.526
Central					2.773**	
					-1.122	1.255 - 6.128
Pacífica					1.952	
					(0.794)	0.879 - 4.334
Negro/Mulato/Afrocolombiano/Afrodescendiente					0.395*	
					(0.204)	0.144 - 1.085
Indígena					1.320	
					(0.882)	0.357 - 4.891
Constante	0.000253 **		0.000276 **		0.000768* **	
	(0.000876)		(0.00102)		(0.00214)	
Observaciones	464		464		462	

Fuente: elaboración propia con base en ENSIN 2015



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



13
años



Anexo 9. Informe escucha digital

Archivo adjunto.

Anexo 10. Informe de síntesis de PTS

Archivo adjunto.

Anexo 11. Revisión de literatura en LM en Colombia

Archivo adjunto.

Anexo 12. Recomendaciones directas desde los actores entrevistados

Archivo adjunto

7 BIBLIOGRAFÍA

Atalah S, Eduardo, Castillo L, Cecilia, & Reyes A, Cecilia. (2004). Efectividad de un programa nacional de fomento de la lactancia materna en Chile 1993-2002. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 54(4), 374-379. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222004000400002&lng=es&tlng=es

Ajami, M., Abdollahi, M., Salehi, F., Oldewage-Theron, W., & Jamshidi-Naeini, Y. (2018). The association between household socioeconomic status, breastfeeding, and infants' anthropometric indices. *International journal of preventive medicine*, 9.

Andreú Abela, J. (2002). Las técnicas de Análisis de Contenido: una revisión actualizada. En *Fundación Centro de Estudios Andaluces*.

Arora, A., Manohar, N., Hayen, A., Bhole, S., Eastwood, J., Levy, S., & Scott, J. A. (2017). Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Sydney, Australia: Findings from a birth cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0130-0>

Bertranou, J. (2019). El seguimiento y la evaluación de políticas públicas Modelos disponibles para producir conocimiento y mejorar el desempeño de las intervenciones públicas. *Millcayac-Revista Digital de Ciencias Sociales*, 6(10), 151-188.

Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, A. Lartey y R. E. Black. 2013. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" *The Lancet* 382 (9890): 452–77

Brahm, Paulina, & Valdés, Verónica. (2017). Beneficios de la LM y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(1), 07-14. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>

Brown, A., & Shenker, N. (2020). Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Maternal & child nutrition*.

Campbell, S., Benita, S., Coates, E., Davies, P., & Penn, G. (2007). Analysis for policy: Evidence-based policy in practice. *Government Social Research Unit*.

Cascone, D., Tomassoni, D., Napolitano, F., & Di Giuseppe, G. (2019). Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Practices about Exclusive Breastfeeding among Women in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 16 (12), 2118. Recuperado de <https://doi.org/10.3390/ijerph16122118>

Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico – CEDE (2014). *Colombia en movimiento 2010-2013*.

Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico – CEDE (2020). Datos ELCA ronda 2.

Chipojola, R., Lee, G. T., Chiu, H. Y., Chang, P. C., & Kuo, S. Y. (2019). Determinants of breastfeeding practices among mothers in Malawi: A population-based survey. *International Health*, 12(2), 132–141. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz034>

Colombo, L., Crippa, B. L., Consonni, D., Bettinelli, M. E., Agosti, V., Mangino, G., Bezze, E. N., Mauri, P. A., Zanotta, L., Roggero, P., Plevani, L., Bertoli, D., Gianni, M. L., & Mosca, F. (2018). Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients*, 10(1), 5–8. <https://doi.org/10.3390/nu10010048>

Cuesta, M., & Martínez, A. R. (2010). Fundamentos de evaluación de políticas públicas. *Guías. Madrid, España, editado por el Ministerio de Política Territorial y Administración Cívica y la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios.*

Flores C., P. (2013). El enfoque de la política basado en la evidencia. Análisis de su utilidad para la educación de México. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 18, N° 56, enero-marzo, pp. 265-290.

Gale et al (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology* Vol. 13.

Gillespie S., H. L. (2016). ¿Por qué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de LM? *The Lancet*, 17 - 30.

Grupo Banco Mundial. (2017). Un Marco de Inversión para el Cumplimiento de las Metas Globales de Nutrición: Lactancia. Pág.2

Heck, K. E., Braveman, P., Cubbin, C., Chavez, G. F., & Kiely, J. L. (2006). Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers. *Public health reports*, 121(1), 51-59.

Holla-Bhar, R., A. Iellamo, A. Gupta, J. P. Smith, and J. P. Dadhich. 2015. “Investing in Breastfeeding: The World Breastfeeding Costing Initiative.” *International Breastfeeding Journal* 10: 8.

Horta, B. L., C. Loret de Mola y C. G. Victora. 2015. “Lactancia e Inteligencia: Una Revisión y Meta-análisis Sistemática.” *Acta Paediatrica* 104: 14–19

IBFAN Colombia. (2017). Iniciativa mundial sobre tendencias de la LM, seguimiento WBTi 2016 a 2017 Colombia. Bogotá. Obtenido de <http://worldbreastfeedingtrends.org/countrypage/uploads/CO/02-02-18-09-45-59-CO-colombia-callto-action-2017.pdf>

International Baby Food Action Network. Declaración de IBFAN sobre la Alimentación de Lactantes, Niñas y Niños Pequeños - y los Contaminantes Químicos. 1998:1-9.



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



GRAN ALIANZA
POR LA NUTRICIÓN



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2015). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2020). Libro Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Universidad Externado de Colombia (s/f-a). Consulta de documentos generales. Recuperado de https://fcsh.uexternado.edu.co/ensani/info_legal_data.php

Krippendorff, K. (1997). Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Paidós.

Lutter, R. 2016. “Desempeño Cognitivo, Resultados del Mercado Laboral y Estimaciones del Valor Económico de los Efectos Cognitivos de la Lactancia.” Manuscrito inédito. Charlottesville, VA, Universidad de Virginia

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099–1104. https://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social_determinants_of_health_inequalities.pdf

Mercier, G., Arquizan, C., & Roubille, F. (2020). Understanding the effects of COVID-19 on health care and systems. *The Lancet Public Health*, 5(10).

Ministerio de Protección Social. (2010). Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Un imperativo público para la protección y alimentación de los niños y niñas menores de dos años

Ministerio Salud, INVIMA. (2015). Monitoreo al Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna. Bogotá. D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/bancos-leche-humana.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social, Acción Social, UNICEF y PMA (2013). Plan Decenal LM 2010-2020. Amamantar compromiso de todos. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). SISPRO. Retrieved December 6, 2020, from <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s/f-a). Catálogo de Información. Retrieved June 12, 2020, from <https://www.sispro.gov.co/catalogos/Pages/catalogo-de-informacion.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s/f-b). Catálogo de Información. Recuperado de <https://www.sispro.gov.co/catalogos/Pages/catalogo-de-informacion.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s/f-c). Todo sobre MIPRES. Recuperado de <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx#:~:text=MIPRES> es una herramienta tecnológica, la UPC o servicios complementarios

Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín electrónico para los actores del Sistema de Salud en Colombia. Agosto de 2015. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/enlace-minsalud-70-lactancia.pdf>

MITTLBÖCK, M., & SCHEMPER, M. (1996). EXPLAINED VARIATION FOR LOGISTIC REGRESSION. *Statistics in Medicine*, 15(19), 1987–1997. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(19961015\)15:19<1987::AID-SIM318>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19961015)15:19<1987::AID-SIM318>3.0.CO;2-9)

Moral Peláez, I. (2016). Modelos de regresión lineal simple y regresión logística. En *Revistas Eden* (pp. 195–214). Recuperado de https://www.revistaseden.org/files/14-cap_14.pdf

NIST/SEMATECH. (2013). *Exploratory Data Analysis*. En *e-Handbook of Statistical Methods*. U.S. Department of Commerce. Recuperado de <https://doi.org/10.18434/M32189>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: años potenciales de vida perdidos. *Boletín Epidemiológico*, 24(2). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/40014>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Semana Mundial de la Lactancia Materna 2017. Juntos podemos hacer que la lactancia materna sea sostenible*. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13524:world-breastfeeding-week-2017&Itemid=41531&lang=es

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre LM*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255731>

Pinzón G, Alzate M, Olaya G. (2015). *Consejería en lactancia como apoyo para el inicio y mantenimiento de la LME hasta los seis meses*. Recuperado de http://investigacion.bogota.unal.edu.co/fileadmin/recursos/direcciones/investigacion_bogota/documentos/enid/2015/memorias2015/ciencias medicas salud/consejeria en lactancia como apoyo para el.pdf.

Piñuel Raigada, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 1–42.

Purdon, S., Lessof, C., Woodfield, K., & Bryson, C. (2001). *RESEARCH METHODS FOR POLICY EVALUATION* (No. 2; Research Working Paper, Issue 2).

Quiroga, F. (2017). MORTALIDAD PREMATURA POR DESNUTRICIÓN EN COLOMBIA 1999-2013. Universidad Externado de Colombia.

Ramos, N. R., Quintero, M. A., Rivas, M. F. H., & Lobach, Y. (2019). Empleo del Social Listening para el análisis del impacto del branding personal de las estrellas del deporte. *Journal of Physical Education and Human Movement*, 1(1), 31-45.

Robson, C. (2000). *Small-scale evaluation: Principles and Practice* (First edit). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... & Group, T. L. B. S. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387 (10017), 491-504.

Rosa, E. L. (2011). Los conflictos de Intereses. *Acta Bioética*, 47 - 54. *The Lancet*. (2016). Primera serie de la revista *The Lancet* sobre LM 2016. *The Lancet* (ISBN:978-9929-701-07-6), VI. Obtenido de <http://www.thelancet.com>

Ruiz Gómez, F., Franco, C., Góngora, P., Girón, S., & Rodríguez, C. (2016). Desnutrición infantil en Colombia: Marco de referencia (No. 3; Papeles En Salud). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-salud-n3.pdf>

Sankar, M. J. et al (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, Special Issue: Impact of Breastfeeding on Maternal and Child Health. Volume 104, Issue Supplement S467, pages 3–13

Srivastava, A. & Thomson, S. B. (2009). Framework Analysis: A Qualitative Methodology for Applied Policy Research. *JOAAG*, Vol. 4. No. 2.

StataCorp. (2015). *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station, TX: StataCorp LP.

Stuart, G., Lawrence, H., Venkatesh, M., Purnima, M., Nicholas, N., y el Grupo de Estudio de Nutrición Materno-Infantil (2016). ¿Por qué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de LM? *The Lancet Sobre LM*, 6736(3830960998902), 45 (17-30). Recuperado de www.thelancet.com/series/breastfeeding

Universidad de los Andes (s/f-a). ¿Qué es la ELCA? Recuperado de <https://encuestalongitudinal.uniandes.edu.co/es/elca/que-es-la-elca>

World Health Organization. (2013). OMS LME. WHO. Recuperado de https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

World Health Organization. (2017). OMS LME. WHO. Recuperado de <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>