



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia



Valoración de efectos y análisis institucional

Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020

Valoración de efectos y análisis institucional

Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020

Valoración de efectos y análisis institucional

Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020



© Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, 2021

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

ISBN: 978-958-53528-0-3

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

Impresión

Edita Ediciones. S.A.S.

Bogotá, Colombia

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

Cómo citar, según APA:

Fundación Salutia. (2021). *Valoración de efectos y análisis institucional del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020*. Bogotá: Fundación Salutia.

Fundación Salutia - Centro de estudios, innovación e investigaciones en salud
Carrera 71 B No. 116 A – 12. Bogotá, Colombia

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Iván Duque Márquez
Presidente de la República

Víctor Manuel Muñoz
Director Departamento Administrativo de la Presidencia de la República - DAPRE

Carolina Salgado Lozano
Consejera Presidencial para la Niñez y la Adolescencia

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Fernando Ruiz Gómez
Ministro de Salud y Protección Social

Luis Alexander Moscoso Osorio
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Maria Andrea Godoy Casadiego
Viceministra de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Gerson Orlando Bermont Galavis
Director de Promoción y Prevención en Salud

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Lina María Arbeláez Arbeláez
Directora General

Liliana Pulido Villamil
Subdirectora General

Gustavo Mauricio Martínez Perdomo
Secretario General

Zulma Yanira Fonseca Centeno
Directora de Nutrición

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

EQUIPO TÉCNICO

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA - DAPRE

Dalys Cecilia Silgado Cabrales

Asesora

Esperanza Lara Romero

Consultora

Gerson Vásquez Vergara

Consultor

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Elisa María Cadena Gaona

Subdirectora de salud nutricional, alimentos y bebidas

Luz Ángela Ochoa Cubillos

Profesional especializado Subdirección de salud nutricional, alimentos y bebidas

Ana María Peñuela

Asesora despacho del Sr. ministro - coordinadora convivencia social y ciudadanía

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Eliana Lorena Suárez Higuera

Dirección de Nutrición

Eliana Victoria Velásquez Terán

Subdirección de Gestión Técnica para la Atención a la Primera Infancia

FUNDACIÓN ÉXITO

Diana María Pineda Ruíz

Líder Inversión Social y Generación de Conocimiento

Juan Carlos Burgos Castro

Nutricionista

Natalia Ledesma Ríos

Analista de Incidencia en Política Pública

FUNDACIÓN SALUTIA

EQUIPO LÍDER

Carlos Humberto Arango Bautista

Director

Ana Lucía Mujica Duarte

Coordinadora técnica

María Elena Mora Gonzalez

Líder de la formulación del PDLMAC 2021-2030

Rosa Helena Cárdenas Ávila

Líder del desarrollo del modelo de gestión del PDLMAC 2021-2030

Walter Mauricio Aguilar Villegas

Líder Valoración de Efectos y Análisis Institucional del PDLM 2010-2020

Constanza Muñoz

Coordinadora Corporativa

Diego Eduardo Góngora Navarrete

Gloria Isabel Quintero Fandiño

Asesores expertos en lactancia materna

Constanza Muñoz Benavidez

Directora Corporativa

CONSULTORES

Fabián Alejandro Navas Martínez

Lina María Chiquillo Londoño

Silvana Godoy Mateus

Juan Sebastián Ávila Santos

Hugo Alejandro Santa Ramírez

Juan Sebastián Hernández Monsalve

Jair Alberto Arciniegas

Juan Sebastián Moreno Higueta

Daniela Brand Forero

Lina María Forero Suescún

Juan Diego Salazar Llano

Nathalia Ximena Guerra Villamizar

Iván David Angarita Charry

José Humberto Sanmiguel Márquez

AGRADECIMIENTOS

ORGANISMOS INTERNACIONALES

Luz Ángela Artunduaga

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez y la Infancia)

Ivy Lorena Talavera Romero

Asesora Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida FPL - OMS/OPS
(Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud)

Santiago Mazo Echeverri

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

Jineth Hernández

Acción Contra el Hambre

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Laura Ochoa Foschini

Subdirectora de Gestión Técnica para la Atención a la Primera Infancia

Mónica Torres

Nutricionista Dirección de Nutrición

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Jaime Rafael Vizcaino Pulido

Director de Primera Infancia

REFERENTES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL TERRITORIAL

María Paula Fajardo
Secretaría de Salud de Bogotá

Mónica Sandoval
Secretaría de Salud de Cundinamarca

Gloria Patricia Avello
Secretaría de Salud de Boyacá

Irma Dely Pulido
Secretaría de Salud de Boyacá

Nelly Jazmín Ruiz Neira
Secretaría de Salud de Boyacá

Diana Carolina Beltrán Orozco
Secretaría de Salud de Tolima

Claudia Leonor Trujillo
Secretaría de Salud de Huila

Johana Cortés
Secretaría de Salud de Antioquia

Claudia Molina
Secretaría de Salud de Quindío

Olga Chaves
Secretaría de Salud de Caldas

Omar Sánchez
Secretaría de Salud de Cauca

Luis Fernando Cepeda López
Secretaría de Salud de Valle

Nasly Vidales
Secretaría de Salud de Valle

Daniela Hernández
Secretaría de Salud de Valle

Paola Ramírez
Secretaría de Salud de Nariño

Ángela Vivian Moreno Córdoba
Secretaría de Salud de Chocó

Juan Camilo Guevara
Secretaría de Salud de Nariño

Tomás Franco
Secretaría de Salud de Nariño

Linda Salazar
**Secretaría de Salud de
Santander**

Luz Dary Romero
Secretaría de Salud de Cúcuta

Freddy Galvis
Secretaría de Salud de Cúcuta

Mery Santos
**Secretaría de Salud de Norte
Santander**

Aura Bernal
**Secretaría de Salud de Norte
Santander**

Gloria Lineros

**Secretaría de Salud Distrital
de Santa Marta**

Lucinda Reyes

Secretaría de Salud de Atlántico

Orinson Villera

Secretaría de Salud de Bolívar

Esther Mercado

Secretaría de Salud de Bolívar

Andrea Palacios

Secretaría de Salud de Magdalena

Matilde Cuttha

Secretaría de Salud de Barranquilla

Ítala Pérez

Secretaría de Salud de Cesar

Eliana García

Secretaría de Salud de Cesar

Marieta Castego

Secretaría de Salud de Sucre

Alicia Soto

Secretaría de Salud de La Guajira

Liliana Hernández

Secretaría de Salud de Meta

Olga Yamile Rincón

Secretaría de Salud de Meta

Jessica Rincón

Secretaría de Salud de Caquetá

Zamiris Peña

Secretaría de Salud de Guaviare

Jefferson Anzola

Secretaría de Salud de Arauca

Laudis González

Secretaría de Salud de Vichada

Delcy Paola Castro

Secretaría de Salud de Guainía

Sonia Pulido

Secretaría de Salud de Amazonas

Daniel Corradine

Secretaría de Salud de Amazonas

Néstor Raúl Bastos Trochéz

**Secretaría de Agricultura y Desarrollo
Rural del Cauca**

Melissa Zambrano

**Secretaría de Ambiente, Agricultura y
Pesca de la Gobernación del Valle**

Arley Copete Mosquera

Gobernación de Risaralda

Teresita Mesa Valencia

Gobernación de Antioquia

Carlos Serna

Gobernación de Antioquia

Fabio Lozano Torres

**Secretario de Agricultura y Desarrollo
Rural Gobernación de Cundinamarca**

ACADEMIA

Beatriz Parra

Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia

Gloria Yaneth Pinzón Villate

Departamento de Nutrición Humana de la Universidad Nacional

Nieves Zoraida Flórez García

Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander

MUJERES LACTANTES

Katherine Ruiz Cruz – Bogotá

Alba Milena García Ortiz – Dos Quebradas

Johanna Orduz Cartagena – Acacías

Gabriela Carolina Contreras Vergara – Cartagena

María Alejandra Suaza Ortiz – Pitalito

Laura Torres – Lebrija

Ana María Ordoñez – Sibundoy

Daissy María Payares Benites – Cartagena

Verónica Margarita Romero Mouthon – Medellín

Lina Isabel Rodríguez – El Carmen de Atrato

María Antonia Narváez Agrida – Putumayo

Danna Valentina Novoa Orjuela – Villavicencio

Lina Isabel Rodríguez Muñoz – Carmen de Atrato

Erika Marcela Gómez Ramírez – Bucaramanga

CONSEJO DE BOGOTÁ

Daniel Andrés García Cañón

Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

Shirley Pimiento Ortega

Director administrativo

COLSUBSIDIO

Paola Londoño

Jefe de sección de educación inicial

Julián David Alves

Nutricionista

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

José Carlos Chaparro

Grupo de Gestión Humana, Seguridad y Salud en el Trabajo

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Diana Rico – IBFAN COLOMBIA (International Baby Food Action Network)

Liceth Quiñones – ASOPARUPA

Ana Julia Hidalgo – Departamento de Chocó

Rubén Ernesto Orjuela Agudelo – Organización Educar Consumidores

Margarita María Zapata Restrepo – La Liga de la Leche

Eugenia Ramírez – La Liga de la Leche

Claudia García López – La Liga de la Leche

Lina Margarita Macías Hemer – Mamaquilla

Fany Kuiru – Organismos de los Pueblos Indígenas de la Amazonia

Camila Gaviria – Proantioquia

Carolina Piñeros – Red PaPaz

PROFESIONALES DE LA SALUD

Margarita Mora

Alexander Barrios Sanjuanelo

Ana Lucia Ruíz

Mónica Torres

Rubiela Guevara

COMITÉS DE LACTANCIA MATERNA

Mesa Distrital de Lactancia Materna – Bogotá

Verónica Bejarano

Ruth Margarita Fernández

Alba Marina Montañez

Jenny Daza

Alexandra Hernández

Ángela Martínez

Andrea Borbón

Ana María Silva

Jeniffer Sierra

Kelly Ramírez

María José Silva

Luisa Carreño

María Paula Fajardo

Fernanda Arciniegas

Ana Forero

Pilar Sáenz

Juan Maso

Comité Lactancia Materna Región Caribe

Gloria Linero Salas

Astrid Ribeira

Esther María Mercado Bermúdez

Kairen Gutiérrez

Consuelo Vergara Díaz

Luzmila Padilla

Matilde Cuta Bolívar

Pedro Jesús Romero

Comité Lactancia Materna Cali

Lina Vanessa Balanta Carabali

COMITÉS DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y SEGURIDAD

Región Eje Cafetero

Región Orinoquia

Región Amazonia

Región Pacífica

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Adriana Cristina Jurado – Hospital San Vicente

Carmen Ramírez – Hospital María Inmaculada de Florencia

Rubiela Guevara - IPS salud Yopal

Ángela Martínez – CAFAM

Deiris Hernández – CAFAM

María Eugenia Quevedo – MIREDD

Marly Caifa – MIREDD

Elizabeth Iglesias – MIREDD

EAPB

Enrique Macener – COOSALUD EPS

Maidys Johana Morales Otero – ASMET SALUD

Nathalia Ocoro – Salud Total EPS

Presentación

Valoración Efectos PDLM 2010-2020

El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 «Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad» establece que en la primera infancia, la infancia, la adolescencia y la juventud se cimentan las bases para el desarrollo personal y el de todo el país, razón por la cual estas etapas son entendidas por el Gobierno del Presidente de la República, Iván Duque Márquez, como un círculo virtuoso alrededor del cual el Estado se compromete a generar y fortalecer las condiciones para que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes del país logren, su desarrollo integral pleno.

De acuerdo con este marco de planificación, el Gobierno Nacional reconoce los avances que se han tenido a partir del “enfoque del derecho a la alimentación y a la vida en condiciones dignas (...), por lo que Colombia le apuesta a un nuevo abordaje de la seguridad alimentaria y nutricional”¹ y en esta línea reconoce la existencia de numerosas partes interesadas² en la materia, estableciendo la necesidad de “promover la participación de la sociedad civil organizada y del sector privado”³, lo que ha permitido generar un mecanismo que mejora la articulación institucional y de oferta social, desde la gobernanza multinivel.

En este sentido, la Primera Dama de la Nación, María Juliana Ruiz Sandoval, asumiendo el compromiso de obrar en favor de la sociedad, definió su rol a la luz del Objetivo de Desarrollo Sostenible 17, invocando la capacidad de liderar, convocar, articular y movilizar, bajo las premisas del trabajo colaborativo, propositivo y solidario.

Así, con el acompañamiento técnico de la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia -CPNA, se estableció la *Gran Alianza por la Nutrición*,

1 DNP. (2019). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia. Pacto por la equidad. Página 312.

2 FAO. (2005). Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria mundial. http://www.fao.org/fileadmin/templates/righttofood/documents/RTF_publications/ES/RightToFood_Guidelines_ES.pdf

3 DNP. (2019). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia. Pacto por la equidad. Página 312.

que apoya los esfuerzos de las entidades de Gobierno en el logro de las metas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, a través del trabajo colaborativo, la movilización de recursos y la coordinación intersectorial, a fin de generar los impactos necesarios para lograr el aumento en la práctica de la lactancia materna, la reducción de la tasa de mortalidad por desnutrición, la disminución en la prevalencia de desnutrición aguda y crónica, anemia, sobrepeso y obesidad y la inseguridad alimentaria en los hogares.

En este marco y en línea con la Ley 1804 de 2016, *Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre*, se reconoce que un estado nutricional adecuado es inherente al desarrollo integral de los niños y niñas, lo que en la etapa inicial de la vida se garantiza con la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada. Así, la evidencia científica muestra que la lactancia materna óptima por sí sola posee el más grande impacto potencial que pudiese ejercer cualquier intervención preventiva sobre la mortalidad infantil⁴. La evidencia de los beneficios en salud, nutricionales, cognitivos y económicos a largo plazo que produce la lactancia materna, es indiscutible y persuasiva. La lactancia está asociada a coeficientes de inteligencia (CI) más elevados⁵ y, en un mayor horizonte de tiempo, guarda relación con mejores resultados laborales y económicos^{6 y 7}.

Dada la evidencia científica y la priorización temática en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, el Gobierno Nacional estableció como prioridad la formulación de la nueva *Política Pública de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria para la vigencia 2021-2030*, proceso que se desarrolla a la luz de la *Gran Alianza por la Nutrición* y desde la inversión de recursos públicos asignados a la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia, en su rol de presidente y coordinador de la Comisión Intersectorial de Atención Integral a la Primera Infancia –CIPI– y que se trabaja en Convenio de Asociación con

4 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

5 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

6 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

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

la Fundación Salutia (Convenio 314-20), sumando, además, la experiencia y conocimiento de diferentes actores y sectores que trabajan de forma articulada y con el soporte técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el especial apoyo de la Fundación Éxito; así mismo, participan los organismos de Naciones Unidas, la institucionalidad nacional y territorial y la sociedad civil con interés en la materia.

Durante el año 2020, dicha alianza estratégica hizo posible la *Valoración de Efectos y Análisis Institucional del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020*, que le da nombre a esta publicación y que ha permitido identificar experiencias y buenas prácticas para seguir potenciando sus efectos, así como reconocer los resultados que vienen rezagados para promover intervenciones innovadoras y con efectividad, sustentadas en la evidencia, para consolidar el Plan de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria que se implementará durante la próxima década.

En estas páginas se podrá profundizar en los resultados cuantitativos basados en la estimación estadística de indicadores respecto de las metas planteadas en dicho instrumento, que se contrastan con un abordaje cualitativo que permite la observación minuciosa desde los determinantes sociales de la lactancia materna. Esto aunado a la situación de confinamiento el último año, ocasionada por la pandemia del Covid-19 y que también determinó prácticas que influyeron positiva y negativamente en la lactancia humana.

Así mismo, el lector encontrará el análisis institucional del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, con un detallado escenario de acción de cada uno de los actores identificados con incidencia en la práctica de la lactancia materna y una comparación en la evolución del marco normativo nacional e internacional que viene fortaleciendo las acciones estatales y la producción de instrumentos de política pública, lo que implica la participación de diferentes sectores y permite un análisis de gobernanza de las políticas públicas relacionadas con la lactancia materna y la atención integral de la primera infancia, con su respectivo relacionamiento en niveles macro, meso y micro, dados los alcances y competencias institucionales y sociales desde lo estratégico, operacional y territorial.

La publicación de los resultados de la *Valoración de Efectos y Análisis Institucional del Plan Decenal de Lactancia Materna -PDLM 2010-2020*, ofrece lineamientos que estarán plasmados en el documento del Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria para la vigencia 2021-

2030 y brinda orientaciones clave para establecer líneas de trabajo que permitan el involucramiento de múltiples actores (familiares, comunitarios e institucionales), la toma de decisiones participativas y la implementación de acciones en diferentes entornos, lo que debe generar ambientes favorables y protectores de la práctica de una adecuada lactancia materna y su continuidad acompañada de una óptima alimentación complementaria, que respete y reconozca las particularidades culturales y territoriales para lograr una correcta nutrición de mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas hasta los dos años o más, lo que repercutirá en el desarrollo social y económico del país.

Contenido

Parte A

Valoración de efectos del Plan Decenal de Lactancia Materna PDLM 2010-2020

Introducción	3
1. Antecedentes	7
2. Método de valoración de efectos	17
2.1. Método de abordaje cuantitativo	17
2.2. Método de abordaje cualitativo	29
3. Resultados de la valoración de efectos	45
3.1. Resultados de las metas del PDLM 2010-2020	45
3.2. Análisis de determinantes sociales de la LM	101
3.3. Percepciones asociadas al cumplimiento del PDLM 2010-2020	116
4. Conclusiones	185
4.1. Metas del PDLM 2010-2020	185
4.2. Análisis de determinantes y percepciones asociadas al cumplimiento del PDLM 2010-2020	187
Bibliografía	195

Parte B

Análisis institucional del Plan Decenal de Lactancia Materna PDLM 2010-2020

Introducción	203
1. Análisis de la situación institucional y estructura de gobierno de la Política Pública de Lactancia Materna.....	207
1.1. Actores.....	207
1.2. Escenarios de acción.....	225
1.3. Marco normativo nacional e internacional.....	233
1.4. Instrumentos de política.....	247
1.5. Síntesis de la situación institucional y de la estructura de gobierno de la política de LM.....	258
2. Análisis de gobernanza de la política de LM y las políticas relacionadas con la atención integral de la primera infancia	263
2.1. Nivel macro: situaciones de connotación internacional y constitucional	264
2.2. Nivel meso: situaciones de elección colectiva.....	265
2.3. Nivel micro: situaciones operacionales	288
3. Conclusiones.....	297
Bibliografía	303

Listado de Tablas

Tabla 1.	Actores clave referidos para entrevistas.....	31
Tabla 2.	Lista de categorías de análisis.....	35
Tabla 3.	Actores institucionales identificados en la evaluación de proceso del PDLM	39
Tabla 4.	Actores identificados por recomendación de expertos.....	40
Tabla 5.	Meta 1: duración de la LME, enfoque étnico con base en el ENSANI	52
Tabla 6.	Meta 2: duración de la LM total, enfoque étnico con base en el ENSANI	61
Tabla 7.	Principales alimentos suministrados durante los primeros seis meses diferentes a leche materna, pueblos indígenas	72
Tabla 8.	Prevalencia de desnutrición en Colombia	76
Tabla 9.	Cumplimiento de metas relacionadas con el objetivo 1: Fortalecer el desarrollo de capacidades institucionales para la promoción, el apoyo y la protección de la LM.....	83
Tabla 10.	Cumplimiento de 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	98
Tabla 11.	Cumplimiento de metas relacionadas con el objetivo 3: Consolidar de la gestión política para el apoyo, protección y promoción de la LM.....	100
Tabla 12.	Factores asociados a la LME (menores de 6 meses) - Resultados de los modelos incluyendo los tres niveles de análisis.	103
Tabla 13.	Registro de publicaciones en Twitter relacionadas con la LM por grupo de actores, 2017-2020	174

Listado de gráficas

Gráfica 1.	Meta 1: porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses que recibieron LME en Colombia, 1990-2015.....	46
Gráfica 2.	Meta 1: resultados LME en los pueblos indígenas del ENSANI.....	51
Gráfica 3.	Meta 1: resultados LME en los beneficiarios del ICBF.....	53
Gráfica 4.	Meta 1: resultados LME de seis meses o más en los beneficiarios del ICBF, según sexo	54
Gráfica 5.	Meta 2: resultados generales duracion de la MN total (mediana).....	56
Gráfica 6.	Meta 2: LM continua a los dos años de vida	57
Gráfica 7.	Meta 2: duración de la LM total en los beneficiarios del ICBF.....	62
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	63
Gráfica 9.	Meta 2: duración total promedio de los beneficiarios del ICBF, según edad	63
Gráfica 10.	Meta 3: resultados generales proporción de recién nacidos amamantados en la primera hora de su nacimiento	65
Gráfica 11.	Meta 3: indicador de iniciación temprana de la LM, enfoque étnico con base en ENSANI	67
Gráfica 12.	Meta 4: resultados generales de alimentación complementaria.....	68
Gráfica 13.	Tasa de mortalidad de menores de 1 año de edad.....	75
Gráfica 14.	Tasa de mortalidad evitable en menores de un año por deficiencias y anemias nutricionales, 2010 a 2018.....	77

Gráfica 15.	Tasa de mortalidad evitable en menores de un año, por deficiencias y anemias nutricionales, según sexo entre 2010 a 2018.....	78
Gráfica 16.	Tasa de mortalidad evitable en menores de un año por deficiencias y anemias nutricionales, según régimen de afiliación, 2010 a 2018.....	79
Gráfica 17.	Tasa de AVPP por desnutrición en niñas y niños de hasta 2 años, 2005 a 2018, total nacional.....	81
Gráfica 18.	Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la LME en menores de 6 meses.....	102
Gráfica 19.	Efectos marginales de variables sobre la LME en menores de 6 meses.....	108
Gráfica 20.	Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la duración total de la LM.....	110
Gráfica 21.	Efectos marginales de variables sobre la duración de la LM.....	111
Gráfica 22.	Direccionalidad y significancia de variables asociadas con el inicio temprano de la LM.....	112
Gráfica 23.	Efectos marginales de variables sobre el inicio de la LM...	113
Gráfica 24.	Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la frecuencia alimentaria mínima aceptable.....	114
Gráfica 25.	Efectos marginales de variables sobre la frecuencia alimentaria mínima aceptable.....	115
Gráfica 26.	Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por tipo de actor, 2017-2020.....	174
Gráfica 27.	Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por tipo de actor, período 2017-2020, exceptuando ciudadanía.....	175
Gráfica 28.	Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por Actores Oficiales, 2017-2020.....	176

Gráfica 29.	Porcentaje de participación de la conversación pública en Twitter en torno a la LM por grupo de actores, excluyendo a la ciudadanía	177
Gráfica 30.	Porcentaje de participación de la conversación pública en Twitter en torno a la LM por actores oficiales, 2017-2020.....	178
Gráfica 31.	Volumen de publicaciones relacionados con la LM en Twitter por actores institucionales y de la sociedad civil, 2017-2020.....	180

Listado de ilustraciones Parte A

Ilustración 1.	Meta 1: resultados territoriales LME	48
Ilustración 2.	Meta 1: resultados LME de seis meses o más en los beneficiarios del ICBF, según departamento.....	55
Ilustración 3.	Meta 2: resultados territoriales duración de la LM total (mediana)	58
Ilustración 4.	Meta 2: proporción de beneficiarios del ICBF con duración total de la LM total mayor o igual a 24 meses, según departamento en 2020 (pr)	64
Ilustración 5.	Meta 3: resultados territoriales de proporción de recién nacidos amamantados en la primera hora de su nacimiento	66
Ilustración 6.	Meta 4: resultados territoriales de alimentación complementaria.....	69
Ilustración 7.	Mapa de la variación de la tasa de mortalidad en menores de un año de edad por deficiencias y anemias nutricionales, por departamento en 2018	80
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	82
Ilustración 9.	Nube de palabras con categorías de análisis representativas desde la perspectiva institucional	117
Ilustración 10.	Nube de palabras con categorías de análisis representativas desde la perspectiva social	147

Listado de ilustraciones Parte B

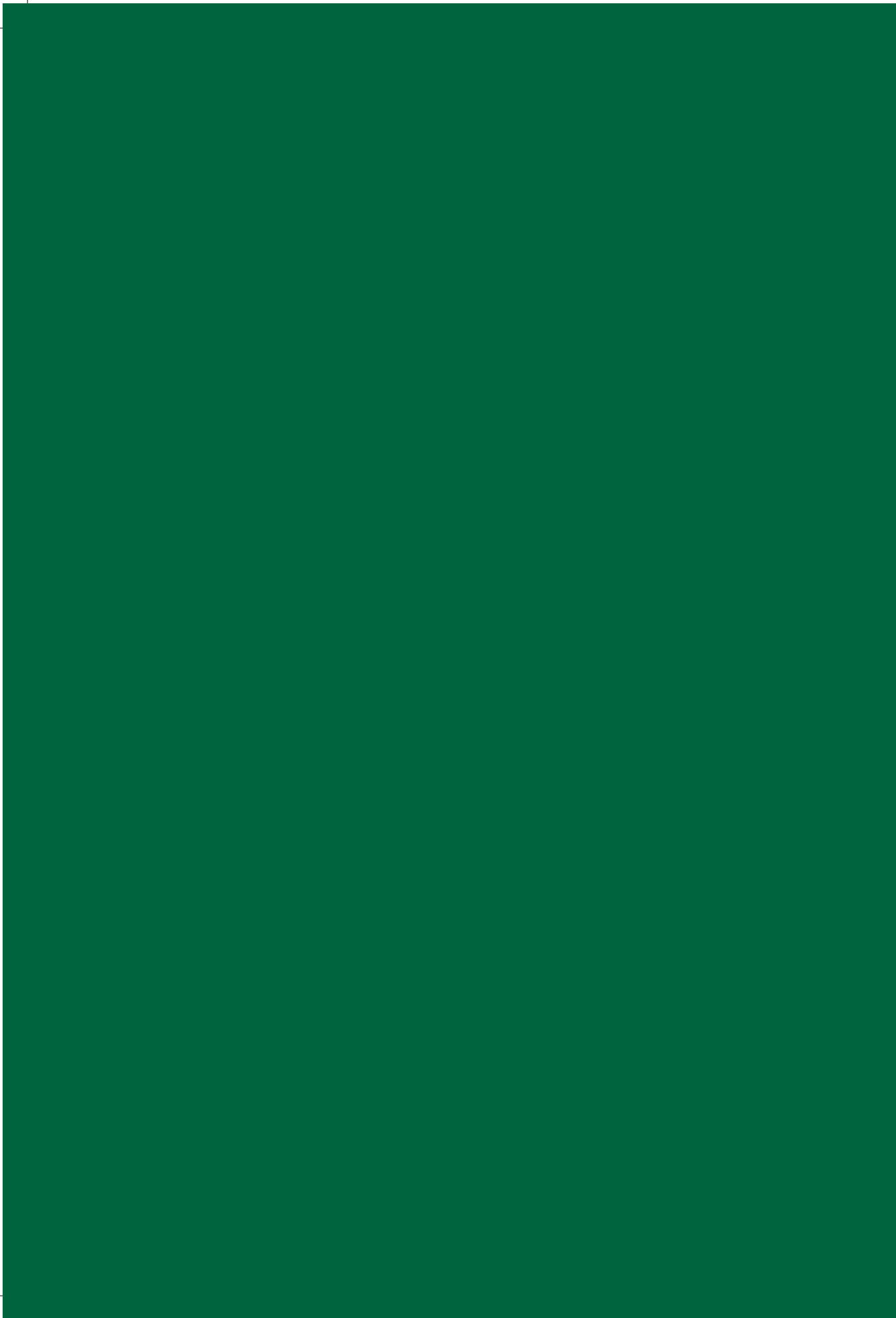
Ilustración 11.	Mapa de actores de la política pública de lactancia materna.....	224
Ilustración 12.	Actores que participan en las comisiones CISAN, CIPI y CISP	230
Ilustración 13.	Instrumentos de planeación y de política relacionados con la política de LM.....	257
Ilustración 14.	Iniciativas legislativas que se encuentran cursando actualmente en el Congreso de la República.....	273
Ilustración 15.	Elementos normativos para el análisis por niveles de gobernanza de la política pública de LM.....	290

Lista de siglas y abreviaturas

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
CST	Código Sustantivo del Trabajo
DAFP	Departamento Administrativo de la Función Pública
DDHH	Derechos Humanos
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ENSANI	Estudio Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia
ENSIN	Encuesta Nacional de Situación Nutricional
EPS	Entidad Promotora de Salud
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
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IHAN	Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños

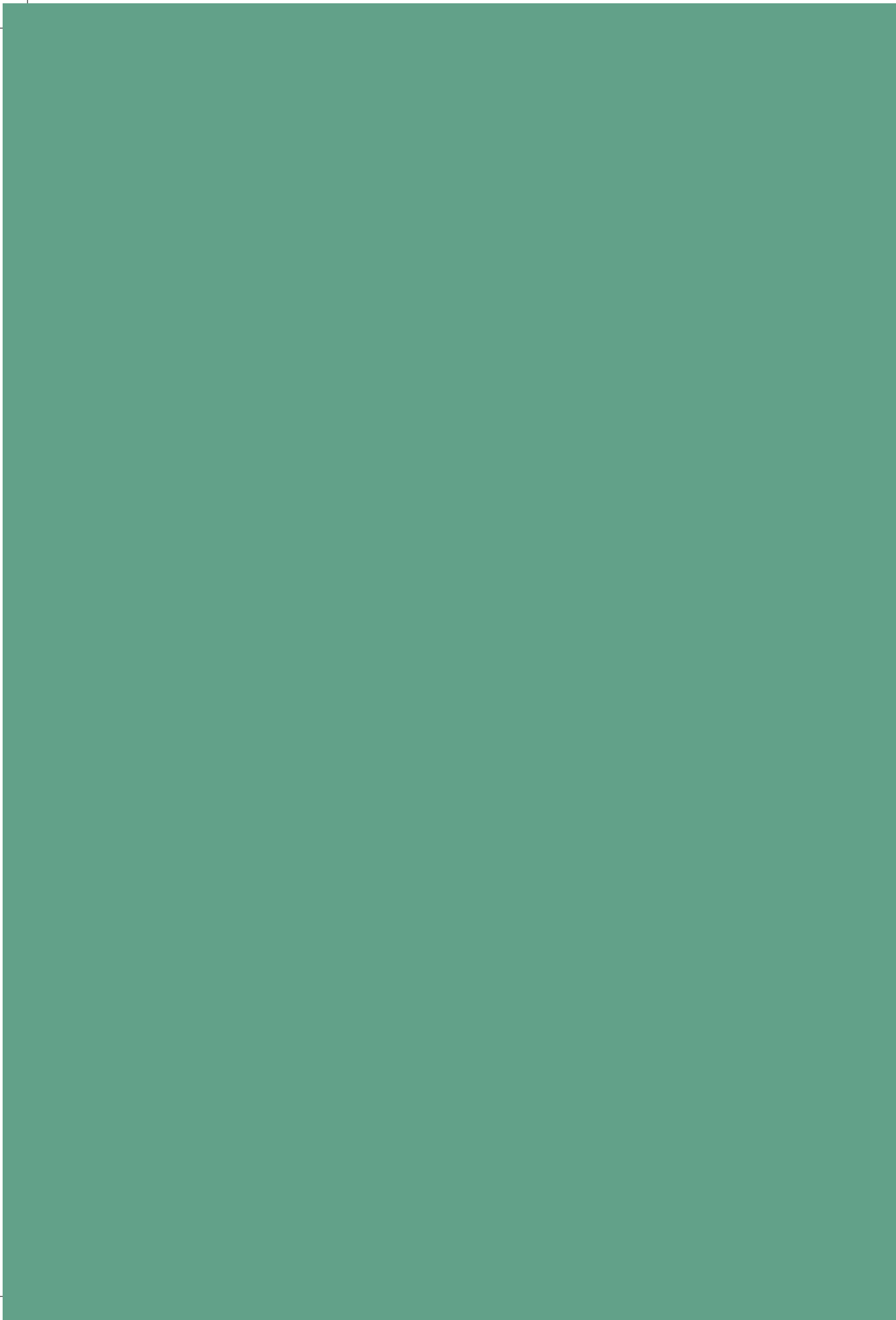
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MADR	Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural
MEN	Ministerio de Educación Nacional
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OSC	Organización de la Sociedad Civil
OMS	Organización Mundial de la Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PAIS	Política Integral de Atención en Salud
PDD	Planes de Desarrollo Departamental
PDLM	Plan Decenal de Lactancia Materna
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PLM	Política de Lactancia Materna
PND	Plan Nacional de Desarrollo
POS	Plan Obligatorio de Salud
PSAN	Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PNSAN	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PTS	Planes Territoriales de Salud
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
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIM	Sistema de Información Misional
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SUIN	Sistema Único de Información de la Niñez
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional



Parte A

Valoración de efectos del Plan
Decenal de Lactancia Materna
PDLM 2010-2020



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, muestra beneficios tanto en el corto como en el largo plazo, 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, en 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).

Para contrarrestar esta tendencia, 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 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).

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).

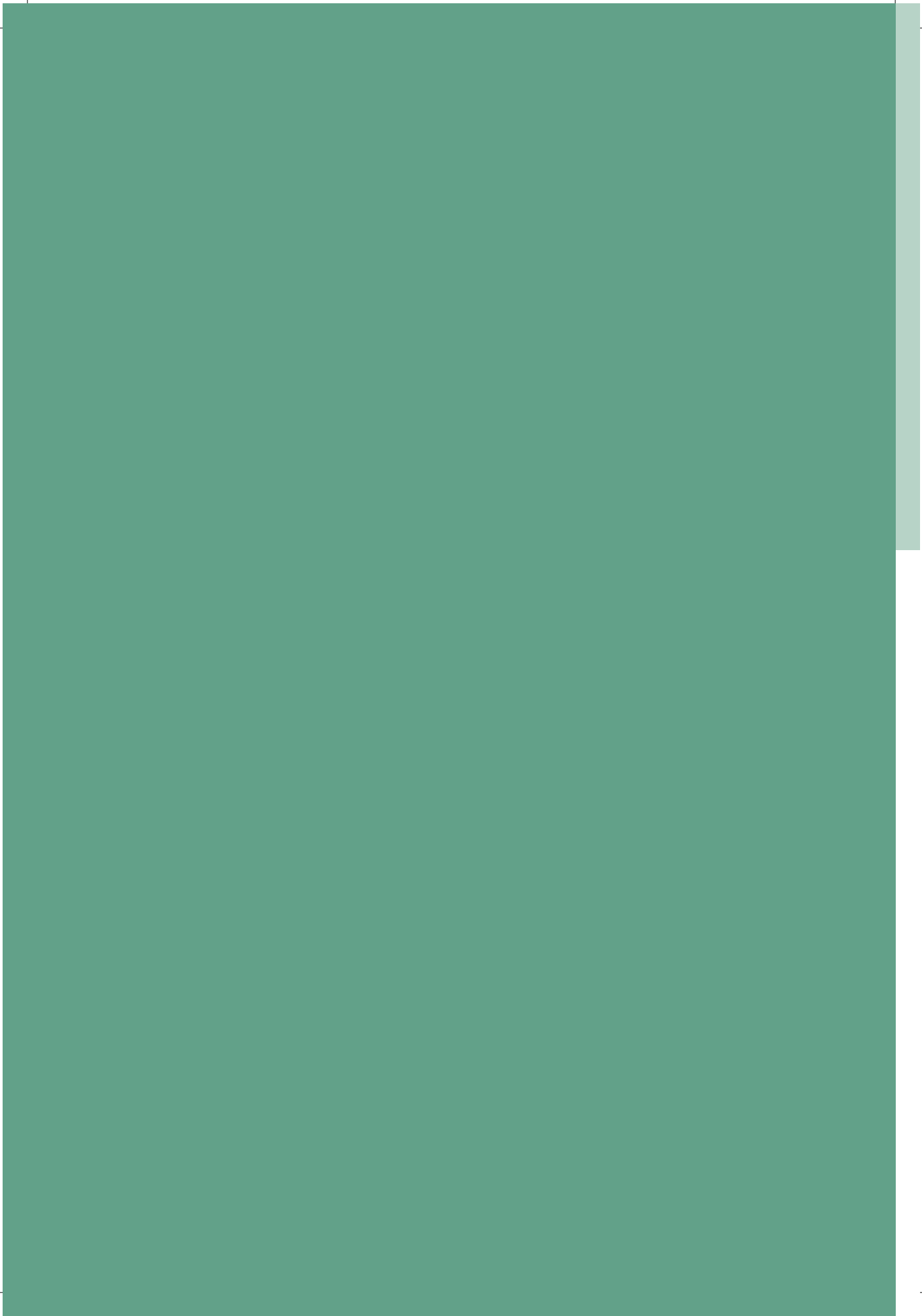
Para el cumplimiento de estos fines, el Plan también incorporó tres objetivos. El primer objetivo asociado al fortalecimiento de capacidades y competencias institucionales para promover, apoyar y proteger la LM bajo un

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).

En 2016, se hizo una evaluación del diseño y los procesos del PDLM que mostró, 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 por 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) lideró el diseño, formulación y ejecución de la nueva política y aunó esfuerzos técnicos, administrativos y financieros con la Fundación Salutia, responsable de hacer 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 cinco 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 marco 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.



01

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; además, promueve el desarrollo sensorial, cognitivo y protege al lactante de enfermedades infecciosas y crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2013). La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil causada por diarrea y neumonía (Brahm & Valdés, 2017) y favorece un pronto restablecimiento del estado de salud en caso de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2013); de otra parte, contribuye a la salud y el bienestar de la madre, al espaciamiento de los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer de ovario y de mama e incrementa los recursos de la familia y del país (Organización Mundial de la Salud, 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 asociación importante 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 con 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 (Organización Mundial de la Salud, 2013). Sin embargo, aún faltan grandes esfuerzos para mejorar la lactancia y para que la alimentación exclusiva de 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 (Organización Mundial de la Salud, 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. En 2005, el 46,8% de los niños menores de seis meses tuvieron LME; en 2010, la cifra llegó al 42,8% y para el 2015 descendió al 36,1% (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015). Los factores asociados con 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). Otras prioridades u ocupaciones de la madre, entre ellas, el regreso al trabajo o al estudio, son factores que obstaculizan la lactancia y dificultan 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 para promover la alimentación adecuada y complementaria a la lactancia hasta los 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 estas estrategia, la consejería en LM es una estrategia educativa clave para

el acompañamiento y apoyo a familias lactantes, que se debe implementar en los servicios de salud que atienden madres gestantes y lactantes (Pinzón, Alzate, & Olaya, 2015).

En 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. Esta estrategia se centra en la importancia de invertir en este ámbito fundamental con el 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. Esta estrategia está centrada en las funciones de los principales asociados: los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas; 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; aprovecha los enfoques existentes, ampliados cuando es necesario; y proporciona 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 han definido algunas iniciativas, que buscan:

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 Asamblea Mundial de la Salud (AMS) propuso tomar medidas que fomenten la LM y reglamenten los métodos de venta y promoción de alimentos para lactantes (Resolución de N° 31.47 de 1978), intensificó las actividades de promoción de LM (Resolución N° 33.32 de 1980) y ratificó que los estados miembros de la OMS y la UNICEF aprobaron el CICSLM, para proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente (Resolución N° 34.22 de 1981). Con estas orientaciones, desde los años ochenta, se ha venido 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, reconoció 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. Esta Convención propuso reducir la mortalidad infantil en la niñez y que los Estados Miembros adoptaran medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables del niño, a dar efectividad a este derecho y si era necesario, brindar asistencia con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) enfatizó la protección, promoción y fomento a la LM y la función de los servicios de maternidad (Resolución N° 43.3 de 1990), y propuso la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños IHAN, en 1992. La Declaración de Innocenti de 1990, destinada a proteger, promover y apoyar la LM, instó 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 a aprobar leyes innovadoras que protejan los derechos de la mujer lactante trabajadora. Luego, la AMS estableció que el periodo óptimo de amamantamiento exclusivo debe ser de seis meses y propuso la continuidad de la LM hasta los dos años de edad (Resoluciones N° 54.2 de 2001 y N° 58.32 de 2005). Igualmente, solicitó 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 las preparaciones comerciales que pueden contener organismos patógenos como la bacteria *Cronobacter Sakazakii*. En 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, los Estados miembros de la OMS adoptaron 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. Asimismo, recomendaron 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 planteó entonces una nueva agenda con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), a 2030. Con respecto a los logros de nutrición, los ODS definen claramente su propósito de promover, proteger y apoyar la LME por los primeros seis meses de vida y complementada con otros alimentos saludables 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 a otros 110 les faltaban datos para este indicador. Las ganancias modestas en las tasas de LM, de los últimos años, irán en descenso sin una inversión en estrategias integrales de LM. Los niveles actuales de inversión se perciben como insuficientes para aumentar las tasas de LM más allá de donde están ahora (Holla-Bhar *et al.* 2015). Tener una estrategia integral de LM a nivel nacional, que incluya asesoramiento nutricional, políticas sociales a favor de la LM y una campaña nacional de promoción de la LM, es una forma eficaz de influir positivamente en la decisión de una madre de amamantar (Rollins *et al.*, 2016).

Normatividad nacional

En Colombia, la Constitución Política, 1991, reconoce 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 (artículo 44). Colombia adoptó (Decreto 1397 de 1992) el CICSML en el

cual se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula y todos los sucedáneos de la leche materna, y se dictan otras disposiciones.

Mediante el Código de la Infancia y la Adolescencia se establecieron normas sustantivas y procesales para proteger de manera integral a los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos y 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 (Ley 1098 de 2006). Este Código de Infancia y Adolescencia también establece educarles en la salud preventiva y en la higiene y fija la obligación del Estado de reducir la morbilidad y la mortalidad infantil, prevenir y erradicar la desnutrición, especialmente en los menores de cinco años.

Mediante la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) se busca garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en cantidad suficiente, variedad, calidad e inocuidad (Conpes Social 113 de 2008). Esta PSAN prioriza acciones en salud pública para mejorar la situación nutricional de la población, especialmente de los grupos más vulnerables, dentro de los que se encuentra la primera infancia, las mujeres gestantes y las madres en periodo de lactancia.

La Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ) 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. La IAMÍ incentiva fuertemente la LM y sigue los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas.

La Política Integral de Atención en Salud enfatiza 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. Esta Política Integral de Atención en Salud responde de manera transversal a lo establecido en la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015).

El Programa “De Cero a Siempre” representa la política de Estado sobre la primera infancia, en un conjunto de normas asociadas a esta población, los

procesos, los valores, las estructuras y los roles institucionales (Ley 1804 de 2016). En el Programa “De Cero a Siempre”, el Gobierno 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 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.

Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) establecen que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (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 (Resolución 3280 de 2018).

Las RIAS establecen 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 (Resolución 3280 de 2018). Estas RIAS incorporan de manera explícita intervenciones para el fomento de la LM. 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 con 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 estructuró la *Gran Alianza por la Nutrición*, (Decreto 1784 del 4 de octubre de 2019), como mecanismo estratégico para apoyar los esfuerzos de las entidades de gobierno en el logro de las metas propuestas en el PND 2018-2022 “Pacto

por Colombia, pacto por la equidad”. 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 definió una serie de intervenciones de eficacia comprobada para mejorar el estado nutricional de las niñas y niños en la primera infancia. Dentro de estas intervenciones 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, en cuanto a las prácticas de alimentación de la población menor de dos años, la LME se mantiene en 3 de cada 10 niños menores de 6 meses (ENSIN 2015). Esta baja cobertura 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?

Los resultados en los bajos índices de LM y las prácticas sociales que la acompañan demuestran la necesidad de establecer una acción sistemática que logre una transformación estructural. En consecuencia, se requieren instrumentos 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. En respuesta a esta necesidad, el Plan Decenal de Lactancia Materna 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?

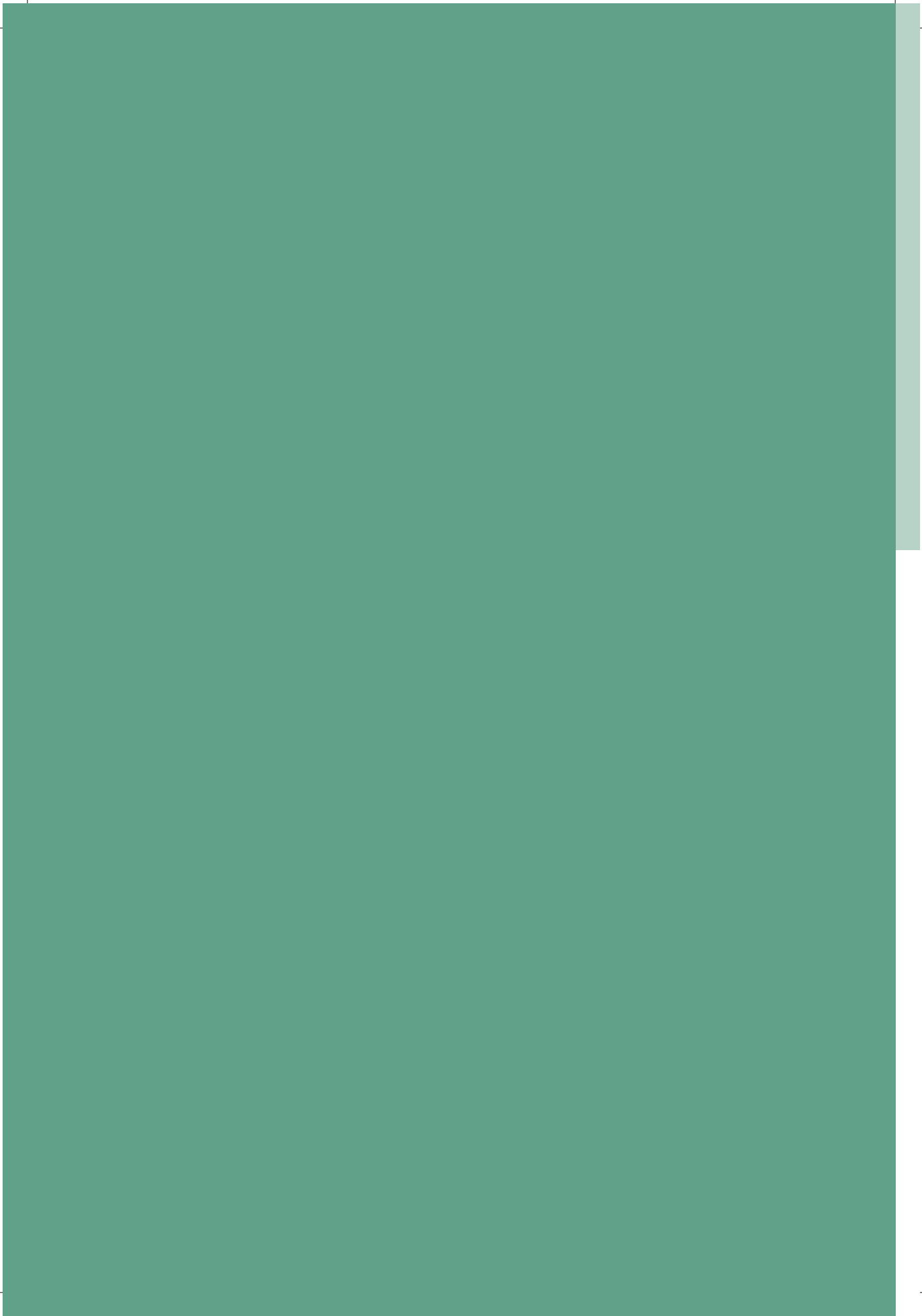
Las políticas públicas, como instrumentos de los gobiernos para la resolución de situaciones sociales y requerimientos de la ciudadanía, no garantizan de manera anticipada resultados favorables, en tanto estos enfrentan desafíos de mayor complejidad fundamentados en una creciente interdependencia

de factores (Bertranou, 2019). En este sentido, y a partir de la corriente de políticas basadas en evidencia, se hace relevante conocer el desempeño de las políticas públicas, mediante el seguimiento y la evaluación (Bertranou, 2019). La evaluación permite obtener una visión sobre la efectividad de programas o políticas públicas, a través de la comparación de resultados con los objetivos propuestos y los medios dispuestos para tal fin, y moviliza la capacidad crítica sobre las acciones del Gobierno (Cuesta M & Martínez A, 2010).

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



02

Método de valoración de efectos

Para valorar los efectos del Plan Decenal de Lactancia Materna PDLM 2010-2020, se partió 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 responder estas preguntas orientadoras se propuso un marco metodológico que combina un enfoque cuantitativo con uno cualitativo.

2.1. Método de abordaje cuantitativo

2.1.1. Análisis del cumplimiento de las metas del PDLM

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

Relacionadas con LM

- Lograr que en Colombia 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 o 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, en 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.

La valoración de efectos se enmarca en lo que en la literatura se 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). En este tipo de valoraciones, se recurre a los indicadores propuestos por el PDLM en relación con las metas señaladas, para el periodo de tiempo del 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), recurriendo a fuentes de información cuantitativa de carácter secundario. Esta metodología es una aproximación al estudio de información que emplea diferentes técnicas que 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. Este enfoque no impone 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®, Excel® y R.

Se partió de la identificación de fuentes oficiales de información secundaria de carácter cuantitativo. Del DANE, se recurrió a 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. Del MSPS, a 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. Y del ICBF, a las encuestas y registros administrativos en donde se destacan la ENSIN, el 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

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).

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).

La ENSIN corresponde a un corte transversal quinquenal, en su versión 2015 tiene cobertura nacional: recolectó 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). Esta encuesta, que hace preguntas en materia de alimentación y nutrición, está dirigida a los hogares y sus integrantes, entre los 0 y 64 años, y tiene un enfoque sobre los determinantes sociales de la salud.

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 da 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 las ENSIN en su versiones de 2010 y 2015.

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

El ICBF con el apoyo de la Universidad Externado de Colombia, la participación del INS y la cooperación de la Universidad de Antioquia, desarrollaron 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) e indaga en temas de LM y alimentación complementaria por lo que resulta útil para analizar los indicadores asociados con la duración y momento de la lactancia, la alimentación complementaria de los menores y el suministro de sucedáneos de la leche materna. El ENSANI cuenta con información de prácticas de LM

para 22 pueblos indígenas, información recolectada entre 2012 y 2019; para esta valoración, se obtuvo información de 17 pueblos.

Sistemas de información del ICBF

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. 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 de información 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 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, 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 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). El cruce de información 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.

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, 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 con 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.

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. 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, es 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, Cundiboyacense, Eje Cafetero y Centro-Oriente (Universidad de los Andes, s/f-a)².

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).

No obstante, la información sobre la LM solo se registra en la segunda ronda hecha en 2013 cuando se incluyeron preguntas de duración de la LME y total, por lo que fue 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, 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 puede 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.

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-snbf.gov.co/suin/Pages/PorIndicador.aspx?id=1>

- El Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas que presenta cálculos que cubren del 2010 al 2019⁸.
- 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, que cuenta con datos a nivel nacional para los años de 2010 a 2018¹².

Una búsqueda en GoogleScholar y Google acotando resultados para Colombia, de 2010 en adelante.

2.1.2. 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, en el marco de la corriente de los determinantes sociales de la salud (Marmot, 2005), considerando que los determinantes de estas prácticas se traducen en resultados en salud (como mortalidad infantil y cuidado de la salud) desde diferentes niveles, pasando por aspectos políticos y socioeconómicos de la sociedad analizada y van hasta

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_EXB-F+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>

aspectos propios de los individuos como sus hábitos de vida, tradiciones, costumbres y conocimientos frente a un tema (Ruiz Gómez, Franco, Góngora, Girón, & Rodríguez, 2016).

Por ejemplo, al estudiar los determinantes de la LM de los niños menores a 3 meses nacidos en Italia, se emplearon modelos univariados y multivariados de regresión logística, y encontró 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). También se han empleado modelos univariados y multivariados de regresión logística, para observar 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. (Chipojola, Lee, Chiu, Chang, & Kuo, 2019).

También haciendo uso de modelos univariados y multivariados de regresión logística se evidenció 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 (Arora *et al.*, 2017).

En este sentido, esta valoración de efectos implementó una regresión logística, que es una herramienta cuantitativa empleada en situaciones en las cuales la variable dependiente Y (o de resultado) toma valores en un conjunto finito:

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_n) y la variable de resultado (Y). Modelo que normalmente se denota como:

$Y = \Pr (Y=1| X_1, X_2, \dots, X_j)$, es decir que:

$Y = f (X_1, X_2, \dots, X_j)$, que se puede expresar como:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

Los resultados del modelo incluyen el concepto de '*odds*' o chance, que constituye una de las medidas para medir el riesgo de que suceda el evento analizado (Y). 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).

Asimismo, se tiene que β es el coeficiente resultado de la regresión logística relacionado con una variable explicativa dada del modelo. De esta manera, 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).

El modelo tiene en cuenta variables relacionadas con determinantes estructurales o distales como la zona (cabecera municipal - 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 o 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:

$$\begin{aligned} \text{Lactancia_exclusiva} = & \beta_0 + \beta_1 \text{Nivel_educativo} + \beta_2 \text{Región} + \beta_3 \\ & \text{Información_LM} + \beta_4 \text{Edad_madre} + \beta_5 \text{Índice_riqueza} + \text{Parto_institucional} + \\ & \dots + \beta_i X_i \end{aligned}$$

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

La construcción de este modelo consideró 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 sociodemográficas y los resultados en LM. No obstante, el análisis cualitativo podrá comprender las variables explicativas de los resultados en las metas, complementando el análisis cuantitativo.

Adaptación

Como resultado del análisis exploratorio, 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 (*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 (Arora *et al.*, 2017; Chipojola *et al.*, 2019 y Colombo *et al.*, 2020), se tuvo 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, si le han 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)

$$\text{Lactancia_exclusiva} = \beta_0 + \beta_1 \text{Pecho_posparto} + \beta_2 \text{Información_LM} + \beta_3 \text{Fórmula_calcio} + \beta_4 \text{Cantidad_controles_prenatales} + \beta_5 \text{Parto_institucional} + \beta_6 \text{Edad_madre} + \beta_7 \text{Cantidad_hijos_madre} + \beta_8 \text{Nivel_educativo_madre} + \beta_9 \text{Madre_trabajo}$$

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

Modelo (2)

$$\text{Lactancia_exclusiva} = \beta_0 + [\text{Variables individuales y de atención}] + \beta_{10} \text{Tamaño_hogar} + \beta_{11} \text{Índice_riqueza} + \beta_{12} \text{Inseguridad_alimentaria}$$

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

Modelo (3)

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

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

2.1.3. Limitaciones

La metodología cuantitativa cuenta con algunas limitaciones. 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 por departamento, sino que representa regiones predeterminadas. Por otra parte, las fuentes no oficiales no contaban con información que permitiera calcular la totalidad de las metas. Si bien la información del ICBF (Cuéntame) solo tiene representatividad para los beneficiarios de los programas del Instituto, esta es la única fuente que presenta evidencia oficial para años posteriores a 2015, brindando un contexto

general de dichos niños y niñas¹⁴. 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.

2.2. Método de abordaje cualitativo

A partir de las preguntas orientadoras de la valoración de efectos se plantearon dos enfoques metodológicos que permitieran la comprensión de la consecución de objetivos y metas del PDLM 2010-2020. El primer enfoque 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, 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.

2.2.1. 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 Primera Infancia (CIPI) sobre las personas con mayor idoneidad para responder las preguntas relacionadas con 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

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 en edades superiores a los 6 meses de edad, por lo que para el ICBF incidir sobre las metas analizadas puede ser inviable.

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.

2.2.2. Técnicas de recolección de información

Revisión documental

Con el fin de valorar de manera directa algunas metas consignadas en el PDLM, se desarrolló una revisión de las investigaciones y convocatorias en el país relacionadas con la LM durante el período de ejecución del plan. Se valoró 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 videoconferencias (vía Zoom). Se desarrollaron entrevistas estructuradas y semiestructuradas en las modalidades grupal e individual con instrumentos acondicionados a cada actor (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

Continúa

GRUPO DE ACTORES	ACTORES CLAVE
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
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

Continúa

GRUPO DE ACTORES	ACTORES CLAVE
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.

2.2.3. Análisis de 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. Dado que las entrevistas buscan conocer los testimonios y experiencias de actores clave en relación con los efectos directos del PDLM, el método empleado permitió, primero, comprender la experiencia de los entrevistados y, segundo, 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 que, de manera deductiva, parte de los códigos y categorías que responden a las preguntas orientadoras y objetivos del PDLM y permite, luego, incorporar 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.
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	Desarrolla 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.

Continúa

CATEGORÍA	DEFINICIÓN
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.
Redes de apoyo	Grupos comunitarios que brindan apoyo a las madres en el proceso de lactancia.

Continúa

CATEGORÍA	DEFINICIÓN
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 comparadas finalmente 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.

2.2.4. Escucha digital

La escucha digital (*media listening* o *social listening*) es 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). 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.

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*; sin embargo, por su carácter privado, se limitaba el acceso a la información de los perfiles, por lo que la información captada de esta red se utilizó solo de manera orientativa.

Se consideró como período de estudio del 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 la red social Twitter 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 (Tabla 3).

Tabla 3. Actores institucionales identificados en la 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

Continúa

ENTIDAD	USUARIO TWITTER	USUARIO INSTAGRAM
Ministerios de Educación, Trabajo, Comercio, Industria y Turismo	@Mineducacion @MintrabajoCol @MincomercioCo	@mineducacion @mintrabajocol @mincomercioco
ICBF	@ICBFColombia	@icbfcolumbiaoficial
Entidades territoriales	Actores emergentes en la búsqueda	Actores emergentes en la búsqueda
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (antes Colciencias)	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_lactancia-materna

Continúa

ENTIDAD	USUARIO TWITTER	USUARIO INSTAGRAM
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 consideró principalmente aquellas metas del PDLM en las que el ejercicio de análisis de redes podía aportar más información al proceso de valoración de efectos en sus categorías de análisis, que incluyeron: gestión del conocimiento, barreras sociales, conocimientos y percepciones sobre LM y responsabilidad empresarial.

Se realizaron 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, 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.

2.2.5. 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, en 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, al asignar 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, otro, en formato formulario virtual para las madres. Adicionalmente se aseguró el asentimiento de los participantes para la grabación antes de comenzar las entrevistas.

En 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.

2.2.6. Limitaciones

La metodología cualitativa enfrentó una serie de limitaciones. 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.

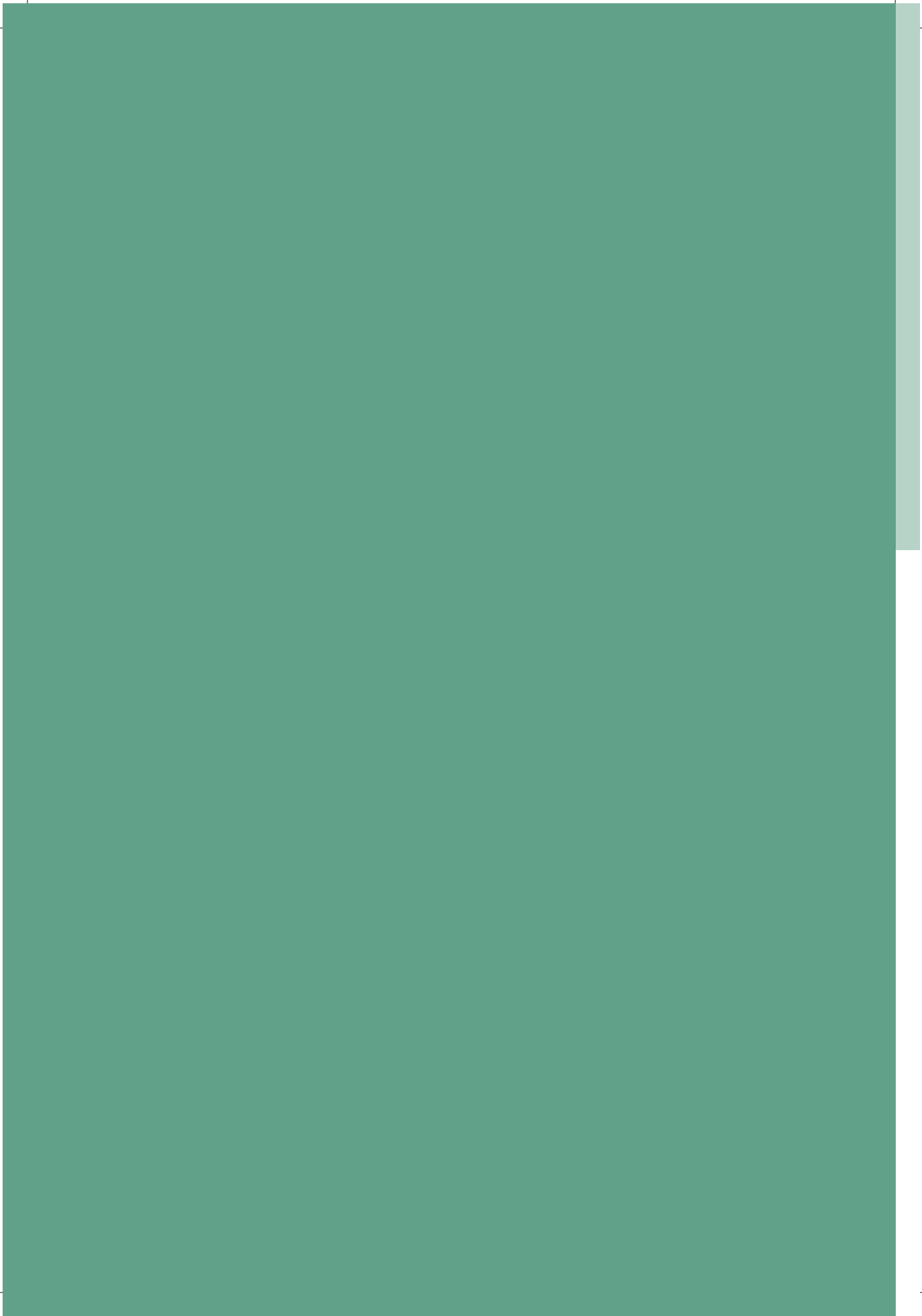
Por otro lado, pese al apoyo directo de la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia en la convocatoria a Entidades Territoriales para la participación en las entrevistas grupales por región, no se contó con la asistencia de los representantes de algunos departamentos a las mismas, por 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 estas 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.



03

Resultados de la valoración de efectos

3.1. Resultados de las metas del PDLM 2010-2020

3.1.1. Resultados cuantitativos de las metas del PDLM

Este apartado muestra 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, muestran algunas limitaciones de medición de las metas.

3.1.1.1. 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, el estudio se basó en la definición oficial del indicador de la ENSIN 2015.

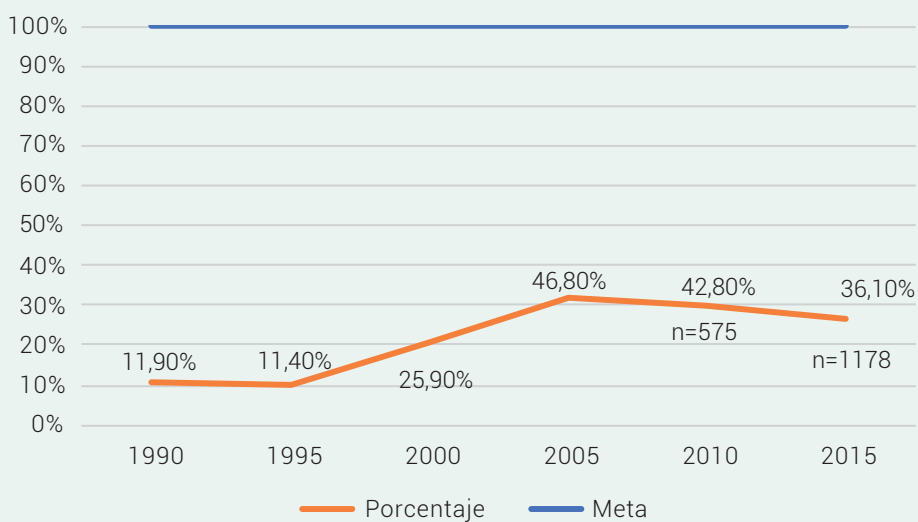
LME antes de los seis meses: proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna durante el día anterior. Este indicador incluye los lactantes amamantados por nodrizas, aquellos alimentados con leche materna extraída, así como quienes solamente recibieron sales 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)

Gráfica 1. Meta 1: porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses que recibieron LME en Colombia, 1990-2015



Fuente: elaboración propia (2020)

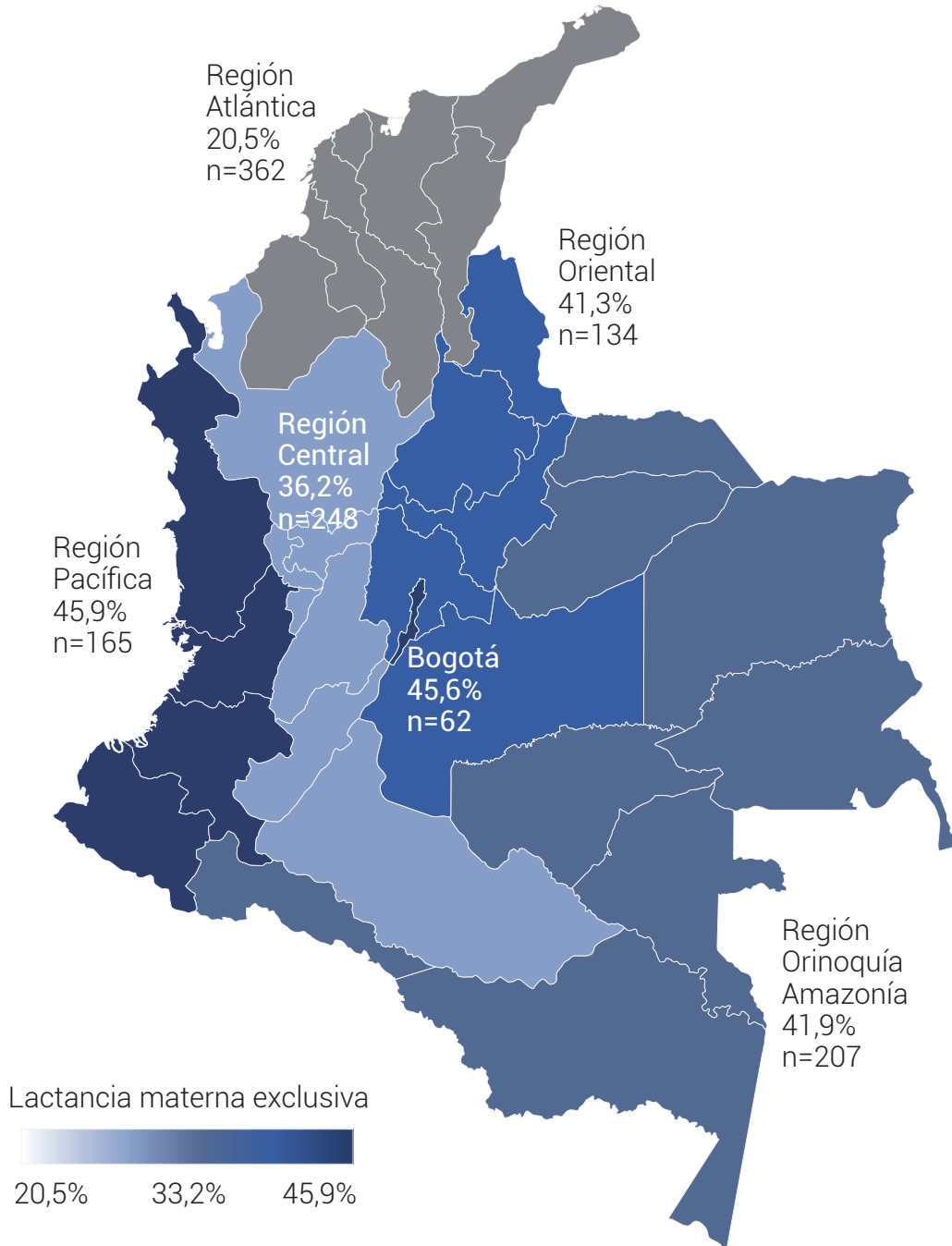
Los cálculos propios a partir de la ELCA muestran una falta de cumplimiento en esta meta, donde el 34,1% de niños y niñas menores de 6 meses reciben LME.

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

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%).

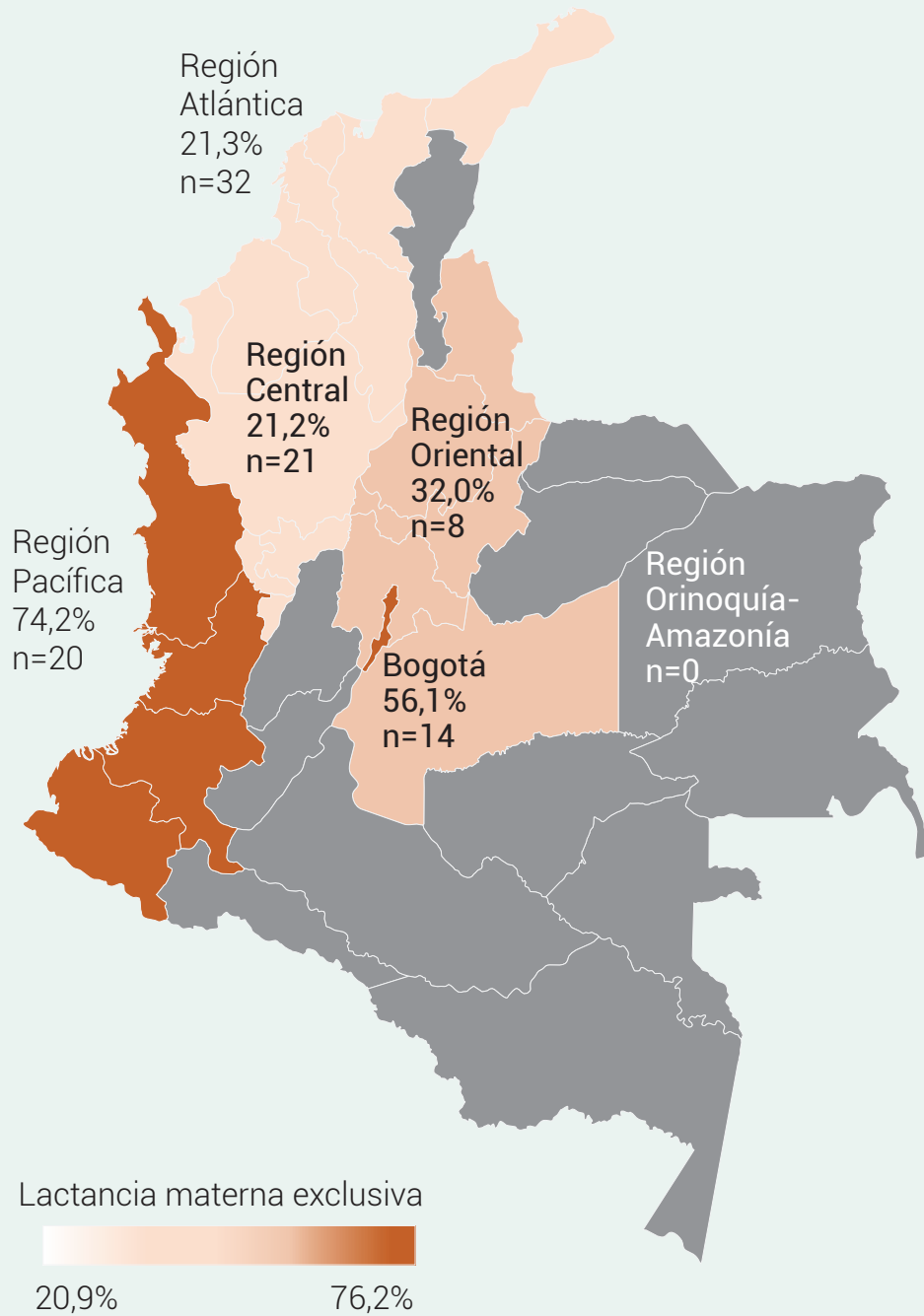
Esto va en línea con los resultados de la ELCA donde, para la zona urbana, se observa que la región Pacífica (74,2%) reporta una mayor proporción de menores de 6 meses que reciben LME, seguido de Bogotá (56,1%) y la Región Oriental (32%), mientras que las regiones Central (21,2%) y Atlántica (21,3%)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

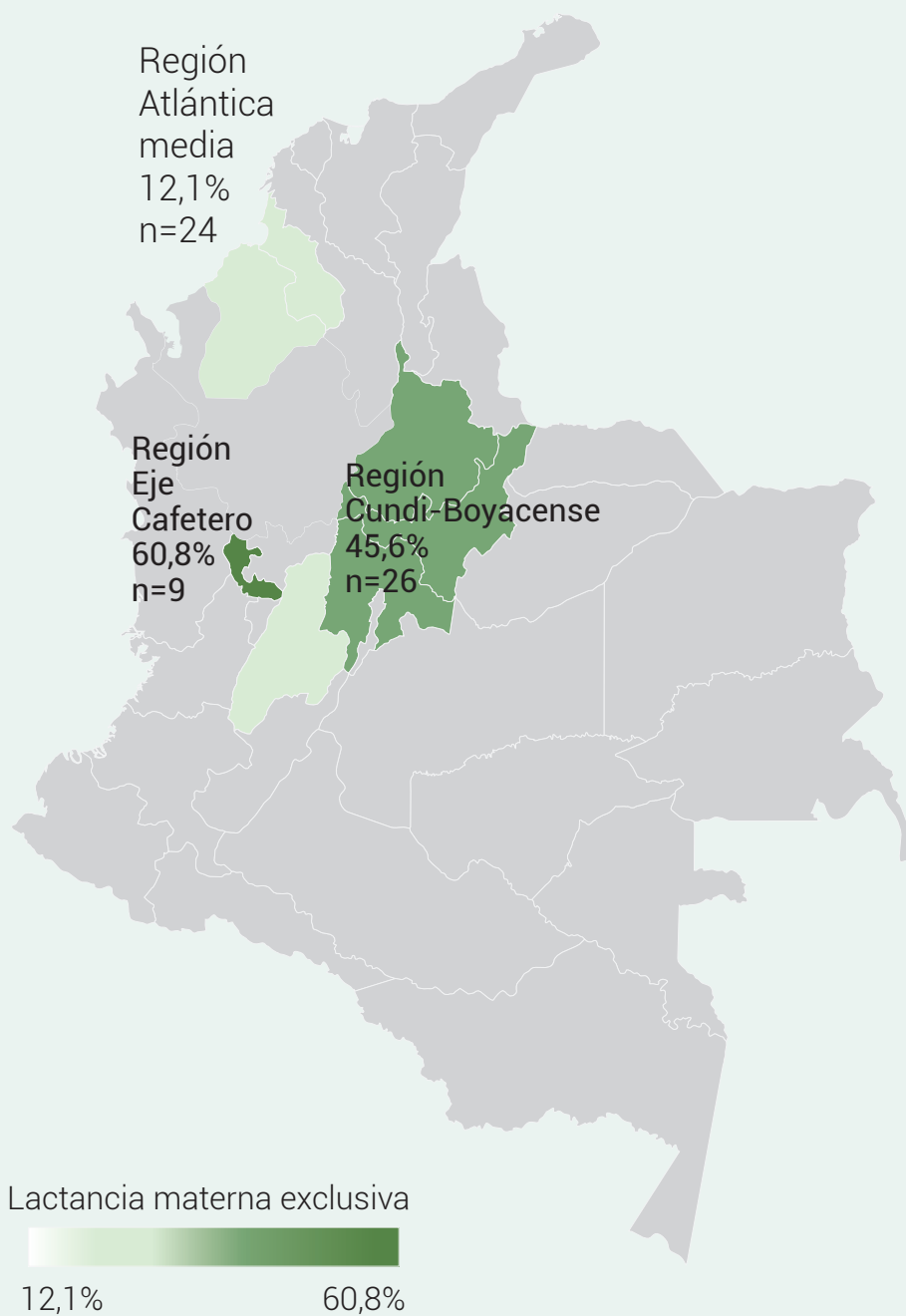
Zona urbana



Fuente: elaboración propia con base en la ELCA 2013

Continúa

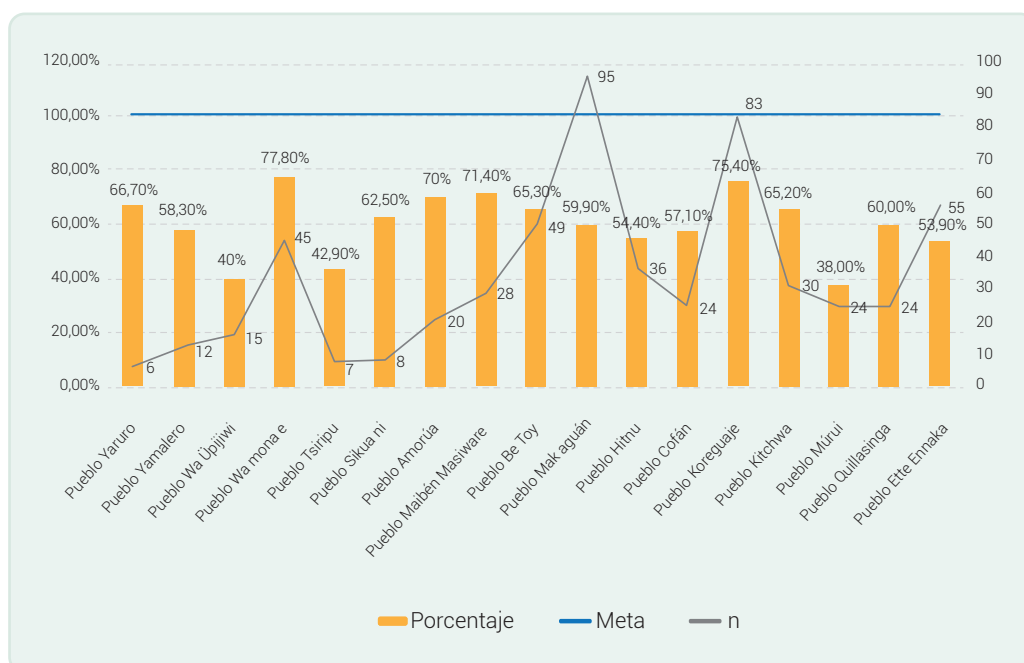
Zona rural



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 el ENSANI. La Tabla 5 presenta información sobre la duración mínima y máxima de la LME, rango de meses, según el ENSANI¹⁵. Es importante resaltar que 3 pueblos reportaron 0 meses de LME, el 2,9% en el Pueblo Ete 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 del ENSANI



Fuente: elaboración propia con base en el ENSANI 2015

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

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

Pueblo Yaruro	Pueblo	Pueblo	Pueblo	Pueblo	Pueblo	Pueblo	Pueblo Maibén	Pueblo Betoy
	Yamalero	Waüpijiwi	Wamonae	Tsiripu	Sikuani	Amorúa	Masiware	
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 Kit-chua	Pueblo Múruí	Pueblo Quilla-singa	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	

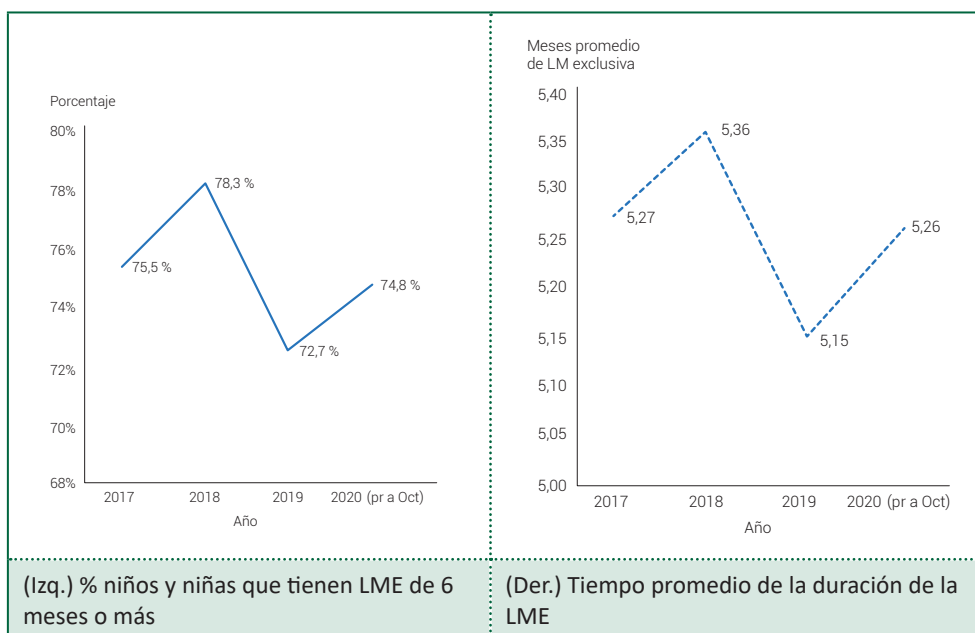
Fuente: elaboración propia con base en el ENSANI

Finalmente, gracias a la información del ICBF y su sistema Cuéntame, fue 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. Esto indica que esta población focalizada y expuesta a más información que el resto de la población se encuentra a más de 20 puntos porcentuales 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.

16 Limitaciones del Cuéntame: 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 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.

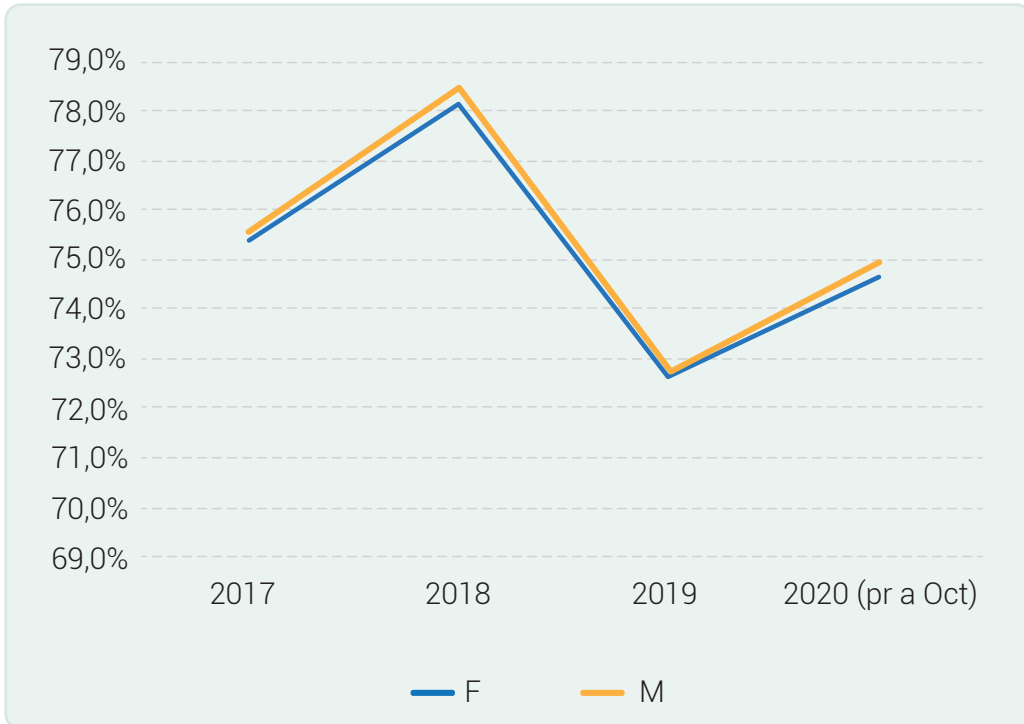
Gráfica 3. Meta 1: resultados LME en los beneficiarios del ICBF



Fuente: elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

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

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



Fuente: elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

El 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. Esta proporción oscila 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. También 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 entre el 81,8% y 93,6%. 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

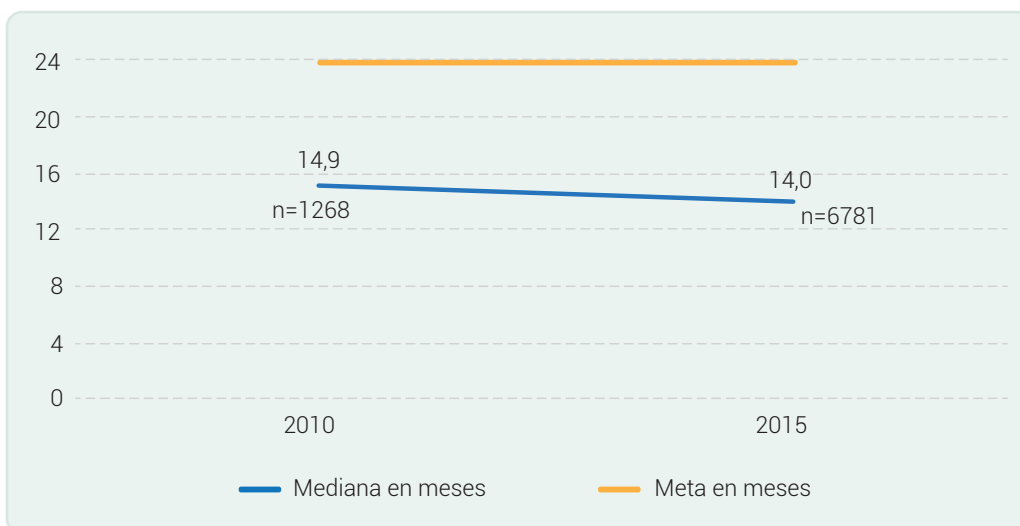
Los resultados departamentales del sistema Cuéntame están acordes con lo identificado por la ENSIN, a saber, la Región Atlántica o Caribe tiene una menor proporción de niños y niñas menores de 6 meses que reciben LME.

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 permanente¹⁹

El cumplimiento de esta meta está basado en el indicador de duración de la LM total. Para efectos de la verificación, el estudio se basó 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).

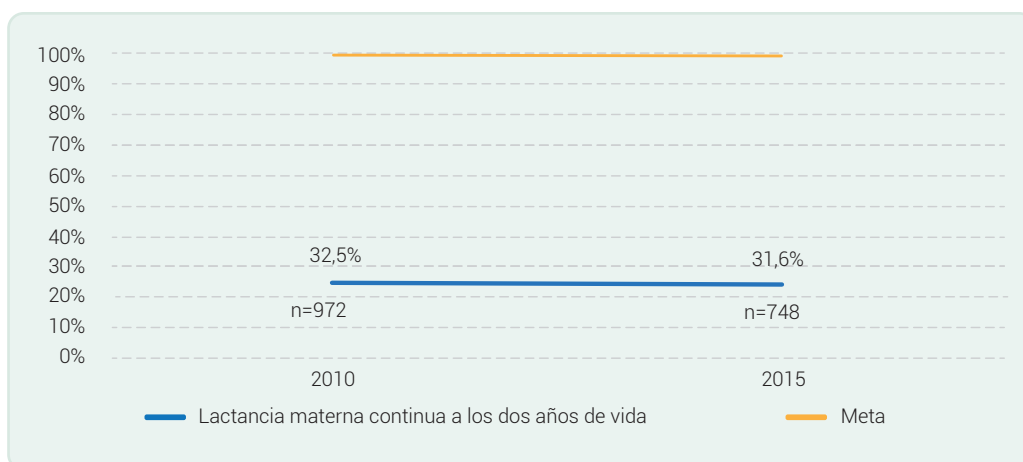
Las Gráfica 5 y Gráfica 6 muestran los resultados de fuentes oficiales. De acuerdo con la ENSIN 2015, la meta 2 no se cumplió y tiene una tendencia decreciente.

Gráfica 5. Meta 2: resultados generales duracion de la MN total (mediana)



Fuente: elaboración propia con base en la ENSIN

19 Para evaluar esta meta se consideraron las dos formas de medición en mediana y porcentaje; la mediana porque fue la forma de medición histórica y el porcentaje porque es la nueva forma de medición avalada y comparativa a nivel internacional.

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

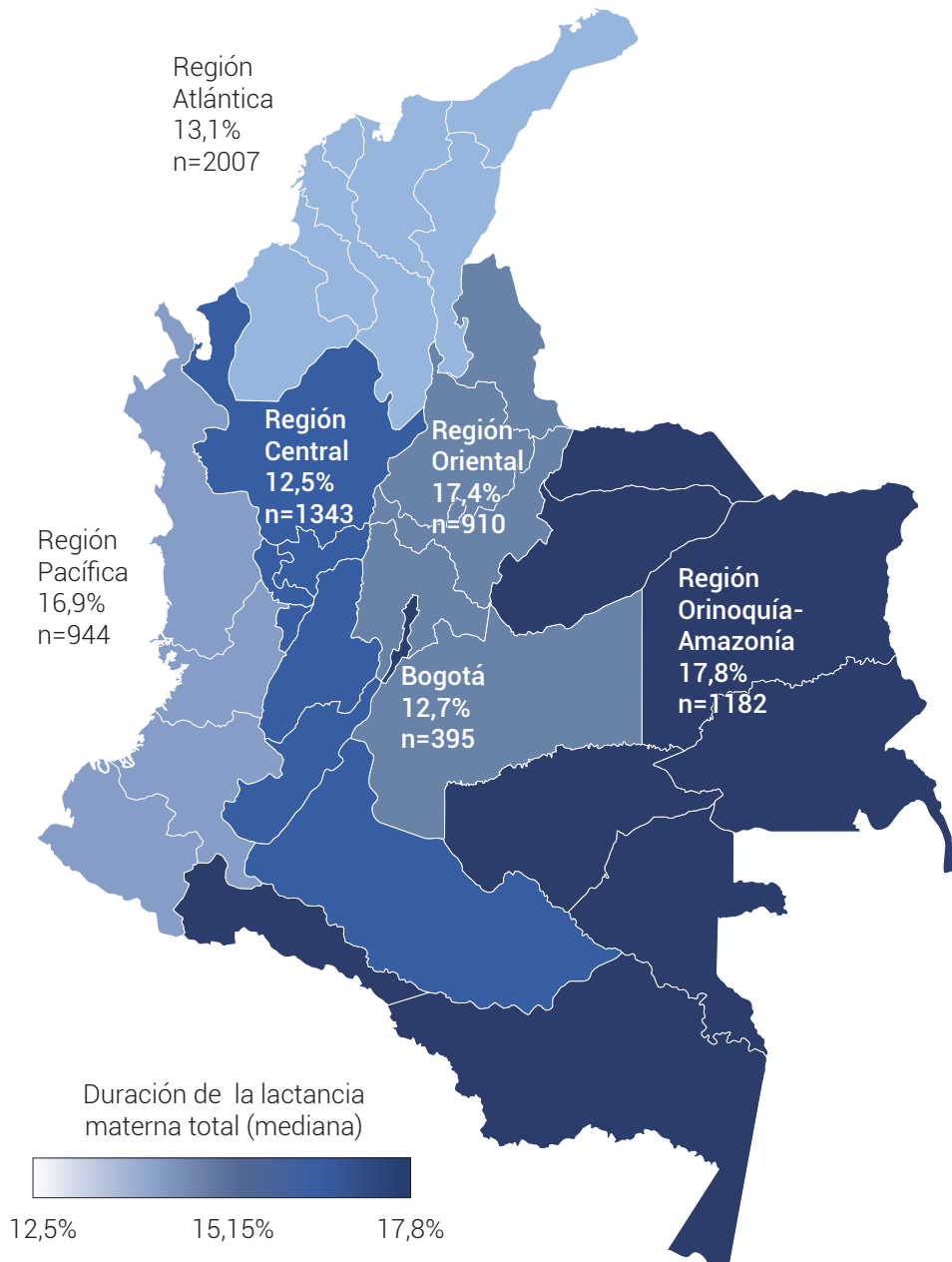
Fuente: elaboración propia con base en la ENSIN

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 esta 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 incluidos en la ENSIN 2015 y la ELCA 2013. Se observa que la meta no se cumple en ninguna de las regiones identificadas en ambas fuentes. 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. 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.

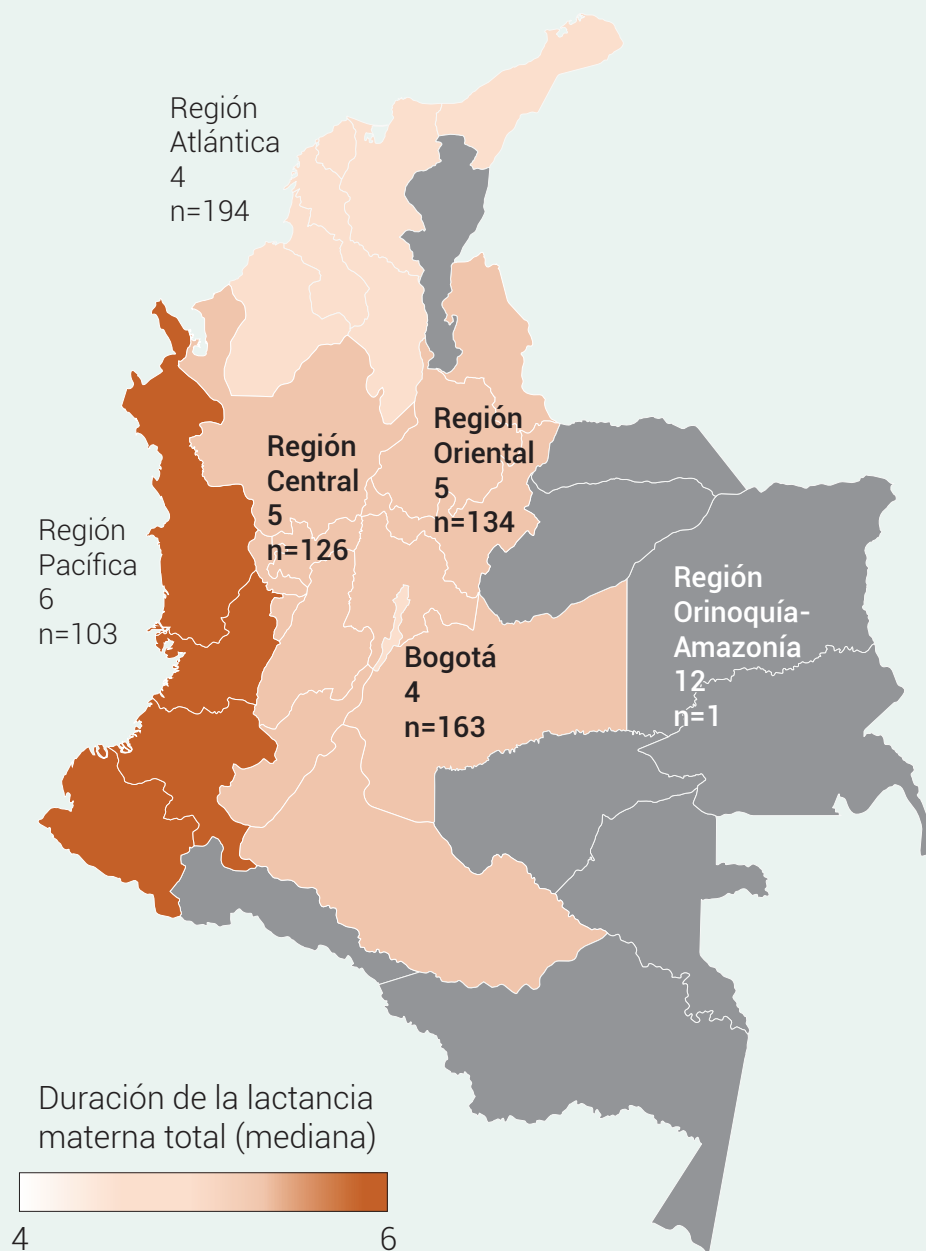
Los resultados de la zona urbana de la ELCA señalan una mayor mediana de duración de la LM en menores de 35 meses en la Región Pacífica (6) y Oriental (5), aunque la ELCA urbana también registra mayor duración de la lactancia en la Región Central (5) y no tiene suficientes observaciones en la Región 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). Los resultados de la zona rural de la ELCA señalan una duración similar en todas las regiones, siendo la más baja Eje Cafetero.

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



Fuente: elaboración propia con base en la ENSIN 2015

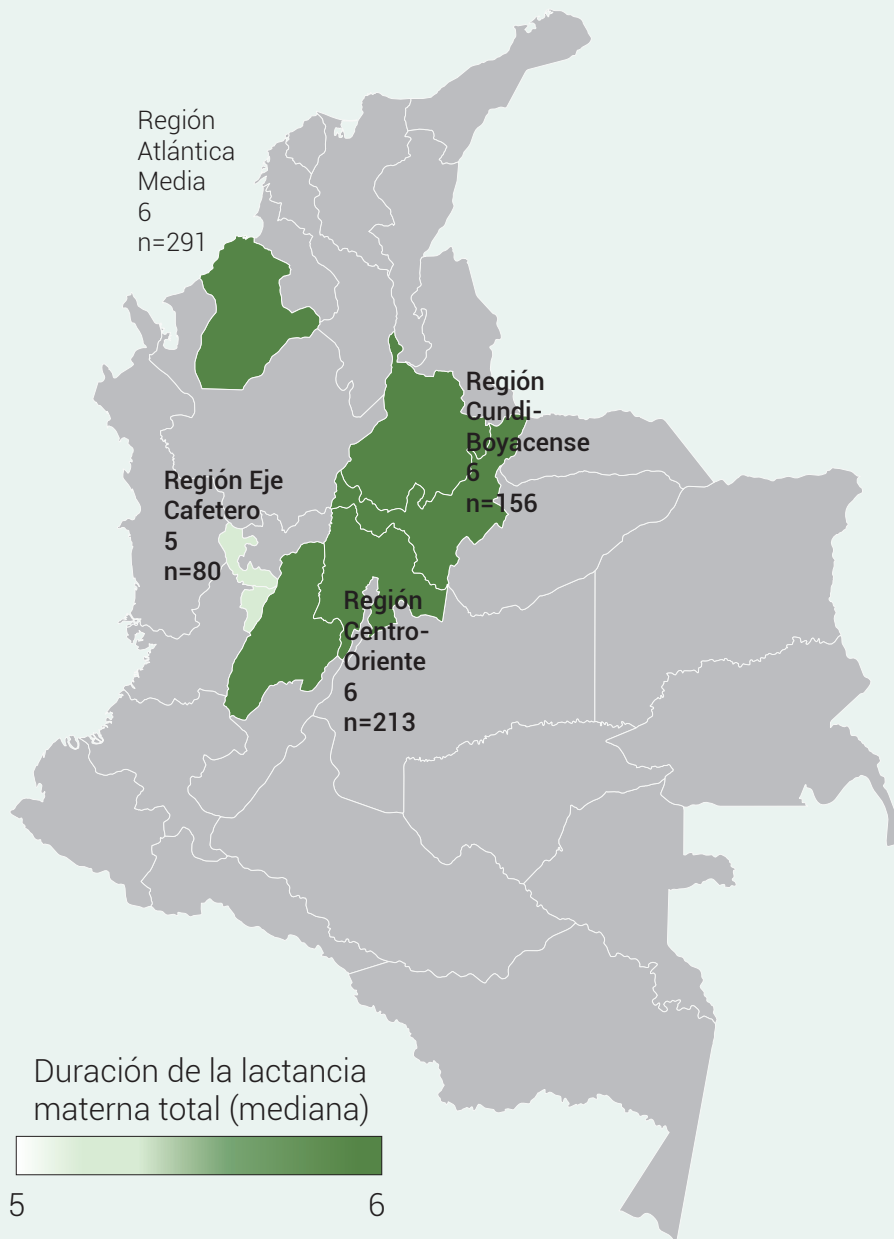
Zona urbana



Fuente: elaboración propia con base en la ELCA 2013

Continúa

Zona rural



Fuente: elaboración propia con base en la ELCA 2013

La Tabla 6 muestra la información que se pudo recuperar de los resultados del ENSANI en materia de la duración de la LM total. Se observa diversidad en los resultados de cada pueblo indígena, limitando el establecimiento de la meta 2.

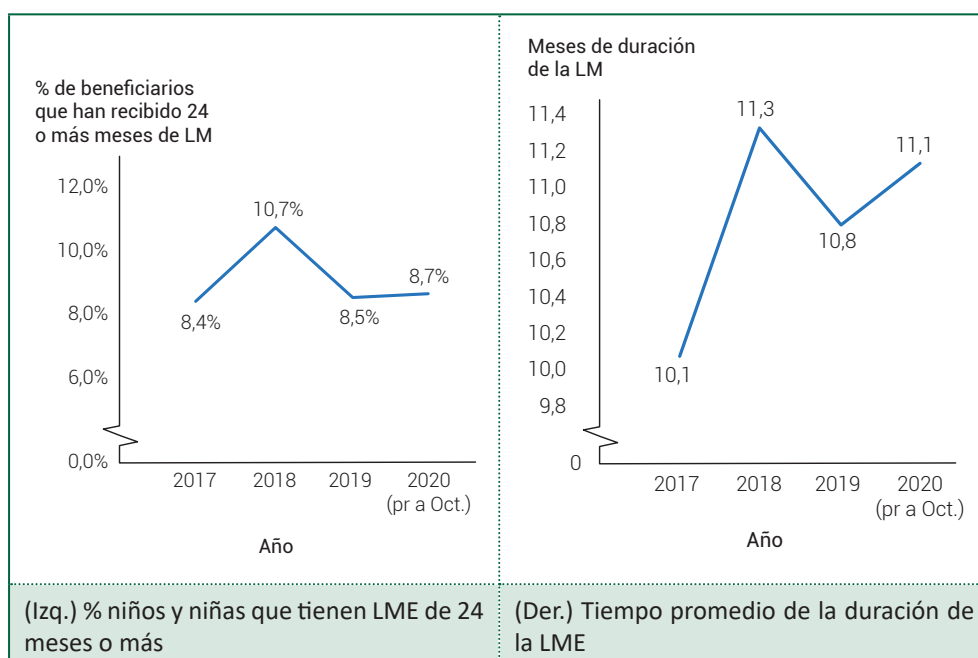
Tabla 6. Meta 2: duración de la LM total, enfoque étnico con base en el ENSANI

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 SIKUANI	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 Sikuani 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)

La información del sistema Cuéntame del ICBF 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%, y que en promedio el tiempo de la duración de la LM total fluctuó entre 10,1 y 11,1 meses (Gráfica 7).

Gráfica 7. Meta 2: duración de la LM total en los beneficiarios del ICBF

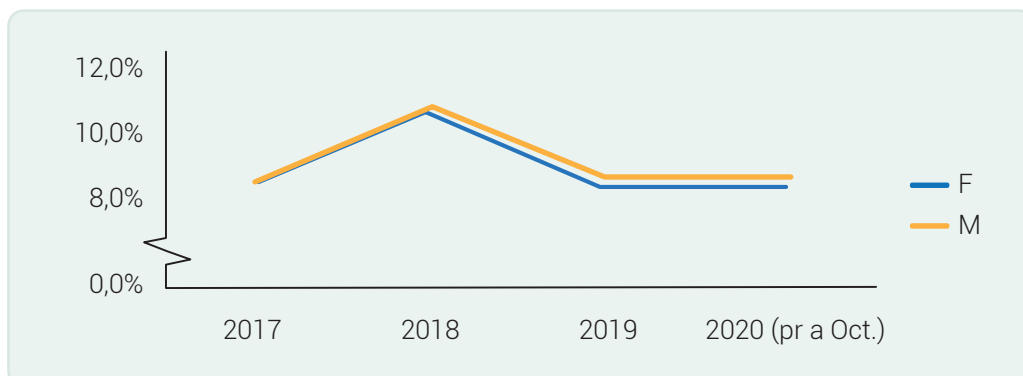


Fuente: elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

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 entre 2017 y 2020 (pr).

20 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, porque pueden ingresar a las modalidades en momentos posteriores al nacimiento y previos a los 6 meses o en edades superiores a los 6 meses de edad, por lo que para el ICBF puede ser inviable incidir sobre las metas analizadas.

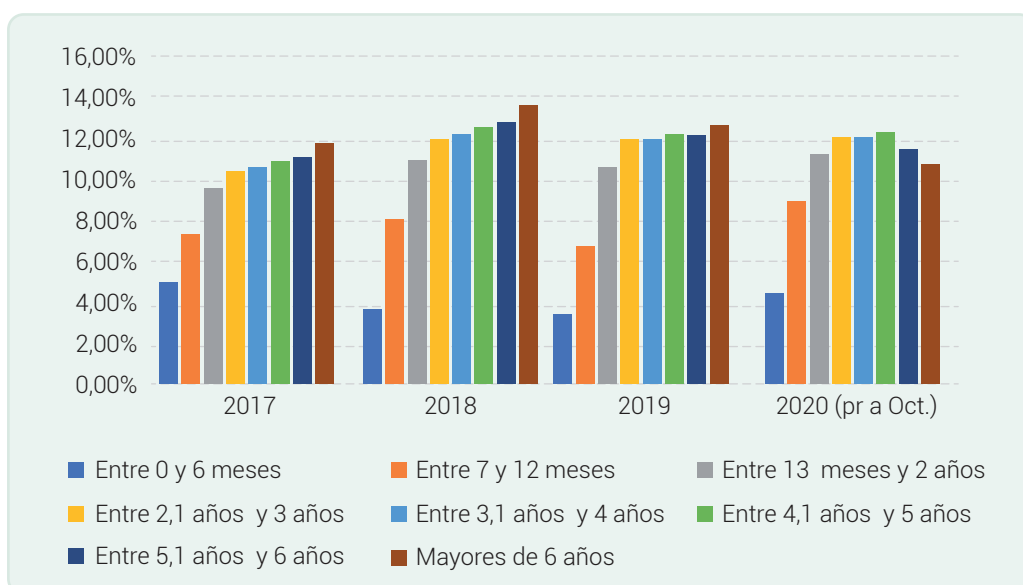
Gráfica 8. Meta 2: proporción de beneficiarios del ICBF con una duración total de la LM total mayor o igual a 24 meses, según sexo



Fuente: elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

Un análisis que desagrega 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).

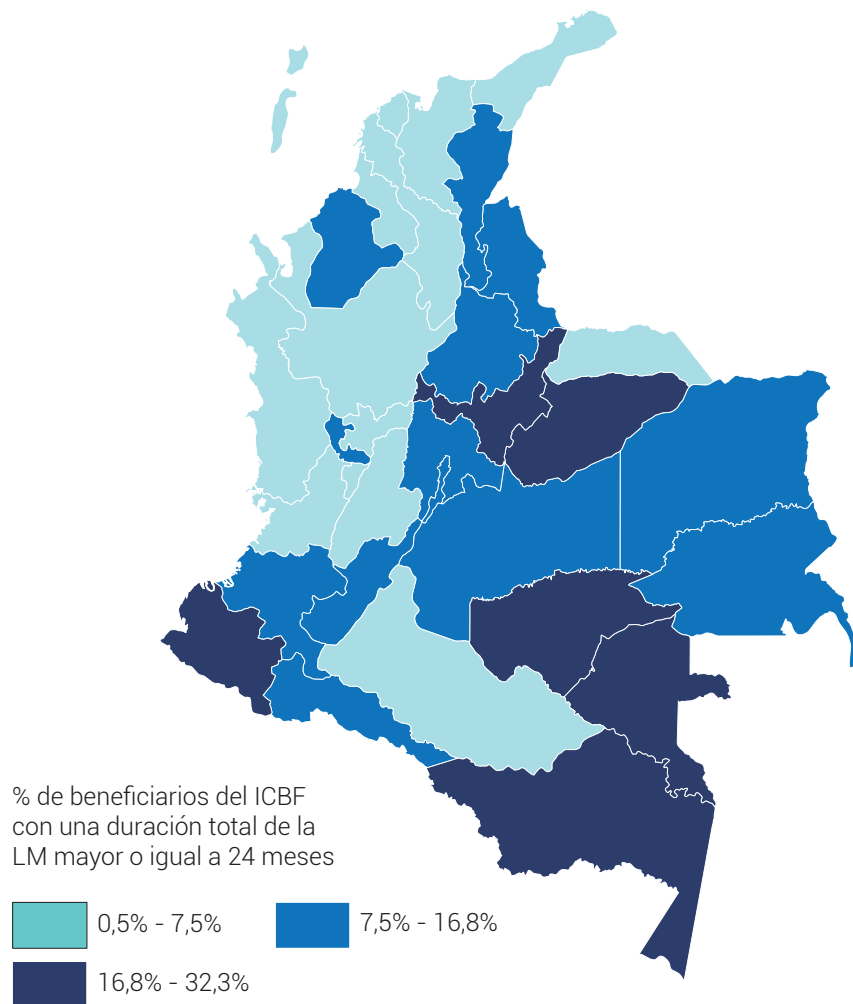
Gráfica 9. Meta 2: duración total promedio de los beneficiarios del ICBF, según edad



Fuente: elaboración propia a partir de Cuéntame - ICBF

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

Ilustración 4. Meta 2: proporción de beneficiarios del ICBF con 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

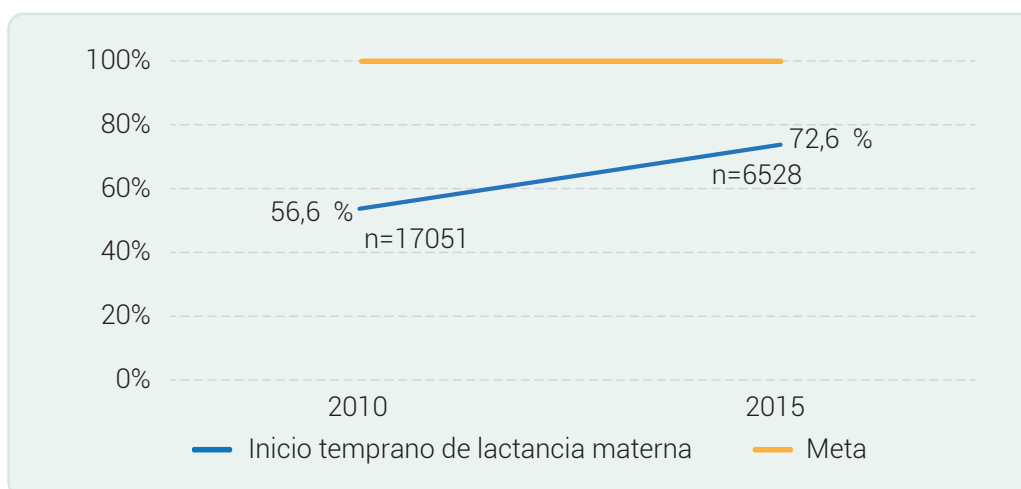
Estos resultados se asemejan a los de la ENSIN, donde la duración de la LM total más alta se localiza en la Región Orinoquía – Amazonía que coincide con Casanare y la Región Oriental que coincide con Boyacá, mientras que los resultados más bajos se ubican en la Región Atlántica y la Región Central que 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, el estudio se basó 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 amamantados 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 se venía cumpliendo al corte de la encuesta; sin embargo, muestra un comportamiento positivo en el quinquenio observado.

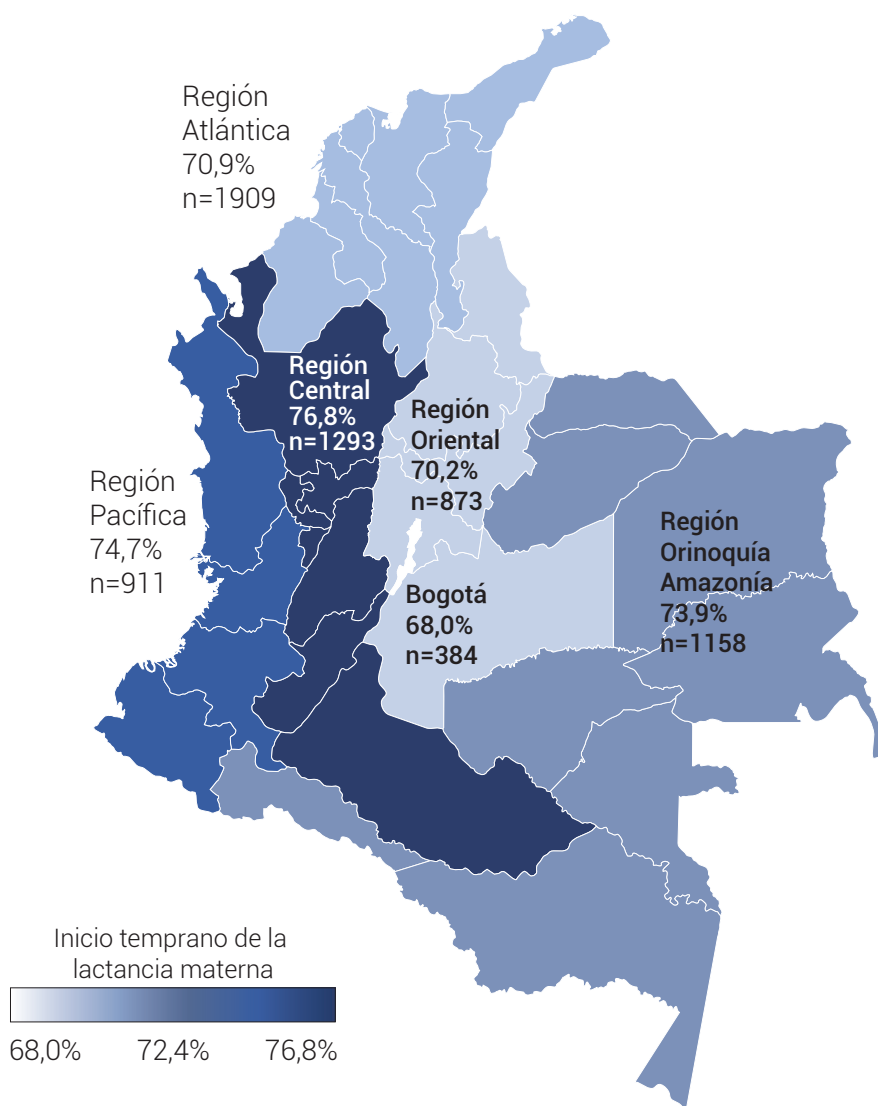
Gráfica 10. Meta 3: resultados generales proporción de recién nacidos amamantados en la primera hora de su nacimiento



Fuente: elaboración propia con base en la ENSIN

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

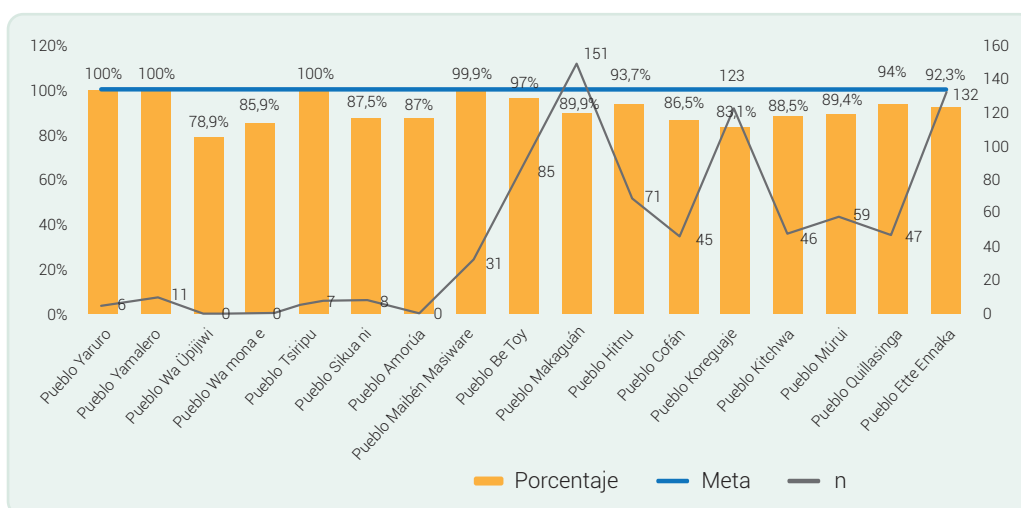
Ilustración 5. Meta 3: resultados territoriales de proporción de recién nacidos amamantados en la primera hora de su nacimiento



Fuente: elaboración propia con base en la ENSIN

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

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



Fuente: elaboración propia con base en ENSANI²¹

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

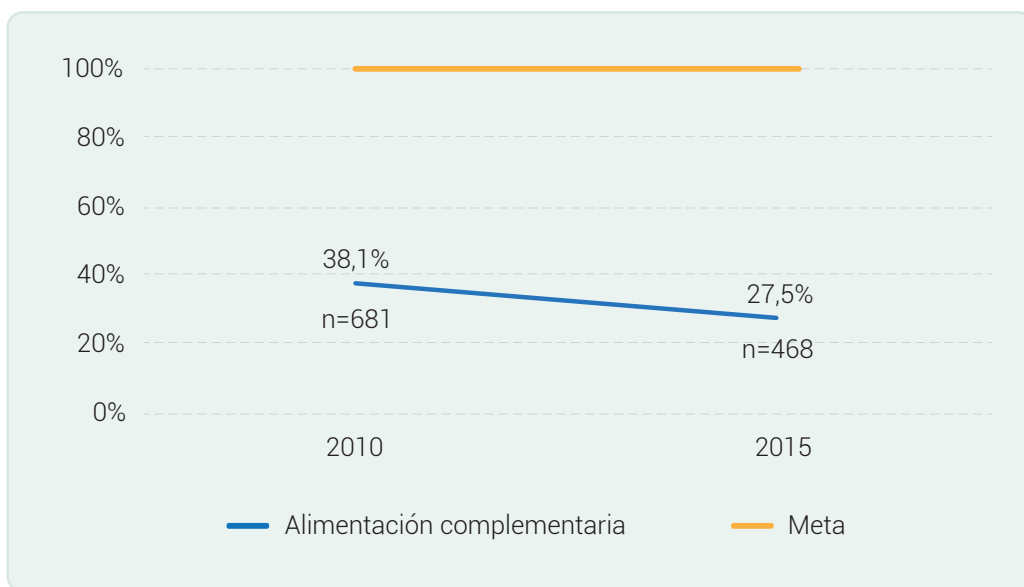
Para efectos de la verificación de esta meta, el estudio se basó en la definición oficial de la ENSIN 2015: “Dieta mínima aceptable: proporción de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna)”. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2020,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

21 Para n igual a cero no hay disponibles en los informes publicados de el ENSANI, aunque no indica que el número de personas consideradas por el 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).

La Gráfica 12 muestra los resultados, según ENSIN 2015, 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. 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.

Gráfica 12. Meta 4: resultados generales de alimentación complementaria



Fuente: elaboración propia a partir de la ENSIN

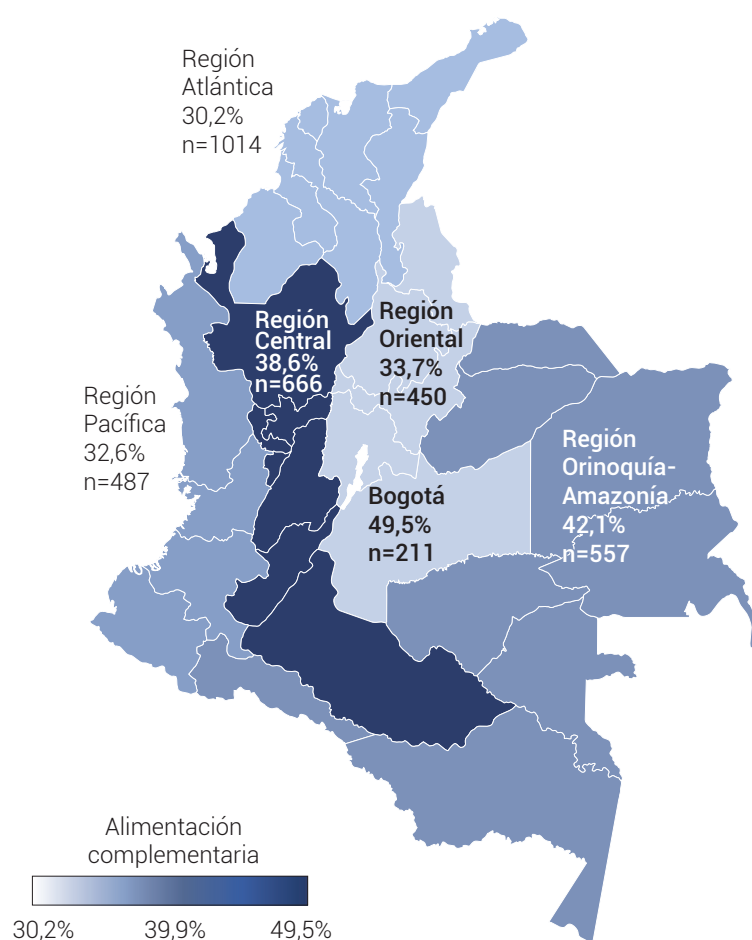
La Ilustración 6 muestra los resultados de la meta 4, de acuerdo con los territorios incluidos en la ENSIN 2015 y la ELCA 2013. La meta no se cumple en ninguna de las regiones identificadas. Para la ENSIN 2015, Bogotá (49,5%) y la Región Orinoquía Amazonía (42,1%) son las más cercanas al cumplimiento 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.

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).

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%).

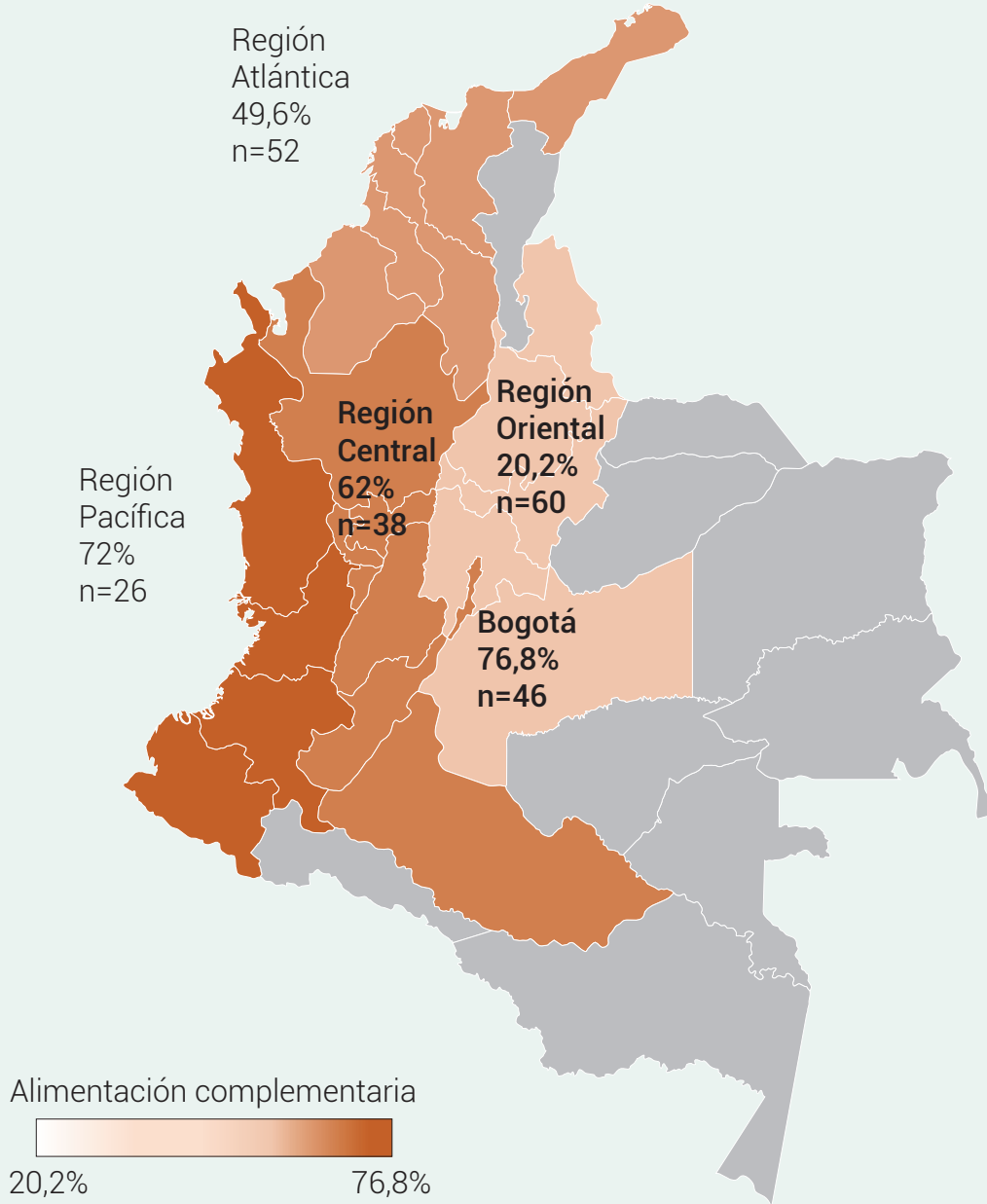
Asimismo, la zona rural de la ELCA muestra mayores proporciones de niños y niñas entre 6 y 23 meses con una dieta mínima aceptable en la Región Cundiboyacense (32,5%) y Eje Cafetero (31,1%), contrario a la Región Centro-Oriente (25,9%) y Atlántica (26,4%).

Ilustración 6. Meta 4: resultados territoriales de alimentación complementaria

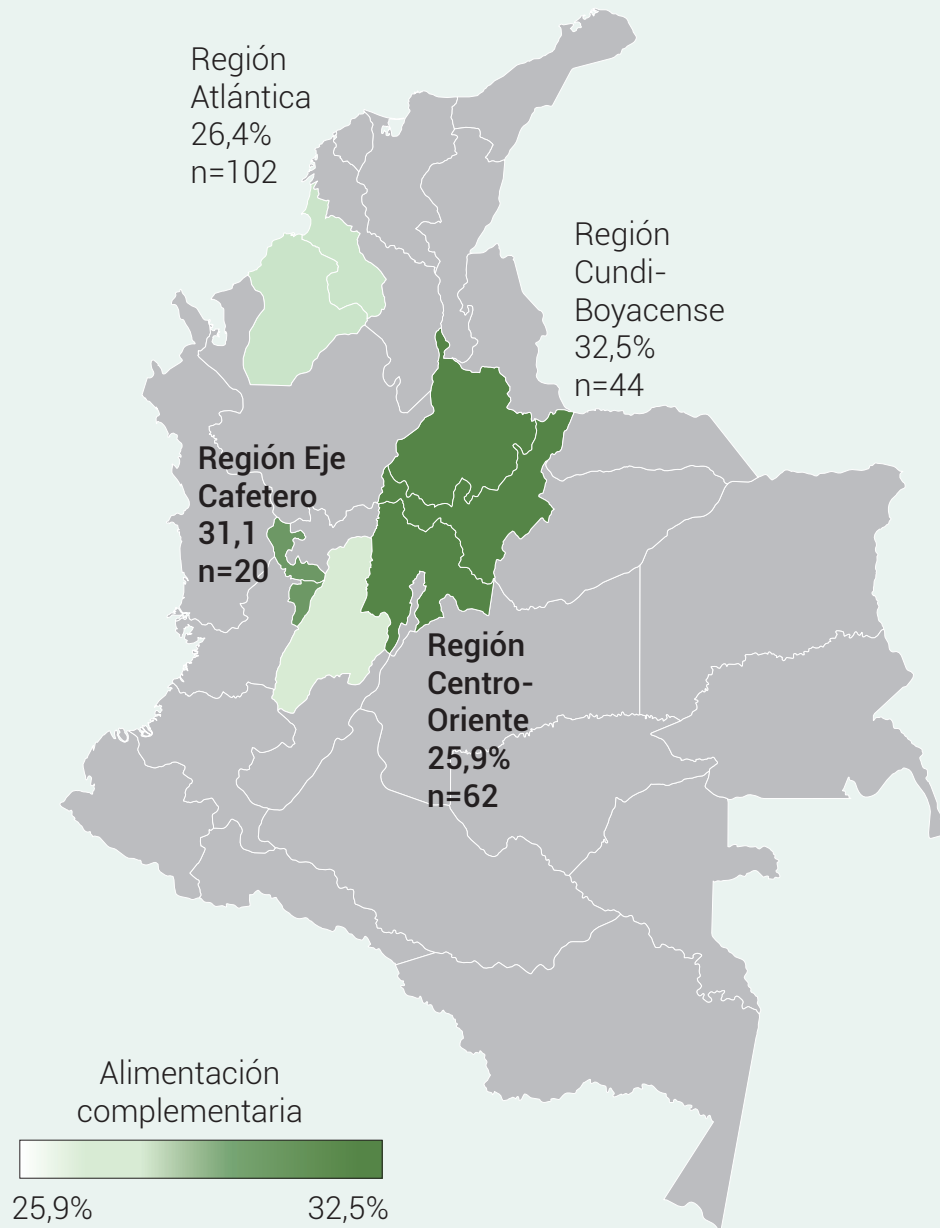


Fuente: elaboración propia con base en la ENSIN 2015

Zona urbana



Zona rural



Fuente: elaboración propia con base en la ELCA 2013.

En el 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 10 pueblos (Tabla 7).

Tabla 7. Principales alimentos suministrados durante los primeros seis meses diferentes a leche materna, pueblos indígenas

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

Continúa

PUEBLO	N	ALIMENTOS	%
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
		Agua solamente	11,9
		Leche en polvo de vaca	10,4
		Jugo de fruta	10,4
		Caldo	10,4
		Ninguno	38,8
Pueblo Sikuaní	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

Continúa

PUEBLO	N	ALIMENTOS	%
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 el ENSANI²⁴

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

3.1.1.2. 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 los resultados de mortalidad infantil evitable por desnutrición, se indagó por indicadores que engloben lo relacionado con esta meta, de tal manera que la valoración tenga en cuenta dicho panorama, iniciando por la mortalidad en menores de 1 año en el país. Se evidenció que la tasa de mortalidad en menores de 1 año, entre 2010 y 2015, se redujo en 1,8 puntos porcentuales y entre 2010

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

y 2018 la reducción fue de 1,5 puntos porcentuales. Esto corresponde a una disminución de este indicador de 14,1% para el primer periodo mencionado y de 11,5% para el segundo. Entre 2010 y 2015, la tendencia era decreciente y cambió en los años 2016 y 2018 en donde el indicador aumentó con respecto a los años anteriores (Gráfica 13).

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

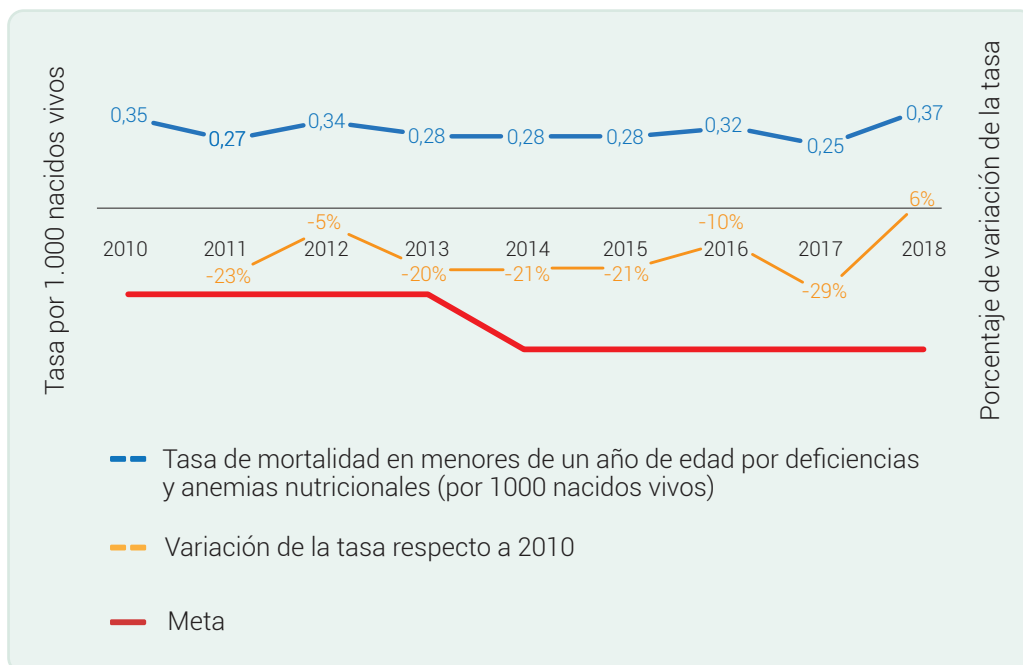
INDICADOR	BANCO MUNDIAL (S/F)								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Prevalencia de desnutrición (% de la población)	12,2%	11,3%	9,6%	8,4%	7,3%	6,6%	5,8%	5,5%	5,5%

Fuente: Banco Mundial (s/f)

En 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) (Gráfica 14). Se observa que entre 2010 y 2013 la reducción progresiva fue del 20%, 10 puntos porcentuales por debajo de la meta (que era una reducción del 30% para 2013). Para 2015, la reducción fue del 21% situándose 21 puntos porcentuales por debajo de la meta planteada (reducción del 50%). Para 2018 (último dato disponible), hubo un aumento y no una reducción de este indicador del 6%. De esta forma, no se evidencia un cumplimiento de la meta.

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).

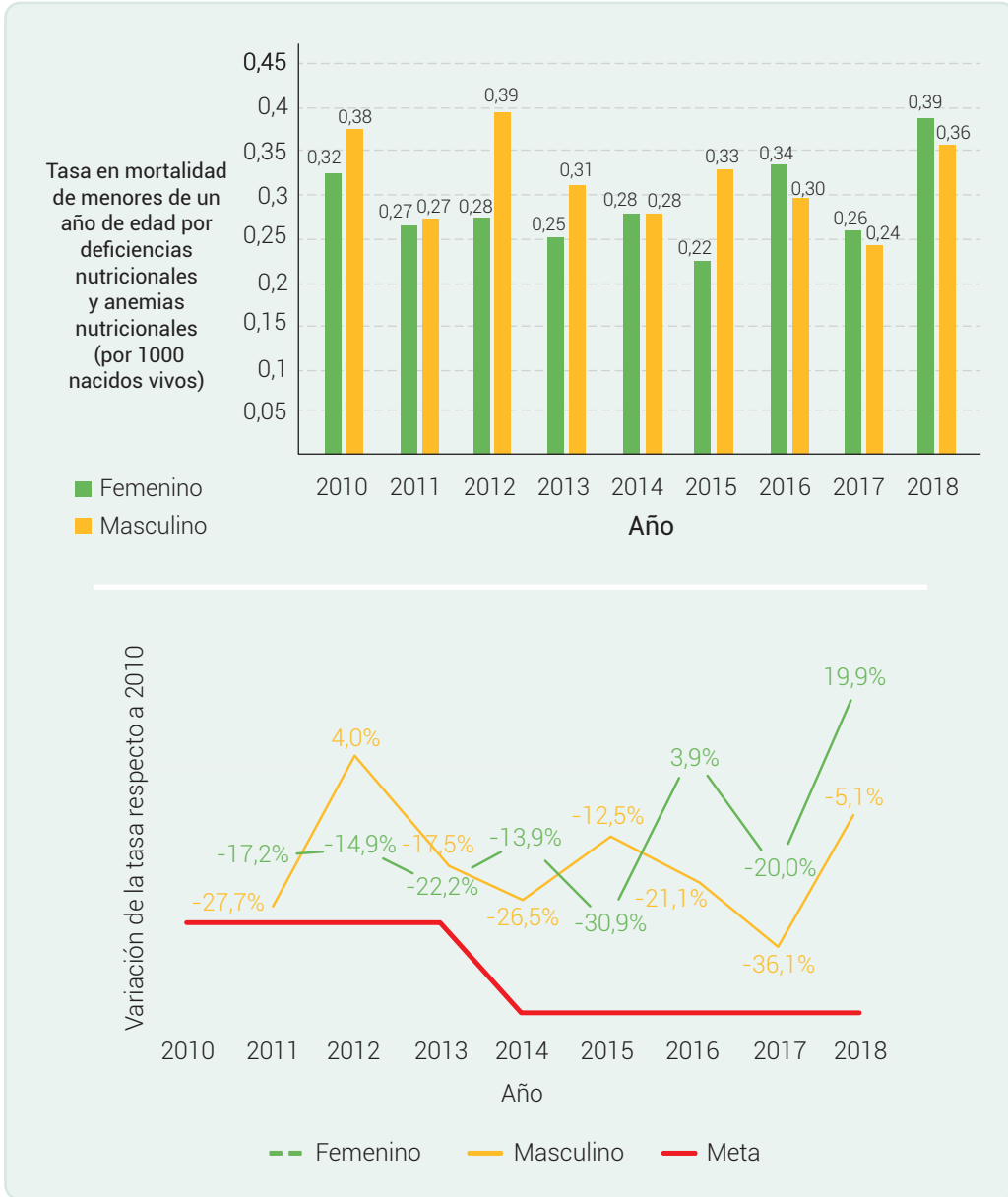
26 Los diagnósticos que se excluyen para estimar la mortalidad evitable por desnutrición fueron: D501 - Disfagia sideropénica, D510 - Anemia por deficiencia de vitamina B12 debida a deficiencia del factor intrínseco, D511 - Anemia por deficiencia de vitamina B12 debida a mala absorción selectiva de vitamina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

Gráfica 14. Tasa de mortalidad evitable en menores de un año por deficiencias y anemias nutricionales, 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, porque respecto a 2010 esta tasa aumentó hasta el 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, por deficiencias y anemias nutricionales, según sexo entre 2010 a 2018

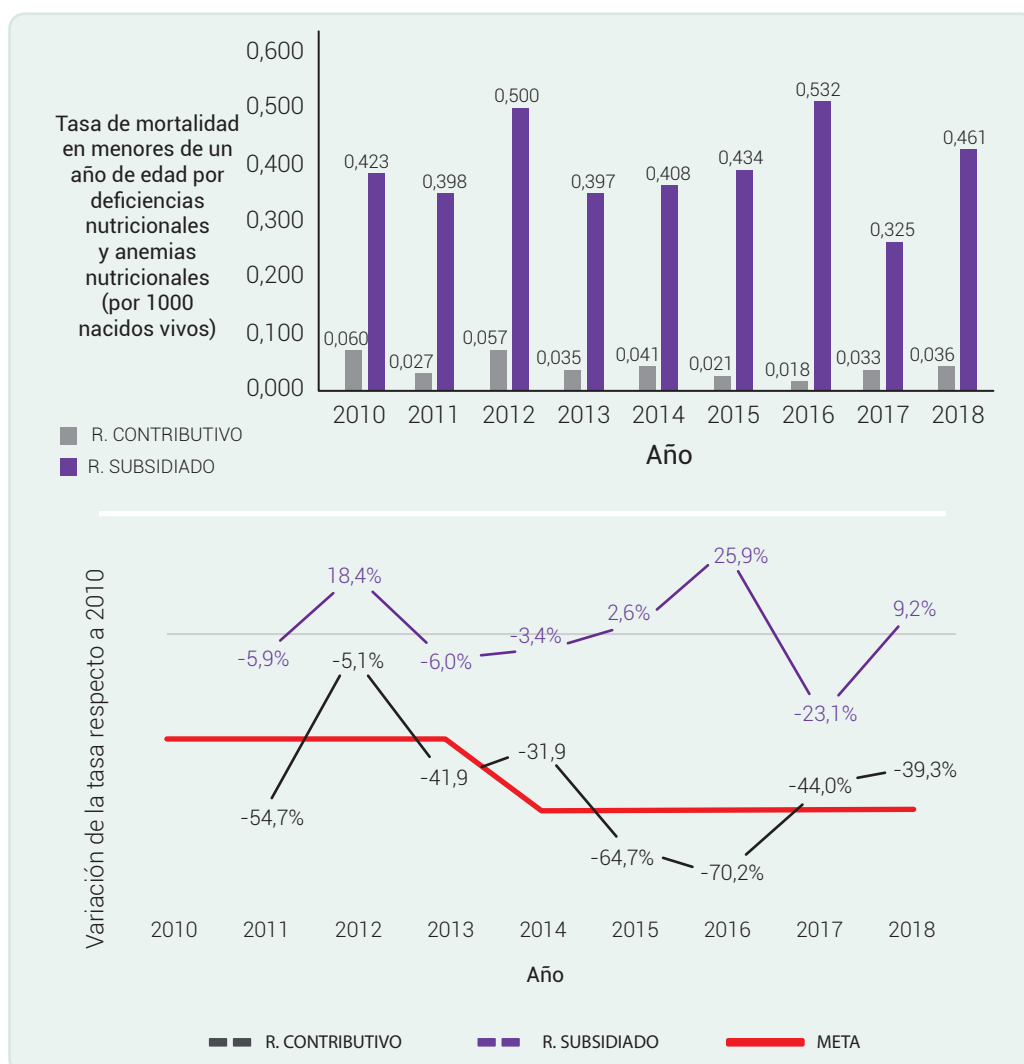


Fuente: cubo de indicadores - SISPRO, MSPS (2020)

El análisis según los regímenes del sistema de salud indica que sistemáticamente para los niños y niñas del régimen subsidiado las metas se han rezagado en mayor medida puesto que en ningún caso se han presentado

reducciones superiores al 30%, y se han presentado incrementos en esta tasa de hasta el 25,9% (para 2016). Mientras que para los pertenecientes al régimen contributivo se presenta un comportamiento más favorable como (Gráfica 16). Se evidencia 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, donde se aprecia un comportamiento creciente a partir de 2017 y en donde esta reducción no supera el 50%.

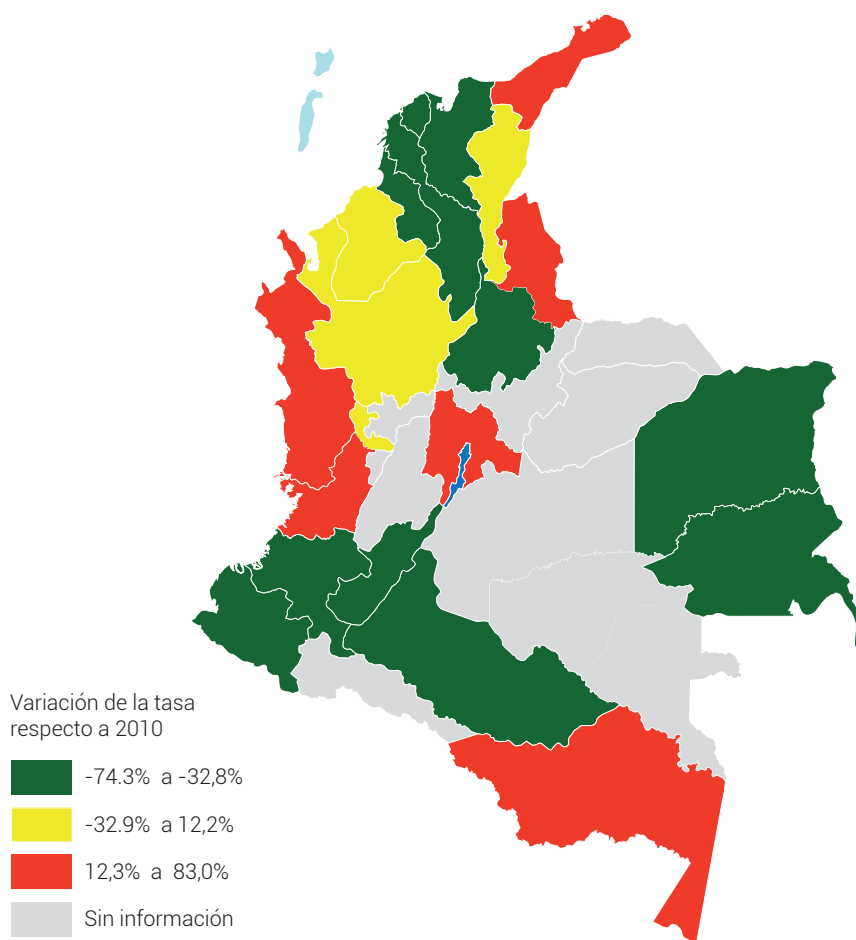
Gráfica 16. Tasa de mortalidad evitable en menores de un año por deficiencias y anemias nutricionales, según régimen de afiliación, 2010 a 2018



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 en 2018, ninguno de los departamentos se encontraba cercano a la reducción del 100% propuesta para 2020. Sin embargo, en 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).

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



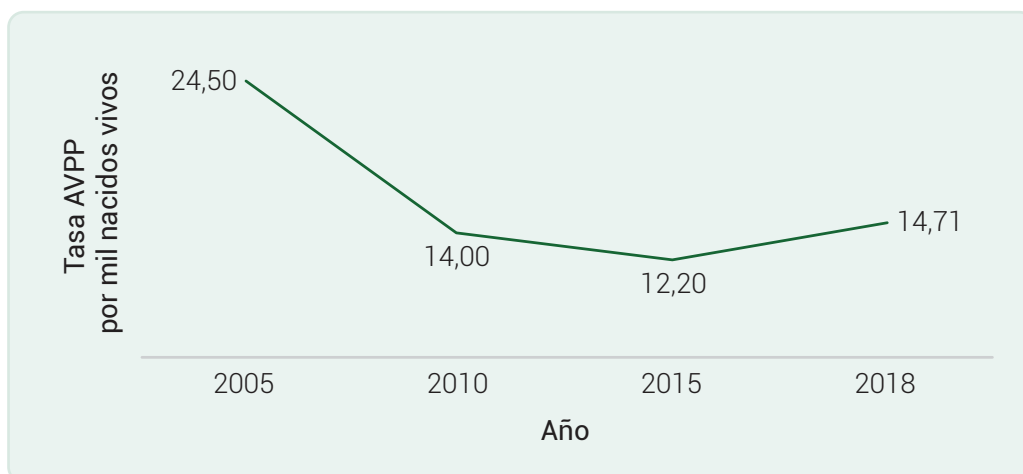
Fuente: Cubo de Indicadores- SISPRO, MSPS (2020)

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

Sobre la mortalidad prematura y los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por mortalidad causada por desnutrición en menores de dos años, no se ha encontrado información oficial en Colombia. No obstante, un estudio evidenció 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% (Quiroga, 2017).

Finalmente, según estimaciones propias de la tasa de años de vida potencialmente perdidos por desnutrición a partir de la metodología de la OPS (OPS, 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%. 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 se cumple y que la direccionalidad de la variación es positiva, con un incremento del 5%, con 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.

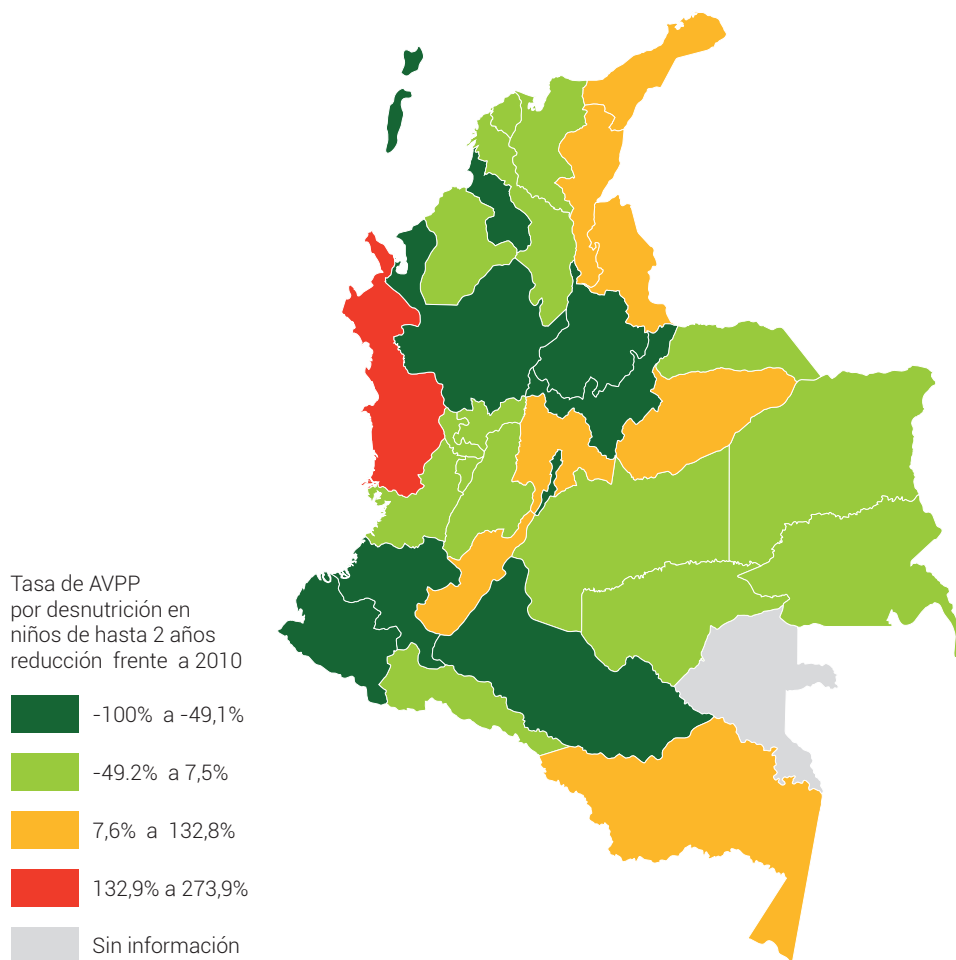


Fuente: cálculos propios a partir de EEVV-DANE

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.

A nivel departamental, se evidencian grandes disparidades en la variación de este indicador entre 2010 y 2018. En Tolima, San Andrés y el Distrito Capital se logró la reducción del 100%, mientras se evidencia 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

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

Estos son los resultados del cumplimiento de las metas del PDLM 2010-2020 a partir de la revisión documental. El PDLM 2010-2020 no asigna de manera explícita las metas establecidas a un objetivo en concreto, por lo que, primero, 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, segundo, se realizó la descripción del cumplimiento de la meta de acuerdo con los hallazgos de la revisión documental.

3.1.2.1. 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).

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, que 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 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>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
<p>Alcanzar una actualización y generación de nuevas normas que promuevan, protejan y apoyen la LM verificable cada cinco años.</p>	<p>Normatividad actualizada verificable cada cinco años.</p>	<p>Ley 1878 de 2018 que hace extensiva la licencia al padre y la madre adoptante 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 al SGSSS que establece la formulación del plan decenal de salud pública.</p> <p>Resolución 1841 de 2013, adopción del PDSP.</p> <p>Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de salud.</p> <p>Resolución 3202 de 2016, adopción de las RIAS.</p> <p>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> <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>
<p>Normas técnicas de promoción y prevención sobre el cuidado integral del niño actualizadas y en funcionamiento.</p>	<p>100% de normas actualizadas en funcionamiento.</p>	<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>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
Normas técnicas de promoción y prevención sobre el cuidado integral del niño actualizadas y en funcionamiento.	100% de normas actualizadas en funcionamiento.	En 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.
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.

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
<p>Alcanzar la difusión del 100% de las normas actualizadas que promueven, protegen y apoyan la LM en el sector de la salud y la seguridad social, ambiente, trabajo, educación y en la sociedad en general.</p>	<p>100%</p>	<p>Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, entre el año 2019 - 2020 se ha hecho seguimiento a la implementación de las Guías Alimentarias para la población colombiana en 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>
<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.</p>	<p>100%</p>	<p>De acuerdo con lo reportado 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.</p>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
<p>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.</p>	<p>Sistema de verificación en funcionamiento de acuerdo con lo establecido en el 100% de la normatividad vigente en el período.</p>	<p>No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.</p>
<p>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.</p>	<p>El 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>	<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> <ol style="list-style-type: none"> Modalidades de atención de la Dirección de Nutrición: 1000 días para cambiar el mundo; centro de recuperación nutricional; unidades de búsqueda activa. Por la Dirección de Primera Infancia: modalidades de atención de primera infancia. 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>Con la revisión documental no se logró cuantificar esta meta.</p>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA 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.</p>	<p>Definidas para cada alternativa de acceso al diseñarlas.</p>	<p>En Colombia hay 13 Bancos de Leche Humana-BLH- en funcionamiento y 2 en implementación.</p>
<p>Lograr que para el 2011, los 10 pasos para una lactancia feliz 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.</p>	<p>Incorporación de estándares de calidad.</p>	<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>Asimismo, 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 en la resolución 3100 de 2019.</p>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
100% de IPS con servicios materno-infantiles habilitadas en relación con 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.

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
<p>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.</p>	<p>100%</p>	<p>Esta meta no se cumplió porque no se incorporaron los 10 pasos para una lactancia feliz en los estándares de habilitación.</p>
<p>Indicador centinela de calidad de inicio temprano de la LM incorporado desde el 2011 en los indicadores de monitoreo de la calidad para IPS.</p>	<p>Indicador de inicio temprano de la LM vigilando regularmente.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>El SISPRO ha incorporado la información de seguimiento a la LM.</p>	<p>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.</p>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
<p>Sistema de vigilancia y control a violaciones del Código de Sucesos de Leche Materna implementado con participación social y operando para el 2015.</p>	<p>Informes anuales de resultados de la vigilancia y control.</p>	<p>En 2015 se hizo el Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la Leche Materna, evidenciando incumplimiento de la normatividad, tanto a nivel de comercialización como de publicidad de alimentos infantiles.</p> <p>El INVIMA ha realizado las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> Publicación y difusión del Lineamiento N° 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. Comunicado 400-5920-17 "Orientación Técnica para la Inspección, Vigilancia y Control IVC de la Publicidad de los Alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna en comercialización". 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 con el 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. En 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</p>	<p>100% de fórmulas con leches artificiales expedidas en las IPS que realizan atención materno-infantil auditadas.</p>	<p>No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.</p>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
<p>Lograr el desarrollo de herramientas virtuales sobre LM para el fortalecimiento de capacidades dirigidas a IPS, ET, EPS, personal sanitario en el 2012.</p>	<p>Por lo menos una herramienta virtual de amplio acceso y cobertura.</p>	<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 Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes -GABA (48h c/u) estará disponible en la plataforma del ICBF en el 2021.</p>
<p>Haber publicado los lineamientos operativos sobre LM, dirigidos a los actores sectoriales e intersectoriales en el 2013.</p>	<p>Lineamientos operativos publicados en el 2013.</p>	<p>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 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>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
<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.</p>	<p>Herramientas para el mejoramiento de capacidades de las ET en la gestión del plan decenal difundidas y en funcionamiento.</p>	<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>
<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.</p>	<p>100%</p>	<p>No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.</p>
<p>Líneas de investigación en LM definidas e incorporadas en el Sistema de Ciencia y Tecnología para el 2012</p>	<p>Líneas de investigación definidas y con producción de estudios durante el decenio.</p>	<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 de investigaciones.</p>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
<p>Líneas de investigación en LM definidas e incorporadas en el Sistema de Ciencia y Tecnología para el 2012</p>	<p>Líneas de investigación definidas y con producción de estudios durante el decenio.</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>i)</i> “Contacto piel a piel al nacimiento temprano vs inmediato en la duración de lactancia humana 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); <i>ii)</i> “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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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”.</p> <p>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.</p>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
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.

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
<p>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</p>	<p>100% de instituciones.</p>	<p>No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.</p>
<p>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.</p>	<p>Informes bianuales de ejecución del plan de gestión intersectorial.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Lograr por lo menos dos proyectos estratégicos intersectoriales a favor de la LM ejecutados en departamentos y el distrito capital, uno en cada quinquenio.</p>	<p>66 proyectos intersectoriales ejecutados.</p>	<p>No se encontró información en la revisión documental para la medición de esta meta.</p>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA 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: elaboración propia a partir de revisión documental²⁸

3.1.2.2. **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).

²⁸ 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.

Tabla 10. Cumplimiento de 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
<p>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.</p>	<p>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>	<p>En 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. Este 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>
<p>Redes de apoyo social a la LM consolidado y en funcionamiento en todo el territorio nacional para el 2015.</p>	<p>Número de redes de apoyo social a la LM consolidadas, existentes en cada uno de los departamentos y distritos del país.</p>	<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: Teta-ton (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 con UNICEF regionales Vichada y Magdalena.</p>

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
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.	<ul style="list-style-type: none"> 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. 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.
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: elaboración propia a partir de revisión documental²⁹

²⁹ 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.

Continúa

3.1.2.3. 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).

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> <ul style="list-style-type: none"> 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. b. Fortalecimiento de la estrategia de Bancos de Leche Humana- BLH c. Construcción del Curso de Consejería en alimentación del lactante y el niño pequeño en conjunto con el SENA. 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 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. Secretaría técnica de la mesa de nutrición en primera infancia de la CIPI

Continúa

METAS	VALOR DE REFERENCIA	CUMPLIMIENTO DE LA META
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: elaboración propia a partir de revisión documental³⁰

3.2. Análisis de determinantes sociales de la LM

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.

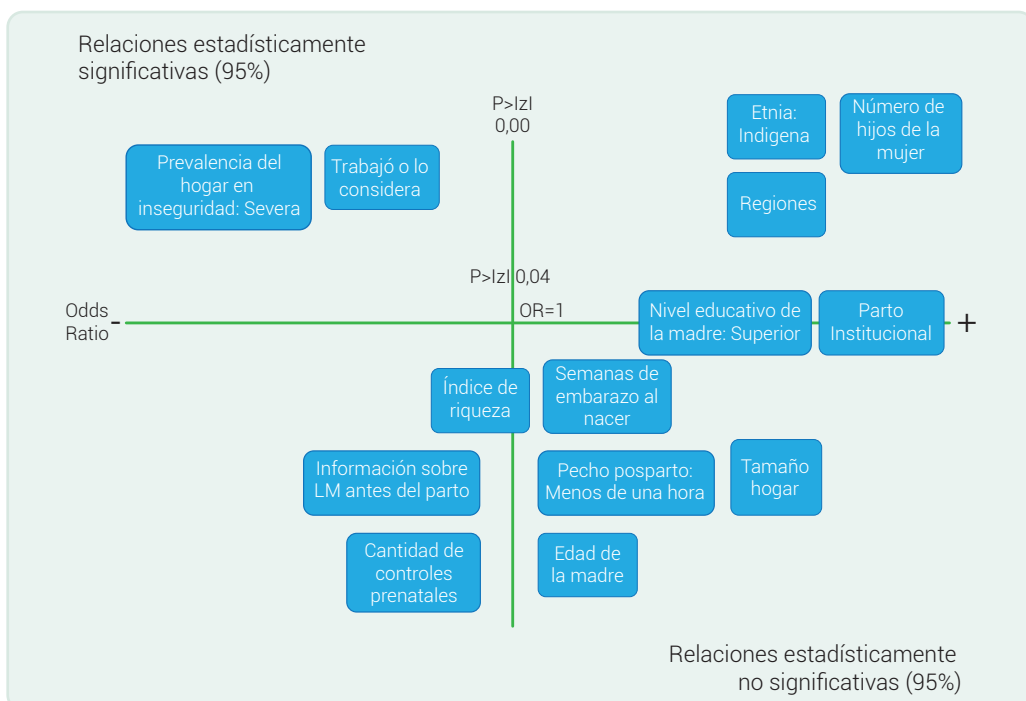
³⁰ Respuesta de la adopción de las recomendaciones de la evaluación de diseño y de proceso del PDLM (MSPS, ICBF, INVIMA), Res. 3280 de 2018, Res. 256 de 2016, Res. 3100 de 2019. Documentos de revisión de literatura y revisión de los Planes territoriales de salud. Normograma. Revisión de registros de SISPRO.

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 el 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. Estos hallazgos enfatizan 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 (Tabla 12) y de manera resumida (Gráfica 18), para describir las 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

El pseudo R^2 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 (Mittlböck & Schemper, 1996). Como resultados de las estimaciones se obtuvo que este coeficiente tomó el valor de 0,12 al incluir información sobre variables estructurales. Esto evidencia que la información sobre otros determinantes estructurales (que no captura la ENSIN) puede 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	0.399-1.840	0.814	0.383-1.727
	(0.324)		(0.334)		(0.313)	
Pecho posparto: menos de una hora	1.214	0.525-2.810	1.144	0.489-2.677	1.038	0.449-2.399
	(0.520)		(0.496)		(0.444)	
Pecho posparto: menos de 24 horas	1.071	0.469-2.446	1.008	0.437-2.329	0.939	0.415-2.121
	(0.451)		(0.431)		(0.391)	
Recibió información sobre lactancia materna durante el embarazo	0.938	0.594-1.482	0.900	0.574-1.411	0.873	0.546-1.395
	(0.219)		(0.206)		(0.209)	

Continúa

VARIABLES	(1)		(2)		(3)	
	INDIVI- DUALES		HOGAR		ESTRUCTU- RALES	
	ODDS RATIO / ERROR ESTÁNDAR	[95% IN- TERVALO DE CON- FIANZA]	ODDS RATIO / ERROR ESTÁNDAR	[95% IN- TERVALO DE CON- FIANZA]	ODDS RATIO / ERROR ESTÁNDAR	[95% IN- TERVALO DE CON- FIANZA]
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

Continúa

VARIABLES	(1)		(2)		(3)	
	INDIVI- DUALES		HOGAR		ESTRUCTU- RALES	
	ODDS RATIO / ERROR ESTÁNDAR	[95% IN- TERVALO DE CON- FIANZA]	ODDS RATIO / ERROR ESTÁNDAR	[95% IN- TERVALO DE CON- FIANZA]	ODDS RATIO / ERROR ESTÁNDAR	[95% IN- TERVALO DE CON- FIANZA]
Entre secun- daria 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 más			-		-	
				-		-
Índice de riqueza armonizado			1.015		0.990	
			(0.0331)	0.952- 1.082	(0.0353)	0.923- 1.062

Continúa

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]
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: leve total			1.085 (0.240)	0.703-1.674	1.092 (0.254)	0.692-1.722
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: moderada			1.409 (0.419)	0.787-2.526	1.441 (0.442)	0.790-2.630
Prevalencia de hogares en inseguridad alimentaria: severa			0.433** (0.171)	0.199-0.940	0.438** (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

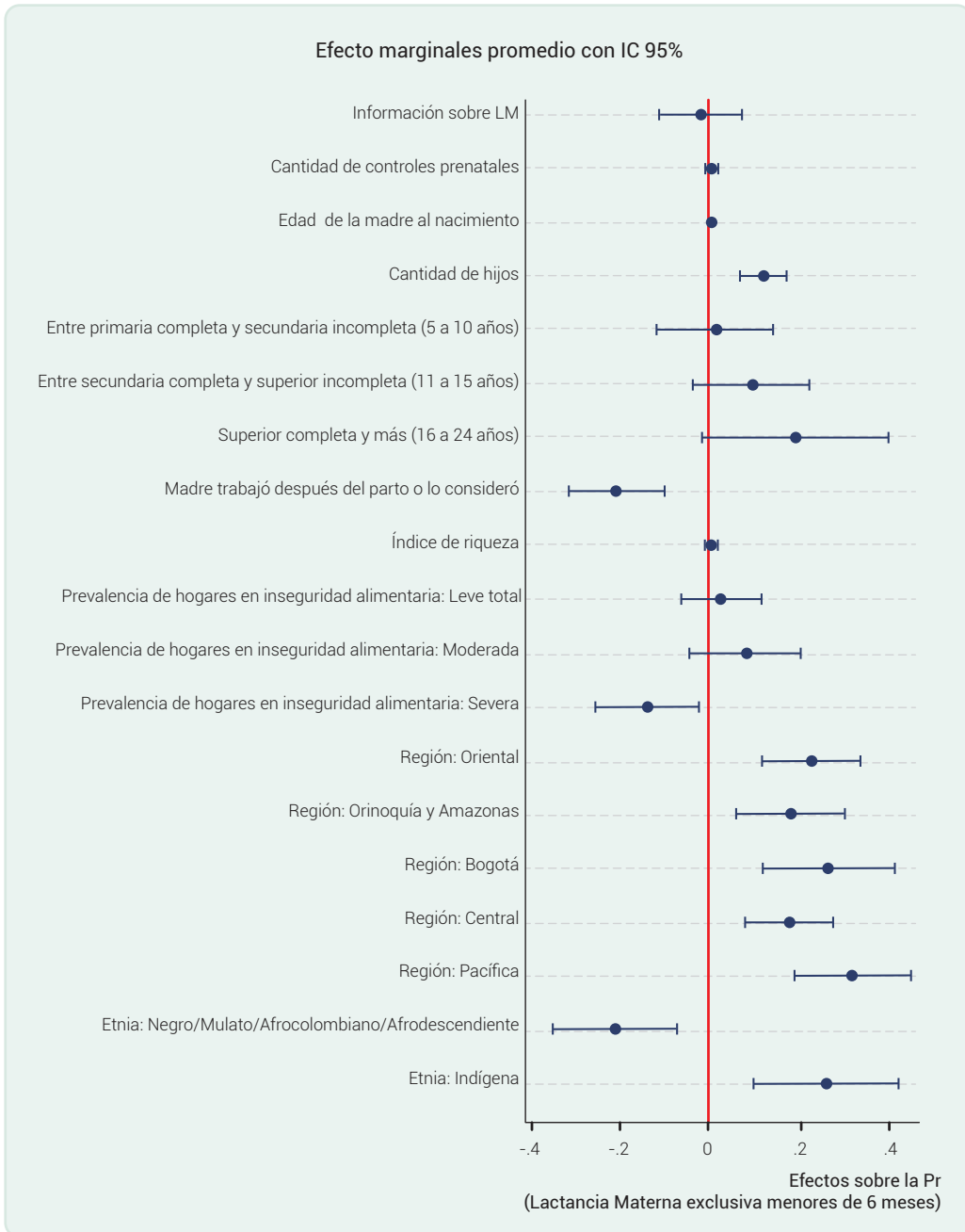
Continúa

VARIABLES	(1)		(2)		(3)	
	INDIVI- DUALES		HOGAR		ESTRUCTU- RALES	
	ODDS RATIO / ERROR ESTÁNDAR	[95% IN- TERVALO DE CON- FIANZA]	ODDS RATIO / ERROR ESTÁNDAR	[95% IN- TERVALO DE CON- FIANZA]	ODDS RATIO / ERROR ESTÁNDAR	[95% IN- TERVALO DE CON- FIANZA]
Pacífica					5.052***	
					-1.815	2.498- 10.217
Negro/Mulato/ Afrocolombia- no/Afrodescen- diente					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

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 autorreconocen 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

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

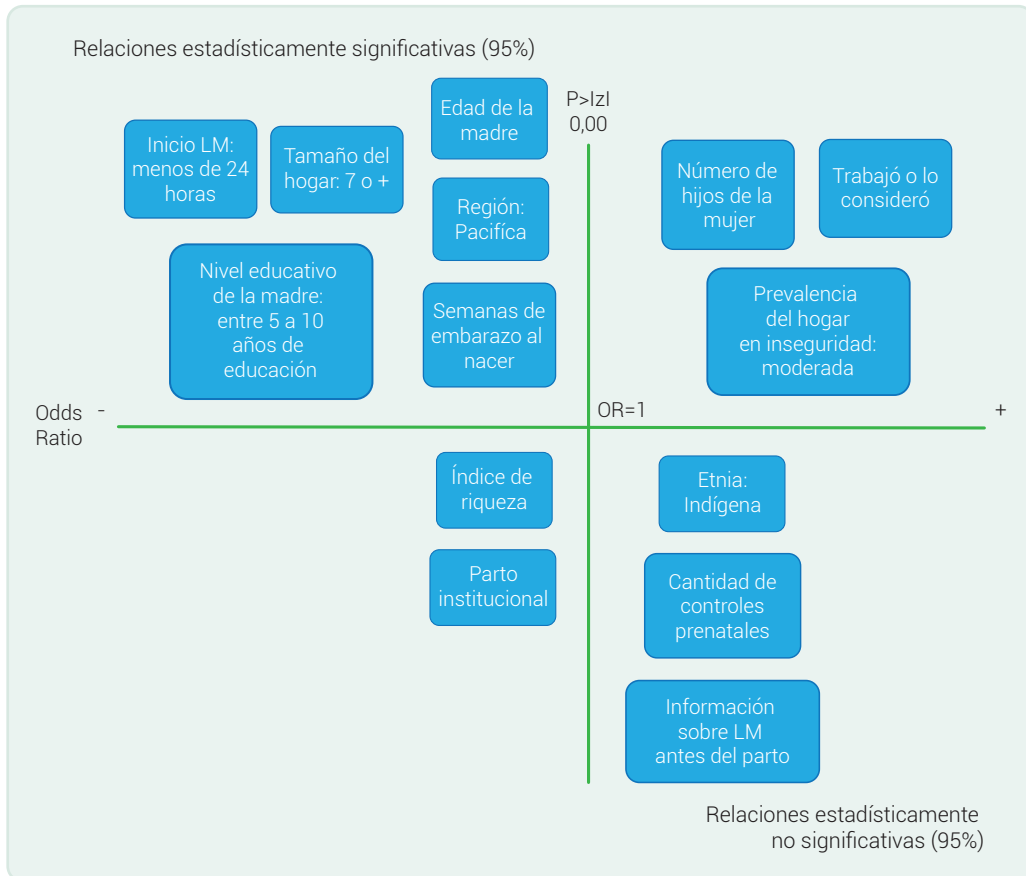
En este caso³¹, se evidencia que a nivel estructural vivir en la Región Pacífica tiene una relación negativa y estadísticamente significativa con la duración de la LM.

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 si la mujer pertenece a hogares con un tamaño de 7 o más personas se reduce esta relación.

Finalmente, en el nivel de atención en salud e individual, un nivel educativo bajo (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. El no contar con un parto institucional ni un mayor número de controles prenatales tienen una relación estadísticamente significativa sobre la duración de la LM (ver Gráfica 20).

31 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.

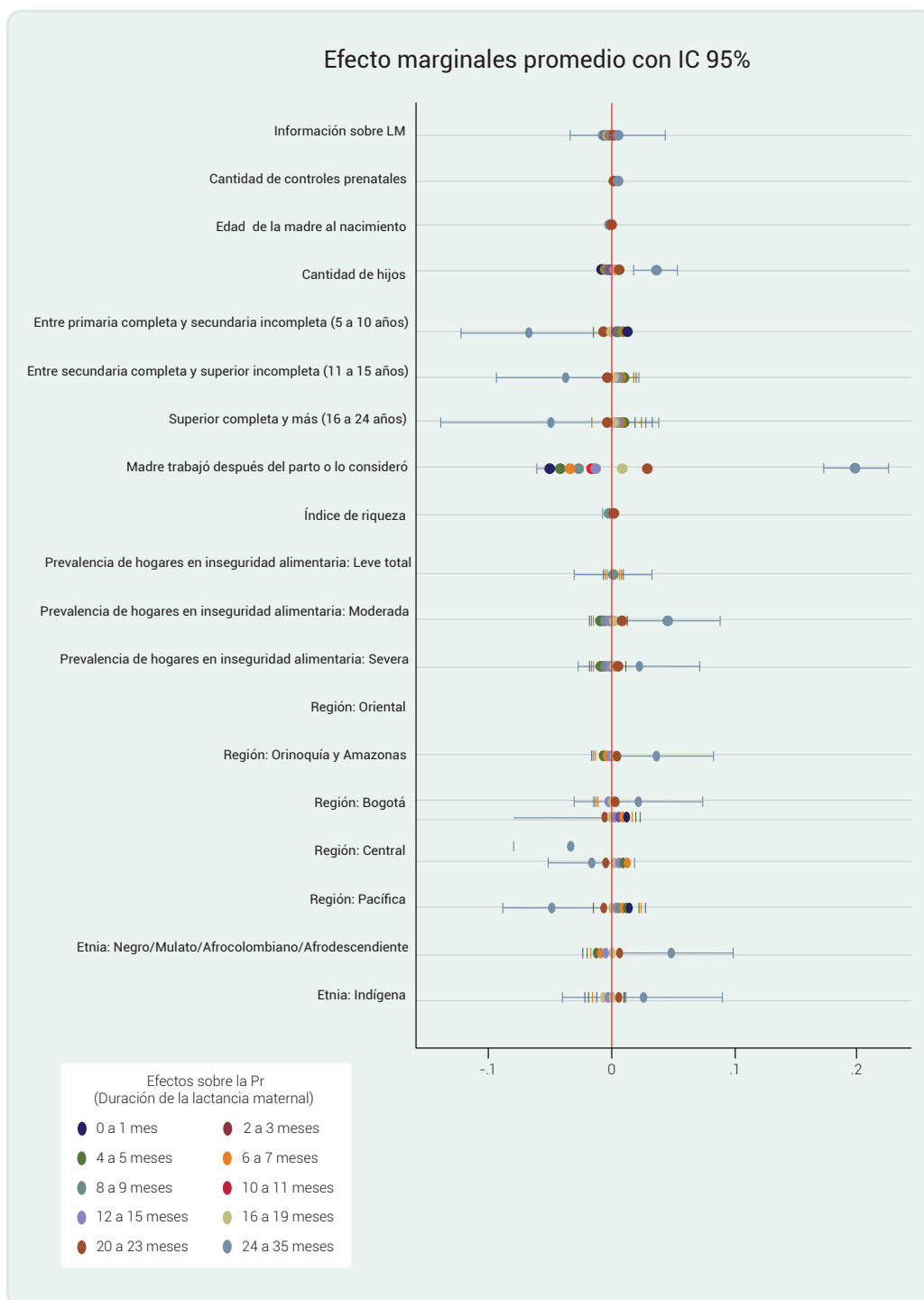
Gráfica 20. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la duración total de la LM



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

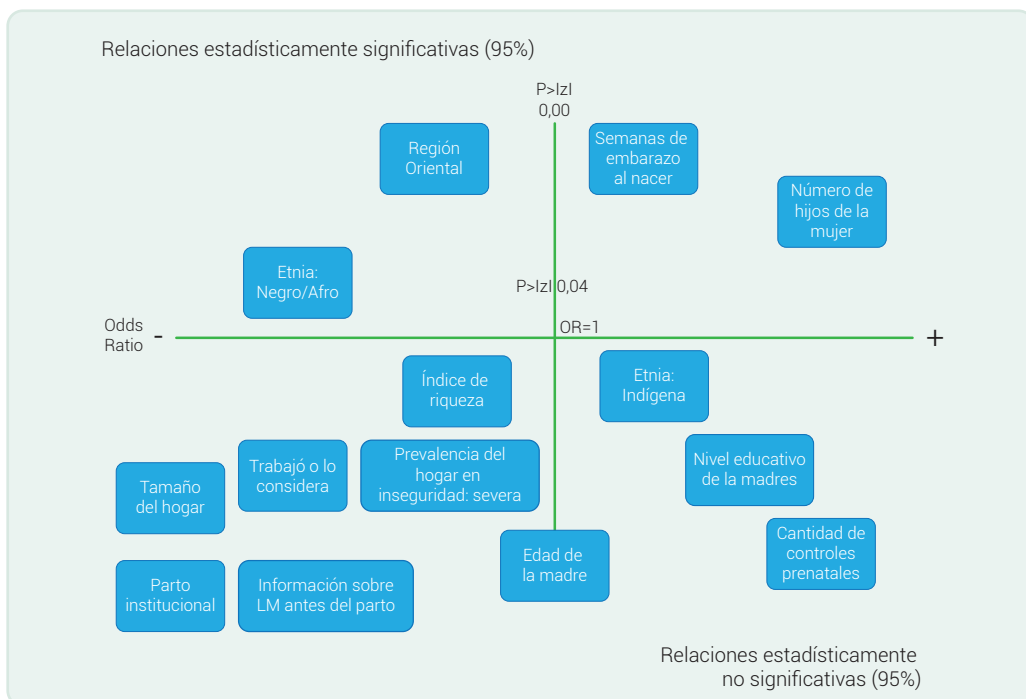
B) Inicio temprano de la lactancia

Los resultados del análisis de los factores que se relacionan con el inicio temprano de la LM indican que el pertenecer a la región Oriental y el reconocerse como mujer negra, afrodescendiente o mulata 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 del 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.

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).

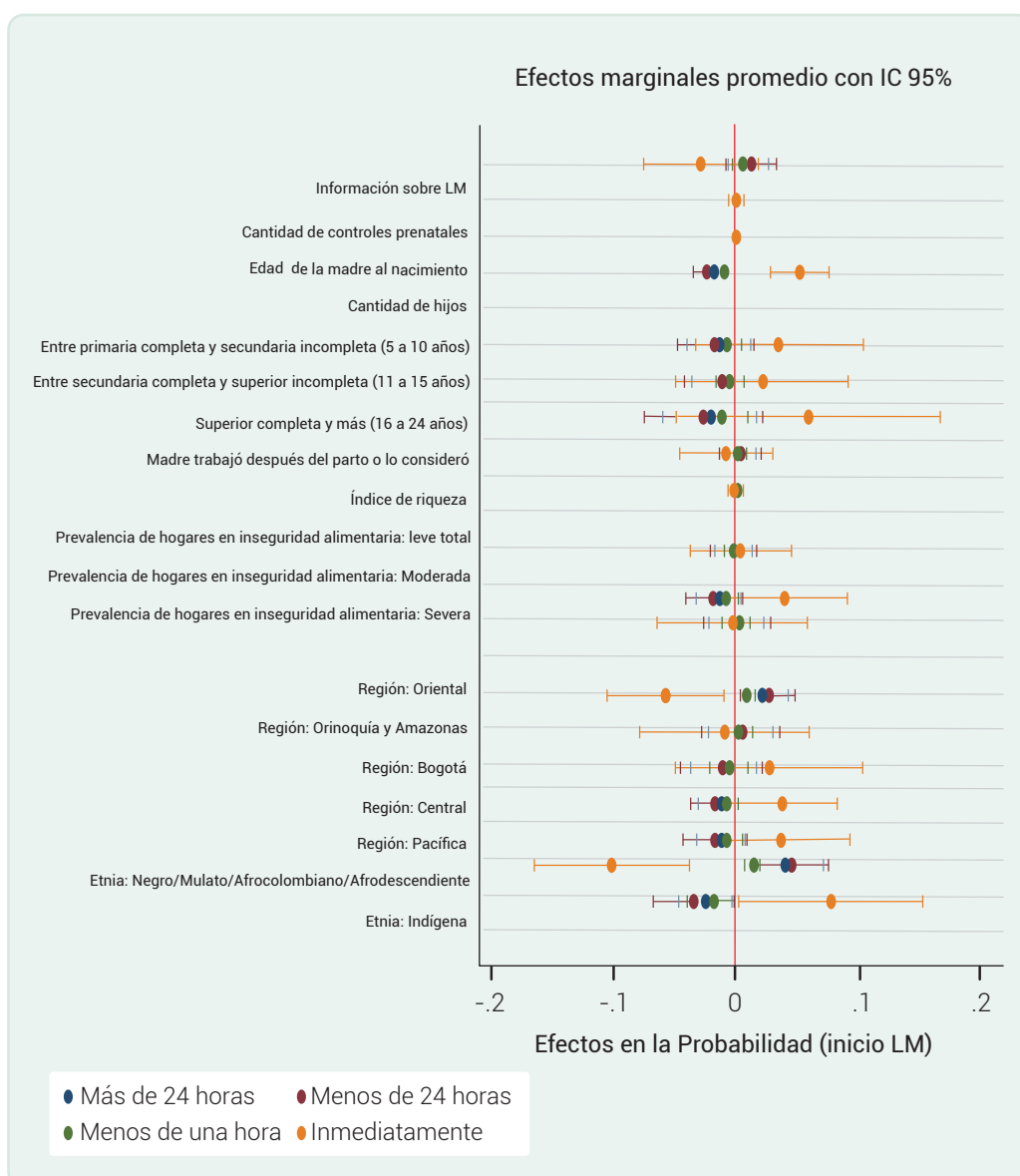
Gráfica 22. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con el inicio temprano de la LM



Fuente: elaboración propia a partir de ENSIN 2015

El análisis de los efectos marginales reitera que las mujeres que se autorreconocen 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.

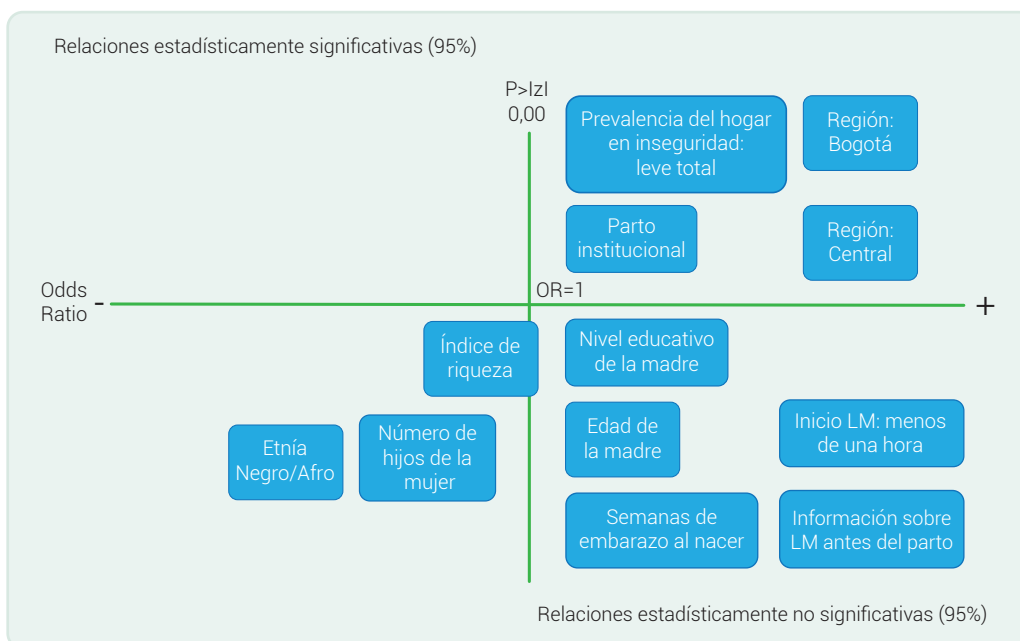
C) Frecuencia alimentaria mínima aceptable en amamantados de 6 a 9 meses

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.

Respecto a los factores del hogar, se evidenció que, como se podría esperar, aquellas mujeres pertenecientes a un hogar 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. Las variables del nivel personal de las mujeres, como edad y nivel educativo, no tienen relaciones estadísticamente significativas con dicha frecuencia (ver Gráfica 24).

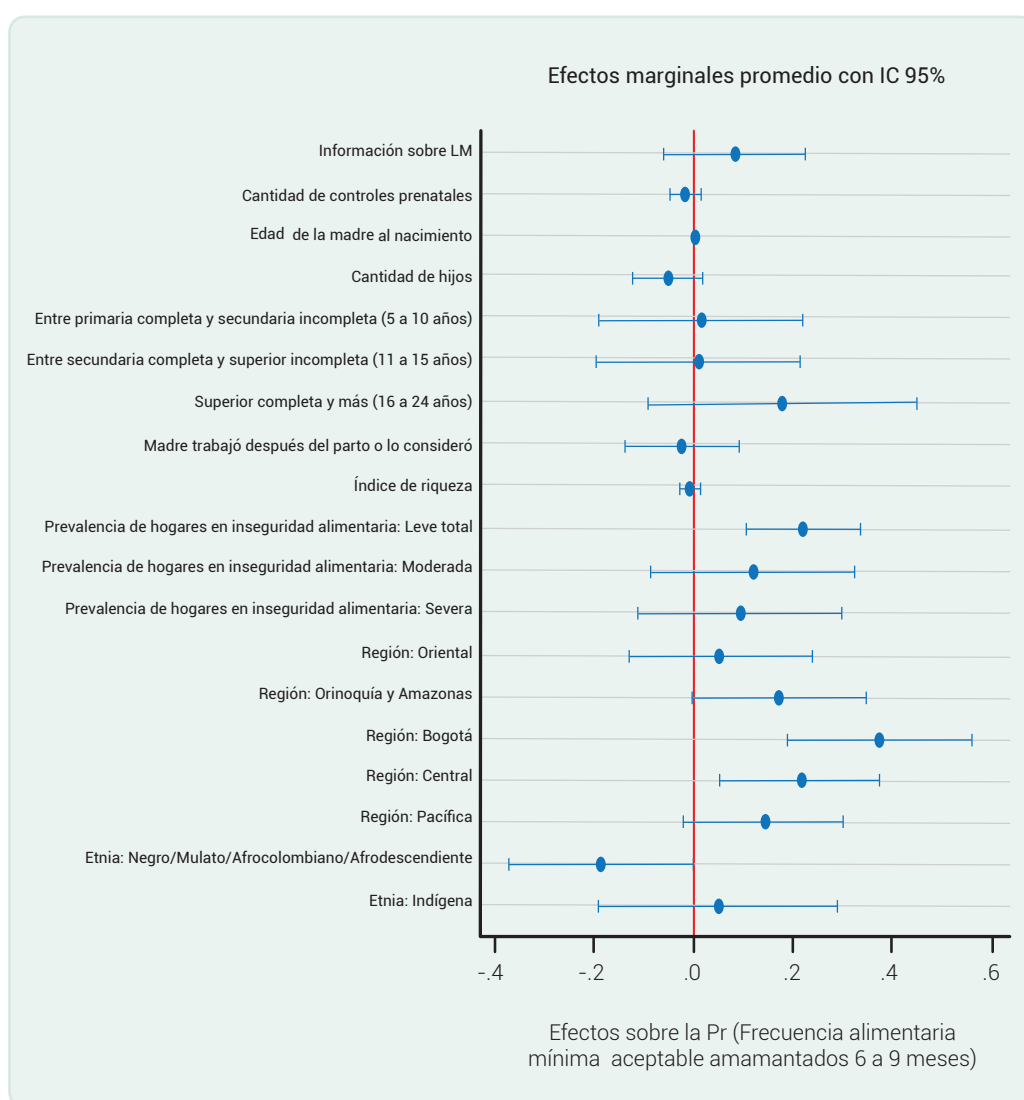
Gráfica 24. Direccionalidad y significancia de variables asociadas con la frecuencia alimentaria mínima aceptable



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, y se evidenció 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.

3.3. Percepciones asociadas al cumplimiento del PDLM 2010-2020

Como se ha mostrado, 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 estas presentaban formulaciones ambiguas. En respuesta a esto, se consideró el cumplimiento de los objetivos formulados desde la perspectiva de los principales actores involucrados en el desarrollo e implementación del plan y la 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 dos 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. El logro de estos objetivos, a su vez, 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, el análisis se abordó a partir de los discursos de los actores referidos, la institucionalidad, las transformaciones sociales y la gestión política para la LM en el país.

3.3.1. 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 en ellas recaen las mayores responsabilidades de las programaciones plurianuales. 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.

Mediante este análisis se buscó responder si el discurso de los actores institucionales —que tuvieron mayor influencia sobre el desarrollo del PDLM

2010-2020— refleja el cumplimiento de los objetivos y metas formulados en el plan, al igual que los logros y dificultades en su consecución. Estos actores incluyen representantes de 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.

Ilustración 9. Nube de palabras con categorías de análisis representativas desde la perspectiva institucional



Fuente: elaboración propia (2020)

3.3.1.1. Capacidades y competencias institucionales

Marco normativo

El ICBF y 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. El ICBF ha estandarizado sus normas técnicas y el MSPS ha fortalecido sus instrumentos de política.

Entre los logros mencionados por el MSPS se reportó 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. En 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, se ha incluido el tema de LM junto con el de la alimentación complementaria, en relación con la nutrición infantil. A partir de dicha resolución, se logró el posicionamiento en la atención a las personas, partiendo del derecho fundamental a la salud, el enfoque sobre el curso de vida y la necesidad de una implementación diferencial y territorial. Entre las dificultades, se resaltó que el PDLM 2010-2020 se enfocó principalmente en la lactancia sin profundizar en la alimentación complementaria.

En cuanto a 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, en la Resolución 2423 de 2018 que las reglamenta. Por esto, se trabajaba en su actualización, con la expectativa de tener dicha resolución actualizada a diciembre de 2020.

Para las EAPB, el tema de marco normativo se trató con 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 a la cual acogerse y a partir de la cual 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 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 lo ha hecho basado en la experiencia propia y en evidencia científica de las investigaciones. Por esto, 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, 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. Igualmente, se resalta 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. 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. El trabajo de estos co-

mités 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. Algunos de estos comités SAN han logrado 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 con 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 IAMI, en especial el cumplimiento del paso 10 que hace referencia a la disposición de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario. Este cumplimiento requiere todo un “engranaje” institucional en el municipio en que se implementa. Asimismo, 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, con apoyo de las secretarías 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 estos.

La falta de presupuesto limita las acciones que pueden implementar las instituciones, pues no existen recursos suficientes 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, 72 instituciones más en comparación con el censo 2018

(525 IPS). De igual manera, aumentó el número de IPS certificadas en la estrategia, pasando de 111 en el censo 2018 a 179 en el censo actual, 68 IPS certificadas más en Colombia.

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 estrategia 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.

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. Este es un factor clave para lograr la seguridad alimentaria y nutricional de esta población.

El país cuenta con diferentes estrategias que buscan promover, proteger y apoyar la LM desde diferentes ámbitos; sin embargo, no hay obligatoriedad para su implementación ni beneficios para quien las tenga funcionando, especialmente lo relacionado con la estrategia IAMI. En consecuencia, no todos los sectores y entidades se comprometen y 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 2019³² se evidenció que, para los servicios de hospitalización, de cuidado básico, intermedio, intensivo neonatal y pediátrico y 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 con 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 SOGCS³³, 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.

32 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.

33 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.

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 2018³⁴, específicamente en su directriz 8: atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la LM.

Desde 2010, UNICEF ha trabajado con el MSPS en torno a la estrategia IAMI, hasta que esta se institucionalizó al ser incluida en los programas de salud pública y en los planes de gobierno. Además, refirió que una de las dificultades de este proceso consistió en que varias instituciones quisieron participar solo por tener una placa con UNICEF, no por el sentido 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.

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, las secretarías de salud ofrecen asistencias técnicas a las IPS, aunque 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, y 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

34 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.

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.

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 donde se aclara 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 hizo un 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 en 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, en el 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. El MSPS ha usado estos procesos de formación 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.

Asimismo, 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. 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 ha sido un aliado estratégico del MSPS al dar inicio a procesos de formación en consejería en LM a nivel territorial, incluso en territorios de difícil acceso, donde el SENA tiene la capacidad técnica para transmitir información y conocimiento. La implementación se tiene planeada para el primer trimestre de 2021 en 25 entidades territoriales.

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.

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. Estos organismos también 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 a la prevención de la interrupción de la lactancia.

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 en dar asistencia técnica; en especial, en 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 durante 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 esta 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 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. Además, 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.

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. 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 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 y 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.

Otros espacios de coordinación intersectorial donde de alguna forma se tratan los temas de alimentación y nutrición incluida la LM 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. En este último, 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 la cual 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, como mecanismo de seguimiento del PDLM 2010-2020, ha realizado durante 2018 y 2020 censos 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, hace monitoreo del proceso de implementación de los bancos de leche humana y 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 tener evidencia sobre la atención en la prestación de servicios. Esto 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 el sistema de información “Cuéntame”³⁵ 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), 1.000 días para cambiar el mundo y los Centros de Recuperación nutricional.

Las secretarías de salud han tratado de hacer la medición de algunos indicadores, como la duración media de la LME y comparan estos indicadores 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 cómo es la atención primaria en salud, en hogares priorizados.

Se encontraron secretarías de salud que hacen visitas de inspección, vigilancia y control a las aseguradoras, y verifican 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.

35 **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.

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 estas no tienen claro cómo medir las actividades en LM ni cómo determinar sus 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. El seguimiento de las actividades de promoción (enseñanza) en LM es difícil porque no es posible determinar el impacto de la actividad. 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 indicadores³⁶ para hacer seguimiento a sus programas relacionados con la LM y la alimentación complementaria, no se cuenta aún con indicadores que permitan conocer y efectuar seguimiento a las prácticas en LM de las madres.

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. No obstante, en las entrevistas no se evidenció 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.

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

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 a este 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 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 realizando la actualización del Decreto 1397 relacionado con el CICSLM. Para los organismos internacionales la observancia del Código es un tema prioritario y 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. Asimismo, 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 le 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 esta 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, prohíben publicidad dentro de las instalaciones de la IPS. Los afiches, almanques, relojes, bolígrafos, etc., no deben tener marca diferente a la propia o no tener marca; también 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).

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.

En relación con 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, que realiza actividades de IVC sobre los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la LM en el marco del Decreto 1397 de 1992. 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 con el

Decreto 1397 de 1992. Asimismo, 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. 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.

3.3.1.2. Mecanismos a favor de la LM

Fortalecer entornos sociales favorables a la LM

Salas Amigas de la Familia Lactante (SAFL)

Un logro durante la vigencia del PDLM 2010-2020 es la implementación de la estrategia “Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral” (Ley 1823 de 2017) y su posterior reglamentación mediante los parámetros técnicos para la operación de dicha estrategia (Resolución 2423 de 2018).

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

El ICBF apoya la implementación de las SAFL para sus empleados en las sedes que se requiera. Por ejemplo, la sede de la Dirección General trabaja para que los Centros Zonales pongan en funcionamiento estas SAFL. 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 llevado a cabo 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.

El ICBF también 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.

Una de las EAPB entrevistadas manifiesta disponer de SAFL en el 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 sea obligatorio hacerlo (por la ley 1823 de 2017).

Bancos de leche humana (BLH)

Los BLH son una estrategia para la supervivencia neonatal e infantil porque garantizan la seguridad alimentaria y nutricional del prematuro. 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 contribuyen 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 comenzó en 2013. En 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. Desde 2018, 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.

En algunas entidades territoriales, en los últimos tres años ha aumentado el número de niños beneficiarios y el volumen de leche recolectada. Las madres con excedente de leche, que en lugar de desecharla la entreguen a los bancos de leche, contribuyen a generar una red de madres para el fortalecimiento de

la práctica de la lactancia. En el corto plazo, se espera 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 las acciones de movilización social en torno a la LM. Se realizaron diferentes eventos donde se congrega la ciudadanía alrededor de la LM y la alimentación infantil saludable. En la “Tetatón” realizada en El Parque de los Novios en Bogotá se encontraron más de 1.500 mujeres lactantes con sus bebés en agosto de 2018; posteriormente, en 2019, el evento se denominó Lactatón y movilizó a más de 2000 mujeres lactantes. Este evento se realizó simultáneamente en otros territorios y logró la participación de 21 departamentos, 86 municipios, 105 instituciones aliadas públicas y privadas y 20.848 madres lactantes en Colombia. Durante 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 Ruiz, con la participación de 11 mil personas por Teams y 5000 en redes sociales.

Desde el MEN se aludió el desarrollo actual de la estrategia “Mejores momentos para cuidarte” en la que se trabajó con las Alcaldías municipales y las Casas de la cultura y se establecieron orientaciones para promover el desarrollo de los niños y niñas en la primera infancia y los primeros mil días de vida, que incluyen la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria. El MEN también refirió el desarrollo de estrategias propias de manera simultánea con el desarrollo del PDLM 2010-2020, por lo cual no es posible atribuir una relación causal directa entre ambos desarrollos.

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

Según los actores entrevistados, se encuentran varios tipos de barreras sociales alrededor de la práctica de la LM, algunas de ellas son de tipo geográfico, eco-

nómico y cultural. En las zonas remotas de Colombia es necesario desplazar los equipos de profesionales porque allí no existe un fácil acceso a internet, lo cual dificulta llevar a cabo capacitaciones virtuales. 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 permiten contar con una licencia de maternidad. Esto 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 tabú con diversas situaciones evidenciadas durante las entrevistas. 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.

Los Comités de SAN han implementado estrategias de IEC para las comunidades indígenas frente a la LM y la alimentación complementaria, porque han identificado que en algunas comunidades tienen creencias que dificultan estos procesos. Por ejemplo, asocian el calostro con elementos negativos o creen 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.

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

Ante esta falta de adecuación contextual, 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. Asimismo, identificaron 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. Esto constituye un cambio importante en las barreras sociales. Se presenta un 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 trataron el tema de la licencia de maternidad como una dificultad para las madres que trabajan fuera del hogar. Si bien esta licencia es de 18 semanas (Ley 1822 de 2017), no está armonizada con la recomendación de LME durante los primeros 6 meses de vida.

El ICBF señala 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.

El 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.

3.3.1.3. 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 a las madres gestantes y el recién nacido. Como ya se anotó, esto se evidencia en 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 (Resolución 3280 de 2018).

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 las 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. En este PDSP 2012-2021, se formula 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 dio 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. Estos temas 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; y en la estrategia De Cero a Siempre. 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 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 lograron incluir las metas de los planes territoriales de salud en los planes de desarrollo territoriales; otros comités incorporaron 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 han realizado un esfuerzo por integrar en los planes de desarrollo las 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 y priorizó las 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 adelantan 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 marco de la pandemia recibieron, 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. Esta mesa posteriormente se modificó, en el marco de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI), en 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. Esto 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, 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; y el registro del evento de mortalidad por desnutrición aguda en el SIVIGILA, pues se hizo que la vigilancia fuese más rigurosa.

Las IPS dan cuenta de dos dificultades fundamentales para garantizar la sostenibilidad. En primer lugar, cuando el entorno 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, 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. Se avanzó en 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, falta 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.

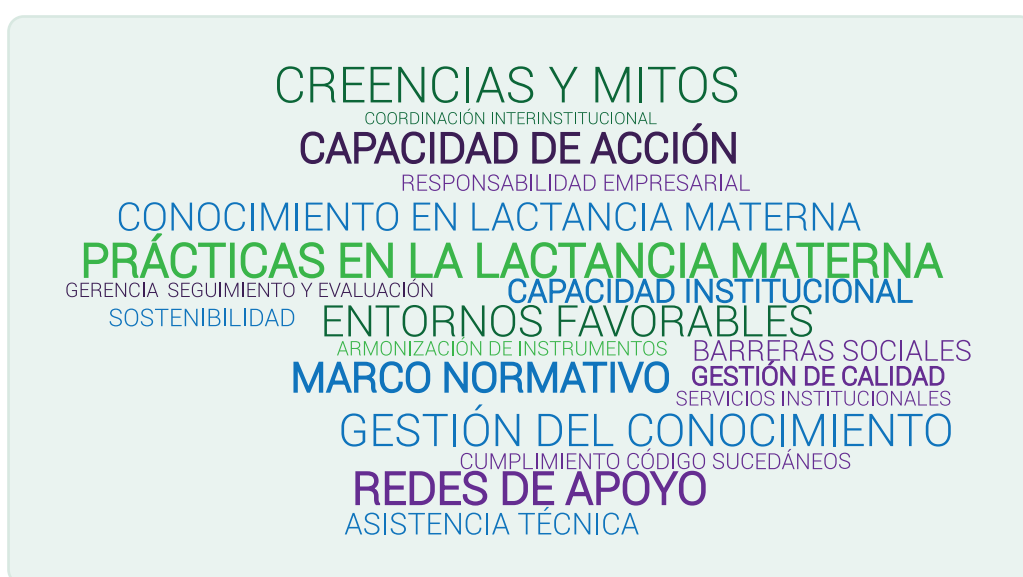
Finalmente, respecto a la sostenibilidad de las acciones, no se identificó una estrategia clara en los territorios orientada al mantenimiento de las acciones a favor de la LM. Los diferentes actores tratan de adaptarse y responder a las características del entorno para mantener en pie los procesos adelantados. 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.

3.3.2. Perspectivas sociales asociadas a la ejecución del PDLM 2010-2020

Las perspectivas de los actores locales son fundamentales para reconocer la capacidad de incorporación de las estrategias programáticas en la sociedad. Por esto fue 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 buscó responder si el discurso de los actores locales, comunitarios y sociales refleja el cumplimiento de objetivos y metas establecidos en el PDLM 2010-2020.

Ilustración 10. Nube de palabras con categorías de análisis representativas desde la perspectiva social



Fuente: elaboración propia (2020)

3.3.2.1. 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, con el fin 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. También identifican que el Plan está formulado desde la gestión administrativa, lo que dificulta que 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 y junto con 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 hacen 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 evaluaciones junto al MSPS para la elaboración de lineamientos, normas con relación a la LM y análisis de la situación de las SAFL en el entorno laboral. 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 desarrollo 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 la Universidad Industrial de Santander que ha 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.

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.

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. Frente a esto 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 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 CICSML tiene por objeto proteger y fomentar la LM, mediante la reglamentación de la distribución y comercialización adecuadas de los sucedáneos de la leche materna³⁷. Para las OSC, el PDLM buscaba fortalecer

37 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 cumplimiento al Código, (mediante la actualización del decreto 1397) 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 contrasta con el hecho de que el personal de salud de todos los niveles carece de conocimientos y habilidades necesarias para apoyar la LM (Gillespie, 2016). De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud, en Bogotá en 2014, el 50% de las madres de niños menores de dos años entrevistadas dejó de amamantar por recomendación de un agente de salud. Asimismo, 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 y 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. Este 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 (provecho económico, afán de notoriedad, prestigio, reconocimiento y promoción profesional)” (Rosa, 2011, p. 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 revisar 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.

3.3.2.2. 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. Entre estos aspectos se incluye 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.

Algunas madres no tuvieron acceso a cursos por la contingencia y limitaciones con su EPS, por lo que no tuvieron indicaciones concretas sobre lactancia, aunque 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. Las mujeres entrevistadas pertenecen a un conjunto de madres informadas y el acceso a información les permite que su relación con el médico sea menos dependiente y puedan ejercer una lactancia autónoma, pero 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 contraste, 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. Este es el caso de las madres adolescentes, sin redes de apoyo y con necesidad de trabajar para conseguir recursos de subsistencia. Estos hallazgos coinciden con 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 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: 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. Entre estas, las creencias 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 la falta de 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. 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 de 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 cinco 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 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. 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, existen 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. Para algunas madres entrevistadas, la LME les trajo en 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, suministraron 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. 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. Esto 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 estas ideas, 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 sino que debe mantenerse en una esfera de la vida privada. 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. Esta situación está 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, 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 y argumentaron que se reciben recomendaciones y promoción del uso de sucedáneos. Esto afecta las prácticas de la lactancia porque se reconoce este tipo de entidades como con mayor credibilidad en esta temática por ser entidades de salud. En otros casos, porque 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 emocional, 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. Asimismo, describen las recomendaciones, consejos y regaños 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. Asimismo, 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. Sobre todo, estos profesionales de la salud 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, este rol 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. Esto podría fomentar confusión en los procesos de lactancia y prácticas inadecuadas de alimentación para los bebés. Esta falta de criterios unificados podría limitar las metas relacionadas con la incorporación de estándares de formación de profesionales de salud que deben atender a este grupo poblacional y 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. Se considera que desconocer estas circunstancias 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 permeable 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. En la Amazonía, 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. Estas prácticas están moldeadas de manera particular y relevante por 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 a partir de las cuales se podría argumentar que la consecución de estos objetivos no fue completa.

Entornos favorables y responsabilidad empresarial para la LM

De 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, así como retos y limitaciones 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, y 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. Debido a esto, 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, hay mayores posibilidades de contrarrestar consejos inadecuados o desestimaciones acerca de su proceso de LM. 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. Esto 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. Por el contrario, 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 podría dar cuenta de limitaciones en la consolidación y funcionamiento de redes de apoyo social a la LM en el país y del 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 reconoció 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 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. Aunque 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 y su relevancia en los lazos afectivos familiares y emocionales. También reconocen 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, 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.

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. Esto podría implicar 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. 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; en particular, 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 hacerlas conscientes de la correlación que existe entre el bienestar de la madre o el padre y el aumento de la productividad. Es decir, además de mostrar los beneficios que tiene la LM para el bebé o la familia, conviene 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. La responsabilidad empresarial puede contemplar 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 solo brindando beneficios a la madre lactante, sino permitiendo que el padre pueda estar más presente en el hogar, complementar el proceso de lactancia y compartir 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 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 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. 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.

3.3.2.3. 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 es lograr el convencimiento 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 local, 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 cuánta gente va a llegar, en qué canal, en fin, que haya apoyo de la ciudadanía (Entrevista Organizaciones de la Sociedad Civil, 2020).

3.3.3. Efectos de la pandemia de COVID-19 sobre la práctica de la LM y acciones relacionadas en Colombia

El 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, con consecuencias sobre la salud de la población y la puesta en alto o 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 negativo 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 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, aquí se responde la pregunta ¿cómo ha afectado la pandemia por COVID-19 la práctica de la LM en Colombia?

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.

Algunos actores percibieron un nivel importante de desinformación por parte de la sociedad general, incluyendo los profesionales de salud. 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. Esto 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 el 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. 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 a distancia para atender a sus usuarias. Este es un aspecto a considerar pues podría constituirse en uno de los principales retos para la continuidad de las estrategias de LM en el futuro cercano, ya 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 son los procesos de certificación IAMI que en algunas instituciones de salud se vieron aplazados, debido a la prioridad — en acciones y presupuesto— que se dio 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, se dificultó el séptimo paso de la IAMI 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 y en algunos casos el porcentaje de cumplimiento disminuyó.

También 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 (UCI). 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 mantuvo el 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 cuales están expuestas, situación que tradicionalmente no se considera durante las citas presenciales en los consultorios de los profesionales.

A partir de las directrices del MSPS, bajo el contexto de pandemia, se hizo necesaria la reorganización de redes de apoyo comunitario por parte de las secretarías de salud. Parte de los esfuerzos de las secretarías se enfocaron en cuñas y programas radiales, e infografías digitales y se consideró que ha sido posible fortalecer la LM a partir de la virtualidad. De esta manera se argumentó haber incrementado la asistencia, a partir de la implementación de espacios virtuales de reunión y diálogo con diferentes actores y de 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 y 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 el distanciamiento social 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. Para algunos departamentos, antes 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)

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 hasta del 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.

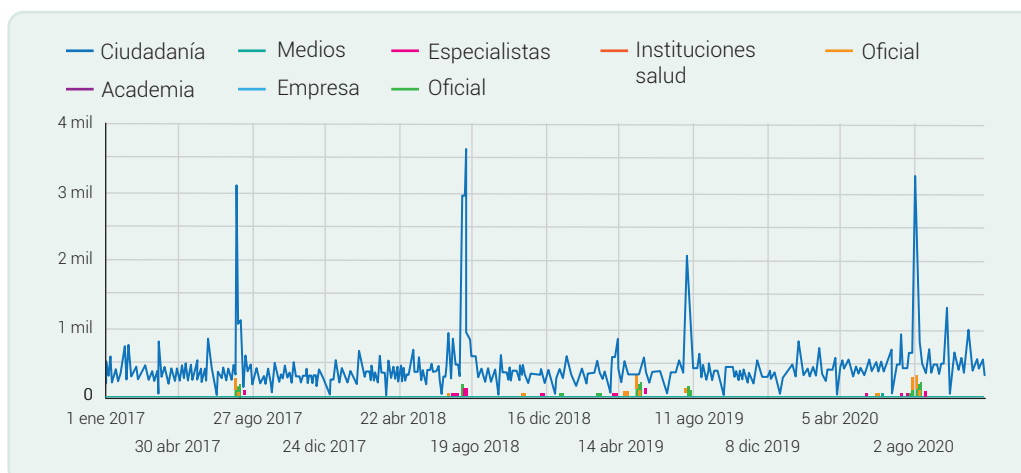
Es posible evidenciar efectos importantes de la pandemia sobre el apoyo, promoción y protección de la LM. Son valiosas las posibilidades que ha ofrecido la virtualidad para solucionar algunos problemas relacionados con la implementación de algunas estrategias y superar algunas barreras de la lactancia. Pero se requiere comprender el contexto específico que determina las posibilidades de acceso a este tipo de recursos. Finalmente, 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.

3.3.4. 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, al alcanzar hasta tres mil publicaciones durante estas fechas, mientras que el nivel se mantuvo bajo durante el resto del año. También se observó que la discusión pública en relación con el tema es liderada por la ciudadanía, mientras que la participación de los demás actores es relativamente baja, incluidos los actores institucionales (Gráfica 26).

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 en medio de la conversación general. El 92,4% de las publicaciones procede de 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 0,8% de las publicaciones (Tabla 13).

Gráfica 26. Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por tipo de actor, 2017-2020



Fuente: elaboración propia (2020)

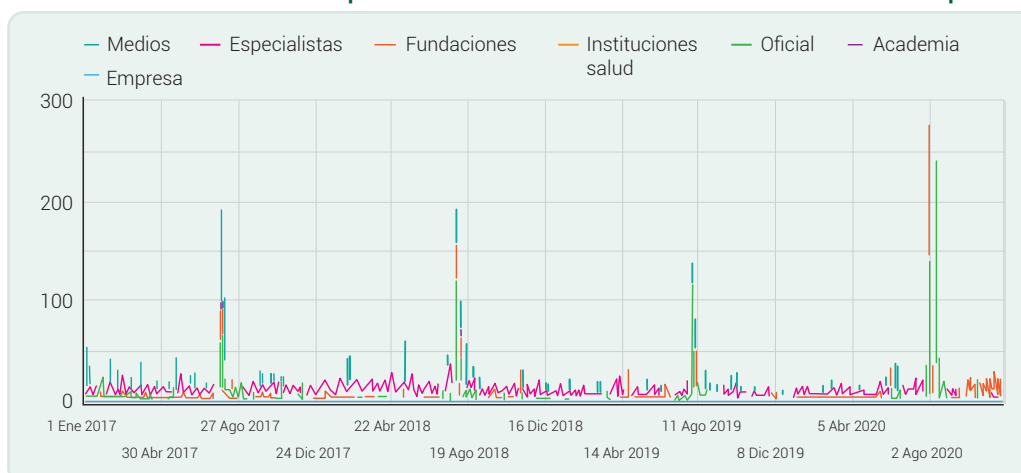
Tabla 13. Registro de publicaciones en Twitter relacionadas con la LM por grupo de actores, 2017-2020

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 27). Este aumento posiblemente fue generado por el redireccionamiento hacia un esquema digital de acciones que se ejecutaban previamente de manera presencial, a causa de la pandemia por COVID-19.

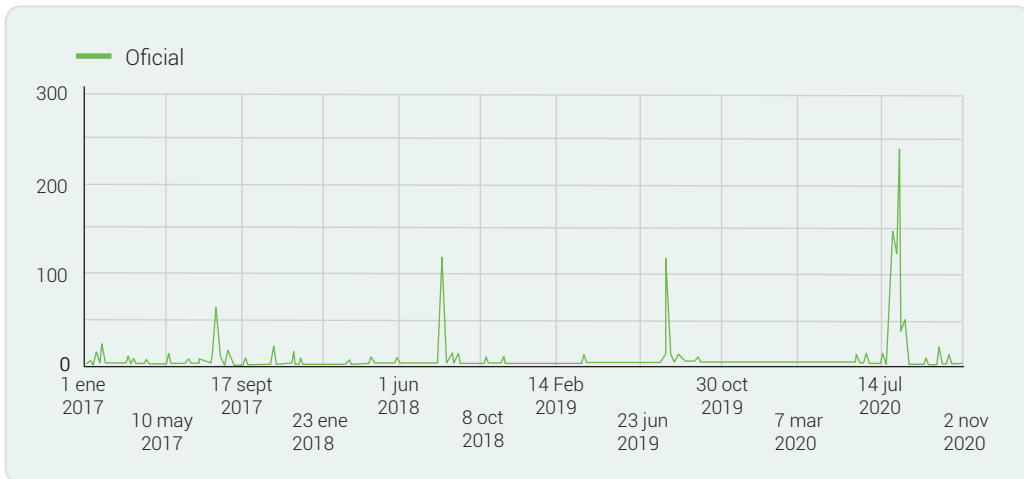
Gráfica 27. Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por



Fuente: elaboración propia (2020)

La participación de los actores oficiales es relativamente baja y aumenta solo durante la Semana de la Lactancia, con el doble de publicaciones para el año 2020 en comparación con los años previos durante dicho período (Gráfica 28). 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.

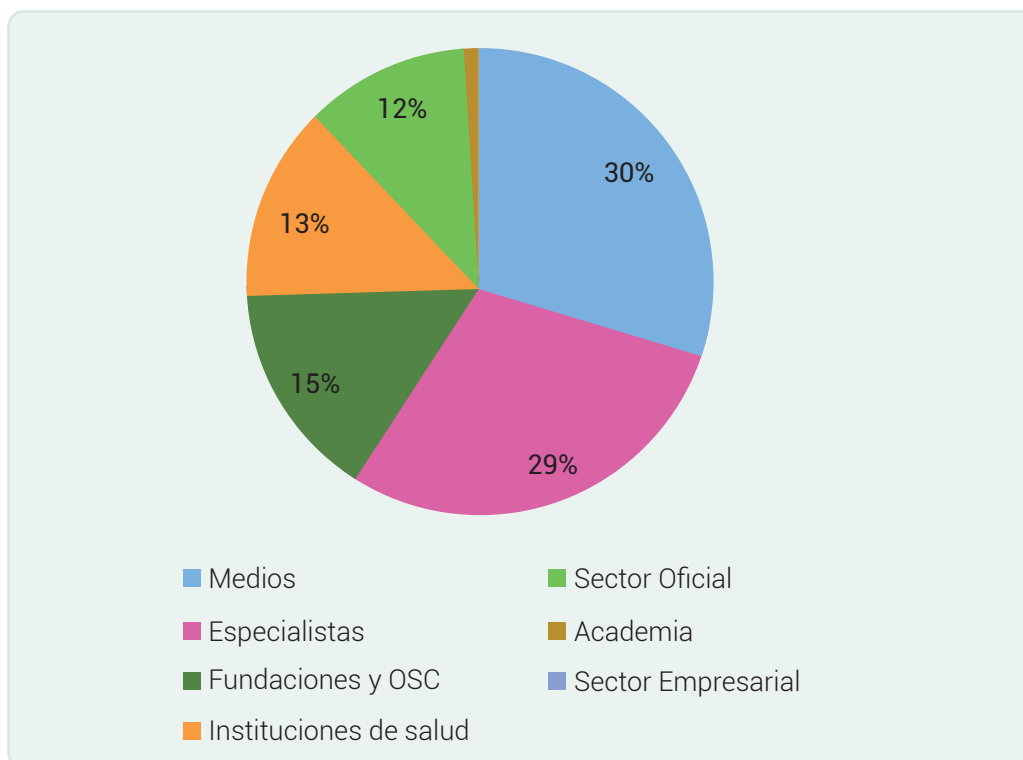
Gráfica 28. Cantidad de publicaciones relacionadas con la LM en Twitter por Actores Oficiales, 2017-2020



Fuente: elaboración propia (2020)

El porcentaje de participación de actores aparece más proporcionado en el volumen de publicaciones, una vez se excluye la participación de la ciudadanía, durante el período valorado (Gráfica 29). 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. 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 29. Porcentaje de participación de la conversación pública en Twitter en torno a la LM por grupo de actores, excluyendo a la ciudadanía



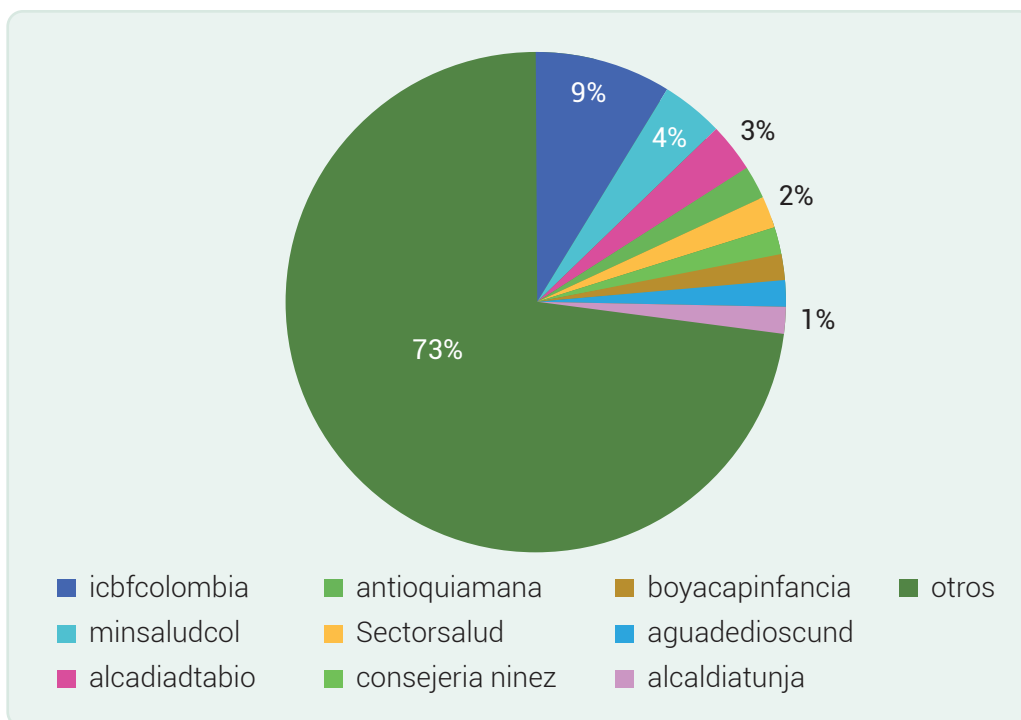
Fuente: elaboración propia (2020)

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 30). 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 804 actores oficiales que presentaban al menos una publicación relacionada con LM en Colombia entre 2017 y 2020, incluidos actores departamentales, municipales, distritales, ministerios y secretarías de salud.

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 de la participación de una alcaldía municipal similar a la participación de actores nacionales y regionales. No obstante, el número total de publicaciones por cada actor es relativamente bajo (174 para la Alcaldía de Tabio) y crea oportunidades para el fortalecimiento del posicionamiento público en redes por parte de los diferentes actores oficiales en todos los niveles de gestión.

Gráfica 30. Porcentaje de participación de la conversación pública en Twitter en torno a la LM por actores oficiales, 2017-2020



Fuente: elaboración propia (2020)

Al observar a los actores institucionales y de la sociedad civil con mayor participación, se corroboran los resultados 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 31).

También, se evidencia un aumento importante en la participación de otras OSC durante el año 2020, que supera el volumen de publicaciones de todos los demás actores en dicho año. El porcentaje de publicaciones puede variar de acuerdo con diversos criterios y un actor podría concentrar un volumen elevado de publicaciones en un momento determinado y aumentar 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 mostrar las limitaciones en la sostenibilidad de las estrategias de posicionamiento público de la LM en redes sociales y la necesidad de cambios para aumentar el reconocimiento de los temas asociados a la LM en redes sociales.

Al valorar algunas metas específicas del PDLM 2010-2020 a partir del ejercicio de escucha digital, se observó una mayor predominancia de los actores oficiales a publicar logros y avances en sus metas programáticas. 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.

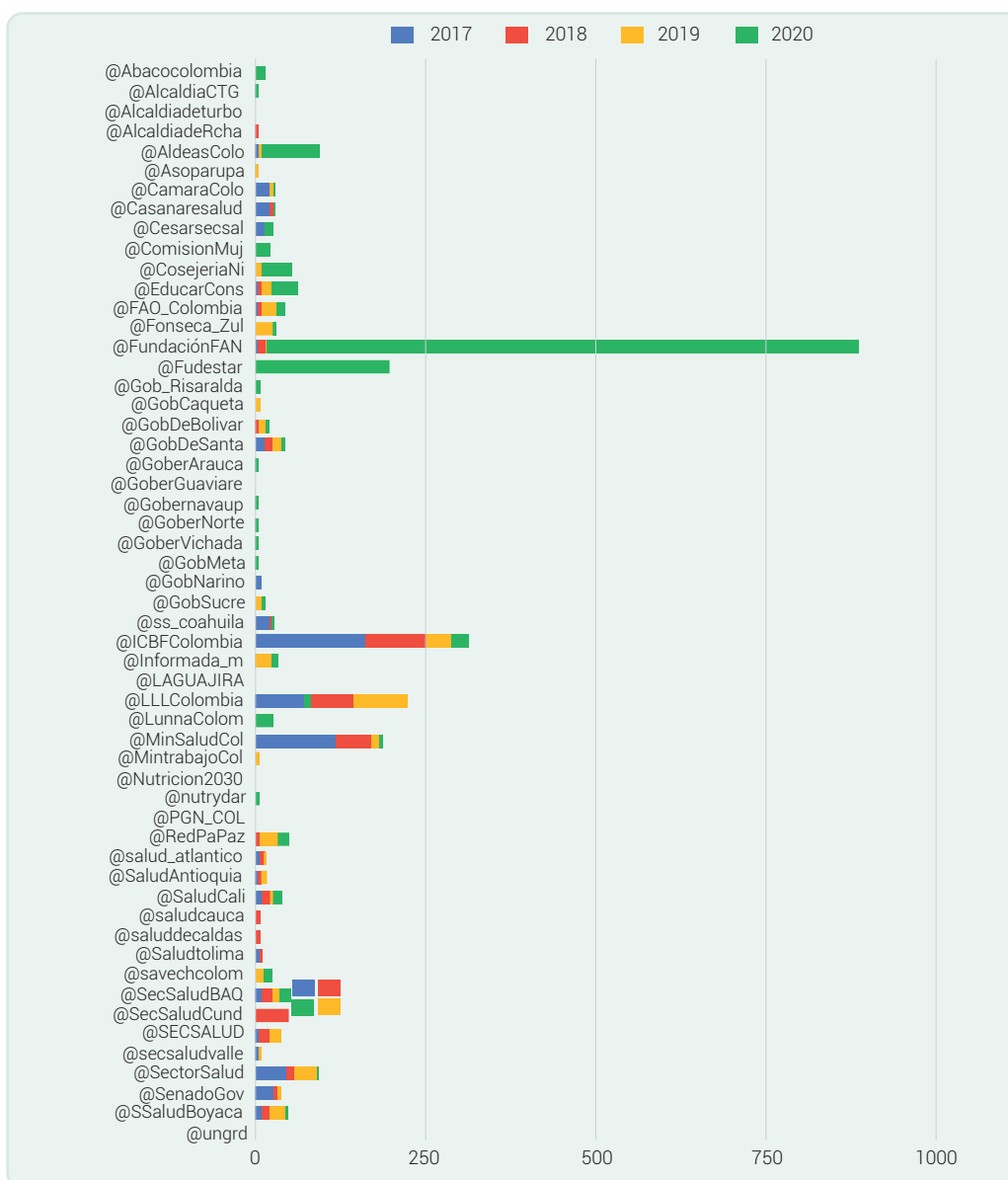
En términos generales, las estrategias de comunicación digital se limitan a enunciar. No se evidenció en las comunicaciones una interacción con la ciudadanía, tanto como forma de respuesta como de invitación a las actividades realizadas o “llamados a la acción” para aumentar la interacción con los contenidos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

Las menciones de la ciudadanía reconocen la necesidad de transmitir dudas, peticiones, quejas, reclamos o propuestas a través de medios 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.

Se observó una participación amplia de la ciudadanía respecto a las barreras que enfrenta la población para llevar a cabo la LM. La ciudadanía participó con 41.496 publicaciones, seguidas por las y los especialistas con 1.404, las fundaciones y OSC con 779 y los medios de comunicación con 656 publicaciones. 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.

Gráfica 31. Volumen de publicaciones relacionados con la LM en Twitter por actores institucionales y de la sociedad civil, 2017-2020



Fuente: elaboración propia (2020)

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.

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. 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 reproducen estereotipos de género, en los que la atención del hogar, las tareas del cuidado y el bienestar de los hijos e hijas son labores o trabajo de la mujer.

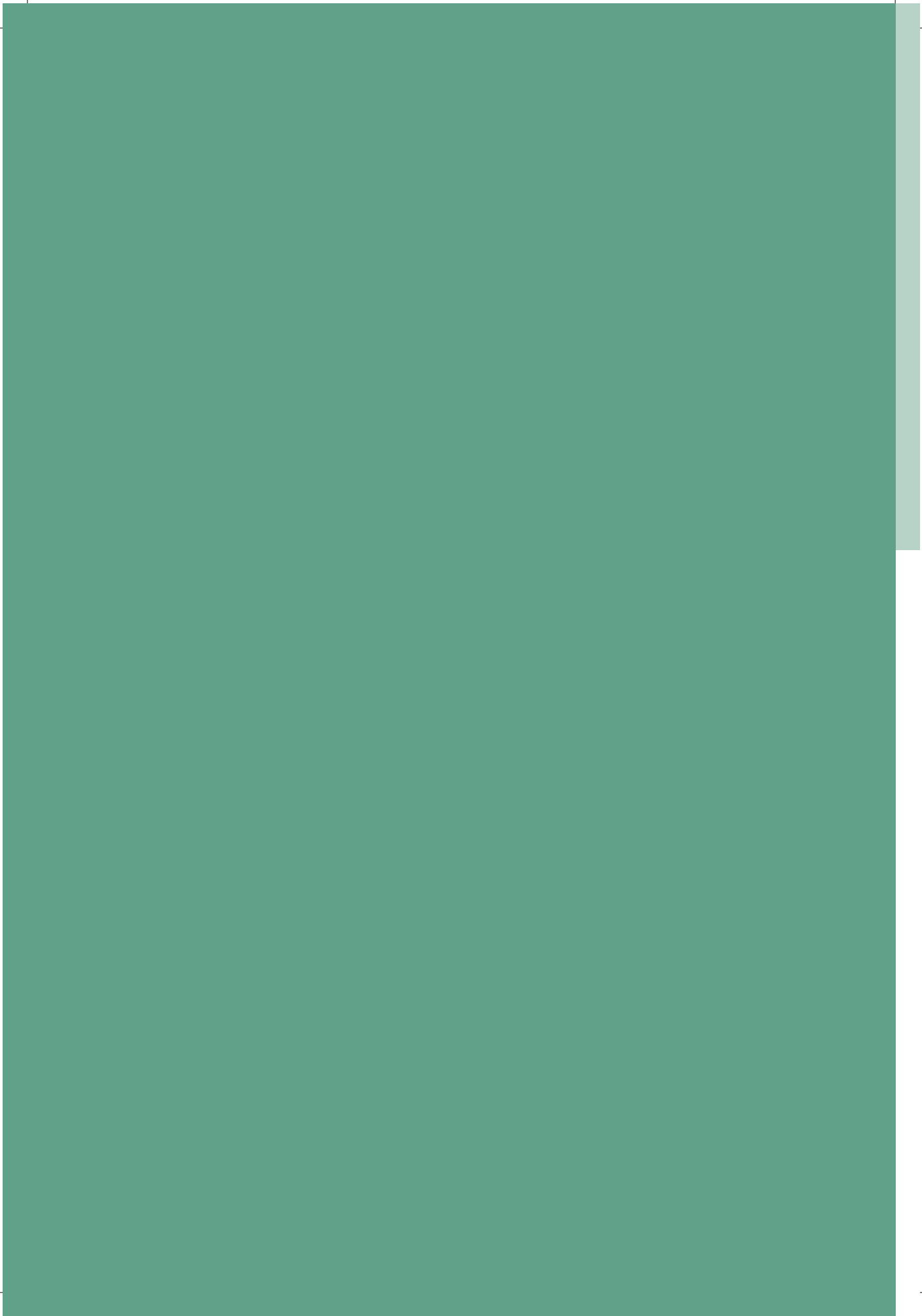
En cuanto a la variedad de participantes del sector público emitiendo mensajes, se encuentra mayor heterogeneidad, desde aquellos que emiten un trino al año hasta aquellos que emiten una mayor cantidad, pero reiteran contenido. La repetición de trinos evidencia la inexistencia de una estrategia de elaboración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

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 menciona 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, e incluye 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 a tomar una decisión por simple que sea. A partir de 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 señala la necesidad del desarrollo de estrategias de gobernanza digital sobre la LM y la alimentación complementaria, que contribuyan con el discurso público y la transformación del imaginario colectivo alrededor de estos temas y con el apoyo, promoción y protección de la LM en el país.



04

Conclusiones

4.1. Metas del PDLM 2010-2020

De las 6 metas del PDLM 2010-2020, analizadas desde el enfoque cuantitativo, 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

De acuerdo con el sistema Cuéntame, entre 2017 y 2020 (pr), los resultados en LME en los primeros 6 meses de los beneficiarios del ICBF son mejores que el total nacional reportado en la ENSIN 2015. Sin embargo, estos resultados distan del logro de la meta. Esto a pesar de que los beneficiarios 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 el ENSANI. Las diferencias regionales que deben abordarse con especial atención están en departamentos como San Andrés y Providencia, Cesar y Sucre de acuerdo con el Cuéntame, y en la Región Atlántica de acuerdo con la ENSIN 2015.

Meta 2

La meta 2 no se cumple en ninguno de los indicadores analizados y muestra un desmejoramiento de los resultados en LM total, tanto en 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, 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 más crítica en los departamentos del noroccidente del país según 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. Bogotá es la única región que reporta 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 desde su nacimiento. Este resultado puede resultar contradictorio si se piensa en que el acceso al parto institucional en Bogotá puede ser mayor al de otras regiones del país. Los 17 pueblos del 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, donde 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 incluidos en el 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. Se destaca allí el consumo de leche en polvo en todos los pueblos considerados.

Meta 5

Indicadores agregados como los de mortalidad infantil y la prevalencia de desnutrición en Colombia han disminuido. Sin embargo, al analizar la mortalidad infantil evitable por desnutrición se observa que las metas propuestas en

Colombia no se han logrado y que en algunos años la tendencia ha aumentado. Este comportamiento 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. 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 a 2018 se evidenció un incremento de esta tasa en un 5%, frente a 2010.

Este resultado agregado invisibiliza algunas brechas importantes en el nivel departamental. En 2018 Chocó, Cundinamarca y La Guajira tuvieron rezagos considerables, con incrementos de la tasa que superaron el 120%. Por el contrario, 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.

4.2. 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 Colombia en relación con la protección de la maternidad y a la práctica de la LM. Durante la vigencia del PDLM 2010 – 2020 se han legislado diferentes normas que van desde la ampliación de la licencia de maternidad, la implementación de las SAFL en el entorno laboral, hasta la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Estas normas han contribuido en el ejercicio de los derechos de las mujeres y sus familias.

Se refirieron debilidades en la obligatoriedad de la certificación de las IPS con la estrategia IAMI. Esto está en línea con lo encontrado en el análisis de

determinantes del que se concluye la necesidad de 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 IAMI puede verse fortalecida con la entrada en vigor de la Resolución 3280 de 2018, específicamente en la Directriz 8 sobre atención en salud para la valoración, promoción y apoyo a la LM. Esta resolución, al ser de obligatorio cumplimiento, 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. Por esto, los recursos que se asignen para mejorar la práctica de la LM pueden resultar una de las inversiones con mejor costobeneficio 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. 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 IAMI, en particular con el paso 10, y 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. Esta 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.

Se percibe un débil reconocimiento de los contenidos de las RIAS y de su obligatoriedad, por parte de los actores involucrados en su implementación. Esta implementación de las RIAS exige el desarrollo de capacidades técnicas y funcionales que permitan dar respuesta a las situaciones que limitan el acceso a las atenciones en lactancia materna y a los requerimientos que la Resolución 3280 establece para la oferta de esta atención en salud. Por otra parte, la comprensión del alcance y contenido, la implementación y su seguimiento permanente son fundamentales para entender los desarrollos en los que se ha dado respuesta y superado parte de las prioridades identificadas en su momento. 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 y 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.

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 garantía de que estos no entreguen a las madres muestras de leches de fórmula, alimentos complementarios o los demás productos no permitidos por el 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 en el fortalecimiento de los entornos favorables a la LM. Allí jugó un papel muy importante la implementación de SAFL del entorno laboral en diferentes regiones del país y la puesta en funcionamiento de los BLH. A lo anterior se suman los procesos de movilización social alrededor de la práctica de la LM, en los que participaron 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 con la gestión política asociada a la LM, referente al objetivo 3 del PDLM, se evidenciaron avances en la gestión política para la promoción, protección y apoyo a la LM, en el marco de la implementación del PDLM 2010-2020. 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. Proteger, promover y apoyar la LM son estrategias de alto impacto y bajo costo que contribuyen con la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal, infantil y materna. Por el contrario, la desinformación en LM y alimentación infantil (por parte de las madres, sus familias, los profesionales de salud, los tomadores de decisión y la comunidad en general) sumada al bombardeo publicitario de los sucedáneos de la leche materna y a la falta de apoyo y leyes que protejan al binomio madre-hijo, disminuyen la confianza de las madres y las hacen dudar de su capacidad para mantener la lactancia, abandonando esta práctica.

Diferentes actores reconocen que las compañías fabricantes e importadoras de sucedáneos de la leche materna no cumplen, en forma general, con los contenidos del CICSML, 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 Colombia, tal como se mostró en el análisis de las metas 1 y 2 del PDLM. Se resalta la necesidad de fortalecer la obligatoriedad en el cumplimiento de las normas, especialmente del Código de sucedáneos en Colombia (Decreto 1397 de 1992), en tanto que esta norma no está contenida en la Resolución 3280 de 2018 que es de obligatorio cumplimiento para las instituciones que brindan servicios materno perinatales.

La consejería se reconoce como una estrategia efectiva para apoyar la práctica de la LME, alcanzar las metas globales de LM y fortalecer la estrategia IAMI. 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 planes de estudio 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, los mayores avances 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.

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. En particular, al centrar 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.

Los actores locales proporcionaron información referente a la gestión política para el apoyo, promoción y protección de la LM que concierne el objetivo 3; sin embargo, la capacidad de abordar su consecución desde la perspectiva social es limitada y centrada 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.

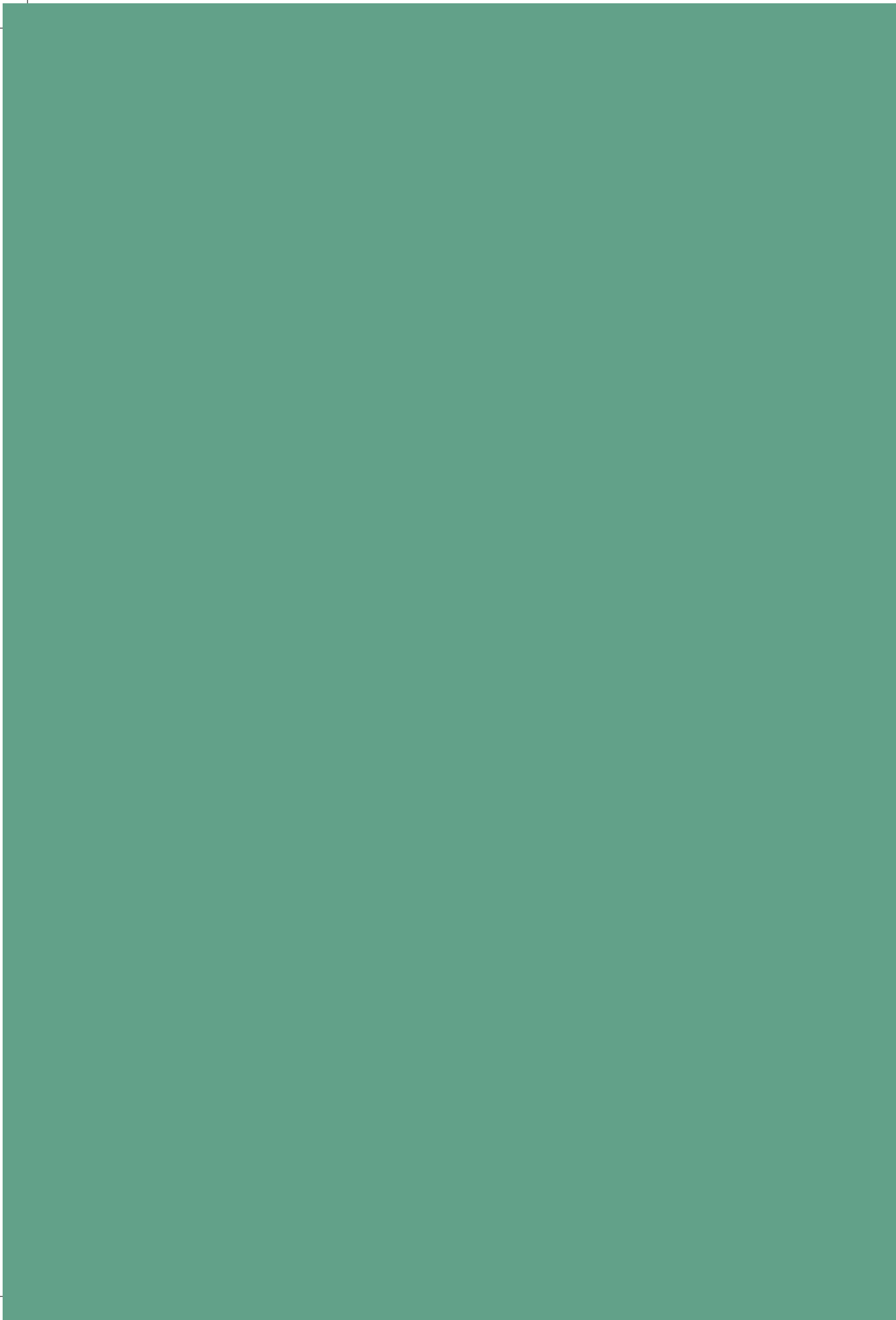
La pandemia por COVID-19 ha implicado retos importantes para la entrega y mantenimiento de servicios relacionados con la LM en Colombia; en particular, de aquellos que requieren presencialidad. No obstante, se evidencian experiencias exitosas a partir de la implementación de estrategias virtuales, que posibilitan un mayor contacto de las madres con sus bebés. El desarrollo de estrategias de educación y comunicación en diferentes niveles podría ser considerado como una oportunidad 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, para no incurrir en 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 respecto a las barreras sociales relacionadas con la LM, el posicionamiento de una visión medicalizada de la lactancia y los roles de género, que evidencia limitaciones en la consecución de objetivos 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, se presentaron avances importantes relacionados con la consecución del fortalecimiento de capacidades y competencias institucionales (objetivo 1), así como diversas limitaciones. El nivel de cumplimiento de este objetivo 1 fue importante pero no suficiente para lograr los fines propuestos en el PDLM, algunas de las razones de esta limitación 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. Este plan presentó un abordaje comprehensivo desde la institucionalidad, pero con algunas carencias de 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 fue limitado. A pesar de presentar avances en algunos frentes, particularmente en la armonización de instrumentos, se presentan restricciones y no se evidencian estrategias claras que aseguren la sostenibilidad de las acciones en los diferentes niveles de gestión al igual que la participación social.



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.
- Andréu Abela, J. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: 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*, 17(1), e13088.
- 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: Ministerio de Política Territorial y Administración Cívica y 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*, 18(56), 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*, 13, 17.
- 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. Washington: Banco Mundial.
- 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 metaanálisis sistemático. *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.(2013). Declaración de IBFAN sobre la Alimentación de Lactantes, Niñas y Niños Pequeños - y los Contaminantes Químicos. Madri: Asociación Española de Pediatría.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2015). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. Bogotá: ICBF.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2020). Libro Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. Bogotá: ICBF.
- 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. Barcelona: Paidós.
- Lutter, R. 2016. Desempeño cognitivo, resultados del mercado laboral y estimaciones del valor económico de los efectos cognitivos de la lactancia. Charlottesville, VA, Universidad de Virginia
- Marmot, M. (2005). Social Determinants of Health Inequalities. *The 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. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Ministerio Salud, INVIMA. (2015). Monitoreo al Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna. Bogotá: Invima.
- 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. *Revistas Eden*, 195-214. Recuperado de <https://www.revistaseden.org/files/14-cap 14.pdf>
- NIST/SEMATECH. (2013). *Exploratory Data Analysis. 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*. 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](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*, 104(S467), 3-13. Special Issue: Impact of Breastfeeding on Maternal and Child Health.
- Srivastava, A. & Thomson, S. B. (2009). Framework Analysis: A Qualitative Methodology for Applied Policy Research. *JOAAG*, 4(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](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/>



Parte B

Análisis institucional del Plan Decenal
de Lactancia Materna
PDLM 2010-2020



Introducción

El análisis institucional tiene como objetivo identificar y caracterizar la política pública de lactancia materna (LM) en función de los actores que intervienen en ella, las interacciones de estos actores en su desarrollo y las instituciones que definen esas interacciones. Para alcanzar este objetivo, el punto de partida es una definición conceptual y metodológica que permita abarcar de manera coherente los elementos mencionados.

En este sentido, el concepto central de este análisis es la “institución”, entendida en su sentido más amplio como un conjunto de prescripciones y limitaciones que los seres humanos usan para organizar todo tipo de interacciones repetitivas y estructuradas (Ostrom 2005), que pueden incluir reglas, normas y estrategias compartidas. Adicionalmente, las instituciones pueden ser normas formales e informales: las primeras, caracterizadas por las leyes o normas de carácter coercitivo-coactivo; y las segundas, como reglas en uso, basadas en la costumbre y los modos de proceder (North, 1990).

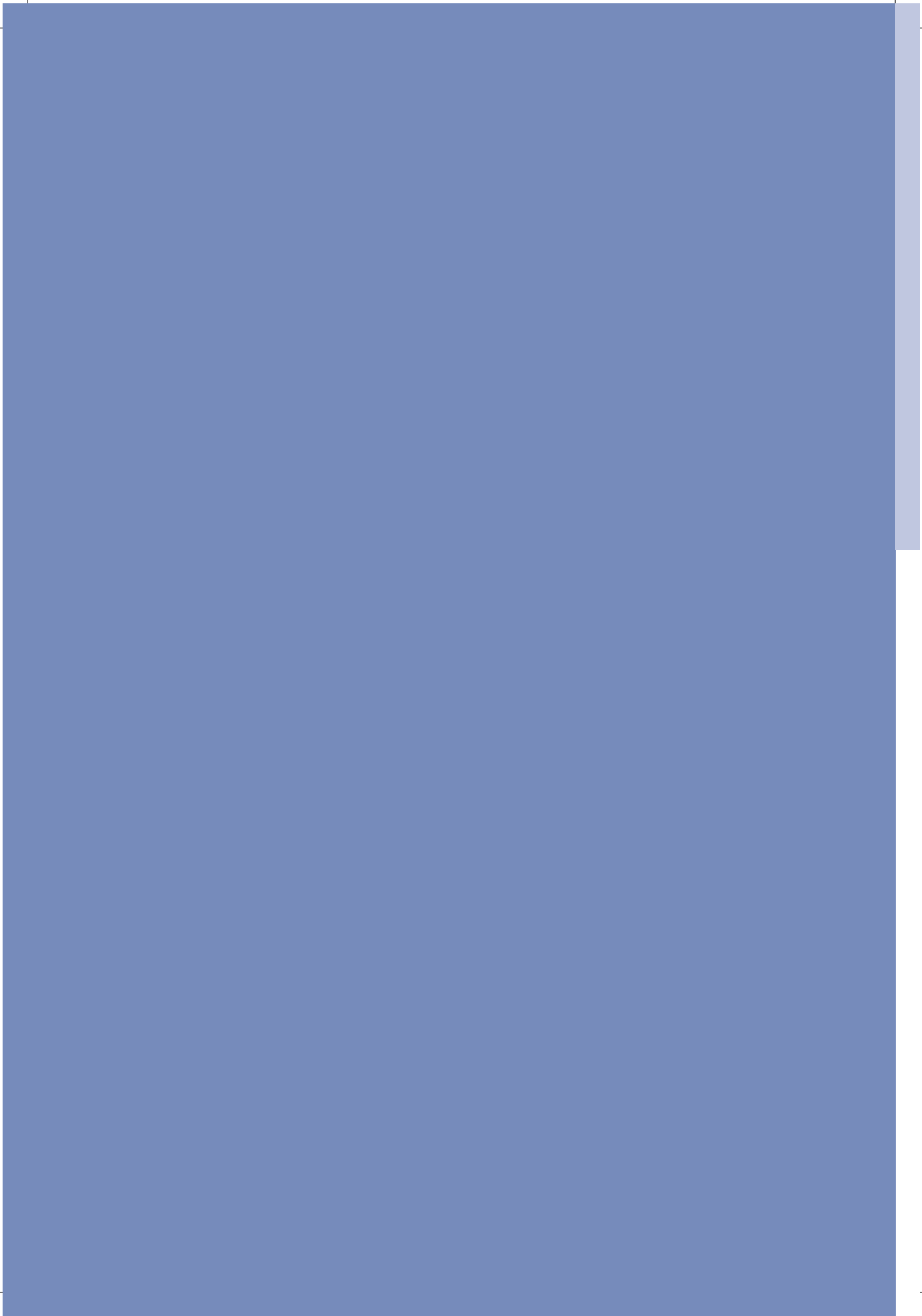
A partir de esta definición, se precisó que la metodología más pertinente para el análisis institucional es el Marco de Análisis y Desarrollo Institucional (IAD) desarrollado por la politóloga Elinor Ostrom. Sobre las bases de la teoría de la elección racional y la teoría institucionalista, el IAD ofrece una serie de elementos para estudiar el uso de recursos en contextos donde los arreglos institucionales afectan el comportamiento de individuos mediante incentivos (Ostrom, 2000), como lo son el análisis de sus actores y sus interacciones en escenarios determinados o las reglas que definen esas interacciones.

El Plan Decenal de Lactancia Materna (PDLM) 2010-2020 desde su formulación identifica la importancia de implementarse de manera intersectorial, con la participación de diferentes entidades del nivel nacional y territorial, y teniendo en cuenta los diferentes instrumentos de política pública que pueden contribuir al alcance de sus objetivos y metas:

La experiencia nacional y la internacional muestran que se requieren instrumentos ordenados de política pública que sustenten la gestión de acciones concertadas, coordinadas, con alta efectividad y valor público. La lactancia materna es una de ellas, y necesita un enfoque especial, dadas sus especificidades y potentes aportes a la calidad de vida de los menores de dos años de edad (MSPS, 2010, pág. 23).

Estos elementos relacionados con la intersectorialidad hacen referencia a los arreglos institucionales y al modelo de gobernanza de la política de lactancia materna (LM), entendidos como las reglas de juego, el modelo de gestión, los actores involucrados, los mecanismos de concertación y coordinación en la gestión y la búsqueda de efectividad y valor público. El marco de IAD resulta oportuno para abordar este tipo de políticas en tanto es una metodología que se concentra en “el análisis de las configuraciones institucionales que afectan a las interacciones entre recursos, usuarios del recurso, proveedores e infraestructuras públicas (en las que se integra el capital físico y el capital social) con el fin de explicar la capacidad de los sistemas para abordar la incertidumbre” (Ballesteros, Caballero, & Fernández, 2015, pág. 16).

Partiendo de estos elementos, se desarrolla a continuación el análisis institucional de la política de LM a través de dos componentes: i) la identificación de la situación institucional y su estructura de gobierno y; ii) un análisis de su modelo de gobernanza. El primero, se llevará a cabo a través de una identificación de cuatro elementos de la política de LM: los actores que participan, los espacios de acción, las reglas y los instrumentos de política. En el segundo, se toma como punto de partida esa identificación y se realiza un análisis de la gobernanza en tres niveles de interacción: macro, meso y micro. En la parte final se presentan las conclusiones globales del análisis institucional de la política de LM.



01

Análisis de la situación institucional y estructura de gobierno de la Política Pública de Lactancia Materna

Se presenta a continuación la identificación de la situación institucional y la estructura de gobierno de la política pública de LM a partir de cuatro variables: los actores que participan, los espacios de acción, las reglas y los instrumentos de política. Posteriormente se realiza un análisis de esa identificación con el objetivo de caracterizar los elementos principales de su estructura de gobierno.

1.1. Actores

El punto de partida del análisis de la situación institucional de la política de LM es la identificación de los actores que intervienen en ella. Esta identificación es necesaria para conocer las características de los actores, sus competencias y el rol puntual que desempeñan en la política de LM. Para tal fin se presentan a continuación los actores más relevantes y sus características, organizados en función de su nivel de participación (nacional, territorial) y su naturaleza jurídica (rama del poder público, privado, etc.). Adicionalmente, se caracterizan en función del rol que desempeñan en la política entre tres tipos, que pueden coincidir entre sí: decisión, ejecución e influencia.

1.1.1. Rama ejecutiva

1.1.1.1. Nivel nacional

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS): entidad pública del Gobierno Nacional, cabeza del sector salud, desempeña un rol de decisión.

Es la entidad encargada de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud, mediante la formulación de políticas, planes y programas, la coordinación intersectorial y la articulación de actores de salud con el fin de mejorar la calidad, oportunidad, accesibilidad de los servicios de salud y sostenibilidad del sistema.

En relación con la política de LM, el MSPS interviene directamente en, al menos, tres sentidos. En primer lugar, desempeña la función de rectoría de la política de salud y protección social, es decir, fija las reglas de juego del sistema, supervisa su desempeño y hace cumplir las normas y estándares. Es especialmente relevante la protección específica en atención en salud a la mujer gestante y lactante, atención del parto, atención al recién nacido y las guías asociadas al bajo peso al nacer. Es la entidad encargada de elaborar el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de definir las directrices de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMII), del Plan de Acción de Salud primeros 1000 días y del Programa Nacional para la reducción de la anemia nutricional en primera infancia.

En segundo lugar, el MSPS también tiene un rol de rectoría en la política de protección de la primera infancia, de manera intersectorial con el ICBF y el MEN. Su competencia está ligada a la definición de los estándares de nutrición y salud, así como de los ambientes sanos desde la gestación hasta los 6 años, la prevención y atención a la enfermedad y el impulso de prácticas de vida saludable.

En tercer lugar, el MSPS lidera la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores (MSPS, 2020). Al respecto, tanto en la ruta materno perinatal como en la de promoción y mantenimiento de la salud, se destacan las siguientes acciones:

- i.** Ruta materno perinatal: incluye dentro de sus acciones tres relacionadas directamente con la política de lactancia materna: i) realizar educación sobre lactancia materna a todas las gestantes desde su primer control prenatal, incluyendo técnicas y buenas prácticas que ayuden a la mujer a tener éxito en la lactancia materna; ii) después de un parto normal, observar tanto a la madre como al recién nacido para establecer las condiciones de salud del binomio, fomentar la lactancia materna y proveer educación que permita un adecuado desarrollo de los cuidados del puerperio materno y del recién nacido; iii) dar educación a la madre y sus acompañantes acerca de la lactancia materna, esto deberá incluir los beneficios, técnica de amamantamiento adecuada y cómo prevenir complicaciones (MSPS, 2016).
- ii.** Ruta de promoción y mantenimiento de la salud: en lo relacionado con la primera infancia (0-5 años), dentro de las acciones o intervenciones identificadas, se destacan:

 - a.** Valoración temprana para el recién nacido: iniciar la lactancia materna en la primera hora de nacimiento y, con consentimiento de la madre, el niño debe colocarse en contacto con la piel de su madre inmediatamente después del parto, durante al menos una hora. De igual forma, valorar la técnica de la lactancia materna (posición, agarre y succión), y la adaptación (respiración, succión y deglución) entre las 24 y 72 horas del nacimiento. Finalmente, orientar y acompañar la práctica de la lactancia materna antes del egreso de la atención del parto.
 - b.** Valoración integral para niños y niñas de los 29 días a los 5 años: valorar la técnica de la lactancia materna y la alimentación complementaria, realizar anamnesis alimentaria. Adicionalmente, valorar la posición, agarre, succión, adaptación, respiración, deglución. Finalmente, valorar el inicio y patrones de consumo de alimentación complementaria de acuerdo con edad y contexto geográfico y sociocultural y realizar la identificación de problemas o debilidades en el inicio de la lactancia materna.

- c. Educación para la salud: promover y valorar el consumo de alimentos en familia y comunidad como una medida social protectora de la salud que fortalece vínculos y apoyar e impulsar el fomento y protección de la lactancia materna, las prácticas de consumo de alimentos en familia y/o en comunidad a fin de apropiar hábitos saludables por parte de la familia y/o comunidad (MSPS, 2016).

Ministerio del Trabajo: entidad pública del Gobierno Nacional, cabeza del sector trabajo, desempeña un rol de decisión.

Su competencia se enmarca en la formulación, adopción y orientación de la política pública en materia laboral que contribuya a mejorar la calidad de vida, para garantizar el derecho al trabajo, mediante la identificación e implementación de estrategias de generación y formalización del empleo; así como en temas relacionados con el aseguramiento para la vejez y la economía solidaria.

En relación con la política de LM, el Ministerio del Trabajo tiene a cargo apoyar el desarrollo de la legislación laboral que garantice la protección a la lactancia materna, y que enfrente obstáculos que ofrecen las condiciones y espacios laborales. Esta competencia está directamente relacionada con acciones de gerencia y rectoría de la política de LM, respecto al diseño de los instrumentos jurídicos que repercutan positivamente en las condiciones de trabajo de las mujeres lactantes. Adicionalmente, debe promover programas de bienestar desde la perspectiva de la salud y la seguridad en el trabajo para la mujer lactante, por ejemplo, a través de campañas para la lactancia materna desde un enfoque laboral.

Ministerio de Educación Nacional (MEN): entidad pública del Gobierno Nacional, cabeza del sector educación. Su rol es de decisión y ejecución.

Tiene a cargo formulación, implementación y evaluación de políticas públicas educativas, para cerrar las brechas que existen en la garantía del derecho a la educación y en la prestación de un servicio educativo con calidad.

En el marco de la política pública de LM, el MEN tiene el mandato de apoyar la gestión y la apropiación del conocimiento. Esto se concentra principalmente en la incorporación de preguntas sobre LM en los Exámenes de Calidad de Educación Superior (ECAES), actualmente denominados Pruebas Saber Pro. También se encarga de recomendar la incorporación de contenidos

programáticos sobre la lactancia materna en los *pensum* académicos, especialmente en carreras de las ciencias sociales y de la salud. Esto se debe articular con estrategias amplias de promoción de la investigación, con las instituciones de educación superior y las sociedades científicas.

Departamento Administrativo para la Prosperidad Social: departamento administrativo del Gobierno Nacional, cabeza del sector de inclusión social y la reconciliación. Su rol es de decisión y ejecución.

Prosperidad Social es un departamento administrativo encargado de diseñar, formular, coordinar e implementar políticas, proyectos, planes y programas encaminados a la inclusión social y la superación de la pobreza. Es la cabeza del sector del que hacen parte entidades como el ICBF y la Unidad para las Víctimas.

En el marco de la política de LM, tiene participación en el diseño e implementación de la política de seguridad alimentaria y nutricional en articulación con el ICBF. Para este fin, ofrece el programa Red de Seguridad Alimentaria (ReSA), que cuenta con diferentes enfoques poblacionales. De igual forma, lidera la Estrategia para la Superación de la Pobreza Extrema UNIDOS de acompañamiento familiar a través de cogestores para mejorar el acceso a servicios públicos y privados por parte de familias en condiciones de pobreza o pobreza extrema.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF): establecimiento público descentralizado que hace parte del sector de inclusión social y reconciliación. Su rol es de decisión y ejecución.

Su competencia se enmarca en la promoción del desarrollo y la protección integral de niños, niñas y adolescentes, así como el fortalecimiento de las capacidades de los jóvenes y las familias. Es el ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF)³⁵.

En el marco de la política de LM, tiene a su cargo la formulación, desde la Dirección de Nutrición, de los lineamientos técnicos de alimentación y nutrición en donde se incluye el apoyo y el fomento de la lactancia materna. Esto lo hace a través de su rol como Secretaría Técnica de la CISAN (Ver sección 2.1.1 abajo), donde ha participado en la formulación de la Política Pública Nacional

35 Es el conjunto de agentes, instancias de coordinación y articulación para dar cumplimiento a la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, y al fortalecimiento familiar en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal

para la Garantía Progresiva del Derecho humano a la alimentación que incluye la promoción y apoyo a la práctica de la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y la lactancia materna con alimentación complementaria hasta los dos años o más³⁶. Adicionalmente, en el marco de la prevención y protección integral de la primera infancia suministra a madres y sus bebés alimentación complementaria dentro del programa de nutrición para gestantes y lactantes de bajo peso. A través de sus intervenciones busca potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños en primera infancia a través de interacciones significativas propias de sus identidades culturales de su reconocimiento del patrimonio y las características de sus entornos. El Instituto adelanta, además, estrategias de comunicación y pedagogía para exaltar la lactancia materna y el inicio adecuado de la alimentación complementaria, para hacer frente a los estigmas alrededor de la práctica y los estereotipos o creencias que la consideran nociva.

Dentro de su oferta de programas se destacan: 1000 Días para Cambiar el Mundo, Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición Infantil, el servicio Desarrollo Infantil en Medio Familiar (DIMF) y la estrategia de servicio de atención FAMI (Familia, Mujer e Infancia) que se dirige a niños y niñas desde su gestación hasta los 2 años y a mujeres gestantes. Adicionalmente, desarrolla y actualiza herramientas e insumos técnicos en SAN que se constituya en referentes nacionales entre los que se encuentran las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para las mujeres gestantes madres lactante y niños y niñas menores de 2 años, así como las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN).

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA): entidad que opera como la Agencia Regulatoria Nacional, adscrita al MSPS. Su rol es de ejecución y, parcialmente, de decisión.

Es una entidad de vigilancia y control de carácter técnico y científico, cuya misión es proteger y promover la salud de la población, mediante la gestión del

36 Específicamente en la línea de acción relacionada con la Información Educación y Comunicación Alimentaria y Nutricional, la política plantea el fortalecimiento de la Lactancia Materna y la alimentación complementaria, que incluya acciones de acompañamiento a las mujeres gestantes y lactantes, la cualificación de la licencia de maternidad y paternidad, la responsabilidad empresarial, armonización de instrumentos, y de la función rectora y garantía de la implementación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 o el instrumento de planeación que lo reemplace (FAO; Acción contra el Hambre, 2018).

riesgo asociada al consumo y uso de alimentos, medicamentos, dispositivos médicos y otros productos objeto de vigilancia sanitaria. Opera en función de los lineamientos y definiciones dados por el MSPS.

En el marco de la política de LM sus competencias de inspección y vigilancia se concentran en el cumplimiento de las normas sobre sucedáneos. Adicionalmente presta asistencia técnica a secretarías de salud departamentales sobre esta materia.

Departamento Administrativo de la Presidencia de la República - Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia: dependencia adscrita al despacho de la Vicepresidencia de la República. Su rol es de decisión e influencia.

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

En la política de LM esta consejería es relevante porque dentro de sus funciones están presidir, coordinar y ejercer la secretaría técnica de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI) y ejercer la secretaría técnica del Comité Técnico Ampliado de la misma. Adicionalmente, cuenta dentro de sus funciones con un mandato que incluye temas específicos en materia de nutrición, y la formulación, en coordinación con las entidades públicas y privadas, de programas, proyectos y actividades en favor de la nutrición y el desarrollo de los niños y niñas.

Bajo el liderazgo de la Primera Dama de la Nación, coordina la Gran Alianza por la Nutrición, una iniciativa que busca posicionar la nutrición en la agenda nacional, tomándola como eje del desarrollo físico, emocional y cognitivo de los seres humanos.

Departamento Administrativo de la Presidencia de la República - Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer: dependencia adscrita al despacho de la Vicepresidencia de la República. Su rol es de decisión e influencia.

Esta Consejería Presidencial ofrece asistencia en el diseño de la oferta gubernamental; programas, proyectos, planes y políticas destinadas a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Desde sus competencias de impulso de estrategias y establecimiento de alianzas estrategias con otros tipos de actores ha contribuido a la promoción de la lactancia materna.

En la rama ejecutiva del nivel central se identificaron estos seis actores como aquellos que cuentan con mandato y acciones más claras en la política de lactancia materna. Otras entidades intervienen indirectamente, como el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que es la entidad con competencia para la asignación de recursos a las entidades públicas, o los institutos adscritos al MSPS (INS e IETS) y las Superintendencias, principalmente la de Salud, dado que su competencia es la inspección, vigilancia y control del SGSSS.

1.1.1.2. Nivel territorial

En el nivel territorial, los departamentos, distritos y municipios cuentan con competencia y acciones en materia de lactancia materna. En materia de salud, la distribución de competencias entre las entidades territoriales en relación con el régimen subsidiado, se resume en las siguientes cuatro medidas (según Ley 715 de 2001, artículos 43, 44 y 45):

- Prestación de servicios en el sector público: es responsabilidad de los municipios certificados el primer nivel de atención y del departamento el segundo y tercer nivel, más el primer nivel de los municipios no certificados.
- Aseguramiento: corresponde a los municipios financiarlo (contratando y pagando a las EPS) y al departamento vigilarlo.
- Salud Pública: corresponde a los municipios prestar los planes de intervención colectiva. En el control de algunos factores de riesgo ambiental, la responsabilidad se delegó únicamente a los municipios grandes de categorías 1, 2 o 3. El resto la asumen los departamentos, que estaban, además, a cargo de dirigir y controlar el sistema de vigilancia en salud pública, y asistir a los municipios en el cumplimiento de sus funciones.

- Inspección vigilancia y control: la ley asignó a los departamentos, importantes funciones de inspección y vigilancia de los recursos y los actores del sistema de salud (Guerrero, Prada, & Chernichovsky, 2014).

Las entidades territoriales cuentan con diferentes instrumentos de planeación en los que pueden incorporar acciones relacionadas con la política de lactancia materna. En primera medida, mediante sus planes de desarrollo territorial (departamental, distrital o municipal según sea el caso), así como con planes específicos como los Planes Territoriales de Salud (PTS), los Planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional, de Primera Infancia, de Salud Pública, de Salud Sexual y Reproductiva. En la práctica, estas temáticas suelen ser desarrolladas por las secretarías de salud y, para el caso de Bogotá, por medio de la Secretaría de Integración Social. Se considera que las entidades territoriales tienen un rol principalmente de ejecución y, parcialmente, de decisión.

1.1.2. Rama legislativa

El Congreso de la República es el órgano encargado de hacer las leyes, interpretarlas, reformarlas y derogarlas, conforme a los parámetros definidos en la Constitución; por tanto, su rol se considera de decisión. El Congreso se divide en dos cámaras, el Senado y la Cámara de Representantes. La Séptima Comisión constitucional, compuesta por 14 senadores y 19 representantes a la Cámara, tiene a cargo los siguientes temas: estatuto del servidor público y trabajador particular; régimen salarial y prestacional del servidor público; organizaciones sindicales; sociedades de auxilio mutuo; seguridad social; cajas de previsión social; fondos de prestaciones; carrera administrativa; servicio civil; recreación; deportes; salud, organizaciones comunitarias; vivienda; economía solidaria; asuntos de la mujer y de la familia (según la Ley 3 de 1992, artículo 2). Adicionalmente, en ambas cámaras del Congreso de la República existe una Comisión Legal para la Equidad de la Mujer, cuya principal función es elaborar propuestas legislativas que garanticen la realización de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las mujeres.

1.1.3. Rama judicial

Corte Constitucional

Es una institución de la rama judicial del poder público creada mediante la adopción de la Constitución de 1991 con el fin de guardar la integridad y supremacía de la Carta Política, adicionalmente por su función específica de revisar, en la forma que determine la ley, las decisiones judiciales relacionadas con la acción de tutela de los derechos constitucionales (Constitución Política, artículo 241). Los fallos de este tipo son insumo que se incorpora en el análisis de jurisprudencia. Su rol es de decisión.

1.1.4. Ministerio público

Procuraduría General de la Nación: rol de decisión.

La competencia de la Procuraduría se centra en vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos. Adicionalmente, ejerce vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas, tiene capacidad de adelantar las investigaciones correspondientes e imponer las sanciones respectivas conforme a la ley. En este contexto, debe contribuir a la garantía, mediante la función de vigilancia y control, del cumplimiento efectivo de las normativas y lineamientos vigentes sobre LM.

Defensoría del Pueblo: rol de influencia.

Es el organismo responsable de impulsar la efectividad de los derechos humanos de los habitantes del territorio nacional y de los colombianos en el exterior, en el marco del Estado Social de Derecho democrático. Desde su función de diseño y apoyo de políticas sobre la promoción y divulgación de los DDHH, puede hacer recomendaciones u observaciones sobre amenaza o violación de estos. En este sentido, desde un enfoque de garantía, divulgación y promoción puede contribuir al cumplimiento de las normativas y lineamientos vigentes en materia de LM.

1.1.5 Organismos internacionales

Diversas organizaciones internacionales intervienen en la política de LM, la mayoría de ellas están ligadas a la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Si bien realizan acciones puntuales en algunos casos, su rol es principalmente

de influencia. Según su mandato y su relación específica con la política de LM, se incluyen aquí:

Organización Mundial de la Salud (OMS): organismo de la ONU.

Es el organismo de la ONU especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, definida en su Constitución como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2020), las madres y los niños hacen parte de su población priorizada. Tiene presencia en territorio colombiano desde 1951.

En relación con la política de LM, la OMS tiene a cargo la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, adoptada por los Estados miembros de la OMS en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2002. Su rol es principalmente de influencia. La OMS ha formulado principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, en los que ofrece criterios para elaborar normas de alimentación adaptadas al contexto local (MSPS, 2010).

Organización Panamericana de la Salud (OPS): organismo especializado en salud de la Organización de Estados Americanos (OEA) y afiliada a la OMS.

Como organización especializada en la salud pública para América, trabaja orientada en mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres (OPS, 2020).

Tiene antecedentes de trabajo con entidades públicas del nivel nacional y con UNICEF desde los años ochenta, orientados al derecho a la salud de los niños, la promoción de actividades relacionadas con la nutrición y la lactancia materna. Asimismo, junto con la OMS, han definido una serie de principios orientadores sobre la alimentación de niños no amamantados. Dentro de la evaluación de proceso se menciona que la OPS trabajaba conjuntamente con el MSPS en una propuesta de actualización del Decreto 1397 de 1992 en convenio con el MSPS (MSPS, 2015).

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): agencia de la ONU.

UNICEF es la agencia de las Naciones Unidas que trabaja por la sobrevivencia de los niños y el desarrollo de su potencial en todos los continentes. Sus líneas de trabajo prioritarias son el desarrollo en la primera infancia, la lucha contra el VIH/Sida, la nutrición, la salud, la inmunización y agua, saneamiento e higiene. Está presente en Colombia oficialmente desde 1950.

Desde los años 80 ha participado activamente en la política de LM, cuando de manera conjunta con la OMS, hicieron una declaración por la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Natural (MSPS, 2010). Su rol es de influencia, si bien puede apoyar directamente acciones específicas, generalmente a través de entidades públicas.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO): agencia de la ONU

La FAO es la agencia de las Naciones Unidas que lidera el esfuerzo internacional para poner fin al hambre. Su objetivo es lograr la seguridad alimentaria para todos, y al mismo tiempo garantizar el acceso regular a alimentos suficientes y de buena calidad para llevar una vida activa y sana (FAO, 2020). Desde 1977 tiene presencia permanente en Colombia.

Desde un enfoque de seguridad alimentaria y nutricional, trabaja con entidades del nivel nacional y territorial. Se centra en estrategias comunicativas orientadas a mejorar las prácticas de lactancia materna y la alimentación infantil.

Programa Mundial de Alimentos (PMA): organización de las Naciones Unidas.

Surgió como un programa experimental de la ONU concentrado en mitigar los problemas de hambruna ligado al impacto de guerras y emergencias de otra índole. Posteriormente se consolidó como una organización de la ONU que brinda asistencia alimentaria en emergencias y trabajando en las comunidades para mejorar su nutrición (PMA, 2020). Desde 1969 está presente en Colombia.

Fue un actor estratégico en la formulación del PDLM 2010-2020, durante su implementación ha contribuido en la promoción de la lactancia materna, capacitación a través de talleres temáticos, convenios con entidades públicas

nacionales y territoriales. Asimismo, trabaja junto con el MSPS en la estrategia de Bancos de Leche Humana.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM): organización intergubernamental, asociada a la ONU desde 2016

En su calidad de principal organización internacional para las migraciones, la OIM ofrece servicios de asesoría tanto a gobiernos como a migrantes. Sus objetivos principales son cerciorarse de una gestión ordenada y humana de la migración, promover la cooperación internacional sobre cuestiones migratorias, ayudar a encontrar soluciones prácticas a los problemas migratorios y ofrecer asistencia humanitaria a los migrantes que lo necesitan, ya se trate de refugiados, de personas desplazadas o desarraigadas (OIM, 2020). Desde 1956 tiene oficinas en Colombia.

No tiene acciones específicas en la política de lactancia materna; sin embargo, se incorpora como un actor que puede ser relevante de cara a los retos actuales en materia de migración tanto interna como de población venezolana.

Adicionalmente, se identifica la Organización Internacional del Trabajo (OIT), un organismo parte de la ONU que congrega a gobiernos, empleadores y trabajadores y busca atenuar los efectos adversos sobre los últimos. Si bien no tiene actividades puntuales en la política de LM, puede constituir un actor relevante en materia de legislación laboral.

1.1.6. Sociedades científicas y gremios de la salud

En esta categoría se incluyen las asociaciones de profesionales de la salud. Se identificaron las siguientes: i) Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP): asociación de pediatras y subespecialistas en pediatría que propende por el bienestar de niños, niñas y adolescentes; ii) Asociación Colombiana de Neonatología: integra a los especialistas en neonatología, orientada a generar conocimiento a través de la educación y la investigación para el fortalecimiento de la calidad de vida de los recién nacidos; iii) Federación Colombiana de Obstetricia (FECOLSOG): agremia a profesionales de la medicina especializados en ginecología y obstetricia, su misión es apoyar el desarrollo académico, científico, ético y social y aportar calidad de vida de la mujer; iv) Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (ACNC): congrega a los profesionales de la salud interesados en la promoción de un estado nutricional

óptimo en la población colombiana y; v) Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas (ACODIN): promueve el desarrollo gremial, científico, cultural y social de la profesión de nutrición y dietética.

1.1.7. Gremios del sector privado

En esta categoría de actores, se destacan dos organizaciones:

- Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), la agremiación de empresarios cuya prioridad es defender y propiciar la libre empresa y aumentar la competitividad, reducir la informalidad como complemento del desarrollo social sostenible. Se identifica que la ANDI interviene en varios sentidos. En primer lugar, según declaró en la evaluación de proceso, cuenta con un comité de nutrición infantil y un plan de trabajo que busca eliminar el “mito” de que las empresas que producen fórmulas para lactantes buscan desincentivar la lactancia materna. En segundo lugar, siguiendo los lineamientos del MSPS, promueve las salas de LM. En tercer lugar, ha declarado que participa en las acciones para combatir el contrabando de fórmulas infantiles y ha manifestado la intención de limitar las leches de fórmula (MSPS, 2015). Ha participado en estrategias como la Alianza por la Nutrición Infantil en Colombia, y actualmente participa activamente en la Gran Alianza por la Nutrición.
- Federación Nacional de Comerciantes (FENALCO), agremia al sector del comercio y servicios, si bien no se identifican acciones específicas en lactancia materna, puede ser un actor relevante especialmente en temas relacionados con comercialización y publicidad de sucedáneos.

La Fundación Éxito es un actor que, desde el sector privado, ha desarrollado y promovido acciones relacionadas con la LM. En la evaluación de proceso se identificó que incide en diferentes niveles, principalmente concentrado en la promoción de entornos favorables para la lactancia materna, así como trabajando directamente con entidades territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (MSPS, 2015). Adicionalmente, lidera la estrategia ‘Gen Cero’, en la que articula otras empresas privadas en acciones dirigidas a la nutrición de niños y niñas (Fundación Éxito, 2015). Actualmente, también hace parte de la Gran Alianza por la Nutrición, participando de acciones específicas como la “Lactatón”, entre otras.

Si bien estos actores pueden tener acciones específicas se catalogan como actores privados o gremiales con rol de influencia.

1.1.8. Academia

Las instituciones de educación superior (IES), entendidas como las entidades que forman profesionales en diferentes disciplinas y carreras para producir, desarrollar y transmitir conocimiento, juegan un papel en la política de LM. Desde el PDLM se identificaba que para los programas de salud y afines debería diseñarse un programa estándar para la formación en LM, así como promover la investigación en esta materia (MSPS, 2010). Algunas de estas instituciones fueron consultadas en la evaluación de proceso en donde se identificaron algunas acciones entre las que se destaca la incorporación de contenidos sobre LM en la carrera de Nutrición de la Universidad Nacional de Colombia y la línea de investigación sobre este tema en la Universidad Javeriana, entre otros (MSPS, 2015). Se destacan dentro de la academia la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética (ACOFANUD) y la Alianza Universitaria por el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (ALUDHAA).

1.1.9. Organizaciones No Gubernamentales (ONG)

Se destacan tres ONG con presencia en el país que realizan acciones relacionadas con la política de LM. En primer lugar, la Liga de la Leche cuyo objetivo es proporcionar información y apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos. Tiene presencia en Colombia desde 1976, opera a través de grupos de apoyo entre pares y con la capacitación de instituciones y profesionales de la salud. En la práctica, presta diversos servicios de información, capacitación y promoción de acciones sobre leche materna dirigidas a las madres y sus familias. De igual forma, ha trabajado con entidades públicas del nivel nacional como el ICBF y el MSPS, así como con la Fundación Éxito (MSPS, 2015).

En segundo lugar, la Red Internacional de Grupos Pro-Alimentación Infantil (IBFAN), es “una red mundial de acción de grupos populares que trabajan para mejorar la salud infantil mediante la promoción y la protección de la lactancia materna, así como la eliminación de las prácticas irresponsables de comercialización de alimentos infantiles, biberones y tetinas” (IBFAN, 2020). Como ONG, realiza acciones de difusión de la información y empoderamiento

de las mujeres, así como el apoyo a la generación de entornos favorables para la LM, como las Salas Amigas de la Familia Lactante. Adicionalmente, adelanta capacitaciones sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Finalmente, la Alianza Mundial por la lactancia (WABA, por su sigla en inglés) actúa como una red mundial de organizaciones y personas que trabajan por la promoción y protección de la lactancia materna, por lo que tienen una labor consultiva con estas organizaciones internacionales. Se considera que estas tres ONG son actores con influencia en la política de LM.

1.1.10. Sociedad civil, madres y organizaciones comunitarias

En el nivel comunitario, se destacan dos organizaciones que por sus acciones se ven relacionadas con la política de LM. En primer lugar, el Sindicato Colombiano de Madres Comunitarias que opera como una organización sin ánimo de lucro, creada para la defensa de los derechos laborales y pensionales de las trabajadoras del sistema nacional del ICBF. En la evaluación de proceso del PDLM se identificó que las madres comunitarias brindan apoyo a las madres gestantes y lactantes al participar en sesiones educativas, en relación con el programa de hogares comunitarios FAMI del ICBF (MSPS, 2015).

De otra parte, la Asociación de Parteras Unidas por el Pacífico (ASOPARUPA) es una organización comunal de parteras que, desde una visión tradicional e independiente de la medicina occidental, acompañan a mujeres gestantes y lactantes. En la evaluación de proceso se identificó que han trabajado con entidades territoriales como la Secretaría de Salud Departamental, realizando talleres lúdicos con alcance en las zonas urbanas y rurales de Buenaventura para hacer pedagogía de la lactancia materna, entre otras acciones relacionadas (MSPS, 2015).

1.1.11. Empresas e instituciones prestadoras de servicios de salud

Empresas Promotoras de Salud (EPS)

Son las empresas del sistema de salud que prestan servicios médicos a través de la contratación de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Les corresponde principalmente realizar la afiliación y el aseguramiento al sistema de seguridad social para que por medio de estas se brinde el servicio médico, sus actividades son principalmente administrativas y comerciales.

Deben brindar asesoría a las IPS que hacen parte de su red y adaptarse a los lineamientos del Plan Territorial de Salud (PTS) del lugar donde prestan sus servicios.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Institución de carácter pública o privada que presta los servicios médicos, consulta, hospitalización y de cuidados intensivos; previamente es contratada por una EPS para que cumpla con los planes y servicios que estas ofrecen en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. En relación con la política de LM, dado que prestan atención materno-infantil, deben promover entornos favorables para la lactancia materna e incorporar acciones para su efectivo cumplimiento. En la práctica las IPS constituyen el principal actor responsable de la inducción y adaptación a la lactancia materna. En el marco de la estrategia IAMI, pueden certificarse como instituciones que apoyan la lactancia materna, ofrecen atención integral a las madres, niñas y niños, y mejoran la calidad de la atención que se les presta (MSPS, 2010).

Esta revisión evidencia el carácter intersectorial de la política de LM. Cuatro sectores de la rama ejecutiva del nivel nacional intervienen directamente en ella: salud, inclusión social, trabajo y educación. Esa aproximación tiene relación con las organizaciones internacionales identificadas, las cuales también operan desde una lógica sectorial. De otro lado, el rol de las entidades territoriales está definido en función de sus competencias sectoriales, principalmente en materia de salud y seguridad alimentaria y nutricional, lo cual plantea un margen de acción amplio para las autoridades locales, en función de sus capacidades y prioridades políticas. Asimismo, desde el sector privado se identifican actores gremiales relacionados con los servicios de salud y, de otro, los gremios económicos en sí mismos. De carácter privado también pueden ser las EPS y las IPS, definidas como actores con funciones directas en la prestación de servicios de salud propiamente dicha. Finalmente, respecto a las ONG y las organizaciones del nivel comunitario se destacan actores que, desde su misión, tienen acciones en pro de la lactancia materna, estos pueden operar en el marco de organizaciones con presencia internacional o hacerlo desde un carácter local. En la Ilustración 1 se presentan de manera resumida los actores que intervienen en la política de LM.

Ilustración 11. Mapa de actores de la política pública de lactancia materna



Fuente: elaboración propia (2020)

1.2. Escenarios de acción

Hace referencia a los espacios en los que los actores interactúan y toman decisiones. Los escenarios de acción formales, como los comités, comisiones o mesas en los que los actores se reúnen para tomar decisiones sobre sus acciones en temas específicos y con reglas claramente definidas son el insumo central para analizar la manera como abordan los temas de lactancia materna. A continuación, se presentan los escenarios o espacios formales relacionados con la política de LM.

1.2.1. Nivel nacional

Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN)

Esta comisión es la máxima instancia de dirección, coordinación y seguimiento interinstitucional, de articulación de políticas y programas y de seguimiento a los compromisos de cada uno de los actores de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. En el CONPES 113 de 2008 se indica que en la CISAN “se adelantarán acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2008, pág. 37). La CISAN fue creada formalmente por el Decreto 2055 de 2009, posteriormente reformada los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 1355 de 2009 y con disposiciones integradas en el decreto 1115 de 2014.

La CISAN está compuesta por los siguientes actores:

- Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado.
- Ministro de Salud y Protección Social o su delegado.
- Ministro de Comercio, Industria y Turismo o su delegado.
- Ministro de Educación Nacional o su delegado.
- Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.
- Ministro de Vivienda Ciudad y Territorio o su delegado.
- Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

- Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF o su delegado.
- Director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social-DPS o su delegado.
- Gerente del Instituto Colombiano de Desarrollo Rural - INCODER o su delegado³⁷.
- Un miembro de la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética, designado por su junta directiva.

La CISAN está presidida de manera rotativa por el MADR y el MSPS, por periodos de dos años; la secretaría técnica, cuya función es articular las políticas, iniciativas y acciones técnicas que surjan en la Comisión, será igualmente ejercida de manera rotativa por quien la Comisión misma determine, para periodos de dos años, que podrán ser prorrogados (Decreto 2055 de 2009, artículos 3 y 4). Actualmente la CISAN es presidida por el MADR y el ICBF ejerce las funciones de secretaría técnica.

Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI)

Creada en 2011, su objetivo es coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarios para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo esta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados (Decreto 1416 de 2018). El eje central de la CIPI es la implementación de la Política 'De Cero a Siempre' y el aumento de la cobertura para la Atención Integral de la Primera Infancia, entre otras funciones específicas (Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia, 2020). Su composición es la siguiente:

- Un delegado del Presidente de la República.
- El Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, o su delegado, que deberá pertenecer al nivel directivo.
- El Ministro de Salud y Protección Social, o su delegado que deberá ser un viceministro.

37 El INCODER ya no existe. Sus competencias fueron repartidas entre el Ministerio de Agricultura, la Agencia Nacional de Tierras y la Agencia de Desarrollo Rural.

- El Ministro de Educación Nacional, o su delegado que deberá ser un viceministro.
- El Ministro de Cultura, o su delegado que será el viceministro.
- El Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio o su delegado, que deberá ser el Viceministro de Agua y Saneamiento.
- El Ministro del Deporte o su delegado.
- El Director General del Departamento Nacional de Planeación, o su delegado, que deberá pertenecer al nivel directivo de la entidad.
- El Director del Departamento Administrativo de la Prosperidad Social o su delegado que deberá pertenecer al nivel directivo.
- El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, o su delegado, que deberá pertenecer al nivel directivo.
- El Director de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas o su delegado que deberá pertenecer al nivel directivo.
- El representante de la entidad que ejerza la rectoría de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN).

La CIPI está presidida y coordinada por la Presidencia de la República a través de la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia.

Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP)

En el marco de la reforma al Sistema General de Seguridad Social (Ley 1438 de 2011), se creó la CISP como una herramienta de coordinación intersectorial en el marco del Plan Decenal de Salud. Esta comisión es la instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores responsables en el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública (Decreto 859 de 2014), y se integra a la búsqueda de soluciones integrales en las políticas públicas, que buscan bienestar, desarrollo y calidad de vida de la población.

La CISP está compuesta por los siguientes actores:

- El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado
- El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien la presidirá

- El Ministro de Trabajo o su delegado
- El Ministro de Minas y Energía o su delegado
- El Ministro de Educación Nacional o su delegado
- El Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado
- El Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio o su delegado
- El Ministro de Transporte o su delegado
- El Ministro de Cultura o su delegado
- El Director del Departamento Administrativo de la Presidencia o su delegado
- El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado
- El Director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social o su delegado

La secretaría técnica de la CISP la tienen a cargo de manera compartida el MSPS y el DNP. La CISP ha sesionado en nueve ocasiones entre 2014 y 2019 (MSPS, 2020).

Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna

Su objetivo principal es orientar e impulsar la política sobre lactancia materna y alimentación complementaria, que garantice la implementación de planes y programas existentes y la revisión y actualización de estos (Decreto 1396 de 1992). En su composición se tenía previsto que fuera presidido por la Primera Dama de la Nación, y que contara con la participación de entidades del nivel nacional como el MSPS y el ICBF, además de representantes de UNICEF, la OPS, representantes de asociaciones académicas y profesionales del sector de la salud, un delegado de los productores y comercializadores de los alimentos de fórmula y un representante de la Liga Internacional de la Leche Materna. Sin embargo, este Consejo no ha sido operativo ni funciona actualmente. Su reactivación fue una de las recomendaciones de la evaluación de procesos del PDLM 2010-2020.

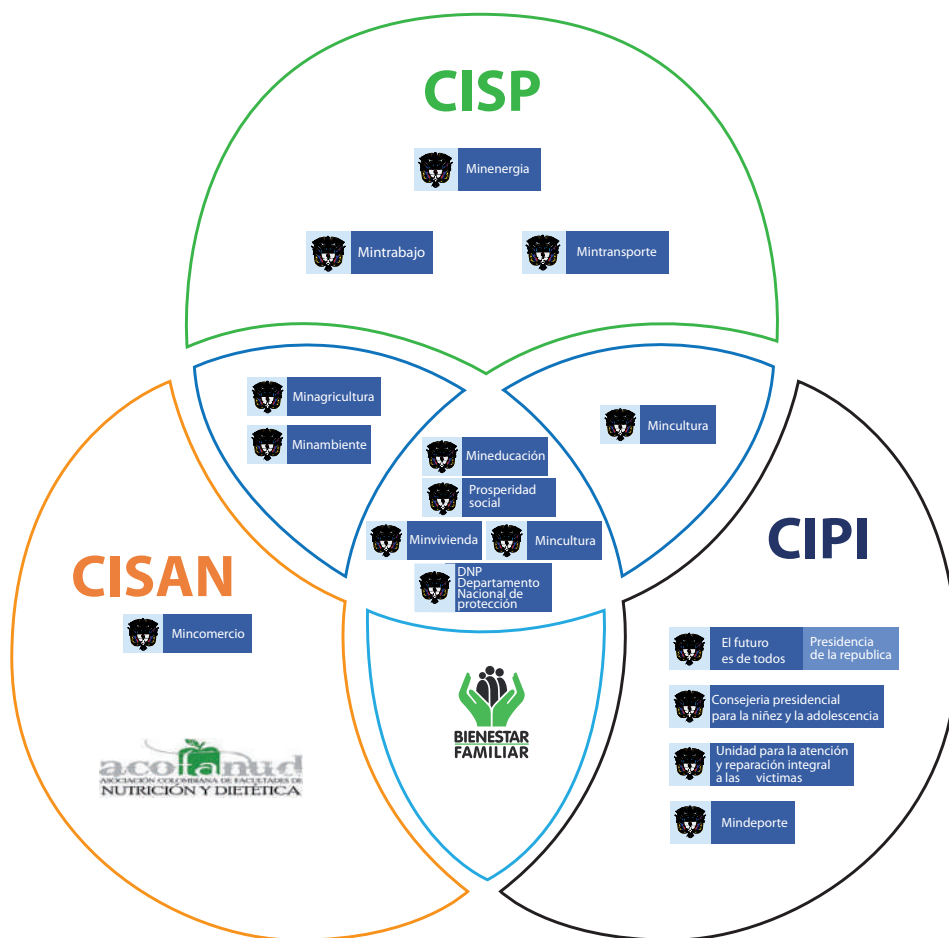
En el nivel nacional, existen comités técnicos con mandatos más específicos que se relacionan directamente con la política de LM. En primer lugar, el

Comité de Micronutrientes (CODEMI), que resulta relevante por haber liderado la elaboración de la *Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes*³⁸. Este comité está conformado por representantes del MSPS, el ICBF, el INVIMA, el INS y el MADR junto con invitados permanentes de las agencias de cooperación internacional como UNICEF, PMA, FAO, OPS/OMS y representantes de la academia como la Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas - ACODIN y la Universidad Nacional de Colombia (DNP, 2016).

En segundo lugar, el Comité Técnico Nacional de Guías Alimentarias (CTNGA), que tuvo a su cargo la actualización de las Guías Alimentarias para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años, de acuerdo con los resultados de la ENSIN del 2015. Estas guías buscan favorecer la práctica de la lactancia materna a través de su promoción e información a madres durante todo su proceso. Este comité estuvo compuesto por el MADR, el MADS, el Ministerio de Cultura, el MEN, el Ministerio del Interior, el MSPS, Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación (antes Colciencias), Prosperidad Social, Instituto Alexander von Humboldt, el INS, la Fundación Colombiana de Obesidad y representantes de la academia y de las asociaciones de profesionales en nutrición. Adicionalmente contó con la asesoría técnica de la FAO en la elaboración de las guías.

38 La estrategia cuenta con cinco líneas de acción: (i) diversificación de la alimentación, (ii) fortalecimiento de acciones prioritarias, (iii) fortificación, (iv) biofortificación y (v) suplementación. Estas acciones están dirigidas a la población en general, pero con énfasis en grupos de población de mayor vulnerabilidad como son los niños y niñas hasta 12 años, mujeres gestantes y en edad fértil (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Ilustración 12. Actores que participan en las comisiones CISAN, CIPI y CISP



Fuente: elaboración propia (2020)

Los actores que participan en cada una de las tres comisiones principales del nivel nacional se muestran en la Ilustración 12. El núcleo central del diagrama, es decir las entidades que participan en las tres comisiones, está compuesto por los ministerios de Salud, Educación y Vivienda, junto con Prosperidad Social y el DNP, cabezas de sector inclusión social y planeación respectivamente. De esta participación se desprenden algunas observaciones:

- De los ministerios y las cabezas de sector identificados como prioritarios en la política de LM, únicamente el MinTrabajo no participa en las tres comisiones. El MSPS, el MEN y Prosperidad Social participan en las tres.

- Como mecanismo de articulación, la entidad que preside la CISAN integra la CIPI, lo cual garantiza un puente de comunicación entre ambos espacios. De manera complementaria el ICBF, que participa en ambas comisiones, ejerce actualmente la secretaría técnica de la CISAN, lo que puede contribuir a reforzar la coordinación entre ambos espacios.
- El MADR formalmente es parte de la CISAN y la CISP; sin embargo, dado que actualmente ejerce la presidencia de la CISAN, también tiene representación en la CIPI. Esto no se muestra en la ilustración dado que no es un miembro permanente.

Se trata de tres comisiones compuestas prácticamente de manera exclusiva por entidades de la rama ejecutiva del nivel nacional, excepto por la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética, organización académica que participa en la CISAN. Este es un factor que demuestra el interés del Gobierno Nacional en garantizar el control en la toma de decisiones, un elemento que puede contribuir a la gobernabilidad de la política en el nivel nacional. Esto puede considerarse una lección aprendida en el diseño e implementación de instancias de coordinación interinstitucional, si se compara —salvando las brechas temporales— con el Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna, cuya composición era diversa y no solo gubernamental que nunca logró ser operativo ni tener la incidencia esperada en el momento de su creación.

1.2.2. Nivel territorial

Los escenarios o espacios en los que se abordan temas relacionados con la política de LM nos son homogéneos ni en su composición ni en su funcionamiento. Cada entidad territorial cuenta con un margen para definir los espacios en los que se abordan los temas de primera infancia y de lactancia materna. En términos generales, es a través de los comités o mesas que operan en cada territorio. Estos pueden ser los comités o mesas de infancia y adolescencia, pero también en los comités sobre salud pública, seguridad alimentaria y nutricional.

Dado que el ICBF es una entidad nacional que opera de manera desconcentrada, el ICBF cuenta con oficinas regionales que participan activamente y que promueven la instalación de las Mesas de Infancia, Adolescencia y Familia (MIAF). Al respecto, el Decreto 936 de 2013 que reorganiza el SNBF, indica que la coordinación territorial del SNBF está a cargo

de las MIAF o de quien haga sus veces. En ambos niveles, la coordinación técnica la realiza la oficina regional del ICBF como ente rector, articulador y coordinador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

La evaluación de proceso del PDLM 2010-2020 identificó que los Comités y Mesas de Lactancia y Primera Infancia, a pesar de las dinámicas políticas territoriales, han permitido sumar esfuerzos, compensar debilidades, evitar la duplicidad de tareas y confluir en acciones que propendan por el bienestar de los niños y las niñas, sus familias y la sociedad en su conjunto (MSPS, 2015, pág. 229). Sin embargo, también pone en evidencia que el rol de estos espacios (los Comités de Infancia y Lactancia Materna y las Mesas Regionales de LM) se han caracterizado por ser un espacio limitado a la promoción, protección y garantía de los derechos de los niños y las niñas y de apoyo a la LM en eventos puntuales y no como un espacio de toma de decisiones ni de articulación intersectorial.

- Comité Distrital de Lactancia Materna: Bogotá.
- Comité Lactancia Materna Cali.
- Comité Lactancia Materna Regional del Caribe: Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Córdoba, La Guajira, Sucre.
- Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional Región Central: Boyacá, Cundinamarca y Tolima.
- Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional Región Pacífico: Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca.
- Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional Región Eje Cafetero: Antioquia y Risaralda.
- Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional Región Orinoquía: Vichada.
- Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional Región Amazonía: Amazonas y Guainía.

Adicionalmente, en el marco de la estrategia IAMI, existen comités para el monitoreo al cumplimiento de las políticas y normas que sobre esta iniciativa hayan sido fijadas en el hospital, enmarcada en el gran objetivo de la promoción de la calidad de la atención materna e infantil a fin de hacer

efectivos los derechos de las madres, las niñas y los niños. Estos comités contribuyen a ofrecer de forma regular la información relevante para la toma de decisiones y el suministro de la información, que es responsabilidad directa de los coordinadores de programas (MSPS, 2011). Estos comités suelen estar compuestos por los trabajadores de la institución y representantes de la entidad territorial especialista en nutrición.

1.3. Marco normativo nacional e internacional

Son todas las normas, formales o informales, que definen la posición de los actores y sus interacciones.

El marco normativo de la política de LM parte de los aportes internacionales que dieron inicio al interés en Colombia por el fortalecimiento de la LM. Posteriormente, se presenta el marco normativo nacional como contexto histórico, así como el principal desarrollo normativo del último decenio 2010-2020.

1.3.1. Marco internacional

En 1924, la Sociedad de Naciones adoptó la Declaración de Ginebra, un texto histórico que reconoce y afirma, por primera vez, la existencia de derechos específicos para los niños y las niñas, pero sobre todo la responsabilidad de los adultos hacia ellos. Fue el primer documento sobre los derechos del niño, que incluye la alimentación y la nutrición como derecho (Humanium, 2013).

A mediados del siglo XX, se hacen acuerdos que propenden por mejorar y fortalecer las prácticas alimenticias de la población, entre estos las reuniones o declaraciones que incidieron en la práctica de la LM en Colombia (Gobierno de Colombia, 2014). Por ejemplo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 establece que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social” (artículo 25, numeral 2).

En 1959, la Declaración de los Derechos del Niño establece por primera vez los derechos de los niños a partir de principios fundamentales y la responsabilidad de los adultos hacia ellos, resaltando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, y la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento. En 1966, se da el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

que defiende como derecho fundamental la alimentación adecuada y la protección contra el hambre.

En 1978, la Declaración de Alma Ata desarrolló temas sobre atención primaria en salud, como derecho humano fundamental e inspiró iniciativas y planes globales que buscaron comprometer a los Estados y a la sociedad en alcanzar el acceso a la salud con equidad y en particular con la atención materno infantil. Esta Declaración recomendó incluir en la atención primaria de la salud, como mínimo, las siguientes intervenciones: educación sobre la salud, alimentación y nutrición, agua saludable y saneamiento básico, atención materna infantil, vacunación contra las principales enfermedades de la infancia, tratamiento apropiado de las enfermedades y lesiones más comunes, prevención y control de las enfermedades endémicas locales y suministro de medicamentos esenciales.

En 1979, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, estableció mecanismos de protección relacionados con servicios apropiados en el embarazo, el parto y el período posterior al parto proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y con una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

En 1989, a través de la declaración conjunta UNICEF-OMS en Ginebra, se plantearon las estrategias IAMI, que contempla los diez pasos hacia una lactancia materna exitosa. La Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMII) es una iniciativa 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, sigue los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas (Ministerio de la Protección Social, 2011).

En 1989, el Tratado de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño (convertida en ley en 1990), resalta todos los derechos que garantizan la supervivencia, el desarrollo y la protección del niño, en el más alto nivel posible de salud, combate la desnutrición, promueve las ventajas de la lactancia materna y asegura que todos los sectores de la sociedad, en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.

La Declaración de Innocenti, de 1990 y de 2005, sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños, establece varios compromisos sobre la comercialización de alimentos infantiles, la protección, promoción y fomento de la lactancia materna e indica que todas las mujeres deberán poder amamantar exclusivamente a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los cuatro-seis meses de edad. De ese momento en adelante, los niños deben continuar siendo alimentados al pecho recibiendo además alimentación complementaria adecuada y apropiada hasta cuando menos los dos años de edad. Este ideal de alimentación infantil será alcanzado creando un ambiente apropiado de conciencia y apoyo para que las mujeres puedan lactar de esta forma. Se insta a que los países hagan un reforzamiento de la cultura de la lactancia materna. Adicionalmente se exhorta a las organizaciones internacionales a trabajar en estrategias que protejan, fomenten y apoyen la lactancia materna; que impulsen las encuestas sobre la actualidad de la actividad, y que estimulen a las autoridades para el desarrollo de políticas de lactancia.

En 1990, el Plan de Acción para aplicar la Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, señaló siete objetivos primarios y 20 secundarios, entre los cuales está la capacitación de todas las mujeres a amamantar a sus hijos durante los primeros 6 meses e impulsar la iniciativa de hospitales Amigos de los Niños, y ratificó la lactancia materna como una de las 9 estrategias para eliminar el hambre y la malnutrición.

En 1991, el Memorándum de Colaboración Interagencial apoyó las acciones de salud de la niñez, la mujer y los y las adolescentes. A este Memorándum se acogieron la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y USAID. Posteriormente, en Roma, en la Conferencia Internacional de Nutrición (CIN), se ratificó la importancia de que la lactancia materna sea una política de Estado (MSPS, 2010).

En 1992, la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) promulgó la declaración mundial sobre nutrición y el plan de acción para la nutrición. Durante la CIN, los gobiernos se comprometieron a hacer todos los esfuerzos posibles para eliminar o reducir considerablemente antes del nuevo milenio los siguientes problemas: muertes por inanición y hambruna; hambre crónica generalizada; subnutrición, especialmente entre niños, mujeres y ancianos;

carencia de micronutrientes, especialmente hierro, yodo y vitamina A; enfermedades transmisibles y no transmisibles relacionadas con el régimen de alimentación; impedimentos de una lactancia materna óptima; e insuficiente saneamiento, higiene deficiente y agua insalubre.

En 1993, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos reafirmó la Declaración sobre seguridad alimentaria, que comprende los derechos a acceder a alimentos sanos y nutritivos, a una alimentación apropiada y a no padecer hambre. En 1996, la Cumbre Mundial sobre la Alimentación definió el Plan de acción para la Salud alimentaria a nivel individual, familiar, nacional, regional y mundial y resaltó que los gobiernos en colaboración con actores de la sociedad civil deben promulgar legislación y establecer estructuras institucionales que ofrezcan oportunidades a los jóvenes y fomenten la contribución especial que pueden hacer las mujeres para asegurar la nutrición familiar e infantil, con la debida insistencia en la importancia de la lactancia natural.

En 2000, el Convenio 183 de la OIT sobre la protección de la maternidad se convirtió en uno de los referentes normativos más relevante en relación con los derechos internacionales consagrados para las mujeres en estado de embarazo. Este Convenio promueve la igualdad de todas las mujeres integrantes de la fuerza de trabajo y la salud y la seguridad de la madre y el niño y tiene en cuenta la diversidad del desarrollo económico y social de los Estados Miembros, así como la diversidad de las empresas y la evolución de la protección de la maternidad en la legislación y las prácticas nacionales, la situación de las mujeres trabajadoras y la necesidad de brindar protección al embarazo, como responsabilidad compartida de gobierno y sociedad. Este Convenio insta a los Estados a avanzar en tres componentes estratégicos: i) conceder por lo menos 18 semanas de licencia; ii) que el pago de prestaciones no sea inferior al salario percibido antes del inicio de la licencia y; iii) que en cualquier situación toda mujer pueda contar con la atención en parto y posparto.

En 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud todos los Estados miembros de la OMS adoptaron la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño que proporciona una base para las iniciativas de salud que protegen, promueven y ayudan a la lactancia. Asimismo, 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.

En 2004, el Plan Estratégico sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa, consideró una prioridad de salud pública para el continente la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia. Adicionalmente, se esperaba que al ser ejecutado este Plan Estratégico en Europa mejoraran las prácticas y las tasas de lactancia, la responsabilidad de los padres y la conciencia de los organismos de salud (Ángel & Muñoz, 2019). En 2004, también se llevó a cabo la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición en Italia, en ella los líderes mundiales se comprometieron a establecer políticas nacionales encaminadas a la erradicación de la desnutrición y a la transformación de los sistemas alimentarios para conseguir que las dietas nutritivas estén disponibles para todos.

En 2006, las normas recomendadas para la Unión Europea acerca de la alimentación de los lactantes y de los niños pequeños plantearon las directrices por ciclos vitales: antes del embarazo, en el embarazo, en el nacimiento, en los primeros días de vida, en el primer mes, hasta los seis meses y después de los seis meses. Asimismo, formularon políticas para beneficiar el ambiente adecuado para el amamantamiento y la alimentación apropiada para los niños (MSPS, 2010).

En 2014, la segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2), una reunión intergubernamental de alto nivel, centró la atención mundial en la lucha contra la malnutrición en todas sus formas y comprometió a los líderes mundiales a establecer políticas nacionales encaminadas a la erradicación de la desnutrición y a la transformación de los sistemas alimentarios para conseguir que las dietas nutritivas estén disponibles para todos (FAO, 2014).

En 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) —formulados en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, en 2012 en Río de Janeiro— hacen una mención indirecta sobre la promoción de la lactancia materna, “Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad”, en la meta 2.2, del objetivo 2 ‘Hambre cero’ (Naciones Unidas, 2020).

1.3.2. Contexto histórico nacional

Los primeros esfuerzos del Gobierno Nacional por el fortalecimiento a la lactancia materna se dieron, en 1975, a través del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), la primera campaña nacional a favor de la lactancia materna, que integraba el trabajo de los sectores público y privado.

En 1985, el gobierno formuló el Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil, conocido como Supervivir, dirigido en hacer cumplir el derecho a la salud de los niños, fortalecer el desarrollo integral del niño, que incluía actividades a favor de la nutrición y la lactancia materna y acciones de atención a la mujer gestante y en edad fértil.

En 1990, se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, con la entrada en vigencia de la Ley 10, que dio a los entes territoriales y a personas privadas autorizadas la administración de la prestación del servicio de salud. Ese mismo año, se modificó el Código Sustantivo del Trabajo (Ley 50 de 1990) y se incluyeron temas de protección a la maternidad por parte del Estado.

En 1991, la nueva Constitución Política de Colombia establece la protección a la mujer en embarazo (artículo 43) y reconoce los derechos de los niños:

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia (Constitución Política, artículo 44).

En 1991, el Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna 1991-1994 fue la primera política del Gobierno Nacional a favor de la lactancia materna con repercusión regional. En 1992, se creó el Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna (Decreto 1396 de 1992) adscrito al Ministerio de Salud; sin embargo, este Consejo no se ha convocado regularmente, y ha dejado la responsabilidad en cabeza del Ministerio de Salud. La Iniciativa Hospitales

Amigos de los Niños (IHAN) (Resolución 7353 de 1992 del MSPS) estableció la promoción de la lactancia materna a partir de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural (MSPS, 1992).

Adicionalmente, en 1992, se acogió el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche, que reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna (Decreto 1397 de 1992). Sin embargo, a la fecha, en materia regulatoria no existen sanciones establecidas para las empresas que incumplan las estipulaciones establecidas en dicho Código y hay flexibilidad en cuanto a las prohibiciones de comercialización y publicidad de productos comercializados para la alimentación infantil.

En 1993, la Ley 100 estableció protección a las mujeres durante el embarazo, parto y el posparto, e indica que el régimen contributivo reconocerá y pagará a cada una de las promotoras de salud las licencias por maternidad de conformidad con las disposiciones legales vigentes (Ley 100 de 1993, artículo 207). Estas disposiciones se aplican tanto al sector público como al privado e incluyó en el régimen subsidiado a las madres durante el embarazo, parto y posparto y durante el periodo de lactancia materna. De igual forma, incluyó en el POS las afecciones relacionadas con la lactancia.

En 1996, se firmó el Pacto por la Infancia y se elaboró el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) 1996-2005. En 1998, se presentó el Plan Decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998-2008, que promovió la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y estableció continuarla, por lo menos, hasta los dos años con alimentación complementaria.

En 2002, la 'Ley María' (Ley 755 de 2002) fortaleció y reconoció la licencia del padre al nacer su hijo. Esta ley otorga una licencia de ocho días hábiles al padre cuando nace un hijo. Los principales requisitos para obtener el derecho a la licencia de paternidad son: haber cotizado 36 semanas ininterrumpidas previo al parto y presentar el registro civil del recién nacido en los primeros 30 días (Art 34). No se requiere la convivencia de dos años, ya que se adquiere el derecho por el hecho de ser padre (Concepto 144261 de 2020 Departamento Administrativo de la Función Pública).

En 2006, el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006) consagra el derecho de los niños a la alimentación, lo que incluye la obligación de proporcionar a la madre los gastos de embarazo y parto (artículo 24).

También establece que la primera infancia, de los cero a los seis años de edad, tiene como derechos impostergables la atención en salud y nutrición (artículo 29). Entre las obligaciones del Estado, se encuentran: el apoyo a las familias para que estas puedan asegurarles a sus hijos e hijas desde su gestación los alimentos necesarios para su desarrollo físico, psicológico e intelectual; la cobertura y calidad de la atención a las mujeres gestantes y durante el parto, así como de manera integral durante los primeros cinco años de vida del niño, mediante servicios y programas de atención gratuita de calidad, y, por último, la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil, así como la prevención y erradicación de la desnutrición, especialmente en los menores de cinco años; aspectos que favorecen la lactancia materna (artículo 40).

En 2007, el documento CONPES 'Política Pública Nacional de Primera Infancia; Colombia por la Primera Infancia', estableció mecanismos para mejorar la supervivencia y la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en periodo de lactancia, y estableció "coordinar intersectorial e interinstitucionalmente, la implementación de estrategias dirigidas a promover la salud y estilos de vida saludables para la primera infancia y al mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud y del entorno (escuela, instituciones, parques, vecindario) en que se desarrollan los niños y niñas de 0 a 6 años" (CONPES 109 de 2007).

En 2008, el documento CONPES 'Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN)' desarrolló la línea de "Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable", que incluyó, por supuesto, adelantar acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y la alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad. La meta, a 2015, era incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (CONPES Social 113 de 2008).

En 2009, se reglamentó la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisbén (Ley 1295 de 2009), para mejorar la calidad de vida de madres gestantes, niñas y niños menores de seis años de este segmento de la población beneficiada por el Sisbén. En 2009, también, se creó la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN, que tiene a su cargo la coordinación y seguimiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

-PNSAN-, como instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados en el desarrollo de esta (Decreto 2055 de 2009).

En 2010, se estableció el nuevo Plan Decenal de lactancia materna para el país, “Amamantar Compromiso de Todos” 2010-2020, con el fin de consolidar la gestión política a favor de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Sus objetivos apuntan a fortalecer las capacidades y competencias institucionales, a lograr transformaciones sociales a favor de la primera infancia y consolidar la gestión política a favor de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. El plan se planteó como la hoja de ruta que orienta el diseño e implementación de programas y estrategias en el orden nacional, departamental y municipal. Entre sus referentes está la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño y convoca a las entidades públicas y privadas y a toda la sociedad, para que de manera conjunta enfrentaran el reto de lograr en el 2015, una lactancia materna exclusiva de seis meses y una duración total de 24 meses, meta más ambiciosa que la establecida por la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el mismo año (4,2 meses para la lactancia exclusiva). Otra de sus metas fue implementar un sistema de vigilancia y control a las violaciones del Código de sucedáneos y lograr la acreditación de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en todas las instituciones de salud (MSPS, 2010).

1.3.3. Principal desarrollo normativo del último decenio

En 2011, con el fin de lograr una gestión eficiente y efectiva de la Política, se creó la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, CIPI (Decreto 4875 de 2011, modificado por Decreto 1416 de 2018). Como se mencionó anteriormente, esta comisión tiene como objetivo: coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo esta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados (Gobierno de Colombia, 2020).

En 2011, también se reglamentaron nuevos aspectos respecto a la licencia de maternidad y de paternidad (mediante la Ley 1468 de 2011), por medio de la modificación de los artículos 236, 239, 57, 58 del Código Sustantivo del Trabajo (CST), ampliando así la licencia de maternidad de 12 a 14 semanas contemplando el parto prematuro y múltiple. Esta ley adicionalmente contempla las siguientes indicaciones:

- La mujer puede iniciar la licencia dos semanas antes si lo desea, en todo caso deberá iniciarla por lo menos una semana antes. Si por alguna razón, el parto se da y la mujer no había iniciado con su descanso remunerado, a partir del parto iniciarán las 14 semanas.
- Niños prematuros: la licencia de maternidad para madres de niños prematuros tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, estas semanas serán sumadas a las 14 semanas. La madre deberá anexar al certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad.
- Parto múltiple: la licencia de maternidad se ampliará en dos (2) semanas más. Quedando en 16 semanas o incluso más, si el nacimiento es prematuro tal como se anotó en el punto anterior.
- Muerte de la madre: el tiempo de la licencia de maternidad que ella no haya alcanzado a disfrutar, la disfrutará el padre y el empleador debe concederla.
- La licencia remunerada de paternidad será a cargo de la EPS, para lo cual se requerirá que el padre haya cotizado efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad (El País, 2020).

En 2011, se crearon la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (AIPI) y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia (Decreto 4875 de 2011), la Comisión Intersectorial tendrá el objeto de coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo esta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados.

En 2012, se regularon las condiciones del teletrabajo, con directrices que fomentan la lactancia materna, al establecer la posibilidad de que las empresas adopten el contrato de teletrabajo, para las mujeres antes de entrar a licencia de maternidad y durante la etapa de lactancia, con el ánimo de flexibilizar el sistema y fomentar la equidad de género en el ámbito laboral (Decreto 884, 2012).

En 2012, el Ministerio de la Protección Social con ocasión de la celebración del vigésimo aniversario de la semana mundial de la lactancia materna convocó (Circular 030 de 2012) a las entidades a participar activamente en la revisión, evaluación, análisis, planeación y desarrollo de acciones efectivas que promuevan la práctica de la lactancia materna, articuladas en la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre”, con énfasis en los primeros mil días de vida.

En 2013, la CISAN lanzó el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, PNSAN 2012-2019, el cual entre sus líneas de acción incluye mejorar la práctica de la lactancia materna para lo cual establece que para “aumentar significativamente la lactancia materna exclusiva y total como importante factor protector en la supervivencia, salud y nutrición de los niños menores de dos años, se continuará con la implementación del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020” (línea de acción 2.3).

En 2014, se creó la Comisión Intersectorial de Salud Pública (Decreto 589 de 2014) como una instancia de coordinación y seguimiento entre los sectores responsables en el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Ese mismo año, se armonizaron las disposiciones vigentes, en relación con la integración y secretaría técnica de la CISAN (Decreto 1115 de 2014) teniendo en cuenta que posterior a su creación se habían establecido disposiciones en relación con la referida Comisión Intersectorial (Ley 1355 de 2009) y se había modificado la estructura de la Administración Pública y escindido algunos Ministerios (Ley 1444 de 2011).

En 2014, se expidió el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho que regula las condiciones de permanencia de los niños y niñas menores de tres años que conviven con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión, y de las mujeres gestantes y madres lactantes privadas de la libertad, así como las competencias institucionales para garantizar su cuidado, protección y atención integral (Decreto 2553 de 2014, compilado en el Decreto 1069 de 2016).

En 2015, se definieron los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y niños menores de 5 años con desnutrición aguda para su cumplimiento por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las IPS (Resolución 5406 de 2015).

En 2016, se estableció la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre (Ley 1804 de 2016), que planteó las

bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral de los niños y las niñas de 0 a 6 años, y de las mujeres gestantes, al tiempo que busca el fortalecimiento del marco institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de sus derechos. Ese mismo año, el MSPS adoptó los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adulta (Resolución 2465 de 2016).

En 2017, se incentivó la adecuada atención y cuidado de la primera infancia (Ley 1822 de 2017) y se aumentó la licencia de maternidad de 14 a 18 semanas y se prohibieron los despidos para madres lactantes (al modificar nuevamente los artículos 236 y 239 del Código Sustantivo del Trabajo). Estas garantías cubren a la madre biológica y son extensivas en los mismos términos a la madre adoptante, o al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre, sea por enfermedad o muerte. En este caso se asimilará a la fecha del parto la fecha de la entrega oficial del menor adoptado. Adicionalmente, en caso de fallecimiento o enfermedad de la madre, el empleador del padre del niño le concederá una licencia de duración equivalente al tiempo que falta para expirar el período de licencia posterior al parto concedida a la madre. La licencia de maternidad para madres de niños prematuros tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, las cuales serán sumadas a las 18 semanas que se establecen en la ley. Cuando se trate de madres con parto múltiple, la licencia se ampliará en dos semanas más. El esposo o compañero permanente tendrá derecho a ocho días hábiles de licencia de paternidad.

En 2017, también se adoptó la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en entidades públicas y empresas privadas (Ley 1823 de 2017) de conformidad con el artículo 238 del Código Sustantivo del Trabajo, estableciendo que las entidades públicas del orden nacional y territorial, del sector público y descentralizado, y las entidades privadas, adecuarán un espacio acondicionado y digno para que las mujeres en período de lactancia que trabajan en ellas puedan extraer la leche materna, asegurando su adecuada conservación durante la jornada laboral. Esta normativa aplica para las empresas privadas con capitales iguales o superiores a 1.500 salarios mínimos o las que tengan capitales inferiores a ese monto, pero dispongan de más de 50 empleadas; las entidades privadas con más de 1.000 empleados y

las entidades públicas dispondrán de dos años para realizar las adecuaciones físicas necesarias y las empresas privadas con menos de 1.000 empleados tendrán 5 años para ello. Es importante mencionar que, el uso de las salas no exime al empleador de reconocer y garantizar el disfrute de la hora de lactancia. La madre lactante podrá utilizar esa hora para ejercer ese derecho o trasladarse a su residencia a hacerlo.

En 2017, el ICBF indicó que en los espacios para servicio de protección integral en contingencia para niños, niñas y adolescentes desvinculados de grupos armados organizados al margen de la ley, se debe adecuar un espacio cálido e higiénico donde la madre adolescente pueda lactar a su hijo, de tal manera que se fomente la práctica de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria hasta los dos años (Resolución 1940 de 2017 que modifica la Resolución 0350 de 2017).

En 2018, el Ministerio de Salud estableció los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral, y señaló que las salas deben cumplir con especificaciones de higiene, salubridad y una dotación mínima (Resolución 2423 de 2018)

En 2018, el ICBF estableció los requisitos para autorizar la prestación del servicio de cuidado y/o albergue de niños, niñas y adolescentes (Resolución 5235 de 2018). Si en el servicio de cuidado y/o albergue se encuentran niñas y niños menores de dos años, se dispondrá de un espacio exclusivo para la extracción, recepción, conservación y almacenamiento de leche materna. Este espacio debe contar con mesón, platero, frascos de vidrio con tapa plástica, elementos para rotular, zona de lavado de manos dotado (jabón líquido para manos, toallas de papel y caneca con bolsa de residuos sólidos) y nevera con refrigerador y congelador de uso exclusivo. Asimismo, deberá implementar estrategias de promoción de prácticas de lactancia materna a través de personal capacitado en este tema y que estará a cargo de dicho espacio.

En 2018, se hizo extensiva la licencia al padre y la madre adoptantes de un menor (Ley 1878 de 2018), quienes tendrán derecho al disfrute y pago de la licencia de maternidad (Ley 50 de 1990, artículo 34), y la licencia de paternidad (Ley 755 de 2002).

En 2018, el MSPS ratificó la promoción de la lactancia materna y la reglamentación sobre la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna (Decreto 2477 de 2018).

En 2018, el MSPS adoptó los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención (Resolución 3280 de 2018) para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de atención en salud para la población Materno Perinatal y estableció directrices para la operación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en relación con la atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna con el objeto de valorar y promover la lactancia materna exclusiva asegurando un adecuado inicio y proceso de mantenimiento de la misma mediante la orientación efectiva a la mujer en periodo de lactancia y/ o las personas significativas.

En 2019, se expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 'Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad' (Ley 1955 de 2019), el cual, en la Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición 'Ciudadanos con mentes y cuerpos sanos', ha establecido promover la lactancia materna y una alimentación complementaria adecuada. Para esto, se propuso emprender acciones para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y fomento de la alimentación complementaria adecuada.

En 2019, el MSPS amplió el término para la ejecución de las acciones relacionadas con las Rutas Integrales de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud y de Atención en Salud para la población Materno Perinatal (Resolución 276 de 2019). Aquí se incluyó la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna, que se implementarán de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir del 1° de enero de 2020.

En 2020, en el marco de la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19, el Ministerio de Trabajo indicó (Circular 41 de 2020) que el empleador debe mantener los lapsos en el horario laboral de las trabajadoras que se encuentran en lactancia, como señala la ley (Artículo 238 del Código Sustantivo del Trabajo).

En 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió los lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Colombia. Con esto se busca evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos y establecer las acciones que se requieren implementar en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Promotoras de Salud, de manera que durante la pandemia se

garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido (MSPS, 2020).

Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió los lineamientos provisionales para la donación de alimentos y bebidas para consumo humano en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Colombia, donde se indica que para las instituciones de protección que albergan niños, la institución interesada en recibir donaciones debe garantizar que los suministros de las leches de fórmula para lactantes, continúen hasta el año de edad, atendiendo lo establecido en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (MSPS, 2020).

Finalmente, entre 2019 y 2020, en el Congreso de la República se ha trabajado en pro de fortalecer este marco normativo. Aquí se identificaron los principales proyectos de ley: i) 150 de 2020 relacionado con la licencia de maternidad para contratistas; ii) 71 de 2020 por medio del cual se crea el fuero de cónyuge; iii) 129 de 2019 que propone crear la licencia parenteral compartida; iv) 067 de 2020 por medio del cual se establecen medidas orientadas a fortalecer la comunidad lactante; v) 129 de 2019 que actualmente cursa en el Senado, tiene como objetivo principal desarrollar y fomentar la práctica de lactancia materna como principal fuente de alimento de los infantes.

Respecto de la protección de la lactancia materna, se identificaron pronunciamientos jurisprudenciales que desarrollan la protección y la interpretación de este derecho, identificando cinco grandes temas: i) protección laboral reforzada frente a las diferentes formas de modalidad contractual, ii) protección al mínimo vital, iii) fuero de maternidad extendido a cónyuge, iv) Extensión Fuero de Maternidad a Madres Adoptantes y v) Salas de Lactante en el Entorno Laboral.

1.4. Instrumentos de política

Documentos de planeación o de política que definen la agenda de la política, las acciones prioritarias y las responsabilidades a los actores.

Los instrumentos de política tienen un doble carácter, lo que exige un abordaje independiente en el análisis institucional. Por un lado, pueden constituir reglas al tener carácter vinculante como es el caso de los planes de desarrollo (del nivel nacional o territorial); de otro, pueden ser analizados como escenarios de acción en tanto su elaboración está respaldada por una negociación entre actores (entidades nacionales, asambleas departamentales, concejos municipales).

En este orden, se presenta una identificación y caracterización de los instrumentos de política y su relación puntual con la política de LM.

1.4.1. Planes Nacionales de Desarrollo

Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 'Prosperidad para todos'

En este PND se abordan temas relacionados con la política de lactancia materna a través de la apuesta del Gobierno Nacional en este periodo, la estrategia 'De cero a siempre', liderada por el MSPS. En el marco de esta estrategia, se incluye la necesidad de incorporar componentes de salud, nutrición, educación inicial, cuidado y protección para la primera infancia. Adicionalmente, se identifican poblaciones que requieren estrategias diferenciadas en el marco de la atención integral a la primera infancia, a las madres lactantes y a los niños de 0 a 2 años (Gobierno de Colombia, 2011). Este PND menciona la implementación del PDLM 2010-2020 como una acción a desarrollar en el marco de la estrategia de promover el bienestar y una vida saludable.

Se identifican aquí algunas metas específicas relacionadas directa o indirectamente con la política de lactancia materna:

- Incrementar el número de niños que reciben atención integral por medio de la estrategia De Cero a Siempre:

Línea base (2010): 566.429; meta (2014): 1.200.000.

Sobre esta meta, se indica en el balance realizado por Sinergia, que fueron ofrecidos estos servicios de atención integral a 1.054.857 niños y niñas, por lo que la meta fue completada en un 87,9% (DNP, 2015).

- Aumentar número de Planes de Atención Integral a la primera infancia de entidades territoriales certificadas, implementados y evaluados:

Línea base (2010): 44 diseñados; meta (2014): 94 implementados y evaluados.

Sobre esta meta no se presentan resultados en el informe del DNP de 2015.

- Disminuir el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global:

Línea base (2010): 3,4%; meta (2014): 2,6%.

- Incrementar la duración de la lactancia materna exclusiva:
Línea base (2010): 1,8 meses; meta (2015): 3,8 meses.

Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 ‘Todos por un nuevo país’

Para este cuatrienio, el Gobierno Nacional planteó una serie de intervenciones relacionadas con la política de LM. En primera medida, en el marco del Programa para la Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional en la Primera Infancia, dirigido a promover cambios de comportamiento en la población frente a la alimentación y nutrición, se planteó la atención integral a las madres gestantes, a las mujeres en periodo de lactancia, y a los niños y niñas, para reducir las altas prevalencias de anemia nutricional en la primera infancia.

Adicionalmente, se planteó la promoción de prácticas de alimentación saludable durante el curso de vida y la lactancia materna como único alimento hasta los 6 meses de vida y con alimentos complementarios hasta los 2 años de edad. Esta promoción se planteó a partir de ciertas acciones específicas: i) el fortalecimiento de las estrategias de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ); ii) el seguimiento al cumplimiento del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna; iii) la implementación y seguimiento del Plan Decenal de Lactancia materna 2010-2020; y iv) la consolidación de la estrategia Bancos de Leche Humana y el método de madre canguro.

En cuanto a metas, se identificó únicamente un indicador de seguimiento quinquenal:

- Proporción de niños menores de 6 meses de edad que son alimentados exclusivamente con leche materna:
Línea base (2010): 42,8%; meta: 46,6 % (2015).

Plan Nacional de Desarrollo 2018- 2022 ‘Pacto por Colombia. Pacto por la equidad’

En el capítulo Pacto por la equidad, en la línea de acción ‘Primero las niñas y los niños: desarrollo integral desde la primera infancia hasta la adolescencia’, se identifica una serie de acciones dirigidas directamente a la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna: “consejería en alimentación del

lactante y niño pequeño; Salas Amigas de la Familia Lactante; promoción de las guías alimentarias basadas en alimentos para las mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia, niños y niñas menores de 2 años de edad; código internacional de sucedáneos; entre otras” (Gobierno de Colombia, 2019, pág. 319). Hace una mención sobre la necesidad de coordinar y apoyar estas actividades entre los diferentes niveles de gobierno, en torno a la gestión y planeación de la atención integral de la primera infancia, infancia y adolescencia.

Adicionalmente, se identifica una meta específica relacionada con LM:

- Porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses:
Línea base (2015) 36,1 %; meta (2022): 42,8 %; proyección a 2030: 51%.

1.4.2. Planes sectoriales

Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021

El PDSP 2012-2021 fue presentado como una apuesta política por la equidad en salud, su elaboración es resultado de un compromiso incluido en el PND 2010-2014. Sus objetivos generales son: i) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; ii) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; iii) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable (MSPS, 2012). Este Plan es el resultado de una apuesta multisectorial, con la participación de todos los ministerios y entidades del nivel nacional, liderado por el MSPS.

En lo relacionado con la política de LM, este Plan incorpora como meta:

- Incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses: Línea base (2005): mediana de 2,2 meses.

Adicionalmente, el plan incorpora una meta de gestión sobre el conocimiento de la política de humanización que implementa el sector salud. Para tal fin se plantea que para el año 2021 “las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes, reconocen los resultados de la política de humanización que implementa el sector salud” (MSPS, 2012).

Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012-2019

El PNSAN es el resultado de un compromiso definido en el documento CONPES 113 de 2008, el cual estableció la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) y determinó como una de las estrategias, la necesidad de construir y ejecutar un Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN). Los objetivos generales del PNSAN son: i) proteger a la población de las contingencias que conllevan a situaciones indeseables y socialmente inadmisibles como el hambre y la alimentación inadecuada; ii) asegurar a la población el acceso a los alimentos en forma oportuna, adecuada y de calidad; y iii) lograr la integración, articulación y coordinación de las diferentes intervenciones intersectoriales e interinstitucionales (Gobierno de Colombia, 2013).

Este Plan incorpora una estrategia específica sobre lactancia materna ‘Mejorar la práctica de la lactancia materna’ que se resume en las siguientes acciones:

- Fortalecimiento de habilidades y competencias para la implementación de la consejería en lactancia materna y prácticas adecuadas en alimentación infantil.
- Educación al personal de salud y estudiantes universitarios del área de salud, sobre el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con complementación alimentaria adecuada hasta los dos años de edad.
- Implementación y fortalecimiento de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI y el Método Madre Canguro.
- Fortalecimiento en la implementación de estrategias que contribuyan al acceso a la leche materna para niños y niñas en condición de vulnerabilidad.
- Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de acuerdo con los requisitos establecidos a nivel internacional.
- Establecimiento de estrategias adecuadas para el apoyo a la mujer gestante, que ayuden a la reducción de la prevalencia de bajo peso al nacer tales como, atención y apoyo nutricional a las mujeres gestantes.

- Estrategias de comunicación para la promoción de la lactancia materna diseñadas para diversos públicos y uso de todas las herramientas disponibles en la tecnología de la información y la comunicación.
- Establecimiento de alianzas empresariales e institucionales para la implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el ámbito laboral, que orienten y fortalezcan acciones de apoyo, promoción y protección de la lactancia materna.

Todas estas acciones se encuentran en línea con el PDLM 2010-2020. Se plantea también el compromiso del MSPS y del ICBF de fortalecer las acciones para la implementación efectiva de las estrategias complementarias en el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 en las entidades territoriales que lo soliciten.

Respecto a las metas específicas del PNSAN, se plantea incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva de menores de seis meses y con alimentación complementaria adecuada a 2015. Se toma como línea base un promedio de 1,8 meses en 2010. Adicionalmente, pone en evidencia que, si bien la duración había aumentado entre 1995 y 2005 (de 0,5 meses a 2,2 meses), en el periodo de 2005 a 2010, disminuyó al pasar de 2,2 a 1,8 meses.

Plan de Acción de Salud “Primeros Mil Días de Vida Colombia 2012–2021”

Este plan está liderado por el MSPS, con el apoyo de la OMS y la OPS, y se enmarca en las acciones definidas en el PDSP 2012-2021. Los objetivos de este plan son “garantizar la salud de la mujer en el ejercicio de su maternidad y la salud fetal, neonatal e infantil durante los primeros mil días de vida, con calidad, eficacia y continuidad, y acelerar los esfuerzos para cumplir con la meta de reducción de la mortalidad materna y neonatal fijada por el país a 2015, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública y de la Política Pública de Primera Infancia” (MSPS, 2012, pág. 96).

Este plan está organizado en cuatro grandes áreas estratégicas: i) fortalecimiento de la gestión de la política pública nacional y territorial para la salud en los primeros mil días de vida; ii) fortalecimiento de los servicios de salud materna e infantil y mejorar el acceso y la atención integral de la salud; iii) promoción de la participación de los hombres, familias y comunidades en la salud durante los Primeros Mil Días de Vida; y iv) gestión del conocimiento para los resultados en salud y la rendición de cuentas en los primeros mil días de vida.

Adicionalmente, identifica acciones basadas en evidencia científica dirigidas a la población, relacionadas con la lactancia materna:

- Contacto inmediato piel a piel al nacer.
- Inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora de nacido.
- Lactancia materna exclusiva por seis meses y continua hasta los dos años con alimentación complementaria adecuada.
- Alojamiento conjunto madre-recién nacido.
- Lactancia materna exclusiva por seis meses y continua hasta los dos años con alimentación complementaria adecuada.

Este plan no incorpora nuevas metas relacionadas con lactancia materna, hace referencia a la meta ya definida en el PDSP sobre aumento de la duración media en menores de 6 meses.

Política ‘De cero a siempre’

De Cero a Siempre es la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, que busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la Primera Infancia de Colombia. En agosto de 2016, se estableció como política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia (Ley 1804 de 2016). Esta política tiene su origen en el CONPES 109 de 2007 en el que se definió la política pública nacional de primera infancia. Esta política cuenta con una Ruta Integral de Atenciones, entre las que se incorporan las siguientes acciones directamente relacionadas con la lactancia materna:

- Orientar y acompañar a cada mujer gestante y su pareja o persona significativa en el proceso de gestación paso a paso, teniendo en cuenta los cambios físicos, la nutrición, los signos de alarma, la lactancia materna, el trabajo de parto, la relación con la pareja, la anticoncepción, etc.
- Orientar y acompañar a cada madre y padre y familia en la preparación de la mujer durante la gestación para la lactancia materna y los cuidados del bebé.

- Orientar y acompañar a cada madre, padre, familia y a las personas cuidadoras en la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y luego de forma combinada con la alimentación complementaria hasta los dos años; en la participación de la pareja y la familia en la generación de un ambiente favorecedor de esta práctica, y las posibles situaciones que puedan presentarse (CIPI, 2020).

1.4.2.1. Planes territoriales

A nivel territorial se analizaron dos instrumentos de planeación. En primer lugar, los Planes Territoriales de Salud (PTS) de los últimos tres periodos (2012-2015, 2016-2019, 2020-2023) de los 32 departamentos y cuatro distritos (Bogotá, Santa Marta, Cartagena y Buenaventura). En segundo lugar, para los casos en los que no se encontró un PTS, se analizaron los planes de desarrollo departamental o distrital según el caso. Con base en esta revisión, se analizó la inclusión del PDLM y de los temas de LM en estos instrumentos. Se destacan los siguientes hallazgos:

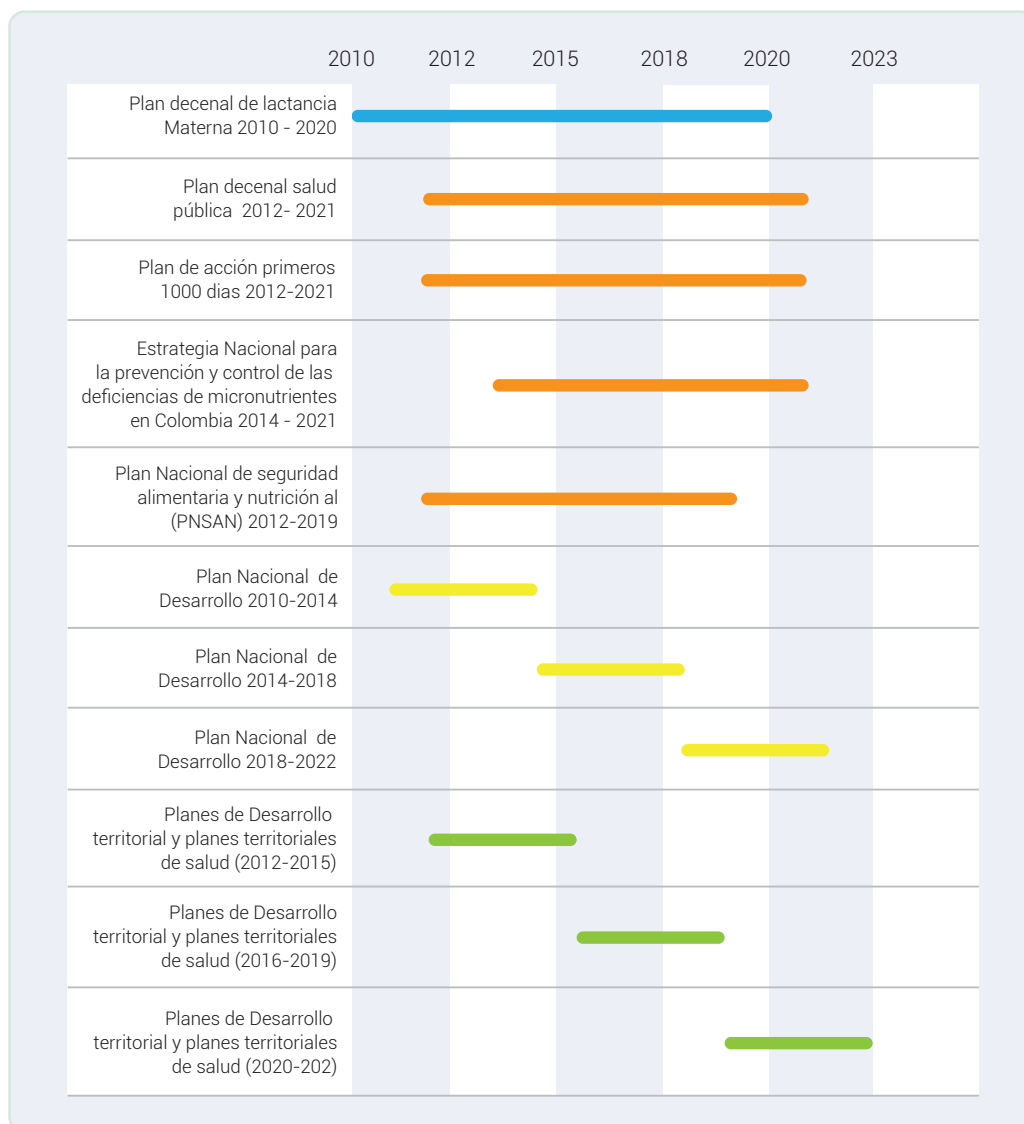
- En términos generales, la mayoría de los departamentos (75%) incorpora las temáticas relacionadas con la lactancia materna en el marco de la política de SAN; el departamento de Caquetá lo incluye en el marco de la línea de 'Bienestar y Protección a la Niñez, Infancia y Adolescencia'. Las modalidades de la incorporación de los temas de lactancia materna son:
 - En Meta se le otorga al sector nutrición la labor de impulso y vigilancia de la lactancia materna exclusiva teniendo un programa en salud denominado "seguridad alimentaria y nutricional con equidad e inclusión".
 - En Guainía, Guaviare y Norte de Santander se incluye dentro del marco de seguridad alimentaria y nutricional la importancia del consumo y aprovechamiento biológico de alimentos.
 - En Cauca, Córdoba, Magdalena, Putumayo y Vaupés tienen una dimensión específica de seguridad alimentaria en sus PDD o PTS, para subsanar la problemática de la desnutrición por medio de la promoción de la práctica de la lactancia materna

- En Arauca se hace hincapié en un sistema asistencial e intervencionista humanizado donde haya apoyo en acciones concretas que garanticen la Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- En Caquetá también se busca impactar de manera positiva las posibilidades laborales de los miembros cabezas de familia con el fin de favorecer la Seguridad Alimentaria y el aprovechamiento biológico y nutrición de los niños menores de cinco años y las mujeres en estado de gestación y lactancia.
- El 46,9 % de los departamentos incorpora e impulsa en sus PTS o PDD la estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia). En total son 15 entidades territoriales: Arauca, Caldas, Caquetá, Cauca, Cundinamarca, Guaviare, Guainía, Huila, La Guajira, Nariño, Putumayo, Santander, Sucre, Valle del Cauca y Vaupés.
- Cuatro departamentos tienen como directriz la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) para hacer frente a las enfermedades de la niñez. Esto equivale al 12,5% de los departamentos nacionales: Caldas, La Guajira, Magdalena y Santander. Tres departamentos mencionan ambas estrategias: Caldas, La Guajira y Santander.
- El 25% (8 departamentos) hace alusión directa a procesos comunitarios en torno a la salud pública y la lactancia materna como una arista de esta. Se destacan las acciones planteadas por el departamento de Magdalena, que traza como meta que el 100 % de los municipios cuente con procesos comunitarios conformados frente a la lactancia materna y propone consolidar el Comité de lactancia materna de la Región Caribe. De igual forma, Santander enuncia una especial atención en los agentes educativos, tales como las madres comunitarias de la red de protección de bienestar familiar, similar a lo postulado por el departamento de Caquetá sobre las acciones comunitarias para la promoción de la lactancia materna exclusiva.
- En el Distrito de Buenaventura y el Departamento de Casanare no se encontraron menciones sobre la política de LM en sus documentos de planeación.

- En cuatro departamentos se aborda la lactancia materna en la parte diagnóstica de sus documentos de planeación (Chocó, Córdoba, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Sucre). Es decir, aunque identifican el tema no plantean acciones específicas para su abordaje.
- En 17 departamentos (Arauca, Atlántico, Boyacá, Caquetá, Cauca, César, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Guainía, Guaviare, Sucre, Valle del Cauca y Vichada) se trazan metas en torno a la lactancia materna exclusiva. Estas metas se concentran en el incremento de la duración de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses, y en casos puntuales plantean la realización de acciones comunitarias para la promoción de la lactancia materna exclusiva o el aumento del porcentaje de mujeres lactantes.
- En los distritos de Bogotá, Santa Marta y Cartagena, sus planes de desarrollo distrital incorporan la promoción de la lactancia materna exclusiva, los tres distritos mencionan metas específicas en esta materia.
- Otros instrumentos de política del nivel nacional son parcialmente utilizados por parte de las entidades territoriales como referentes sobre lactancia materna. En La Guajira se menciona el PNSAN y el PDSP³⁹ en lo relacionado con el objetivo de reducción de la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años, donde se hace una mención a la lactancia materna y la alimentación complementaria en lactantes y niños menores de 2 años.
- En 10 de los departamentos se incorporan aspectos relacionados con el enfoque diferencial o étnico en sus estrategias relacionadas con la política de lactancia materna. Los departamentos de Amazonas, Atlántico y La Guajira son explícitos al incorporar el enfoque étnico diferencial.

39 Otros cinco departamentos también mencionan el PDSP: Atlántico, César, Huila, La Guajira, Magdalena y Risaralda.

Ilustración 13. Instrumentos de planeación y de política relacionados con la política de LM



Fuente: elaboración propia (2020)

La Ilustración 13 muestra la vigencia y simultaneidad de los principales instrumentos de política consultados para este análisis. Este análisis se concentra en los documentos posteriores al PDLM 2010-2020. En general, respecto a los planes sectoriales relacionados con salud y de seguridad alimentaria y nutricional se identificó una incorporación clara de la política

de LM. La relativa cercanía temporal con el Plan Decenal de Salud Pública y el PNSAN 2012-2019 permitió que el PDLM fuera contemplado dentro de los insumos para su elaboración. De igual forma, las acciones y metas planteadas pueden considerarse sintonizadas con las planteadas en el PDLM 2010-2020.

De otra parte, en los instrumentos de planeación nacional y territorial se identificó una incorporación parcial en cada uno de los tres periodos analizados. Para el caso de los PND, se identificó que en el primer periodo hay una mención directa al PDLM 2010-2020, en los siguientes, este documento no parece haber sido tomado como referencia en la definición de las estrategias relacionadas. El PND 2010-2014, adicionalmente, cuenta con metas e indicadores relacionados y hace referencia explícita a los programas o políticas por medio de los cuales se les dará cumplimiento; por ejemplo, a la política 'De Cero a Siempre'. Si bien, en los planes posteriores de 2014 y 2018 se identificaron acciones y metas en materia de lactancia materna, estas se concentran en su promoción con énfasis en los primeros seis meses de vida.

Respecto a los instrumentos de planeación territorial (PTS y PDT), se identifica una incorporación de los temas de lactancia materna de manera heterogénea en los tres periodos analizados. Si bien la mayor parte de los departamentos incorporan la lactancia materna dentro de sus documentos de planeación y buena parte de ellos han incorporado metas específicas al respecto, no se identifica que el PDLM sea un instrumento que sea utilizado como referente más allá de menciones muy puntuales y minoritarias.

1.5. Síntesis de la situación institucional y de la estructura de gobierno de la política de LM

La aproximación a la política de LM a través de estos cuatro elementos (actores, escenarios de acción, normas e instrumentos de política) permite identificar las características principales de su situación institucional y su estructura de gobierno. También permiten reconocer las modalidades a través de las cuales los temas relacionados con la lactancia materna han sido incorporados en las funciones y oferta de los actores que intervienen en el desarrollo normativo y en los instrumentos de política de los diferentes niveles. En el nivel nacional, se confirma el carácter intersectorial de la política de LM porque en ella intervienen activamente los siguientes sectores: salud y protección social, inclusión social y reconciliación, trabajo y Presidencia.

En cuanto al sector salud, el rol de rectoría que tiene el MSPS en el nivel nacional es claro y actúa como líder de la formulación de políticas que abordan los temas de lactancia materna. Principalmente se hace referencia al PDSP 2012-2021 y al Plan de Acción de Salud: “Primeros Mil Días de Vida Colombia 2012–2021”, donde se identifica la meta de incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses. Desde su competencia de rectoría de la política de salud y protección social, el MSPS asume efectivamente la función de fijar las reglas del sistema, supervisar su desempeño, y hacer cumplir las normas y estándares; en la práctica, la apuesta del sector en esta materia es la estrategia IAMI. De igual forma, en el marco de la ruta materno perinatal de las RIAS, se identificaron acciones específicas de atención en salud que adoptan y respaldan la lactancia materna en intervenciones individuales y colectivas, con énfasis en la pedagogía sobre esta actividad. Desde las competencias en temas de salud pública, el MSPS también lidera la definición de los estándares de nutrición y salud, los ambientes sanos desde la gestación hasta los 6 años, la prevención y atención a la enfermedad y el impulso de prácticas de vida saludable.

En segundo lugar, liderada por la Presidencia y estrechamente relacionado con el sector de la inclusión social y la reconciliación, en la política de primera infancia se destaca la decisión de definir la estrategia ‘De cero a siempre’ como política de Estado. Esta decisión, además de ser un respaldo político, incorpora un sistema de gobernanza interno como lo es la CIPI que, al ser presidida por la Presidencia de la República —a través de la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia— ha generado dinámicas positivas en la definición de competencias de los sectores involucrados. En el marco de esta política, se identificó una ruta de acciones específicas, en la cual varias están dirigidas a la promoción de la protección de la lactancia materna, así como a otros elementos orientados al acompañamiento de la madre gestante y/o lactante y sus familias.

En tercer lugar, en la política de SAN se identifica una articulación compleja de los esfuerzos que hacen varias entidades. De un lado, desde el sector de inclusión social, Prosperidad Social actúa como cabeza de sector, cuenta con una oferta específica sobre esta materia y lidera la estrategia de superación de la pobreza. Adicionalmente, el ICBF, gracias a su estructura desconcentrada, cuenta con una presencia territorial importante y actúa diferenciadamente en los territorios. Dado que la CISAN, como instancia de

articulación intersectorial, tiene presidencia rotativa cada dos años entre el MSPS y el MADR, esta intermitencia puede generar falta de continuidad en su gestión e incorporar un factor de complejidad que impide la consolidación de su agenda específica.

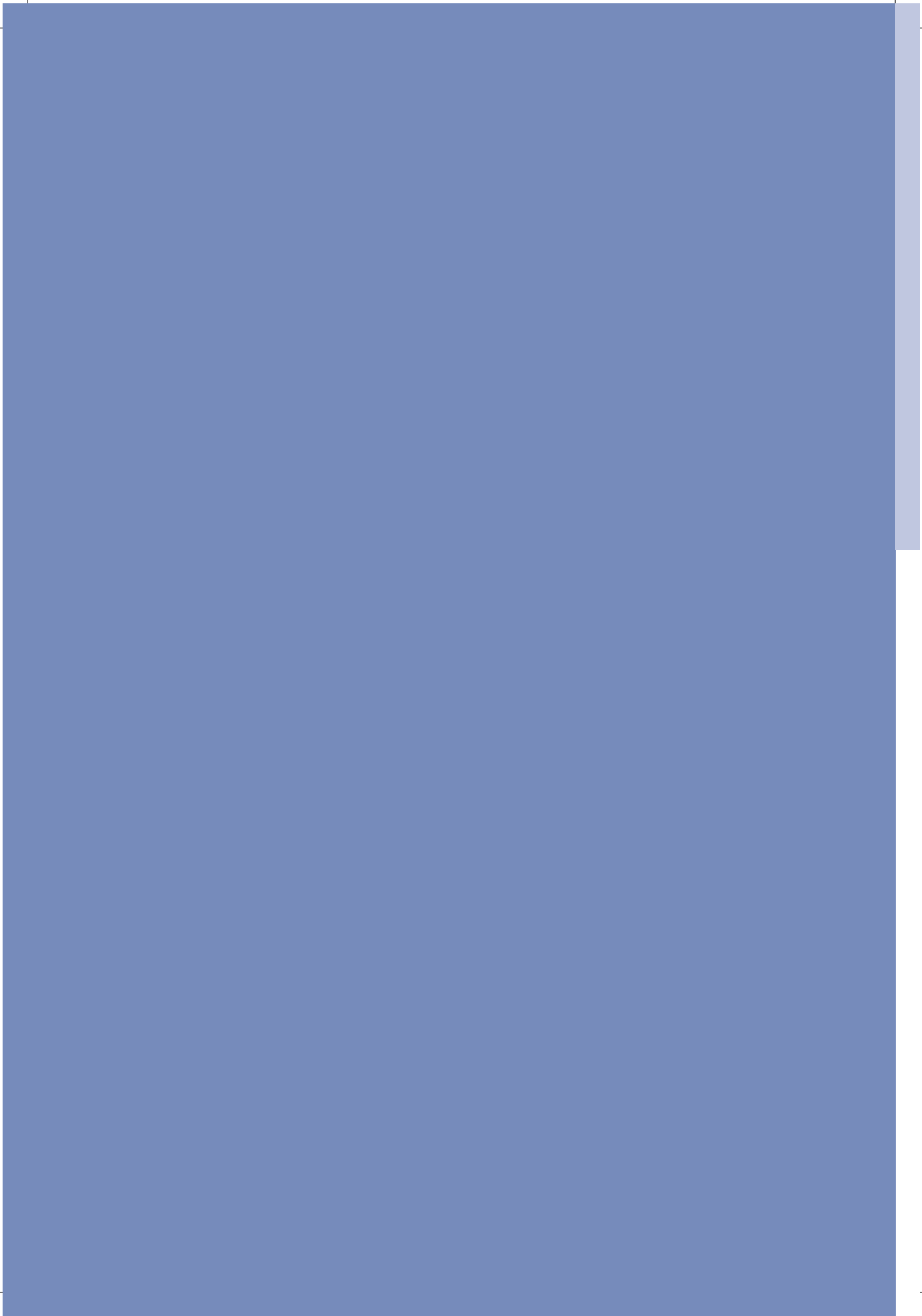
Finalmente, los temas relacionados con trabajo decente en el nivel nacional son competencia del Ministerio de Trabajo. La tipificación del desarrollo normativo permitió identificar que en la última década dos leyes han reformado el Código sustantivo del trabajo para extender el número de semanas de licencia de maternidad, entre otras medidas positivas; así como otros avances normativos sobre promoción de la lactancia materna. Sin embargo, falta profundizar en el abordaje al interior de MinTrabajo a esta materia, al no participar de la CIPI ni de la CISAN. No se identifica una articulación de este componente con el resto de la política.

Respecto a los instrumentos de planeación nacionales, se identifica en primera medida que en los tres últimos PND se incorporaron de manera clara la política de LM, con metas e indicadores concentrados en el aumento de la lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida. Su abordaje, sin embargo, es diferente en cada plan y el PDLM solo fue tomado como referencia directa en el PND 2010-2014. De igual forma, la lactancia materna es incorporada efectivamente en otros instrumentos de planeación sectoriales, principalmente del sector salud.

En el nivel territorial, la política de LM aparece de manera heterogénea. Si bien se identifica que los temas relacionados con lactancia materna están incorporados en los planes de desarrollo territorial, esta incorporación no es uniforme y en muchos casos puede considerarse insuficiente, como en los departamentos en los que se menciona en el diagnóstico, pero no se traduce en estrategias y metas específicas. De otro lado, en los comités territoriales se identifica una tendencia a abordar estas temáticas en los comités de seguridad alimentaria y nutricional (excepto Bogotá, Cali y Regional del Caribe), lo cual puede implicar que no todos los componentes de la política tengan un correcto abordaje.

Teniendo en cuenta lo anterior, se confirma el carácter intersectorial de la política de LM. Este funcionamiento no es una particularidad del caso colombiano, se identificó que los organismos internacionales lo hacen de la misma manera. Sin embargo, deben realizarse esfuerzos desde las entidades para que esta intersectorialidad no se convierta en fragmentación de la política.

Para tal fin, la estructura de gobierno cuenta con instancias intersectoriales, como lo son la CIPI y la CISAN, así como comités para temas más específicos. Estas instancias intersectoriales deben ser respaldadas y promovidas como los espacios de toma de decisión sobre asuntos estratégicos de la política de LM, con el fin de coordinar esfuerzos y buscar complementariedad entre las acciones que se adelanten desde cada entidad. En el capítulo siguiente se profundiza en estos y otros elementos con la intención de desarrollar el abordaje de la política de LM y su gobernanza en diferentes niveles de análisis.



02

Análisis de gobernanza de la política de LM y las políticas relacionadas con la atención integral de la primera infancia

El análisis de la gobernanza está estrechamente relacionado con el análisis institucional y se organiza en función de la identificación de su estructura de gobierno. La gobernanza, en su sentido más amplio, puede definirse como el proceso mediante el cual se define, aplica, interpreta y reforma el repertorio de reglas, normas y estrategias que guían el comportamiento dentro de un ámbito dado de interacciones políticas (Whittingham, 2010).

Este concepto trasciende los análisis a los gobiernos y se puede aplicar a organizaciones privadas, no gubernamentales y a políticas públicas concretas. En este estudio se aplicó la gobernanza entendida como: “la posibilidad de acordar reglas del juego que permitan la consolidación ordenada de estos consensos y garanticen su estabilidad”, lo que implica “recoger demandas, acceso a la información, transparencia de los procesos, rendición de cuentas, evaluación y control ciudadano de las políticas públicas” (Celedón & Orellana, 2003, pág. 2).

Al igual que en el análisis institucional, la base metodológica del análisis de gobernanza fue el marco de IAD desarrollado por Ostrom. El abordaje se hizo en tres niveles, entendiendo que la gobernanza no es estática y puede variar en función de temas y espacios específicos, de la siguiente manera: nivel macro para la situación constitucional e internacional; nivel meso para

las situaciones de elección colectiva y de diseño de política; y nivel micro para las situaciones operacionales y territoriales. Los hallazgos principales para estos tres niveles se presentan en las siguientes secciones.

2.1. Nivel macro: situaciones de connotación internacional y constitucional

Para identificar la trayectoria de los temas relacionados con la política de lactancia materna en este nivel, la fuente es el normograma en lo correspondiente a la normativa internacional y constitucional. Esta revisión permitió identificar como punto de partida, la declaración de Ginebra de 1924 desde la cual se ha propendido por establecer derechos específicos para los niños y la declaración Universal de los Derechos humanos, que incluye apartes específicos relacionados con el cuidado de la maternidad y la infancia. Lo anterior permitió allanar el terreno para la Declaración de los derechos del niño realizada en 1959, que estableció la especial protección y cuidado, tanto antes como después del nacimiento.

Posteriormente se han dado varias iniciativas y planes mundiales para la defensa de la atención materno infantil, la alimentación y la nutrición que buscan comprometer a los diferentes países y a la sociedad en general en alcanzar el acceso a salud con equidad especialmente para la materna y los niños. Un paso importante a nivel internacional fue la creación de la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI, en 1989, con la declaración conjunta UNICEF-OMS, que busca motivar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en mejorar las prácticas de atención a la población materno infantil. En el mismo año, se promulgó el Tratado de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño, dentro del cual se promueven las ventajas de la lactancia materna.

En los 90, la protección, promoción y fomento de la lactancia materna se consolidaron y lograron tener relevancia a nivel mundial, instando a todos los países a que refuercen la cultura de la lactancia materna y se vuelva política de Estado. A nivel laboral, la Organización Internacional del Trabajo ha promovido la protección de la maternidad, la seguridad de las madres y del niño teniendo en cuenta la diversidad económica y social de cada país. En el 2000, la OIT insta a los Estados a avanzar en tres pilares fundamentales: (i) conceder mínimo 18 semanas de licencia, (ii) que los pagos no sean inferiores al salario percibido antes del inicio de la licencia y (iii) la garantía de que toda mujer pueda acceder a la atención del parto y posparto.

Desde 2002, la OMS recomendó a los Estados Miembros ayudar a las mujeres mediante la adecuación en el lugar de trabajo de instalaciones para extraer y almacenar la leche materna y tiempo para el amamantamiento.

En Colombia, la Constitución Política de 1991 establece la protección a la mujer en embarazo y reconoce los derechos fundamentales de los niños. Dentro de las iniciativas legislativas identificadas se encontró una única propuesta de modificación de este rango. Se trata del proyecto de acto legislativo que se encuentra cursando en el Senado de la República, por el cual se propone incluir que: “El Estado garantizará el derecho a la alimentación adecuada y a estar protegido contra el hambre y la desnutrición. Asimismo, garantizará condiciones de seguridad y soberanía alimentaria en todo el territorio nacional”, en el artículo 65 de la Constitución Política.

Salvo esta última excepción, en el nivel internacional y constitucional, el marco para el desarrollo de la política de lactancia materna está claramente definido y no se identificaron situaciones de debate o de disputa. Por lo cual, se infiere que tanto la Constitución Política de 1991 como los tratados internacionales ratificados por Colombia se enmarcan dentro de lo definido para la protección de la niñez y la lactancia materna, entendida como una práctica con la cual las organizaciones internacionales se encuentran comprometidas en su promoción y la definición de acciones para su protección.

2.2. Nivel meso: situaciones de elección colectiva

2.2.1. Análisis de la expedición de leyes y los pronunciamientos judiciales relacionados con la política de LM

De acuerdo con las directrices promulgadas a nivel internacional y en la misma Constitución Política, Colombia ha realizado esfuerzos importantes en fortalecer el marco normativo en lo relacionado con las maternas y los niños. A partir de la década de los 90 se han expedido varias normas que buscan regular no solo la atención en salud a este grupo poblacional, sino proteger y promover la práctica de la lactancia a nivel laboral y social.

En la Ley 100 de 1993, la cual creó el sistema de seguridad integral, se dieron garantías a las embarazadas y madres lactantes, se incluyó la maternidad en el POS, se dio prioridad a la atención materno infantil y a la lactancia materna. Asimismo, se estableció que las cajas, fondos y entidades del sector público deberán financiar y administrar de forma independiente y en cuentas separadas el régimen de amparo a la maternidad.

En concordancia con lo anterior, la Corte Constitucional ratificó que existen otras medidas vigentes en el ordenamiento jurídico que protegen los derechos a la salud y al mínimo vital de las mujeres gestantes y lactantes y de los hijos a su cargo (en la sentencia de unificación 075 de 2018). La Corte señaló que tanto las mujeres embarazadas como los niños menores de un año pueden ser beneficiarios de otro familiar afiliado al Régimen Contributivo y, en todo caso deben ser atendidos por el régimen subsidiado cuando no cuentan con recursos económicos para acceder al sistema como cotizantes independientes (Ley 100 de 1993, artículo 157). Asimismo, la Corte estimó que existen diversas alternativas de protección, en particular, el subsidio alimentario que se encuentra a cargo del ICBF (según la Ley 100 de 1993), así como los mecanismos de subsidio al desempleo (Ley 1636 de 2013). De este modo, se desarrolla el mandato de la Constitución que dispone que la mujer durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada (Constitución Política, artículo 43).

En el país se han mejorado las condiciones en las cuales las familias viven la maternidad y el período de lactancia materna. En materia de legislación laboral se han expedido diversas normas ampliando los derechos laborales. Las principales regulaciones han sido en relación con la licencia en la época del parto e incentivos para la adecuada atención y cuidado del recién nacido, descanso remunerado durante la lactancia y la prohibición de despido por causa de embarazo o lactancia (en los artículos 236, 238 y 239 del Código Sustantivo del Trabajo). También, se ha reconocido la licencia del padre de 8 días hábiles (Ley 755 de 2002), se ha incrementado la licencia de maternidad de 12 a 14 semanas (Ley 1468 de 2011) y se ha extendido la licencia a 18 semanas (Ley 1822 de 2017), en consonancia con lo dispuesto por la Organización Internacional del Trabajo (en el Convenio 183 de 2000).

En materia de la protección laboral reforzada para mujeres, la Corte Constitucional analizó 33 casos en los cuales el factor común era que las accionantes eran mujeres en estado de embarazo o en período de lactancia que fueron desvinculadas de sus actividades laborales y por ello solicitaron a los jueces de tutela la protección laboral reforzada constitucional a la que tienen derecho por su condición particular (sentencia SU-070 de 2013). En este caso, la Corte procedió a establecer criterios que tienen en consideración el conocimiento del embarazo por parte del empleador y la modalidad de

trabajo, recalcando que para despedir a una mujer en estas circunstancias el empleador debe demostrar que media una justa causa y contar con el permiso de la autoridad administrativa competente. Las medidas de protección adoptadas consisten en el reconocimiento de las prestaciones en materia de seguridad social en salud hasta el momento en que la mujer adquiera el derecho al reclamo de la prestación económica de la licencia de maternidad; la orden de reintegro de la mujer embarazada o la renovación de su contrato, siempre que sea posible; y en algunos casos, la indemnización prevista en el artículo 239 del CST.

Finalmente, la Corte indicó que toda trabajadora que se encuentre vinculada en cualquier modalidad de contratación ya sea contrato a término indefinido, a término fijo, por obra o labor y vinculaciones por relación legal o reglamentaria están sujetos a esta protección. La Corte Constitucional afirma que la estabilidad laboral procede cuando: se demuestra: a) la existencia de una relación laboral o de prestación y b) que la mujer se encontraba en estado de embarazo o dentro de los tres meses siguiente al parto, en vigencia de dicha relación laboral o de prestación de servicios (Corte Constitucional, sentencia SU- 070, 2013). En relación con las mujeres vinculadas mediante contrato de prestación de servicios, explica: la trabajadora gestante o lactante que haya estado vinculada mediante un contrato de prestación de servicios y logre demostrarse la existencia de un contrato real, se deberán aplicar las reglas propuestas para los contratos a término fijo, en razón a que dentro de las características del contrato de prestación de servicios, se encuentran que se trata de un contrato temporal, cuya duración es por un tiempo limitado, que es además el indispensable para ejecutar el objeto contractual convenido (Corte Constitucional, sentencia SU- 070, 2013).

La Corte Constitucional estudió tres acciones de tutela presentadas por mujeres embarazadas, quienes consideraban que la terminación unilateral de sus contratos laborales vulneraba sus derechos fundamentales al trabajo, a la estabilidad laboral reforzada, a la salud y a la igualdad. En todos los casos, los empleadores son empresas privadas que argumentaron que desconocían la condición de gestantes de sus trabajadoras al momento de su desvinculación (sentencia de unificación 075 de 2018). En este caso, la Corte Constitucional mantuvo el precedente en relación con la estabilidad laboral reforzada de mujeres embarazadas (establecido en la Sentencia SU-070 de 2013) No obstante, modificó su jurisprudencia respecto de los deberes del

empleador cuando desvincula a una trabajadora, por cualquier causa, sin conocer su estado de embarazo. La regla jurisprudencial anterior imponía a los empleadores la obligación de pagar las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud hasta el momento del parto y, en algunos casos, la licencia de maternidad. Sin embargo, la Sala Plena consideró que dicha regla era contraria a los valores, objetivos, principios y derechos en los que se funda el ordenamiento jurídico, porque establecía una carga desproporcionada para el empleador pese a que su actuación no había sido motivada en criterios discriminatorios. Por ende, concluyó que se desincentivaba la contratación de mujeres en edad reproductiva, lo cual implicaba una mayor discriminación para aquellas en el ámbito laboral.

Es decir, la Sala Plena reiteró la jurisprudencia establecida (Sentencia SU-070 de 2013), aunque estimó necesario modificar el precedente únicamente en los supuestos en los que el empleador no tiene conocimiento del embarazo de la trabajadora al momento de su despido, en los contratos y relaciones laborales subordinadas. De este modo, cuando se demuestra en el proceso de tutela que el empleador no tiene conocimiento sobre el estado de gravidez, con independencia de que se haya aducido justa causa, no debe sufragar las cotizaciones requeridas para que la empleada tenga derecho a acceder a la licencia de maternidad. Tampoco debe pagar dicha prestación económica como medida sustitutiva, ni está obligado a reintegrar a la trabajadora desvinculada laboralmente.

Para tratar de llenar el vacío que existe frente a la licencia de maternidad de mujeres contratistas, actualmente se encuentra cursando en la Cámara de Representantes un proyecto de ley que busca que siempre exista una estabilidad laboral para la mujer gestante que esté vinculada por medio de contratos civiles (proyecto de ley 150 de 2020). Este proyecto de ley tiene presente que la mujer en gestación bajo la figura de la prestación de servicio no está cobijada por el código sustantivo de trabajo, pues su vinculación está regulada por el Derecho Civil.

En relación con la licencia a madres o padres adoptantes, la Corte Constitucional, respecto del fuero de maternidad de una madre adoptante, dijo: "(...) Desde esta perspectiva, una discusión como la propuesta por la accionante, desborda el ámbito de competencia del juez administrativo, al involucrar una controversia con una clara dimensión constitucional que no ha sido objeto de precisión por parte del legislador, relacionada con la extensión

o no del fuero de maternidad para el caso de las madres adoptantes, con anterioridad al momento de la entrega oficial del menor de edad que es dado en adopción. El conflicto propuesto implica entonces realizar un examen, desde la órbita constitucional y no legal, de la premisa consagrada en el numeral 4 del artículo 236 del CST, conforme a la cual se extiende a las madres adoptantes la protección que se otorga a las mujeres embarazadas y en período de lactancia, equiparando la fecha del parto con la fecha de la entrega oficial del niño, niña o adolescente que se adopta, a partir de los mandatos superiores que justifican la especial protección de la maternidad, incluyendo el derecho a la igualdad” (Sentencia de tutela N°. 449/2017, 2017). En 2018, se desarrolló normativamente este vacío legal y se estableció que el padre y la madre adoptantes de un menor tendrán derecho al disfrute y pago de la licencia de maternidad (Ley 1878 de 2018).

Otro tema importante sobre el cual la Corte Constitucional se ha pronunciado es sobre el fuero de maternidad extendido al cónyuge. La Corte declaró la exequibilidad condicionada del artículo 239 del Código Sustantivo del Trabajo, en el entendido que la prohibición de despido y la exigencia de permiso para llevarlo a cabo, se extienden al (la) trabajador(a) que tenga la condición de cónyuge, compañero(a) permanente o pareja de la mujer en período de embarazo o lactancia, que sea beneficiaria de aquel(la) (en sentencia 005 de 2017).

Al respecto, el proyecto de ley N° 71 de 2020 por medio del cual se crea el fuero del cónyuge, busca garantizar en cabeza de uno de los padres de familia, el sustento necesario para la manutención del que está por nacer y de los niños y niñas que hacen parte del núcleo familiar. Este proyecto busca prohibir el despido o desvinculación sin justa causa y previa autorización del inspector de trabajo de todo(a) trabajador(a) o funcionario(a), padre o madre de familia, cuyo cónyuge, compañero o compañera permanente se encuentre desempleado(a) y dentro de su núcleo familiar haya, por lo menos, un hijo o hija, mutuo o no, entre 0 y los 12 años, o, por lo menos, un hijo o hija, mutuo o no, en situación de discapacidad.

En el Senado se discute el proyecto de Ley N° 188-2018 por medio del cual se modifican los artículos 239 y 240 del CST, con el fin de darle protección a la mujer embarazada trabajadora, ampliando de 3 a 6 meses la estabilidad laboral reforzada de mujeres lactantes e incluir el fuero de paternidad para el trabajador cuyo cónyuge, pareja o compañera permanente se encuentre en

estado de embarazo o lactancia y no tenga empleo formal, hasta los 6 meses posteriores al parto.

Con respecto a la salud y la nutrición de los niños, el Código de la infancia y la adolescencia consagra que las niñas, niños y los adolescentes tienen derecho a los alimentos y demás medios para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social, de acuerdo con la capacidad económica del alimentante (Ley 1098 de 2006, artículo 24). Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica, recreación, educación o instrucción y, en general, todo lo que es necesario para el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. Los alimentos comprenden la obligación de proporcionar a la madre los gastos de embarazo y parto. Entre las obligaciones del Estado, se encuentran: el apoyo a las familias para que estas puedan asegurarles a sus hijos e hijas desde su gestación los alimentos necesarios para su desarrollo físico, psicológico e intelectual; la cobertura y calidad de la atención a las mujeres gestantes y durante el parto, así como de manera integral durante los primeros cinco años de vida del niño, mediante servicios y programas de atención gratuita de calidad, y, por último, la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil, así como la prevención y erradicación de la desnutrición, especialmente en los menores de cinco años; aspectos que favorecen la lactancia materna (Ley 1098 de 2006, artículo 40).

En 2016, se dio otro gran aporte al fortalecimiento y promoción de la lactancia materna toda vez que se desarrolló un estructurante relacionado con la salud y nutrición donde un eje muy importante es el de lactancia materna (Ley 1804 de 2016).

Respecto a lo señalado por la OMS, en 2002, en el sentido de preparar en el lugar de trabajo instalaciones adecuadas para extraer y almacenar la leche materna, en Colombia se establecieron las Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas (Ley 1823 de 2017).

No obstante, varios ciudadanos han demandado la citada norma, para eliminar la diferencia entre las empresas con capitales inferiores a 1.500 SMLMV que tienen la obligación de adecuar un espacio para instalar salas de lactancia con fundamento en el número de empleadas que laboran en las mismas y, las que tienen ese mismo capital, pero no alcanzan el número de empleadas señalado en la ley, considerando que esto viola el derecho a la

igualdad y el deber de protección a las mujeres lactantes, pues negarles este beneficio deriva en un trato discriminatorio, asimismo se alega que con esta norma se está violando el derecho a la igualdad. Según los peticionarios la trasgresión de esta garantía se da porque a unas madres lactantes se les protege el derecho a lactar a sus hijos en condiciones privilegiadas, mientras que otras madres no tienen ninguna posibilidad de acceder por laborar en empresas privadas situadas por debajo del límite fijado en el precepto objeto de censura, empresas sobre las que presuntamente no recae obligación alguna de procurar un espacio apto para la extracción y adecuada conservación de la leche materna. No obstante, al respecto la Corte ha considerado que los argumentos no son lo suficientemente estructurados por lo cual se ha abstenido de pronunciarse (según las sentencias de constitucionalidad 118 de 2020 y 142 de 2018).

De otra parte, si bien se ha avanzado en desarrollos normativos importantes, se debe regular el tema sancionatorio para los que incumplan las disposiciones establecidas para la comercialización de sucedáneos de la leche materna. En este sentido, en el Senado se discute un proyecto de ley que busca desarrollar y fomentar la práctica de lactancia materna como principal fuente de alimento de los infantes y de esta forma impactar en la comercialización de productos sucedáneos de la leche materna, a fin de que se informe su valor nutricional por parte de los agentes del mercado y los participantes del Sistema General de Salud (proyecto de ley 129 de 2019).

Otra iniciativa legislativa importante que regula en parte el tema de los sucedáneos es la Ley Gloria Ochoa, que regula la comercialización y distribución de todo producto que sea utilizado para la alimentación de lactantes y niños pequeños de hasta 36 meses, mujeres gestantes y en periodo de lactancia. Según esta propuesta, todas las IPS del país tanto públicas como privadas deben estar certificadas como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI). Adicionalmente, este proyecto de ley Gloria Ochoa tiene entre sus objetivos lograr una nutrición segura, adecuada, equilibrada y suficiente, fomentar la alimentación saludable, prevenir el sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles,

Como se mencionó anteriormente, en el PND 2018-2022 *Pacto por Colombia, pacto por la equidad*, en el marco de la estrategia de Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición ‘ciudadanos con mentes y cuerpos sanos’, se estableció como reto la promoción de la lactancia materna y una

alimentación complementaria adecuada por lo cual se propuso emprender acciones para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y fomento de la alimentación complementaria adecuada.

Al respecto, adicional a la oferta relacionada de las entidades nacionales involucradas se identifican algunas estrategias de articulación, como lo es la 'Gran Alianza por la Nutrición', liderada desde la Presidencia de la República, la cual se desarrolla más adelante.

Sobre la promoción y el apoyo de la lactancia materna, en la Cámara de representantes está cursando un proyecto de ley que tiene como finalidad fortalecer la comunidad lactante (madres y bebés, redes de apoyo, padres, familiares, profesionales y agentes del sistema de salud) y la promoción de la lactancia materna en el territorio nacional (proyecto de ley 067 de 2020)

De acuerdo con lo descrito anteriormente, se evidencia que en Colombia se viene realizando importantes esfuerzos en materia normativa, jurisprudencial y de iniciativas legislativas para acoger las recomendaciones internacionales sobre: i) la protección a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto; ii) garantizar que los niños cuenten con una adecuada atención en salud, alimentación y nutrición para garantizar su desarrollo físico, psicológico e intelectual; y iii) tratar de mejorar las condiciones del entorno familiar. Este análisis también identifica las posiciones que ha defendido la Corte Constitucional en lo relacionado con la protección de los derechos, principalmente, de las mujeres lactantes. De igual forma, las propuestas legislativas que fueron identificadas evidencian la voluntad política de desarrollar los temas relacionados con la política de LM; no obstante, aún quedan esfuerzos por realizar en pro de consolidar este marco normativo.

Ilustración 14. Iniciativas legislativas que se encuentran cursando actualmente en el Congreso de la República

ASPECTOS GENERALES	ASPECTOS LABORALES
<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de ley 067/2020: Por medio de la cual establecen medidas orientadas a fortalecer la comunidad lactante (Madres y bebés, redes de apoyo, padres y familiares y profesionales y agentes del sistema de salud), la promoción de la lactancia materna en el territorio nacional. • Proyecto de ley 29/2020: Por medio de la cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno. • Proyecto de ley Orgánica No. 191 de 2020: Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto digno, respetado y humanizado. • Proyecto de ley 126/2019: Se incluye en la normatividad colombiana el concepto de familia múltiple, a fin de extender, priorizar y mejorar la atención del estado de todas las etapas pre y posnatal, a lo largo de la primera infancia, adolescencia y juventud de los hijos de las familias que ostentan esta calidad. • Proyecto de ley 129/2019: Por medio del cual se protege y se incentiva la lactancia materna y las prácticas óptimas de alimentación infantil. Ley Gloria Ochoa Parra 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de ley No. 150/2020: Se establece el fuero materno para contratistas del sector público. • Proyecto de ley No. 115/2020: Se establece la licencia de maternidad para los miembros de corporaciones de elección popular (Diputadas, concejales, Edilesas). • Proyecto de ley No. 129/2020: Por medio de la cual se crea la licencia parental compartida, la licencia parental flexible de tiempo parcial y el fuero de protección parental. • Proyecto de ley No. 71/2020: Por medio de la cual se establece el fuero de cónyuge, compañero o compañera, permanente en condición de desempleado y se dictan otras disposiciones. • Proyecto de ley No. 188/2019: Pretende ampliar de 3 a 6 meses la estabilidad laboral reforzada de mujeres lactantes.

Fuente: elaboración propia (2020)

2.2.2 Entrevistas a actores del nivel nacional y territorial

Con base en las entrevistas adelantadas, se realizó una lectura de los temas relacionados con la institucionalidad de la política de LM. Al respecto, se identificaron cuatro características relacionadas con las instituciones e instancias que permiten ver en detalle la manera en que los actores interactúan en este nivel de análisis.

El rol del MSPS

En su entrevista, el MSPS fue claro en definir el papel que desempeña en la política de lactancia materna. Partiendo de su rol de director de la política de asuntos de nutrición desde el marco político general hasta la implementación a nivel territorial. Al respecto, para los temas de lactancia materna, indica que dentro de sus funciones está la de mantener actualizada la evidencia acerca de los efectos de la lactancia materna. Este rol es reconocido por actores del nivel territorial que lo identifican como el responsable de la Resolución 3280 de 2018⁴⁰, por ejemplo.

De otro lado, en el nivel territorial se hace también referencia al rol de asistencia técnica que acompaña la producción de nuevas normas. Al respecto, la Secretaría de Salud del Tolima reporta haber solicitado asistencia técnica para el acompañamiento a las normas sobre salas de lactancia materna sin que esta haya sido recibida. En este mismo sentido, el departamento de Cundinamarca hizo referencia a la necesidad de contar con ese acompañamiento y expresó el deseo de que sea 'más cercano'. La Secretaría de Salud del Huila, por su parte, indicó que el departamento ha tenido regularmente un acompañamiento y una asistencia técnica en cada una de las estrategias que se han estado implementando.

Se identifica entonces que la rectoría exige una contraparte de asistencia para el efectivo cumplimiento de las normas o lineamientos de política. Al respecto, pueden identificarse alternativas para que la asistencia técnica se dé en el marco de las capacidades del MSPS y satisfaga las necesidades identificadas en el nivel territorial.

40 Sobre 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.

El ICBF y su capacidad de acción en los territorios

El ICBF es claro en reconocer que interviene directamente en la implementación de acciones específicas en el nivel territorial:

Digamos que esa es una de las grandes ventajas que tiene el ICBF y es la posibilidad de llegar a la mayoría de rincones de Colombia con las intervenciones que se realizan (...) periódicamente hacemos asistencia técnica a los enlaces de las treinta y tres regionales y más de doscientos centros zonales que tiene el ICBF y ellos a su vez, o también a través nuestro, hacen la formación y la gestión con los agentes educativos que nos ayudan en la implementación de las modalidades (entrevista con el ICBF).

Este brazo territorial fue reconocido positivamente por las entidades territoriales entrevistadas en el Comité de la Región Orinoquía, el Comité de Bogotá y la Secretaría de Salud del Tolima.

Este reconocimiento de la capacidad territorial del ICBF, si bien no es una novedad, sí plantea desafíos para la entidad ya que esta constituye, en muchos casos, la presencia territorial de la política de LM. Esto implica que la entidad cuente con canales internos de comunicación constantes y claros entre la oficina nacional y las territoriales y con estrategias diferenciadas para no profundizar los contrastes territoriales existentes.

La CIPI, la principal comisión nacional donde se aborda la lactancia materna

En el nivel nacional, el MSPS y el ICBF identifican a la CIPI y a la CISAN como las principales instancias en las que se aborda la política de LM. Esta identificación evidencia que el abordaje de estas temáticas es más claro en la CIPI que en cualquier otro espacio. En efecto, respecto a la CIPI, el ICBF menciona que para la formulación del PNSAN que se elaborará el próximo año, la instancia que articulará la incorporación de los temas de LM será la CIPI. El ICBF indica que en la mesa de nutrición (anteriormente llamada Mesa de lactancia materna), la entidad participa activamente. Por su parte, el MSPS identifica a la CIPI como el espacio principal en el que se aborda la LM:

Digamos que básicamente donde el tema es relevante y se mueve con mayor realidad es en la CIPI, aunque también se trabaja con las CISAN, en las mesas de alimentación saludable y sostenible, pero digamos que el mayor énfasis se da en las CIPI (MSPS)⁴¹.

En efecto, respecto a la CISAN, el MSPS también menciona con claridad su rol en esta comisión, aclarando que comparte la presidencia con el Ministerio de Agricultura.

Sobre este punto, se revisó la información disponible sobre la CISP en el sitio web del MSPS. La CISP ha sesionado nueve veces entre 2014 y 2019 y la lactancia materna ha sido mencionada en dos sentidos. En la primera sesión, sobre la presentación de la CISP, se incluye como uno de los retos en materia de SAN: aumentar la mediana de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses. Esta declaración se volvió a incluir en la sesión IV, aunque sin información adicional. En la IX sesión, en el marco de la actualización del tablero de control de la CSPS, se definió incorporar un indicador sobre LM: porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis (6) meses. Respecto a la CISAN, se consultaron dos planes de acción correspondientes a los años 2018 y 2020; en ninguno de estos dos planes se incorporan actividades relacionadas con la LM. Finalmente, se revisaron las actas de la CIPI y la CISAN, con énfasis en el periodo 2018-2020, mientras en la CIPI la lactancia materna fue mencionada en el 47% de las sesiones durante el periodo analizado, en la CISAN se mencionó en el 24%.

Sobre las iniciativas que se abordan en la CIPI, se identificó que el MSPS resalta el abordaje de la política de LM desde el despacho de la Primera Dama y considera que la 'Gran Alianza por la Nutrición' también es un espacio importante, visible y de reconocimiento de los temas de lactancia materna y de salud materno infantil. Por su parte, el MEN considera que debe ser encabezado directamente por el Presidente y por los ministros para que tenga un lugar importante en la agenda pública.

41 Una mención similar se hace para la CNSP: "el otro es la comisión intersectorial de salud pública cuando se tocan los temas específicamente relacionados con nutrición, esta es la comisión que surge una vez se expide el plan decenal de salud pública" (entrevista al MSPS).

Reconocimiento de los avances de las entidades del nivel nacional

Las entidades del nivel nacional tienen claros las acciones puntuales relacionadas con la promoción de la LM. El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y el ICBF identifican con claridad sus acciones internas para la protección y promoción de la lactancia materna en sus entidades. El MSPS valora positivamente las acciones de los años recientes como estrategias de comunicación y de movilización social, como la Lactatón y la incorporación de figuras públicas. Finalmente, todas las menciones sobre los sucedáneos de la leche que fueron identificadas se orientan al reconocimiento de que su uso no está recomendado y que la publicidad o promoción de estos productos está prohibida.

2.2.3. Abordaje de la lactancia materna en la CIPI y la CISAN

Para analizar el tratamiento dado a la política de LM desde la rama ejecutiva del nivel nacional, se revisaron las actas de la CIPI y la CISAN, de los últimos tres años (2018-2020). Esta revisión permitió identificar la manera en que se aborda el tema, así como los roles de las entidades participantes en cada una de estas comisiones intersectoriales.

La lactancia materna en la CIPI (2018-2020)

Para el periodo analizado, se tuvo acceso a 23 actas correspondientes a las sesiones de los años de 2018 (10), en 2019 (6) y 2020 (7). En 12 de estas sesiones no se abordó directamente la lactancia materna. A continuación, se presenta el abordaje que se le dio a la lactancia materna en las once sesiones en las que se identificaron menciones al respecto:

Sesión 4 de 2018 (24/04/18): se discutió sobre la elaboración de un informe sobre la inclusión de los temas de primera infancia en los PDT por parte de la Dirección del Sistema Nacional de Bienestar Familiar del ICBF. Se definieron las variables de análisis entre las que se incluyen las de mortalidad materna, mortalidad infantil, vacunación e inmunización, lactancia materna, atención prenatal, en el parto y posparto; acceso a servicios de salud, bajo peso al nacer, entre otras.

Sesión 5 de 2018 (30/05/18): se presentó el manual operativo modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, hecho de manera interinstitucional entre la coordinación de la CIPI, el MEN y MinCultura. Dentro de sus objetivos específicos se refirieron al mejoramiento del estado nutricional de la mujer

gestante o los niños, al mejoramiento de las prácticas de lactancia materna, el fortalecimiento de los procesos pedagógicos y al fortalecimiento familiar en la transformación de factores de riesgo en factores protectores. Se presentó un ajuste en la población objetivo del programa: “mujeres gestantes que se encuentren entre las semanas gestacionales 1 y 27 con bajo peso para la edad gestacional y sus familias. En este se hizo una modificación ya que antes se atendía a todas las mujeres durante su gestión”.

Sesión 8 de 2018 (25/07/18): en el marco de la elaboración del plan de primeros 100 días del nuevo gobierno, cada una de las entidades propuso las acciones que deberían incluirse. Al respecto, el MSPS planteó tres procesos: acciones en recién nacidos, atención a niños y niñas de 1 a 5 años y gestantes y prioridades transversales. Sobre el tema de malnutrición y lactancia materna, se planteó el desarrollo de capacidades y el trabajo conjunto con la modalidad familiar del ICBF como parte de las acciones en recién nacidos. Adicionalmente, desde el equipo de coordinación de la CIPI se planteó que “la operación de estrategias para la promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria requiere de armonización de las diversas estrategias que conllevaría a repensar el modelo que actualmente está planteado. De igual manera es importante fortalecer la coordinación entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Prosperidad Social para implementar la ruta de atención de niños y niñas con desnutrición aguda” (CIPI, 2018).

Sesión 2 de 2019 (22/04/19): se realizó la presentación de la estrategia ‘Gran Alianza por la Nutrición’, liderada por la Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia. Esta estrategia tiene como objetivo posicionar la nutrición en la agenda nacional, tomándola como eje del desarrollo físico, emocional y cognitivo de los seres humanos. Dentro de sus objetivos específicos se plantea “combatir y erradicar progresivamente la desnutrición, fortaleciendo las estrategias e intervenciones de alto impacto en nutrición para atender efectivamente a las mujeres gestantes, niños y niñas, con el fin de mejorar la práctica de la lactancia materna, prevenir el retraso en crecimiento, la desnutrición aguda y la anemia” (CIPI, 2019). En efecto, uno de sus resultados esperados es mejorar la práctica de la lactancia materna.

En esta sesión se acordó realizar una reunión entre las secretarías técnicas de la CIPI y la CISAN para revisar y proponer la instancia intersectorial desde la cual se coordinen los asuntos específicos de nutrición en la primera infancia y los proyectos que se apoyarán desde la ‘Gran Alianza por la Nutrición’.

Sesión 3 de 2019 (29/05/19): en esta sesión el DNP presentó el abordaje que se le estaba dando a la política de Primera Infancia en el PND 2018-2022, donde uno de sus objetivos es la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna a través de: la Consejería en alimentación del lactante y niño pequeño; Salas Amigas de la Familia Lactante y promoción de las guías alimentarias. Dentro del seguimiento a los compromisos se identificó como cumplida la reunión entre las Secretarías Técnicas de la CIPI y la CISAN para revisar y proponer la instancia intersectorial desde la cual se coordinen los asuntos específicos de nutrición en la primera infancia y los proyectos que se apoyarán desde la Gran Alianza por la Nutrición, sin que se mencionen los resultados de esta reunión.

Sesión 4 de 2019 (31/07/19): la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia presentó el Plan de acción de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia. Este plan cuenta con una línea de acción denominada 'Nutrición como eje del desarrollo cerebral, físico, emocional y cognitivo', en la cual se mencionan acciones específicas sobre la política de LM:

- Cualificación de la oferta de nutrición en todos los entornos (hogar, salud, educación y espacio público), con énfasis en lactancia materna, alimentación complementaria, micronutrientes y seguridad alimentaria en el hogar.
- Gestión de oferta complementaria – Gran Alianza por la Nutrición.
- Atención a la desnutrición aguda y erradicación de mortalidad por desnutrición.
- Abordaje intersectorial de la nutrición en la primera infancia en la Mesa de Nutrición de la CIPI e interrelación permanente con la CISAN.

Sesión 5 de 2019 (03/10/19): la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia presentó los análisis que se realizaron en el marco del trabajo articulado e interinstitucional en las mesas técnicas intersectoriales que plantea modificar las instancias y plantea un abordaje en tres categorías: Mesas de Primera Infancia; Mesas Ampliadas: Primera Infancia, Infancia y Adolescencia y; Mesas que se coordinan desde la Dirección del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. En el marco de las primeras se amplía el alcance de la mesa de Lactancia Materna en el marco de una mesa más amplia de Nutrición.

Sesión 6 de 2019 (23/12/19): en la presentación de los avances de los compromisos en el Plan de acción de la Política para el desarrollo integral de la primera infancia, realizado por la Consejería Presidencia para la Niñez y la Adolescencia, dentro de la estrategia de ‘movilizar comprensiones, patrones y prácticas culturales a favor del desarrollo integral de la primera infancia de los diferentes actores en los entornos donde transcurre la vida de las niñas y los niños’, se mencionó como uno de los retos “avanzar en el posicionamiento de la información y las prácticas adecuadas de la alimentación complementaria (entre los 6 a 12 meses de edad) junto con la lactancia materna continúa al año y dos años de edad, la prevención de la anemia nutricional y deficiencias de micronutrientes como factores de protección que determinan el adecuado estado nutricional, crecimiento y desarrollo en los mil primeros días de vida” (CIPI, 2019).

Por otra parte, en la presentación de los logros de la gestión de los recursos del Fondo Colombia en Paz 2019, se mencionó la línea de Calidad y Pertinencia en los Primeros 1000 Días de Vida que, dentro de sus estrategias, tiene la entrega de insumos y materiales que mejoran la calidad de la atención de emergencias obstétricas, la atención del recién nacido, la promoción de la lactancia materna y la valoración integral del desarrollo para detectar tempranamente posibles alteraciones en las niñas y niños en primera infancia. Esta acción es liderada por el MSPS y se reportó que se encuentra en ejecución, con un presupuesto de \$2.664 millones de pesos en un plazo de cinco meses en 30 municipios PDET. Dentro de los avances reportados en esa sesión se mencionó la creación de la Mesa de Nutrición, según lo presentado en la sesión anterior y la articulación con la CISAN.

Sesión 2 de 2020 (31/03/20): en el marco de la pandemia causada por el COVID-19, cada una de las entidades de la CIPI presentó las acciones adelantadas para hacer frente a la contingencia en relación con la atención integral a la primera infancia. Al respecto, el MSPS informó que ha trabajado con Presidencia y con el ICBF para la definición de acciones para que los niños y niñas se queden en casa. Se mencionaron los lineamientos técnicos provisionales para la atención en salud de las gestantes, los recién nacidos y para la lactancia materna que se han construido con ASCON, FECOLSOG y Fundación Canguro. Adicionalmente, en articulación entre el MSPS y el departamento de Pediatría de la Universidad Nacional, se hizo seguimiento a

casos de familias con niños lactantes hasta los seis meses de edad que se contactan con la línea 192⁴².

Sesión 3 de 2020 (22/04/20): en el marco de los temas relacionados con nutrición y salud de la primera infancia, afectados por la pandemia causada por el COVID-19, el MSPS abordó el tema de la donación de sucedáneos de leche. Al respecto, el MSPS informó que hace seguimiento a la información que surge sobre la COVID-19. Con base en la evidencia, la posición del MSPS es que en casos de madres portadoras del virus se puede continuar amamantando a su hijo si así lo desea, manteniendo todas las medidas de bioseguridad, la leche materna continúa siendo la mejor opción de alimento para los niños y niñas. Por lo tanto, siguiendo los pronunciamientos tanto de la OMS y UNICEF como el Código de sucedáneos, se refuerza la posición de no recibir este tipo de donaciones y optar por mantener y promover la lactancia materna de manera exclusiva en los primeros seis meses, y complementaria hasta los dos años, salvo casos puntuales⁴³.

Sesión 5 de 2020 (24/06/2020): en el marco de la revisión a los ajustes del decreto de Foniñez⁴⁴, se presentó una propuesta de incluir dentro de los posibles usos de estos recursos el “desarrollo de programas de promoción y prevención en salud con énfasis en los 1.000 primeros días de vida para potenciar el desarrollo integral de niños, niñas, gestantes y en periodo de lactancia, complementando y articulado a los esfuerzos del sector” (CIPI, 2020). Al respecto la posición es eliminar la parte final de ‘complementando y articulado a los esfuerzos del sector’, porque las acciones financiadas por

42 La línea 192 es el canal dispuesto por el Gobierno Nacional para atender las inquietudes y brindar orientaciones a la ciudadanía referente a la pandemia causada por el COVID-19. Es una estrategia implementada por el MSPS y MinTIC.

43 “Existen casos en que es posible recibir este tipo de donaciones que son muy puntuales, por ejemplo mamá sin venir lactando al niño y ya viene recibiendo leche de fórmula, ausencia física de la madre, y otras asociadas a algún tipo de enfermedad frente a este tipo de excepciones y en caso que se deba recibir lo que sugieren los expertos es garantizar que se complete hasta el primer año de vida, debido a que una vez se acabe la emergencia las familias dejan de recibir estas donaciones y tienen que disponer recursos para ello y en condiciones de vulnerabilidad económica y social en las que nos encontramos puede acarrear un deterioro en el desarrollo nutricional del niño” (CIPI, 2020).

44 Las Cajas de Compensación Familiar deben destinar recursos al Fondo para Atención Integral de la Niñez y Jornada Escolar Complementaria, que indica las obligaciones así como los posibles usos que se le pueden dar a esos recursos (Decreto 1729 de 2008, artículo 1).

las Cajas de Compensación no tienen en sus funciones complementar los esfuerzos del sector.

En síntesis, esta revisión permite identificar que la lactancia materna es un tema recurrente de las sesiones de la CIPI y formular ciertas conclusiones. En primer lugar, la CIPI es un espacio en el que se abordan documentos de política e instrumentos de planeación de todo tipo, desde documentos técnicos y/o evaluaciones, planes de acción de políticas específicas, estrategias, manuales operativos, hasta el PND. Las entidades presentan propuestas y avances —en varios casos trabajados por dos o más entidades en espacios o mesas complementarias—, reciben retroalimentación, llegan a acuerdos y toman decisiones.

En segundo lugar, es claro el rol de liderazgo que tiene y ejerce en plenitud la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia. Esta consejería revisa el orden del día, los avances en los compromisos y es la primera en intervenir. Adicionalmente, lleva el liderazgo al promover los ajustes al funcionamiento de la Comisión (ajustes en las mesas de trabajo, creación de la mesa de nutrición) y la difusión de las estrategias prioritarias del Gobierno Nacional como la Gran Alianza por la Nutrición. En el marco de esta última se hacen acuerdos sobre la coordinación CISAN-CIPI, aunque no se presenten detalles.

En tercer lugar, el año 2020 puso en evidencia retos adicionales a causa de la pandemia causada por la COVID-19. Este tema, además de mostrar cómo las entidades adaptaron su oferta y modificaron sus prioridades para responder a la emergencia, para el caso de la lactancia materna puso en evidencia que algunos elementos no están en discusión, las diferentes entidades aceptan y comparten posiciones fundamentales; por ejemplo, sobre el uso de sucedáneos y la aplicación del Código al respecto.

Finalmente, si bien estos tres elementos pueden considerarse positivos, algunas reflexiones pueden hacerse para su fortalecimiento. La CIPI, para los tres años revisados en profundidad, sesionó en promedio 7,6 veces por año. El promedio de los 7 primeros años (2011-2017) es de 10 sesiones anuales, lo cual deja ver una disminución en la frecuencia de esas sesiones de trabajo conjunto. Adicionalmente, para los últimos tres años solo se mencionó la lactancia materna en cerca del 50% de las sesiones (11 de 23), y muchas de ellas se trata de menciones sin que necesariamente se dé un abordaje de temas específicos. Lo anterior evidencia que la CIPI es una instancia de alto nivel en el que la lactancia materna es uno de los temas recurrentes, lo que

deja abierta la reflexión sobre su oportunidad y suficiencia. Esto porque allí no se trata la totalidad de los temas relacionados con la política de LM, ya que el Ministerio del Trabajo, entidad con la competencia sobre trabajo decente, no hace parte de la CIPI.

La lactancia materna en la CISAN (2018-2020)

Para el periodo analizado, se tuvo acceso a 33 actas correspondientes a las sesiones de los años de 2018 (11), en 2019 (12) y 2020 (10)⁴⁵. La lactancia materna y temas directamente relacionados fueron mencionada en ocho de estas sesiones⁴⁶. A continuación, se presenta el abordaje que se le dio a la lactancia materna en las sesiones en las que se discutió la LM:

Sesión 3 de 2018 (13/03/18): en primer lugar, el ICBF presentó un convenio con la FAO que aborda el apoyo a la implementación del plan de divulgación y aplicación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) con enfoque territorial. Uno de los productos de este convenio son las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos adaptadas a la cultura alimentaria en departamentos prioritarios para la población colombiana mayor de 2 años y menor de 2 años, gestantes y madres en periodo de lactancia elaboradas. Al respecto, se acordó hacer una solicitud a la Cancillería para que la CISAN tenga acceso a los convenios con organizaciones internacionales relacionados con la política de SAN.

En segundo lugar, se realizó una presentación por parte de un representante de la coordinación CIPI como parte de los esfuerzos por la articulación entre esta comisión con la CISAN. La intervención se concentró en socializar las acciones que desde la CIPI se han desarrollado, haciendo énfasis en la Ley 1804 de 2016 que estableció la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia. Adicionalmente, se mencionó un taller que se llevó a cabo en 2017, junto con el MSPS, en el cual se hizo un ejercicio comparativo entre las líneas de la PSAN y las líneas de la Política de la Primera Infancia, de las cuales se identificaron tres líneas a trabajar conjuntamente: “una primera que

45 Para 2020 se tuvo acceso a las sesiones hasta el mes de septiembre. Esta comisión sesionó en octubre, noviembre y diciembre, pero sus actas no estaban disponibles para la fecha de esta revisión.

46 Puntualmente, se incorpora una mención sobre adolescentes gestantes. Ver sesión 1 de 2020.

trata del acceso a la alimentación, una segunda referente a hábitos saludables, educación para la salud, cuidado y crianza, y lactancia materna. Y una tercera línea que se refiere a la identificación, tamizaje, atención y seguimiento de niños y niñas con desnutrición” (CISAN, 2018). Finalmente, se mencionó una reunión técnica que se sostuvo en el mes de noviembre de 2017 entre miembros integrantes de la CIPI y algunos integrantes de la CISAN con el objetivo de identificar y construir las líneas de trabajo o las líneas cooperativas para la lactancia materna y para la alimentación complementaria.

Sesión 11 de 2018 (11/12/18): en esta sesión, en primer lugar, el DNP presentó el componente de SAN en el PND 2018-2022 y la CISAN solicitó una revisión de las metas de lactancia materna relacionadas con el MADR. En segundo lugar, se plantearon ajustes al plan de trabajo de los ODS, en el marco de la revisión de indicadores y acciones relacionadas con el cumplimiento del ODS 2⁴⁷. Puntualmente, el MSPS propuso que en el indicador ‘porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva’ se planteen “acciones de promoción de la lactancia materna en todas las instituciones del Estado, y específicamente la implementación de salas laborales para la promoción de la lactancia materna en todas las instituciones de la CISAN, esto debido a que ya varias de estas instituciones cuentan con estos espacios, y la inclusión de esta acción sería un llamado al resto de las entidades para que se implemente esta estrategia” (CISAN, 2018). Adicionalmente se planteó la necesidad de solicitarle al DNP para que se modifique el responsable de estas acciones ya que actualmente es el MADR. Adicionalmente, respecto a la meta 2.2⁴⁸, el MSPS propuso como actividad, entre otras, la promoción de la lactancia materna en las instituciones del Estado, con el respectivo indicador ‘Instituciones de la CISAN con implementación de las salas laborales para la promoción de la lactancia materna’.

47 De aquí a 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad, incluidos los niños menores de 1 año, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año, se reporten aquellas acciones que las entidades puedan presentar los avances de manera oportuna

48 Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

Sesión 4 de 2019 (19/03/19): en esta sesión, el MSPS presentó la estrategia de prevención y atención a la desnutrición. En ella, planteó que contribuye al cumplimiento de otros compromisos definidos en los ODS, el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS y el PND 2018-2022. Así, en el marco de los problemas identificados en la elaboración de la estrategia de prevención y atención a la desnutrición, se identificó la falta de capacidades de los profesionales de salud, del ICBF y agentes educativos para identificar y valorar los casos que deben ser atendidos por desnutrición a nivel hospitalario o comunitario. La solución planteada para la prevención fue la capacitación por medio de cursos presenciales para desarrollar capacidades en la prevención de desnutrición en temas como lactancia materna y alimentación complementaria orientados a agentes educativos. Esta acción se planteó a cargo del MSPS, el ICBF y el INS.

Sesión 5 de 2019 (09/07/19): en esta sesión la Consejería para la Niñez y Adolescencia presentó la propuesta de coordinación con la CIPI y sus modificaciones internas; puntualmente, la creación de mesa técnica de alimentación y nutrición. Adicionalmente, esta Consejería presentó la 'Gran Alianza por la Nutrición', la cual dentro de sus objetivos estratégicos incorpora "Combatir y erradicar progresivamente la desnutrición, fortaleciendo las estrategias e intervenciones de alto impacto en nutrición para atender efectivamente a las mujeres gestantes, niños y niñas, con el fin de mejorar la práctica de la lactancia materna, prevenir el retraso en crecimiento, la desnutrición aguda y la anemia" (CISAN, 2019). Adicionalmente, se mencionó un convenio que se va a formalizar con la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) dentro del que se incorpora la movilización de recursos y la coordinación intersectorial para, entre otros, generar los impactos necesarios en la práctica de la lactancia materna.

Sesión 6 de 2019 (13/08/19): en esta sesión se retomó la discusión sobre los indicadores de los ODS relacionados con los temas de la CISAN. Se informó que, atendiendo a los compromisos, el MADR envió un oficio al DNP solicitando el ajuste de la entidad líder para los indicadores relacionados con el 'porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva' y 'prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar (moderada o severa)', dado que estos no son competencia del MADR. Sin embargo, el MSPS refirió que "en reunión se informó que sobre este indicador los jefes de planeación de los dos ministerios habían participado y aprobado por tanto así queda el indicador" (CIPI, 2019).

Sesión 1 de 2020 (04/02/20): en esta sesión la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia presentó el seguimiento a los compromisos del Plan contra la desnutrición, dentro de las actividades planteadas se incorporó una indirectamente relacionada con la lactancia materna, a saber, “Desarrollar capacidades de alcaldes y Agencias de Cooperación Internacional que trabajan con Migrantes, en identificación de niños y niñas con desnutrición, captación de gestantes adolescentes, y en temas de prevención de desnutrición, alimentación, oportunidades de autoconsumo de alimentos y derechos sexuales y reproductivos” (CISAN, 2020).

Sesión 2 de 2020 (10/03/20): el MSPS presentó en esta sesión el indicador de PND responsabilidad de CISAN, relacionados con la política de LM, el de duración mediana de la lactancia materna exclusiva: ‘Porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses’ cuya meta para 2020 es de 42,8%. Al respecto de estos indicadores se explicó que, para el reporte a Sinergia del DNP, deben presentarse “de forma cualitativa de la gestión realizada de manera intersectorial por parte de todas las entidades que conforman la CISAN en los primeros 10 días de cada mes” (CISAN, 2020). El acuerdo al respecto fue que las entidades envíen a MSPS los insumos necesarios para reportar mensualmente estos cuatro indicadores y que, junto con ICBF, se realizara un comunicado a la coordinación de Sinergia explicando que estos indicadores dependen de las 11 entidades que pertenecen a la CISAN para garantizar que el reporte sea aceptado por el sistema.

Sesión 6 de 2020 (14/07/20): en esta sesión el ICBF presentó la propuesta de articulación de procesos de asistencia técnica dirigida a comités departamentales, para la cual se planteó una sesión virtual el 28 de julio con las secretarías técnicas de los Comités departamentales y distritales de SAN. Al respecto, el MSPS hizo un llamado a reconsiderar la fecha dado que ese mismo día se llevaría a cabo la “Lactatón” y se considera pertinente tener dos actividades en el territorio en un mismo día.

Esta revisión nos permitió identificar un abordaje de los temas relacionados con LM en la CISAN que también contribuye a la gobernanza intersectorial de esta política, aunque es menos frecuente que en la CIPI. Se destacan tres elementos de esta revisión. En primer lugar, la participación de representantes de la CIPI para identificar y definir acciones estratégicas de trabajo conjunto. Sobre este mismo punto se resalta la participación de la Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia, que participa activamente presentando temas

como los ajustes internos de la CIPI relacionados con la creación de una mesa técnica de nutrición y la ‘Gran Alianza por la Nutrición’, así como otras acciones puntuales. La participación activa de esta Consejería —que lidera la CIPI— en la CISAN es un elemento positivo a destacarse y mantenerse como experiencia positiva de articulación intersectorial entre ambas comisiones. En segundo lugar, se resalta que el tema de lactancia materna se menciona en el marco de dos convenios con organismos internacionales, en una de esas ocasiones se acordó solicitar a la Cancillería los convenios vigentes relacionados con la política de SAN. Esto como medida para no perder de referencia estos recursos y propender porque las acciones que se planteen en ellos respondan a las definiciones de la CISAN. Y en tercer lugar, se encuentra que, en el marco de la revisión de instrumentos de planeación, en la CISAN se desarrollan discusiones que van desde la definición de acciones hasta el responsable de los indicadores. Esto es particularmente evidente en dos casos estratégicos como el PND y el plan de trabajo de los ODS.

Tras revisar en detalle los últimos tres años de las sesiones de la CISAN y la CIPI, en el nivel meso se identifica un liderazgo claro en el diseño de política por parte del MSPS y el ICBF de los temas de lactancia materna. Mientras el primero tiene retos específicos en función de su rol de rector de política, el segundo está posicionado como un actor con presencia y capacidad de acción territorial. De igual forma, la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia puede considerarse como el líder de influencia y respaldo político de la lactancia materna; esto es evidente a partir de su trabajo como coordinador de la CIPI y por el rol prioritario que le ha dado a la lactancia materna en la ‘Gran Alianza por la Nutrición’.

En este sentido, se identifica que en las comisiones de coordinación intersectorial revisadas en profundidad —CIPI y CISAN— la lactancia materna es un tema relevante y recurrente del que participan las diferentes entidades involucradas y en ellas se toman decisiones que inciden en la ejecución de la política. En la CISAN, si bien el tema es menos recurrente, su abordaje involucra temas estratégicos como los indicadores en PND y de seguimiento a las metas de ODS. De otro lado, en la CIPI su abordaje es más frecuente (si bien esta Comisión sesiona, en promedio, menos veces al año) y en ella se abordan todo tipo de temáticas relacionadas con el ciclo de la política de LM; se pudo identificar claramente que en ella las entidades presentan propuestas sus avances, reciben retroalimentación, llegan a acuerdos y toman decisiones.

Si bien puede considerarse que la CIPI es la instancia del nivel nacional en la que la lactancia materna es abordada con mayor énfasis y frecuencia, el manejo que se le da a este tema en la CISAN se puede considerar favorable y complementario; esto gracias a los esfuerzos explícitos por articular las dos comisiones por medio de la participación puntual tanto del equipo de coordinación de la CIPI como por la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia, estas actividades son favorables para el correcto funcionamiento y la efectiva gestión intersectorial de ambas políticas.

2.3. Nivel micro: situaciones operacionales

2.3.1. Análisis normativo de decretos, resoluciones y circulares

En primer lugar, el MSPS es una de las entidades encargadas de expedir regulaciones para convocar a las entidades a participar activamente en el desarrollo de acciones de promoción y protección de la lactancia materna, expide los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de atención integral para la población materno-perinatal y establece los parámetros técnicos para que la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral se realice bajo condiciones de higiene y salubridad.

Desde el MSPS se reglamentó la creación del Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna como el organismo rector y de coordinación de políticas en esta materia (Decreto 1396 de 1992); sin embargo, no se encontró evidencia de que este Consejo se haya convocado regularmente, quedando la responsabilidad solo en cabeza del MSPS.

Del último decenio, se resalta la creación de espacios en pro de la lactancia materna como las ya mencionadas CIPI, CISAN y CISP. Asimismo, se expidieron resoluciones que imparten lineamientos técnicos para la atención de niños y niñas menores de cinco años, para la atención de la población materno perinatal, y parámetros técnicos para la operación de las Salas Amigas de la Familia Lactante.

La Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia —como parte de sus funciones (Decreto 1784 del 4 de octubre de 2019, artículo 20) y con el fin de dinamizar las propuestas planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo 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

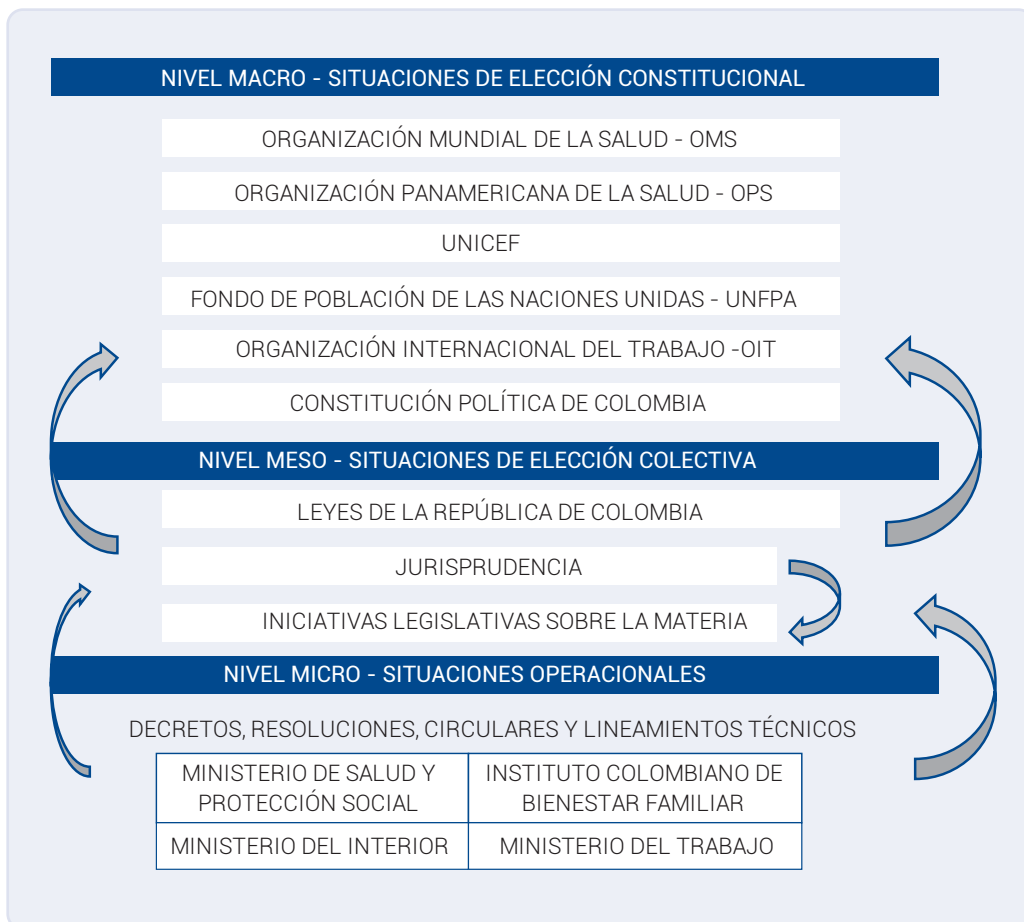
en dicho Plan, a través del trabajo colaborativo, la movilización de recursos y la coordinación intersectorial.

El ICBF es un actor muy importante porque se encarga de establecer los requisitos para autorizar la prestación del servicio de cuidado y/o albergue de los niños, entre ellos un espacio exclusivo para la extracción, recepción, conservación y almacenamiento de leche materna. Esta entidad ha propendido por la protección de los menores y ha expedido directrices en relación con programas de Promoción y Prevención para la Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes “Generaciones con Bienestar”, con los espacios para servicio de protección integral de niños, niñas y adolescentes, y a desvinculados de grupos armados organizados al margen de la ley.

El MinTrabajo tiene a cargo garantizar la aplicación y apoyar el desarrollo de la legislación laboral que garantice la protección a la lactancia materna, y que enfrente obstáculos que ofrecen las condiciones y espacios laborales. Este ministerio reguló las condiciones del teletrabajo que, en relación con la lactancia, fomentan la posibilidad de que las empresas adopten esta modalidad de trabajo para las mujeres antes de entrar a licencia de maternidad y durante la etapa de lactancia, con el ánimo de flexibilizar el sistema y fomentar la equidad de género en el ámbito laboral (Decreto 884 de 2012). Adicionalmente, el MinTrabajo ha expedido conceptos y directrices dirigidas a la protección de las maternas y los espacios de lactancia, garantizando que las mismas queden incluidos en los retos actuales, como, por ejemplo, la situación de trabajo en casa en la cual se ha visto abocada la comunidad en el marco de la emergencia sanitaria originada con la COVID -19; recordando que deben respetarse los espacios de las maternas y los lactantes.

El Ministerio de Justicia ha destinado esfuerzos en pro de los niños y niñas menores de tres años que conviven con sus madres al interior de los establecimientos de reclusión y de las mujeres gestantes y madres lactantes privadas de la libertad y ha formulado las competencias institucionales para garantizar su cuidado, protección y atención integral.

Ilustración 15. Elementos normativos para el análisis por niveles de gobernanza de la política pública de LM



Fuente: elaboración propia (2020)

2.3.2. Entrevistas a actores del nivel nacional

Los testimonios expresados en las entrevistas a entidades y espacios territoriales permitieron analizar las dinámicas territoriales y locales de la política de LM en cuatro aspectos que se presentan a continuación.

Actores internacionales dinámicos en el nivel territorial

Las organizaciones internacionales, si bien fueron identificadas inicialmente como actores con un rol influencia, interactúan directamente con varias entidades territoriales en la formulación, financiación e incluso implementación

de proyectos o acciones específicas. En efecto, UNICEF fue mencionada por su apoyo y participación en proyectos por parte del Instituto departamental de Salud de Nariño, la Secretaría de Salud de La Guajira y el departamento de Arauca. Este último también menciona trabajar con la OPS mientras el referente del Comité SAN del Vichada menciona que lo hace con la Cruz Roja. De igual forma, la gobernación de Nariño menciona trabajar con Acción contra el Hambre y la FAO.

Respecto a estos proyectos o alianzas, debe indicarse que su alcance varía en cada caso. Las acciones puntuales suelen delimitarse en función del mandato de cada organización internacional. En algunos casos, se identifica una participación de entidades del nivel nacional en este tipo de proyectos. Esta heterogeneidad, si bien es muestra de la importancia que tienen los organismos internacionales en la implementación de proyectos territoriales, también da cuenta de posibles riesgos de atomización de las inversiones o de desarticulación entre las mismas. Esta necesidad de articulación y difusión de la información debe hacerse en uno de los niveles de gobierno con el fin de encontrar los aliados estratégicos para cada caso y lograr diseñar intervenciones más eficientes.

La articulación nación-territorio: diversas formas con diversos efectos

La articulación de acciones locales u operativas, entre las entidades del nivel nacional y las entidades territoriales, también se da en diferentes contextos y con alcances diferentes. En primer lugar, se identifican menciones a intervenciones sin la participación de las entidades territoriales. El ICBF, gracias a sus oficinas regionales, menciona convenios con UNICEF, MSPS y la Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia para temas relacionados con Hogares Comunitarios y Hogares Infantiles en Vichada y Magdalena, sin que se mencione participación de las entidades territoriales de estos departamentos. De otro lado, la Secretaría de Salud de Santander también considera que debe tener una mejor articulación con el ICBF, “porque es una entidad que también está trabajando continuamente en el tema de la LM”.

En el Distrito de Bogotá, por el contrario, consideran que el trabajo con el ICBF es positivo, puntualmente en el entorno comunitario y resaltan el potencial que tienen los jardines. La Secretaría de Salud del Tolima considera que trabajar con el ICBF los ha favorecido y agrega que trabaja formalmente con otras entidades en el Comité de Seguridad Alimentaria como el ICBF,

Prosperidad Social, el ICA, el INVIMA y el SENA, entre otras organizaciones del nivel departamental.

El desafío en este aspecto es lograr que todos los territorios logren identificar el mecanismo de coordinación que mejor se adapta en función de sus necesidades y que las entidades del nivel nacional logren implementar proyectos de manera coordinada con las entidades territoriales, tanto para potenciar las posibles intervenciones como para establecer relaciones de complementariedad respetando las competencias de las autoridades locales.

Principales estrategias territoriales de la política de LM

Las entidades territoriales cuentan con diferentes estrategias y acciones relacionadas con la política de LM. Al respecto se identificaron dos tipos de intervenciones que aparecen de manera recurrentemente. De un lado, las relacionadas directamente con los servicios de salud como son las estrategias IAMI y AIEPI; y de otro, las acciones enmarcadas dentro de la política de seguridad alimentaria y nutricional.

Respecto a las estrategias IAMI y AIEPI, todas las entidades territoriales consultadas mencionan acciones enmarcadas en alguna de estas dos estrategias. Suelen hacerse menciones a la normativa vigente en esta materia, como la Resolución 3280 de 2018 o el Decreto 1392 de 1992. Las opiniones sobre estas estrategias tampoco son homogéneas. Mientras unas entidades valoran positivamente, otras consideran que las exigencias no se adaptan a las necesidades y capacidades de los territorios. En todo caso, se trata de estrategias ampliamente difundidas y aplicadas, cuyos retos se concentran en las capacidades locales por su cumplimiento y los mecanismos para incentivar su aplicación por parte de las IPS. Los desafíos los presenta claramente la Gobernación de Cundinamarca cuando indica que si bien cuenta con talleres para la capacitación al personal de salud en el marco de la estrategia IAMI, existen 'otros programas' que entregan leche de tarro, biberones o presentan imágenes contraindicadas en el marco de la política de LM. Adicionalmente, hace mención de las dificultades financieras para sostener los bancos de leche humana así como los costos que implica para una institución certificarse como IAMI y la falta de claridad en las competencias de los actores en esta estrategia.

Respecto a las acciones relacionadas con la política de seguridad alimentaria y nutricional, se identifica que las Gobernaciones de Risaralda

y Guainía, junto con la Secretaría de Salud del Valle del Cauca, mencionan que se tiene previsto abordar temas relacionados con la lactancia materna en sus Planes Departamentales de Seguridad Alimentaria y nutricional, que se encuentran en fase de estructuración.

Estos dos abordajes dan cuenta de cómo para las entidades territoriales la lactancia materna puede convertirse en un listado de acciones desarticuladas entre sí. Por lo tanto, los desafíos se concentran en la capacidad de las entidades territoriales de implementar espacios de coordinación territorial oportunos y eficientes junto con las diferentes herramientas de planeación sectorial.

Los instrumentos territoriales de planeación y la política de LM

En los diferentes instrumentos de planeación con los que cuentan las entidades territoriales, se identificaron dos ejemplos que dan cuenta de la importancia que tiene para algunas entidades territoriales la LM. De un lado, el referente del Comité SAN del Vichada considera que para que la política de LM sea implementada efectivamente es necesario que sea de carácter obligatorio, que trascienda los periodos de gobierno y deba incluirse tanto en el PND como en los PDT, con recursos que respalden esos compromisos. De otro lado, el referente del Comité SAN de Cundinamarca considera como una experiencia positiva el incluir metas específicas de lactancia materna en el PDD y/o en el PTS.

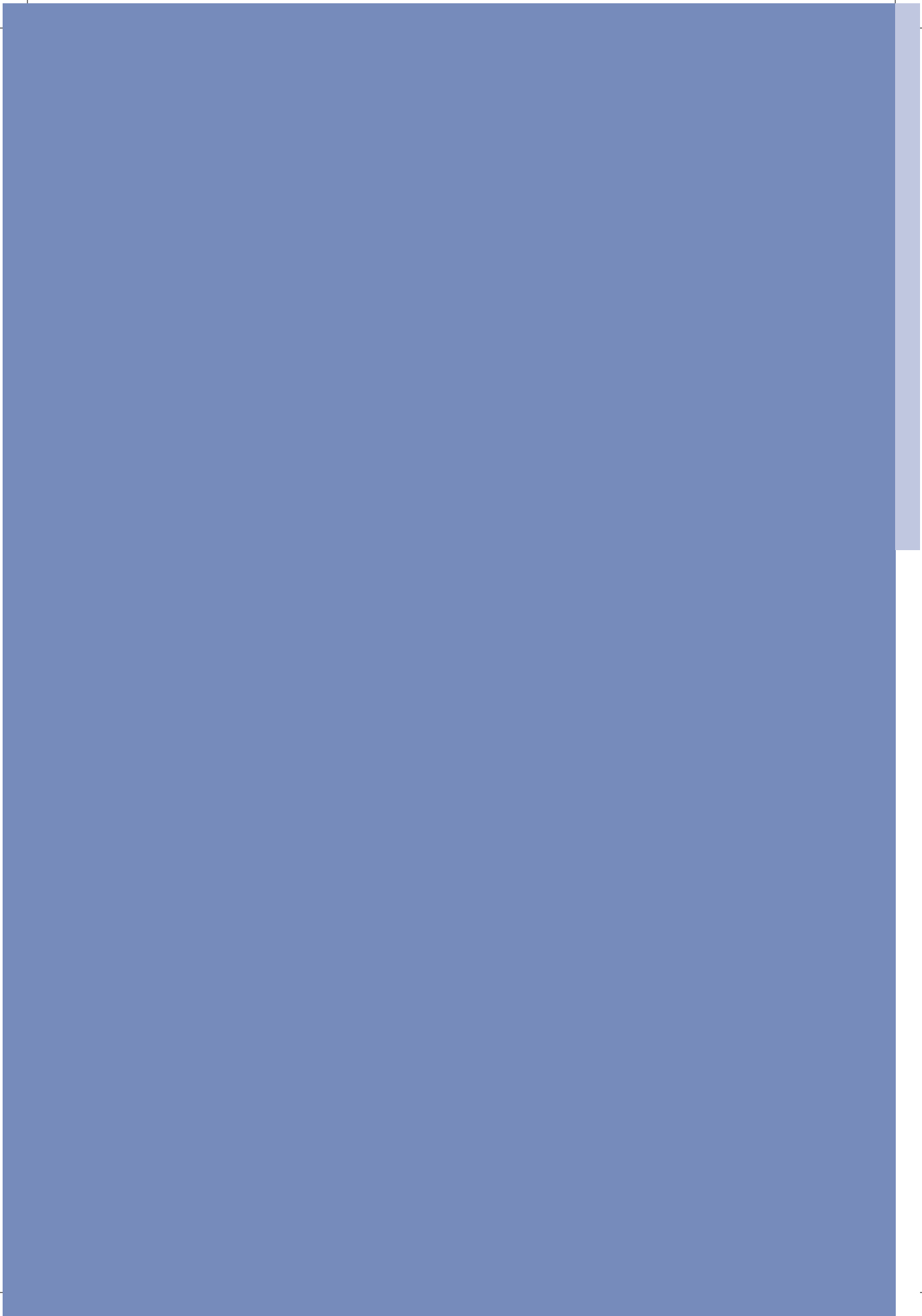
Efectivamente, el correcto uso de los instrumentos de planeación ligados a periodos de gobierno es la forma en la que los lineamientos o planes de largo plazo se operativizan y crean compromisos de seguimiento y de asignación de recursos para cada una de las políticas. Es estratégico que las entidades territoriales cuenten con metas y estrategias sobre lactancia materna en todos sus PDT, adaptadas a sus necesidades y en función de sus capacidades. De manera subsidiaria el gobierno nacional puede ajustar sus focalizaciones teniendo en cuenta esas metas territoriales.

Esta revisión permite identificar que, para el nivel micro, se encontraron dos tipos de información que alimentan en análisis. En primer lugar, la producción de decretos y resoluciones del nivel nacional evidencia que las entidades constantemente están produciendo lineamientos específicos que se enmarcan en la producción normativa identificada en el nivel meso. Esta producción normativa implica retos en materia de difusión y en el seguimiento y monitoreo

a su implementación. Al respecto se identificaron algunas menciones por parte de las entidades territoriales a la Resolución 3280 de 2018, principalmente.

En segundo lugar, el análisis de las entrevistas permitió identificar algunas características de la implementación territorial de acciones relacionadas con la política de LM. Se destaca la multiplicidad de actores de todos los niveles que intervienen en ella de manera directa o indirecta, principalmente organismos internacionales y, desde el gobierno nacional, el ICBF. Esta multiplicidad para que pueda considerarse positiva exige de mecanismos de coordinación efectivos que potencien las intervenciones. Al respecto, las experiencias territoriales indican diversidad sobre su funcionamiento. De otro lado, se confirma que las estrategias IAMI y AIEPI son por definición las acciones locales de identificación más claras; frente a esto, las entidades territoriales hacen balances igualmente heterogéneos. Finalmente, de manera menos evidente, se identifican algunas interacciones entre documentos de planeación y de política y la lactancia materna, principalmente los PDT y el PND, instrumentos entendidos como articuladores entre el diseño de política y su financiamiento.

Este ejercicio de análisis de la gobernanza de la política de LM en tres niveles permite concluir que la política de LM, al ser una política intersectorial con impacto territorial y local, se implementa en la práctica a través de mecanismos diversos y liderados por múltiples actores. Para el nivel macro, no se identifican debates importantes, tanto los acuerdos internacionales como la Constitución Política son claros en su definición de prioridades y principios rectores de la política de lactancia materna. Por el contrario, en los niveles meso y micro sí se evidencia una multiplicidad de instancias y de instrumentos de diseño e implementación de política que coexisten y cuyo funcionamiento varía en cada caso. En el nivel meso, de diseño de política, se destaca el papel de la CIPI como el principal espacio de decisión a nivel nacional en el que se toman decisiones sobre la política de lactancia materna, así como los roles estratégicos del MSPS y el ICBF. En el nivel micro, el desafío es capturar las diferencias territoriales tanto en los avances puntuales en la lactancia materna como en las capacidades de estas para implementar la oferta y los espacios de articulación necesarios para tal fin. Una definición de rutas diferenciadas en función de las capacidades territoriales, que incorpore sus avances y sus principales retos, puede contribuir a que las brechas territoriales no se acentúen.



03

Conclusiones

Este documento presenta un análisis institucional de la política de LM que incorpora diversas fuentes de información y se aproxima a su implementación a través de diferentes niveles. Para tal fin se presentó un análisis compuesto de dos partes, la primera de identificación de la estructura de gobierno de la política y la segunda más concentrada en su gobernanza en tres niveles de análisis (macro, meso y micro). A continuación, se presentan las principales conclusiones de este ejercicio.

Respecto a los avances normativos, se identifica que existen diversas organizaciones internacionales que intervienen en la política de lactancia materna y que han influenciado a Colombia para el establecimiento de lineamientos y la expedición normativa que se ha dado en los últimos años. En el último decenio se han expedido varias normas en materia laboral que sin duda han contribuido a mejorar las condiciones en las cuales las familias viven la maternidad y el período de lactancia materna. En materia de la comercialización de los sucedáneos falta reglamentar el tema sancionatorio para las empresas que incumplan las estipulaciones establecidas en el Decreto 1397 de 1992 y aún existe mucha flexibilidad en cuanto a las prohibiciones de comercialización y publicidad de productos para la alimentación infantil.

De otro lado, se encontró que actualmente vienen cursando en el Congreso de la República varias propuestas legislativas para garantizar la realización de los derechos de las familias y de las mujeres en estado de embarazo o en periodo de lactancia y tratar de llenar los vacíos normativos existentes frente a diversos temas importantes como, por ejemplo, la licencia de maternidad de mujeres contratistas y el fuero de maternidad extendido al cónyuge. En este sentido, los pronunciamientos jurisprudenciales en torno a la protección de la mujer gestante y lactante se han abordado desde varias temáticas, por ejemplo: la protección laboral reforzada frente a las diferentes formas de modalidad contractual, especialmente las madres vinculadas por contrato de prestación de servicios, el fuero de maternidad extendido al cónyuge, la extensión del fuero de maternidad a madres adoptantes y las Salas de Lactante en el Entorno Laboral.

Otro avance importante, en materia normativa en Colombia, se dio con el establecimiento de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el Entorno Laboral (Ley 1823 de 2017) en consonancia con la recomendación de la OMS, en 2002, la cual es importante que sea revisada a la luz del principio de igualdad teniendo en cuenta los límites fijados en dicha norma para las empresas frente al capital de trabajo y número de empleados.

Se puede decir que en los últimos años se ha hecho un esfuerzo importante por fortalecer la normativa sobre lactancia materna; no obstante, aún está en construcción un sistema normativo que se pueda considerar estable y consolidado. Queda trabajo por realizar en pro de expedir normas que de una manera equitativa protejan y promuevan la lactancia materna desde el punto de vista complementario entre la salud y el trabajo, privilegiando la nutrición y el desarrollo de los niños frente a otros intereses como el económico. En el contexto de la pandemia de Covid-19 en Colombia, se identificó que los lineamientos producidos desde el nivel nacional tienen en cuenta la protección e incentivo a la lactancia, lo que permite inferir que es una temática que se encuentra presente al momento de expedir indicaciones en la actualidad.

Respecto al diseño institucional de la política, se encuentra una estructura de gobierno sectorial en el nivel nacional. Esta característica no es necesariamente negativa si se cuenta con mecanismos de articulación eficientes y acordes a las necesidades de los actores. Al respecto, se encuentra que existen instancias tanto en el nivel nacional como en el territorial que incorporan las temáticas relacionadas con la lactancia materna, con resultados

diversos y desafíos puntuales. La intersectorialidad de la política de LM es un elemento constitutivo de la misma. Todo ajuste que se haga debe reconocer esta característica y propender por una articulación efectiva. En la práctica, se identifican canales de comunicación eficientes entre los componentes de servicios de salud, seguridad alimentaria y nutricional y atención integral a la primera infancia. El componente de trabajo digno si bien ha tenido importantes avances normativos, no se identifica presente en las comisiones analizadas (CIPI, CISAN, CISP).

En cuanto a la incorporación de la lactancia materna en los diferentes instrumentos de política, se encontró que en el nivel nacional está presente tanto en los PND como en planes sectoriales relacionados. Dado que los planes sectoriales revisados (PDSP, PNSAN) fueron elaborados apenas un par de años después del PDLM 2010-2020, se identifica una coherencia importante tanto en sus estrategias como en sus metas. En cuanto a los PND, si bien se incluyen metas específicas en los tres documentos consultados, solo en el primero (2010-2014) se identificó una mención explícita de PDLM 2010-2020. En el nivel territorial, por su parte, la incorporación de la lactancia materna en los últimos tres periodos de gobierno es heterogénea. Si bien la LM está presente (apenas dos de las 36 entidades consultadas no tienen menciones al respecto), su desarrollo puede limitarse a menciones en el diagnóstico sin estrategias específicas al respecto. En todo caso, 17 de las entidades territoriales analizadas incorporan metas específicas en esta materia.

En cuanto al análisis multinivel de la gobernanza de la política de LM, se identificó en primera medida una estructura macro (internacional y constitucional) estable y coherente con los objetivos principales de la política. Tanto la Constitución Política de 1991 como los avances de los organismos internacionales a los que Colombia pertenece, llevan décadas trabajando por la protección y la promoción de la lactancia materna y, en este nivel, no se encontraron elementos de debate ni de ajustes estructurales.

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

como la CIPI y la CISAN. Si bien se identifican avances positivos de estas instancias, su revisión y ajuste debe ser una tarea permanente para que su funcionamiento no dependa de eventos coyunturales ni de voluntades políticas. En el caso puntual de la CIPI, se identificó que la periodicidad de las sesiones ha disminuido en los últimos tres años a menos de 8 sesiones anuales mientras que durante sus primeros siete años era de 10 sesiones. Si bien este dato en sí mismo no da cuenta de la efectividad de esta comisión, sí puede considerarse como una alerta.

Finalmente, en el nivel micro, el principal desafío de la política de LM es la heterogeneidad territorial. Puntualmente en materia de diseño institucional, se encuentra que si bien el tema es reconocido y se asocia a estrategias puntuales (principalmente IAMI y AIEPI), la implementación de acciones específicas para la promoción y protección de la LM se identifica como un elemento complementario, de otras políticas más amplias como la SAN o los servicios de salud. Al respecto, el desafío es identificar los mecanismos de articulación entre los diferentes niveles de gobierno para que tanto los lineamientos como la asistencia técnica y la normativa tengan el impacto territorial esperado y los mecanismos de implementación sean acordes con las características y capacidades de los territorios.

Colombia ha avanzado en la consolidación del marco normativo relacionado con lactancia materna y su articulación con los desarrollos de política en materia de primera infancia y seguridad alimentaria y nutricional. Estos avances son tanto normativos como en el diseño de política, tanto en el nivel nacional como en el territorial. Sin embargo, persisten desafíos de diferente tipo que deben ser incorporados en la actualización del PDLM. En el presente análisis se identificaron algunos de ellos en detalle como la coordinación efectiva de todos los sectores que participan en la política de LM y las implicaciones territoriales que tiene esta política en función de la heterogeneidad territorial.



Bibliografía

- Anderies, J. M., Janssen, M. A., & Ostrom, E. (2004). A framework to analyze the robustness of social-ecological systems from an institutional perspective. *Ecology and Society*.
- Ángel, L., & Muñoz, M. (2019). Determinantes sociales y prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses en el municipio de Pereira 2017. Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira.
- Ballesteros, M., Caballero, G., & Fernández, R. (2015). La economía política de Elinor Ostrom: análisis institucional, comunes y gobernanza policéntrica. *Revista Española de Ciencia Política*, 13-40.
- Celedón, C., & Orellana, R. (2003). Gobernanza y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile. Tercer Foro Interamericano Subregional de Liderazgo en Salud.
- CIPI. (2018). Acta Sesión 8 de 2018 de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia., (pág. 9). Bogotá.
- CIPI. (2019). Acta 6 de 2019 de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá.
- CIPI. (2019). Acta Sesión 2 de 2019 de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia., (pág. 7). Bogotá.
- CIPI. (2019). Acta Sesión 6 de 2019 de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia., (pág. 8). Bogotá.
- CIPI. (2020). Acta Sesión 3 de 2020 de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia., (págs. 11-12).
- CIPI. (2020). Acta Sesión 5 de 2020 de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia., (pág. 36). Bogotá.
- CISAN. (2018). Acta 11 de 2018 de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá.
- CISAN. (2018). Acta 3 de 2018 de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional., (pág. 4). Bogotá.
- CISAN. (2019). Acta 5 de 2019 de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá.
- CISAN. (2020). Acta 1 de 2020 de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá.

- CISAN. (2020). Acta 2 de 2020 de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Bogotá.
- Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia. (1 de 12 de 2020). deceroasiempre.gov.co. Obtenido de <http://www.deceroasiempre.gov.co/Apoyo/Paginas/consejeria-presidencial-primera-infancia.aspx>
- Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia. (4 de 12 de 2020). www.deceroasiempre.gov.co. Obtenido de [www.deceroasiempre.gov.co: http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/ComisionIntersectorial.aspx](http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/ComisionIntersectorial.aspx)
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2008). CONPES 113 de 2008. Bogotá.
- DNP. (2015). Balance de Resultados: Enfoque nacional. Bogotá: Sinergia.
- DNP. (2016). Evaluación de operaciones del programa de prevención y reducción de anemia nutricional en niños y niñas de 6 a 23 meses en los departamentos de La Guajira y Bolívar. Bogotá: DNP.
- El País. (2020). Así funciona la nueva licenciatura de maternidad en Colombia. El País.
- FAO. (2014). CIN2 Segunda conferencia internacional sobre Nutrición. Mejor nutrición, mejor vida. Roma: FAO.
- FAO. (3 de 12 de 2020). fao.org. Obtenido de fao.org: <http://www.fao.org/about/es/>
- Fundación Éxito. (2015). GenCero. GenCero, 3-11. Recuperado el 6 de 12 de 2020, de <https://www.fundacionexito.org/sites/default/files/publicaciones/Revista%20Gen%20Cero%20-%20Mes%20por%20la%20Nutrici%C3%B3n%202015.pdf>
- Gobierno de Colombia. (2011). Plan Nacional de Desarrollo 2010-2010 'Prosperidad para todos' (Vol. II). Bogotá: Gobierno de Colombia.
- Gobierno de Colombia. (2013). Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) 2012-2019. Bogotá: Gobierno Nacional.
- Gobierno de Colombia. (2014). Informe de seguimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio. Bogotá: Gobierno de Colombia.
- Gobierno de Colombia. (2019). Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 'Pacto por Colombia. Pacto por la equidad'. Bogotá: Gobierno de Colombia.
- Gobierno de Colombia. (2020). Comisión intersectorial de primera infancia. (D. c. siempre, Ed.) Bogotá, Colombia. Obtenido de De cero a siempre: <https://bit.ly/37D9D1u>

- Guerrero, R., Prada, S. I., & Chernichovsky, D. (2014). La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas. Cuadernos Fedesarrollo, 53.
- Humanium. (2013). Humanium. Recuperado el Diciembre de 2020, de <https://bit.ly/3nCVFm4>
- IBFAN. (4 de 12 de 2020). <http://www.ibfan-alc.org/>. Obtenido de <http://www.ibfan-alc.org/>: http://www.ibfan-alc.org/red/ibfan_quien_somos.htm
- McGinnis, M. D. (2011). An Introduction to IAD and the Language of the Ostrom Workshop: A Simple Guide to a Complex Framework for the Analysis of Institutions and their Development. School of Public and Environmental Affairs-Indiana University.
- Ministerio de la Protección Social. (2011). Criterios globales para el cumplimiento de los 10 pasos de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia y formulario de autoapreciación para instituciones de salud hospitalarias y ambulatorias. Bogotá: MinSalud.
- MSPS. (2010). Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- MSPS. (2012). Plan de Acción de salud: Primeros Mil Días de Vida Colombia 2012–2021. Bogotá: MSPS.
- MSPS. (2012). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: MSPS.
- MSPS. (2015). Evaluación de Proceso PDLM 2010-2020. Bogotá: MSPS.
- MSPS. (19 de 11 de 2020). (Salutia, Entrevistador)
- MSPS. (1 de 12 de 2020). Comisión intersectorial de salud pública. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/comision-intersectorial-de-salud-publica.aspx>
- MSPS. (2020). Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de Covid-19 en Colombia. Bogotá: MinSalud.
- Naciones Unidas. (19 de 12 de 2020). un.org. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>
- North, D. (1990). Institutions, Institutional Change and Economic. Cambridge: Cambridge University.
- OIM. (3 de 12 de 2020). iom.int. Obtenido de iom.int: <https://www.iom.int/es/proposito-de-la-oim>

OMS. (3 de 12 de 2020). who.int. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/about/es/>

OPS. (20 de 12 de 2020). paho.org. Obtenido de paho.org: <https://www.paho.org/es/quienes-somos>

Ostrom, E. (1991). A Framework for Institutional Analysis. Workshop in Political Theory and Policy Analysis.

Ostrom, E. (2005). Understanding Institutional Diversity. Princeton and Oxford: Princeton University.

PMA. (3 de 12 de 2020). wfp.org. Obtenido de wfp.org: <https://es.wfp.org/panorama>

Sentencia de tutela N. 449/2017, N. 449/2017 (Corte Constitucional. 4 de 8 de 2017).

Whittingham, M. V. (2010). ¿Qué es la gobernanza y para qué sirve? Revista Análisis Internacional, 222-235.



El futuro
es de todos

Consejería Presidencial
para la Niñez y la Adolescencia

