

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Evaluación Política Pública de Cero a Siempre

Clara Inés Escobar Aponte y Carlos Mauricio Garibello Correa

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas

Especialización en Gestión Pública

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Julio 2020

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Evaluación Política Pública de Cero a Siempre

Programa de especialización en Gestión Pública

Opción de grado proyecto de investigación

Elaborado por:

Clara Inés Escobar Aponte y Carlos Mauricio Garibello Correa

Presentado a: Juan Jose Gomez Acosta

Tutor

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas

Especialización en Gestión Pública

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Julio 2020

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestras hijas por tantos momentos en los cuales fuimos apoyados con el tiempo que le dedicamos al trabajo y se lo dejamos de entregar a ellas en sus que haceres diarios.

A nuestras respectivas empresas quienes nos han apoyado de diferentes maneras para el desarrollo de las actividades programadas en el desarrollo del módulo académico trabajado.

Adicionalmente a la Universidad Nacional por habernos dedicado las guías y la orientación permanente en el desarrollo de esta especialización que nos ha aportado mejores conocimientos y aplicaciones en nuestros trabajos y en especial al Profesor Juan Jose Gomez.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

RESUMEN

Por laborar en entidades del estado la elaboración de la investigación se orientó a las posibilidades en la consecución de información y análisis de la política pública que podría estar muy relacionada con la afinidad de nuestras disciplinas profesionales.

Teniendo en cuenta que ha sido un tema muy mencionado cuando decidimos adelantar la especialización y que representa una oportunidad para hacer la evaluación de esta política hacia los sectores más desprotegidos y como los ha abordado el estado, para esto realizamos consultas de indicadores, estadísticas, normatividad a fin de aportar un interesante documento.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Contenido

INTRODUCCION	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACION	13
MARCO TEORICO	15
OBJETIVO GENERAL	27
OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
METODOLOGIA	28
CONTEXTO SITUACIONAL Y NORMATIVO ASOCIADO CON LA POLÍTICA DE CERO A SIEMPRE	30
1. ANÁLISIS DEL ENTORNO.....	30
Tomaremos como referente las estadísticas que nos suministra el DANE, Ministerio de salud y demás organismos teniendo en cuentas las diferentes variables (edad, peso, talla, zona etc) en torno a la aplicación de la política de cero a siempre de acuerdo con su evolución e implementación	30
1.1. LÍNEA DE BASE.....	30
1.1.1 Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2012 - 2016 “BOGOTÁ HUMANA”	30
1.1.1.1 Balance de resultados del plan de desarrollo distrital 2012 - 2016 “Bogotá Humana”, Informe de rendición de cuentas 2015.....	34
1.1.2	Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016. 39
1.1.2.1 Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.....	45
1.1.2.2. Morbilidad atendida por ciclo vital	48
1.1.2.3. Morbilidad atendida por causas y departamentos.....	49
1.1.3. Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años Colombia 2017, Instituto Nacional de Salud	50
1.1.4. Informe vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017.	53
1.1.4.1. Sistema de vigilancia Alimentario y Nutricional	53
1.2. ASPECTOS RELEVANTES DE LA POLÍTICA DE “CERO A SIEMPRE”, FRENTE A SEGURIDAD ALIMENTARIA PARA PRIMERA INFANCIA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C.	60
LA POLÍTICA PÚBLICA PARA LA PRIMERA INFANCIA DE “CERO A SIEMPRE”, ESTADO DE NUTRICIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS EN EL PAÍS Y LA CIUDAD DE BOGOTÁ, PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 2014 - 2018.....	66
1. ESTADO NUTRICIONAL	66
1.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	66
1.2 MORBILIDAD INFANTIL	67

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

1.3 COMPARADO SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS No 52 DE 2014 A 2018, COLOMBIA	71
1.3.1 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2014	
71	
1.3.2 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2015.....	73
1.3.3 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2016	
74	
1.3.4 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2017.....	76
1.3.5 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2018	77
CONCLUSIONES.....	85
BIBLIOGRAFIA	88

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

TABLA DE FIGURAS

FIGURA 1. PIRÁMIDE DE MASLOW	13
FIGURA 2. TASA DE DESEMPLEO 2001 – 2014, BOGOTÁ D.C. Y EL PAÍS.	35
FIGURA 3. POBREZA MONETARIA POR ZONAS EN BOGOTÁ D.C. 2011 – 2014	36
FIGURA 4. EJE ESTRATÉGICO 1, AVANCE DE LOS PROGRAMAS.....	37
FIGURA 5. TASAS DE FECUNDIDAD, 1985-2020	41
FIGURA 6. MORTALIDAD INFANTIL, 1998-2014, PROYECCIONES 2015-2021	43
FIGURA 7. TASAS DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS, 2005-2014	45
FIGURA 8. MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS SEGÚN QUINTIL DE POBREZA, 2014..	46
FIGURA 9. CURVA DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS SEGÚN PORCENTAJE DE HOGARES SIN ACCESO A FUENTES DE AGUA MEJORADA, 2014	46
FIGURA 10. CURVA DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS SEGÚN NBI, 2014.....	47
FIGURA 11. CURVA DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS SEGÚN PORCENTAJE DE HOGARES CON BARRERAS A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA, 2014	48
FIGURA 12. PROPORCIÓN DE ATENCIONES SEGÚN DEPARTAMENTOS DE MAYOR INCIDENCIA POBLACIONAL, 2009- 2015	49
FIGURA 13. DESNUTRICIÓN AGUDA SEGÚN DATOS DEMOGRÁFICOS, COLOMBIA 2017	51
FIGURA 14. INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DEL ESTADO NUTRICIONAL, COLOMBIA 2017	52
FIGURA 15. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA DE MENORES DE 5 AÑOS NOTIFICADOS AL SIVIGILA POR LUGAR DE RESIDENCIA Y GRADO DE DESNUTRICIÓN. BOGOTÁ, 2017.....	57
FIGURA 16. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD EN MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA NOTIFICADOS AL SIVIGILA. BOGOTÁ, JUNIO DE 2017.	59

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

FIGURA 17. MORTALIDAD INFANTIL, 1998-2016, PROYECCIONES 2017-2021	68
FIGURA 18. MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN QUINTIL DE POBREZA, 2016.....	69
FIGURA 19. TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS, COLOMBIA.	76
FIGURA 20. TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS, COLOMBIA.	78
FIGURA 21. APORTES FINALES CONVENIO 1297 DE 2016	80
FIGURA 22, EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CUPOS DE ATENCIÓN INTEGRAL POR NIÑO ENTRE 0 Y 5 AÑOS DE EDAD EN SISBEN POR MUNICIPIO	83
FIGURA 23,HISTÓRICO DE INVERSIÓN EN PRIMERA INFANCIA.....	83
FIGURA 24, . CINCO PRIMEROS DEPARTAMENTOS EN LA CLASIFICACIÓN DE TASA DE AFILIACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 0 Y 5 AÑOS. AÑOS 2012 - 2017.....	84

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Introducción

En Colombia la desnutrición infantil sigue siendo una problemática sensible aun cuando sus niveles promedio son menores a los que presentan regiones como Asia Meridional y África Subsahariana donde la desnutrición crónica (moderada y severa) alcanza el 40%. En efecto, si bien los resultados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010 muestran indicadores menos críticos de desnutrición crónica y global para la población menor de 5 años (13% y 3%, respectivamente), todavía existen grandes diferencias según el lugar donde los niños viven. Por ejemplo, en 2010 la prevalencia de desnutrición crónica en el Valle del Cauca fue de 5,9%, mientras en Vaupés fue del 34,7%, alcanzando niveles similares a los de un país como Senegal o Tanzania.

Esta problemática está impactando el gasto social del estado, ampliando las brechas de acceso a la escolaridad, respuesta a la deserción escolar y desempeño laboral en los diferentes roles de la economía colombiana.

En la selección del tema sugerido para la investigación nos ubicamos en el contexto colombiano y vemos como el tema de la desnutrición se ha constituido en una respuesta a la deserción escolar y los problemas de salud públicas que se presentan actualmente en el sector estudiantil y laboral en el País, dado que la desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas.

Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación; En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres.” (UNICEF, 2011)

El estado colombiano ha establecido mecanismos para desarrollar la política de Cero a Siempre a través de organismos encargados los cuales diseñaron protocolos y seguimientos que revisaremos a través de la metodología escogida, recolección **de antecedentes, marco teórico y bibliografía, contextualización de información para el modelamiento del problema.**

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Planteamiento del problema

Análisis del impacto de la política de cero a siempre establecida con la Ley 1804 de 2016, En cuanto a la Mortalidad Infantil por desnutrición, en la ciudad de Bogotá

Dentro de la especialización se revisaron aspectos importantes en contratación, presupuesto y otros que generaron investigaciones propias en cada uno de los temas, al realizar la profundización de los esquemas se identificó que uno de los mayores gastos en el presupuesto se encuentra salud, educación y defensa, sin embargo también se observó la deserción escolar infantil y las pocas oportunidades laborales para los jóvenes que querían realizar estudios a nivel superior o encontrar un empleo, encontrando que una de las problemáticas que impactan tanto el estudio como el desempeño laboral en sus capacidades, se refieren a la situación de la población en la primera infancia como lo advierten diferentes documentos consultados una persona descuidada en su primera infancia se desarrolla más lento y su capacidad es más disminuida en cuanto a sus procesos cognitivos para adquirir los conocimientos y habilidades necesarias en el desempeño de las actividades.

La desnutrición en los niños menores de cinco años se detecta en los niños demasiado bajos en peso y talla en relación a su edad; Los niños que están desnutridos antes de los dos años corren mayor riesgo de contraer enfermedades en la infancia y en la adolescencia como consecuencia de una mala alimentación resulta el retardo en el desarrollo psicomotor, riesgos de mortalidad, incapacidad de trabajo físico, corriendo el riesgo de no desarrollar habilidades cognitivas y de aprendizaje, repercutiendo en la capacidad en los individuos adultos de generar

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

ingresos para su subsistencia. Además de desarrollar diferentes enfermedades, esto a su vez generara obstáculos en metas trazadas con relación a diferentes planes gubernamentales que incluyen la niñez, la infancia y la adolescencia.

Su talla, peso y características son diferentes a los que de alguna manera tuvieron acceso a alimentación, salud y desarrollo normal dentro de la sociedad y esto marca una diferencia profunda en estos procesos, lo cual incrementa el gasto del estado tratando de equilibrar estos procesos tardíamente y no desde el Genesis de la situación, en el desarrollo de la política y las estrategias del estado para atender la situación descrita es posible que se generen inconvenientes que desborden la capacidad y pueden crear otra situación que requiera otra intervención como la obesidad en niños.

En Colombia, “La desnutrición infantil es un estado patológico resultante de la asociación de diversas variables que llevan a un deterioro progresivo hasta la presentación de riesgo de muerte, afectando el correcto funcionamiento corporal, cognitivo e intelectual del menor. La vigilancia de la desnutrición aguda se implementó a nivel nacional desde 2016, por ser un evento de interés en salud pública” (salud I. N., 2018)

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Justificación

“En el mundo se producen alimentos suficientes para satisfacer las necesidades de todos los hombres, las mujeres y los niños que lo habitan. Por lo tanto, el hambre y la desnutrición no son consecuencias sólo de la falta de alimentos, sino también de la pobreza, la desigualdad y los errores en el orden de las prioridades.” Kul C. Gautam, Director Ejecutivo Adjunto de UNICEF.

Adicionalmente tuvimos en cuenta a MASLOW en la definición de la pirámide de necesidades plantea que las necesidades básicas para el ser humano son de orden fisiológico, como lo muestra la siguiente gráfica:

Figura 1. Pirámide de Maslow



<https://psicologiaymente.com/psicologia/piramide-de-maslow>

Maslow proponía una teoría según la cual existe una **jerarquía de las necesidades humanas**, y defendió que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados, y que en la base de la pirámide se encuentra entre otros;

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

- necesidad de respirar, beber agua (hidratarse) y alimentarse;
- necesidad de dormir (descansar) y eliminar los desechos corporales;
- necesidad de evitar el dolor;
- necesidad de mantener la temperatura corporal, en un ambiente cálido o con vestimenta.

La desnutrición es un flagelo que afecta a todos los países del mundo, esta cifra asciende a 795 millones de personas de todos los países del mundo, de los cuales 90 millones son niños menores de 5 años. (Navarro & Marrodán, 2017), en América latina, según la oficina regional de la FAO, para América Latina y el Caribe, 700.000 niños sufren desnutrición aguda representando 1,3% y 4.8 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición Severa que representa 9% de la población menor de cinco años, en América Latina.

En Colombia, según el Boletín epidemiológico 2018 semana 18, del total de niños menores de cinco años que asciende a la suma de 4.437.237, de los cuales 4.193 niños sufren desnutrición aguda y severa, cifra que equivale al 0.09% de la población infantil menor de cinco años.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Marco Teórico

Actualmente la desnutrición crónica (baja talla/estatura para la edad) recibe especial atención por los gobiernos, organismos multilaterales y académicos, siendo esto un indicador clave para medir el bienestar en la niñez, así como el progreso hacia la reducción de la desnutrición infantil. Por esto queremos con el trabajo modelar el comportamiento de la política pública que corresponda y responda la premisa, ..que un niño con retardo en el crecimiento tiene mayor probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida, es más propenso a enfermarse y a tener un peor desempeño escolar y a su vez, tiene menores oportunidades económicas en la edad adulta y es más propenso a la obesidad y enfermedades crónicas (UNICEF, 2013).

La desnutrición se manifiesta en diversas formas y corresponde a un tipo específico de carencias, como:

1. El niño es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.
2. Pesa poco para su altura.
3. Pesa menos de lo que le corresponde para su edad. (La desnutrición Infantil UNICEF).

La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado y el peso es un indicador de carencias agudas. De estos indicadores se despliegan las distintas categorías de desnutrición, como lo son la Desnutrición crónica: cuando el niño presenta un retraso en su crecimiento, esta se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. (UNICEF ¿Cómo se diagnostica la desnutrición infantil?) Esto indica una carencia de los

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

nutrientes que necesita un niño durante un tiempo prolongado y esto aumenta el riesgo de contraer enfermedades que afectarían el desarrollo físico e intelectual del niño, este retraso en el crecimiento muchas se da desde la gestación, si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los dos años de edad las consecuencias son irreversibles y tendrá consecuencia durante el resto de la vida.

Al terminar la primera guerra mundial con el tratado de Versalles, en el año 1919, se formó la sociedad de naciones (SDH), o liga de las naciones que llegó a tener hasta 57 países miembros; En el año 1924 esta sociedad de naciones aprobó la declaración de Ginebra en la que por primera vez se afirmaba que los niños tenían derechos y se responsabiliza a los adultos del cumplimiento de estos derechos.

La ONU, en el año 1959, con 78 países miembros, reconoce a los niños como “sujeto de derechos” con la declaración de los derechos de los niños, dentro de sus principios está contemplado que los niños tienen el derecho a tener protección especial para el desarrollo físico, mental y social del niño, en el principio No. 4, indica que los niños tienen derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada.

En el año 2000, 189 países miembros de las naciones unidas acordaron los objetivos del desarrollo del milenio (ODM), con 8 objetivos de metas concretas con el fin de acabar con la pobreza y el hambre e impulsar el desarrollo humano, a pesar de ello la desnutrición sigue siendo una de las principales amenazas para la supervivencia. La salud, el crecimiento y desarrollo de la capacidad de millones de niños, así como para el progreso de sus países, dentro de los factores de provocan la desnutrición encontramos la falta de atención suficiente, el alza en el precio de alimentos básicos, la sequía y el círculo de pobreza.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Los instrumentos vigentes del derecho a la alimentación son: Declaración universal de derechos humanos en 1948, Pacto Internacional de derechos económicos social y culturales, en 1966.

En Colombia con la ley orgánica 83 de 1943 “Ley orgánica en defensa del niño, en su artículo 101, numera 2° reza “Aunar todas las iniciativas de entidades públicas encargadas de la protección del niño y de la madre a fin de que se obtenga la protección y asistencia del niño desnutrida, enfermo, abandonado, en peligro o delincuente.” A razón de todos los tratados internacionales en Colombia han surgido diferentes leyes que tratan de la protección de los niños creando los hogares infantiles, con la resolución 1343/62, que pretende el cuidado de los niños mientras sus padres trabajan y se les brinda alimentación básica.

Con la ley 75 de 1968, se crea el ICBF, teniendo como objetivo trabajar por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia.

En el año 1991, la constitución Política Nacional en su artículo contempla” Artículo 44. 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.”

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

El DANE, reporta cifras estadísticas desde el año 1979, año en el que murieron por causa de desnutrición 2763 personas, de las cuales niños de 0 a 4 años fueron 1950., diez años más tarde 1989, el total de muerte por desnutrición fue de 1718 individuos de los cuales niños entre 0 y 4 años fueron 743, Con la ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que priorizó la atención de las madres gestantes y lactantes, de la población infantil menor de un año y de las mujeres cabeza de familia.

La atención a la primera infancia colombiana no admite una acción fragmentada ni pensada en el corto plazo. La importancia de elevar a la categoría de Ley la Estrategia De Cero a Siempre radica en la necesidad de dar mayor respaldo legal a la responsabilidad que tienen el Estado, la sociedad y la familia respecto del goce efectivo de los derechos de los niños y niñas de cero a seis años, así como incrementar la sostenibilidad política y financiera de las acciones que se emprendan para tal propósito en el largo plazo.

En consonancia con las disposiciones constitucionales y legales en la materia, la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre se encamina a dar respuesta efectiva a problemas de relevancia social partiendo de la planeación basada en resultados y de la toma de decisiones soportadas en la evidencia, para promover el desarrollo integral, el bienestar, la satisfacción de necesidades y la garantía derechos de la primera infancia. En su conjunto se constituye en un instrumento de largo aliento para la transformación social y la garantía de derechos, con la posibilidad de guiar un proceso sostenido en el que prime como finalidad el desarrollo integral en la primera infancia y que pueda ser desarrollado a través de los sucesivos y diferentes programas de gobierno, sin alterar dicha finalidad. Es así como esta se encuentra en armonía con los fines del Estado y sus obligaciones constitucionales.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

De acuerdo con la OMS hay tres formas de desnutrición:

a. Desnutrición aguda: Está asociada a pérdida de peso reciente o a incapacidad para ganar peso, dada en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas.

b. Retraso en talla: Está asociado con baja ingesta prolongada de todos los nutrientes. Se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria y bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. El retraso en talla es más severo si se inicia a edades tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes, entre otros.

c. Deficiencias de micronutrientes: se presentan cuando las personas no tienen acceso o hábito de consumo de alimentos fuente de micronutrientes, como frutas, verduras, carnes y alimentos fortificados. Las deficiencias de micronutrientes aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas como la diarrea, la malaria y la neumonía. La desnutrición aguda, el retraso en talla y las deficiencias de micronutrientes pueden coexistir en un mismo niño o niña.

La desnutrición aguda moderada, el niño pesa menos de lo que corresponde con respecto a su altura, se mide también en el perímetro del brazo que siempre va a estar por debajo de los estándares de referencia, esto requiere un tratamiento inmediato para prevenir que su desnutrición se vuelva aguda.

La desnutrición aguda grave o severa: El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura, altera todos los procesos vitales del niño y conlleva a alto riesgo de mortalidad. Requiere atención médica urgente.

La carencia de vitaminas y minerales (micronutrientes): La carencia de minerales

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

y vitaminas se puede manifestar en fatiga, reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad, el estudio de la salud infantil es sin duda uno de los temas de interés mundial que más atención ha recibido en las últimas décadas por parte de los gobiernos nacionales y organismos multilaterales. Instituciones como el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son hoy día los grandes referentes de la lucha global que propende por resolver las necesidades básicas de los niños, ampliar sus oportunidades y fomentar las mejores condiciones de salud para ellos. La desnutrición infantil es un problema de salud que se entiende como el estado proteico del niño originado por el consumo deficiente de alimentos y una ingestión energética inferior a los requerimientos durante periodos prolongados. También son causas subyacentes la carencia de alimentos, la deficiente atención de los servicios salud y la falta de agua potable y saneamiento ambiental. La desnutrición afecta a los niños en su período más importante de crecimiento, forjando secuelas mentales y físicas que pueden ser irreversibles y tornarse permanentes durante la edad adulta. De allí que se considere este fenómeno como un punto de truncamiento en el progreso económico de la sociedad, dado que impone costos adicionales que a su vez socavan los resultados de las políticas orientadas a mejorar los sistemas de educación y salud. Más aún, existe un amplio consenso en torno a que dichos costos se extienden más allá del ciclo de vida de cada persona, afectando a sus hijos y perpetuando con ello la desnutrición a nivel intergeneracional.

UNICEF (2008) en su interés por erradicar la desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe, define un conjunto de principios que orientan sus acciones encaminadas a lograr dicho cometido, destacando entre éstos el marco conceptual multicausal asociado al problema nutricional. En 1989 la UNICEF aprobó una estrategia de acción en nutrición que

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

reconocía el origen del problema nutricional con base en un marco conceptual que categoriza los factores causales en inmediatos, subyacentes y básicas o estructurales. Desde entonces, dicho esquema, que fuera ideado por Urban Johnson, ha sido aceptado por convención como una herramienta de análisis y programación utilizada por diferentes gobiernos, instituciones académicas y organismos de cooperación.

(Osorio, 2016)

Los niños y niñas menores de cinco años son afectados principalmente por esta enfermedad, pues atraviesan por períodos críticos de máximo crecimiento, desarrollo y vulnerabilidad, con altos requerimientos nutricionales. Adicionalmente su alimentación depende de terceros, quienes en ocasiones no tienen los recursos económicos necesarios o el conocimiento suficiente para proporcionar una alimentación adecuada, indispensable para el desarrollo de sus sistemas corporales, especialmente en los primeros años de vida. Todo esto ocasiona diversas respuestas fisiológicas a nivel multisistémico, las cuales limitan el desarrollo psicomotriz del infante, entendido, según Doussoulin y Michelini, como un proceso continuo de cambio en el que el niño domina niveles más complejos de movimiento, pensamiento, relaciones con los demás y con el medio.

El desarrollo psicomotriz de un niño está determinado por la fuerte interacción entre su esfera biológica y el ambiente que le rodea, es el reflejo de la indemnidad estructural y funcional de su sistema nervioso central y periférico. Ahora bien este requiere desde su formación, crecimiento y desarrollo de un adecuado aporte nutricional, dado que el déficit puede generar efectos deletéreos, en ocasiones irreversibles, como reducción y retraso en el crecimiento cerebral, en la mielinización y conducción nerviosa, y en la producción de neurotransmisores, que conlleva a

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

repercusiones significativas como retraso psicomotriz, bajo coeficiente intelectual y rendimiento escolar deficiente a largo plazo, con un impacto negativo a futuro en el desarrollo social y en la productividad del individuo.

Un análisis contextual mostró variación significativa en la desnutrición crónica en la primera infancia entre comunidades en Colombia. La asociación entre el nivel de riqueza promedio y la probabilidad de que un niño padezca desnutrición crónica fue la única que resultó estadísticamente significativa. Esta variable puede estar capturando el efecto de importantes determinantes de la desnutrición crónica a nivel de comunidad, como el acceso a agua potable, servicios sanitarios y la educación. Esos resultados muestran que, además de la importancia de los antecedentes socioeconómicos de la familia, el contexto socioeconómico de la comunidad puede contribuir independientemente al estado de salud de los niños, coincidiendo con lo encontrado para países de América Latina, África y Asia.

Comunidades más ricas tienden a tener mejor infraestructura física, servicios y mayor acceso a alimentos tanto en cantidad como en calidad. Eso disminuye la probabilidad de contraer enfermedades y por lo tanto mejorar el estado de salud de los niños

Características del hogar actúan simultáneamente con atributos del contexto socioeconómico de la comunidad sobre el estado nutricional de los niños – medido a través de la talla para la edad –, indicando la importancia de incluir ambos contextos en las investigaciones, programas y políticas en Colombia. El contexto es especialmente importante porque puede actuar no solo sobre resultados individuales, sino también sobre otros determinantes de la salud del niño.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Es necesario promover la generación de ingresos de los hogares al mismo tiempo que los recursos físicos, sociales y servicios en la comunidad. Así mismo, promover el empoderamiento de las madres en la toma de decisiones y garantizar su alfabetización. Esperamos que este trabajo sirva como referencia en la implementación de la principal estrategia del gobierno para promover el desarrollo de la primera infancia, llamada “De Cero a Siempre” (recientemente elevada a Política de Estado, Ley 1804 de 2016), y que el contexto más próximo donde el niño vive pueda ser priorizado. Tener en cuenta el entorno socioeconómico de la comunidad brinda herramientas clave de política en la medida que ayuda a definir mejor a que nivel (individual o comunidad) las intervenciones y programas para mejorar la salud infantil deben ser llevados a cabo. (OsorioI, 2018)

Según la revista científica mundo de la investigación y el conocimiento, La nutrición en infantes es fundamental desde 1 a 5 años y está intrínsecamente relacionado con las distintas etapas de la vida, es una condición interna del ser que se refiere a la disponibilidad y utilización de la energía y nutrientes a nivel celular. Si la información genética es adecuada y el medio ambiente propicio se daría las condiciones óptimas para obtener un crecimiento y desarrollo de acuerdo con el potencial genético familiar aunado al aporte de una nutrición adecuada en cantidad y calidad y una estimulación psico sensorial afectiva y apropiada. A partir de los 6 meses, los bebés requieren otros alimentos que complementan la leche materna. Los niños deben recibir alimentos complementarios a la edad apropiada, deben comer con frecuencia alimentos de calidad enriquecidos con vitaminas y minerales esenciales para su crecimiento. La alimentación es uno de los pilares fundamentales en la salud de los niños, a través, de ella reciben la energía y los nutrientes necesarios para su desarrollo. Las proteínas, los hidratos de carbono y los lípidos o grasas aportan energía esencial durante la infancia. La ingesta adecuada de vitaminas y minerales

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

actúan como cofactores o catalizadores en el metabolismo celular, participando en el crecimiento de los tejidos (calcio, fósforo, magnesio). Por tal motivo, se debe prestar especial atención a los minerales como el calcio, el yodo, el zinc, el hierro, las vitaminas A y D, entre otras, que son necesarias para la dieta diaria de los infantes. Sin embargo, la calidad nutricional de las loncheras de preescolares es diferente según el conocimiento del cuidador, últimamente se observa mayor presencia de alimentos industrializados, mayor contenido de hidratos de carbono, y menos presencia de frutas y verduras producto del bajo conocimiento del cuidador. (Cevallos, 2019)

Colombia en su Constitución Política de 1991 reconoce de manera explícita y directa el derecho a la alimentación, siendo éste un Derecho reconocido y aplicable solo a categorías poblacionales específicas: Es un derecho fundamental de los niños la alimentación equilibrada (*Artículo 44*). Durante el embarazo y después del parto la mujer goza de especial asistencia y protección del Estado, y recibe de éste un subsidio alimentario si se encuentra desempleada o desamparada (*Artículo 43*). El Estado garantiza a las personas de la tercera edad un subsidio alimentario en caso de indigencia (*Artículo 46*). Y en cuanto a la producción de alimentos, la Constitución Política de 1991 en su artículo 65 establece que esta gozará de la especial protección del Estado. Para tal efecto, se otorgará prioridad al desarrollo integral de las actividades agrícolas, pecuarias, pesqueras, forestales y agroindustriales, así como también a la construcción de obras de infraestructura física y adecuación de tierras. De igual manera, el Estado promoverá la investigación y la transferencia de tecnología para la producción de alimentos y materias primas de origen agropecuario, con el propósito de incrementar la productividad.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

En Colombia podemos reconocer que la Constitución Política de 1991 ampara de manera explícita el derecho a la alimentación como un derecho al que tienen acceso ciertos grupos poblacionales en específico, quedando ubicado en el Título II “De los Derechos, Garantías y Deberes”, capítulo II “De los Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, artículos 43, 44, 46 y 65; siendo exigible ante las autoridades judiciales por medio de la acción de tutela, si la violación a este derecho guarda conexidad con algún derecho fundamental; solamente con la excepción de la alimentación equilibrada de los niños la cual está plasmada en la carta constitucional como un derecho fundamental (Constitución Política, 1991, Art. 44). Se consagra en la constitución la protección de tres categorías poblacionales de la sociedad colombiana en torno al derecho a la alimentación, las cuales son: los niños (artículo 44), la mujer en estado de embarazo y post parto cuando se encuentre desamparada (artículo 43), y las personas de la tercera edad (artículo 46). Es necesario resaltar la importancia del artículo 65 de la Constitución Política de 1991 que asegura que el Estado protegerá con especial importancia los medios de producción y la promoción de la tecnología necesaria para incrementar esos mismos medios.

Un concepto asociado directamente con el derecho a la alimentación en algunas constituciones nacionales es el de seguridad alimentaria; según pronunciamientos hechos por la FAO la seguridad alimentaria es: Un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo (FAO, 2011, pág. 2).

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

De acuerdo con lo indicado por la ONU en la declaración de los derechos de los niños, todos los derechos de los niños están recogidos en un tratado internacional que obliga a los gobiernos a cumplirlos: la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Es el tratado más ratificado de la historia y los 195 Estados que la han ratificado tienen que rendir cuentas sobre su cumplimiento al Comité de los Derechos del Niño. En su principio IV señala que: "El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados."

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Objetivo General

Analizar y Comprender la incidencia de la Política Pública de primera infancia de Cero a siempre con el fin de evidenciar el impacto en cuanto a la desnutrición y mortalidad de los niños de cero a cinco años en la ciudad de Bogotá, para poder generar las valoraciones estadísticas y comparación de cifras o documentos publicados posteriormente a la ley con cargo al seguimiento de la aplicación de esta.

Objetivos Específicos

- a. Realizar un análisis del contexto situacional y normativo asociado con la política de cero a siempre.
- b. Establecer aspectos relevantes de la política de cero a siempre frente a la seguridad alimentaria para la primera infancia en la ciudad de Bogota

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Metodología

Realizamos es monografía teniendo como referente el análisis de la política pública “de cero a Siempre” la cual se implementó para garantizar el desarrollo integral de la primera infancia que garantiza un desarrollo integral que repercute en las diferentes etapas de la vida del individuo, para ello utilizamos la metodología que está basada en tres pilares así: revisión bibliográfica, ubicación del contexto de la información para el planteamiento del problema. Las categorías de análisis se enmarcaron en datos estadísticos del DANE, Ministerio de salud, SIVIGILA con énfasis en tasas de fecundidad, tasas de mortalidad infantil, comportamientos zonales entre otros, con estos referentes se propuso la siguiente metodología:

1. **Recolección de antecedentes, marco teórico y bibliografía:** en este proceso se investigó y se soportó en textos, artículos, cifras y documentación publicada que aportaron alto contenido a la investigación
2. **Contextualización de información para el modelamiento del problema:** para tener información más cercana al caso de Bogotá, se indagaron otros artículos y se contextualizo a través de los objetivos específicos el dómelo de investigación.
3. **Modelamiento con Dinámica de Sistemas:** teniendo en cuenta la información y los datos reunidos, se definieron las variables del estudio: población, recolección, disposición final, frente a los mecanismos establecidos por las entidades en desarrollo del proyecto de ley, las cuales se comprobarán con el modelo de manera sistemática que nos permita.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

4. **Conclusiones y Recomendaciones:** De acuerdo con el análisis realizado a las anteriores variables se presentarán al final como resultado las conclusiones y recomendaciones de ser viables.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Contexto Situacional y Normativo Asociado con la Política de Cero a Siempre

1. Análisis del Entorno

Tomaremos como referente las estadísticas que nos suministra el DANE, Ministerio de salud y demás organismos teniendo en cuentas las diferentes variables (edad, peso, talla, zona etc) en torno a la aplicación de la política de cero a siempre de acuerdo con su evolución e implementación

1.1. Línea de Base.

1.1.1 Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2012 - 2016 “BOGOTÁ HUMANA”.

El Plan de Desarrollo 2012 – 2016 “Bogotá Humana”, está constituido por 3 ejes estratégicos a saber:

1. Una ciudad que reduce la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo
2. Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua
3. Una Bogotá en defensa y fortalecimiento de lo público

En cuanto al primer eje estratégico que apunta a ser parte de la línea de base para el proyecto que se presenta como una propuesta seria de análisis de la política pública “De cero a siempre”, se toman los objetivos planteados para el mismo resumiendo:

“Reducir la desigualdad... Modificar las condiciones que restringen la formación de las

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

personas, el acceso a condiciones de salud y nutrición adecuadas para su desarrollo integral, (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”). (de Bogotá, 2012)

“Destacar los principios de igualdad, equidad y diversidad... contra situaciones de no observancia de los derechos de los niños, las niñas...” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”)

“Incrementar la capacidad financiera y económica de los más pobres... Se pretende incrementar el ingreso disponible de los hogares de menores recursos, mediante la reducción del gasto en aquellos componentes de la canasta familiar que dependan del gobierno distrital...” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”)

“Construir un territorio donde se garantice el acceso equitativo a la ciudad. La distribución de redes estructurantes –acueducto y alcantarillado, ... los equipamientos educativos, de salud...” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”).

Como se puede ver, en principio los objetivos del plan en análisis apuntan a la observancia de un acceso equitativo a condiciones de salud y nutrición para niños y niñas prevaleciendo así sus derechos, para ello apuntan a consolidar la capacidad económica de las familias de escasos recurso o en condiciones de vulnerabilidad, acompañada de inversiones en infraestructura que garantice condiciones de vida adecuadas frente conceptos básicos de salubridad.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Ahora bien, frente a las estrategias que en su momento se plantearon en el plan en comento se tiene que:

“Construir condiciones para el desarrollo saludable de las personas en su ciclo de vida – niños, niñas... mejorando la accesibilidad física y económica a una canasta básica y a un entorno sano, e incorporar el enfoque diferencial y atención prioritaria a niños, niñas... Priorizar la nutrición, el cuidado y la formación para el pleno desarrollo de la primera infancia...” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”)

“Garantizar el ejercicio pleno de derechos de toda la ciudadanía, ... reconocer los enfoques diferenciales: niños, niñas... y de la diversidad de las familias.” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”)

“Dotar de manera más equilibrada los equipamientos públicos, reconocer el desbalance en su distribución, de manera que la reducción de los déficits cuantitativos y cualitativos en equipamientos redunde en mejores condiciones de equidad.” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”), de las estrategias se tiene que apuntan evidentemente hacia el logro de los objetivos, cuando aquí se habla de “construir condiciones de desarrollo saludables”, esto de manera integral, de tal forma que se prioricen los programas de nutrición para la primera infancia.

También el plan de desarrollo en análisis presenta un articulado específico de “Garantía del desarrollo integral de la primera infancia”, en donde se argumenta que los niños serán prioridad, donde indica que se vincularía a la administración distrital en la atención de la primera infancia, mediante: “acciones que les garanticen el cuidado calificado, el potenciamiento del

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

desarrollo, las experiencias pedagógicas significativas... , la promoción de vida saludable, la alimentación saludable, la generación de ambientes seguros y protectores, y la construcción de espacios sensibles y acogedores en el marco de la política pública por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes...” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”).

Argumentando que las familias, los profesores y madres comunitarias, entre otros más FAMI de ICBF, serían los responsables de las condiciones para el desarrollo de las capacidades de los niños desde la primera infancia.

Cuando el citado plan aborda en pleno la problemática de la primera infancia y explica que la misma se abordará de manera integral, expresan que está se desarrollará bajo esquemas de nutrición, de promoción de la salud, de ambientes seguros, todo como una política pública de calidad de vida, Ya finalmente, en el plan de desarrollo “Bogotá Humana”, se definen los proyectos a ejecutar para responder tanto al eje estratégico como a objetivos y estrategias planteados, para la atención a la primera infancia así:

1. “Creciendo saludables. Fortalecimiento de la promoción de la salud y garantía del acceso, igualdad y disponibilidad de una alimentación sana y equilibrada para todos los niños y niñas desde la gestación, mediante la identificación de los riesgos en materia de seguridad alimentaria que pueden incidir en forma negativa en el desarrollo y la supervivencia; la valoración nutricional; el control a crecimiento y desarrollo de la primera infancia, ...” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”).

2. “Corresponsabilidad... en la generación de condiciones para el desarrollo integral

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

de los niños y las niñas..., de manera que se potencie el desarrollo de los niños y las niñas en los diferentes escenarios de su vida cotidiana; ... y la promoción de una cultura de cuidado..., mediante la implementación de proyectos desde lo afectivo, social y emocional.” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”).

3. “Ambientes adecuados para el desarrollo de la primera infancia... Incluye la construcción y adecuación de equipamientos, de manera segura, acogedora, accesible tanto para los infantes como para las madres lactantes, ...” (Plan de desarrollo 2012 “Bogotá Humana”).

Y amplía el plan en comentario con un aparte dedicado a “Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad”, en donde se tenía como propósito asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, por medio de un modelo de salud humanizado y participativo, fortaleciendo la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad.

1.1.1.1 Balance de resultados del plan de desarrollo distrital 2012 - 2016 “Bogotá Humana”, Informe de rendición de cuentas 2015.

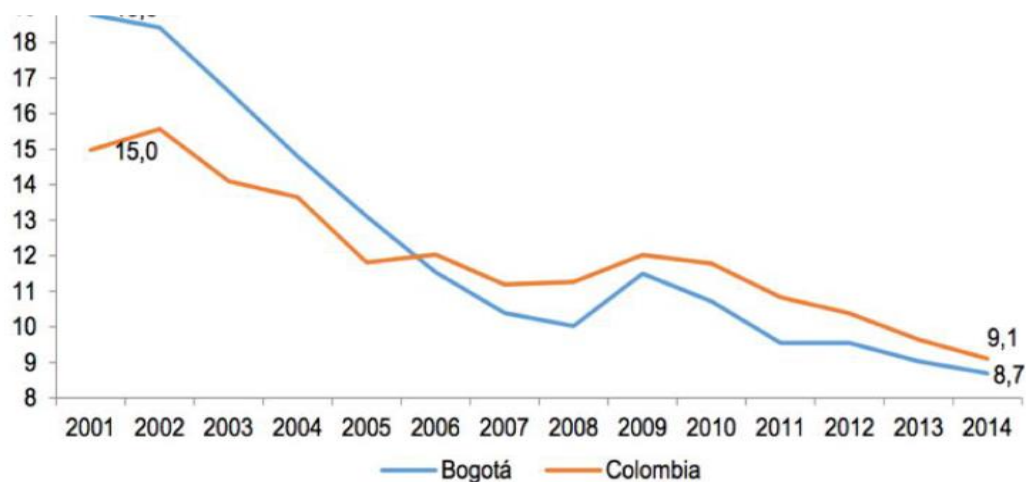
El citado plan fue evaluado mediante un “Informe de rendición de cuentas 2015”, presentado a 31 de diciembre del mismo año en donde se tiene que la garantía del desarrollo integral de la primera infancia arroja el siguiente balance general de las metas de gestión y/o resultados – MGR:

Inicialmente se argumenta de como el índice de desempleo para la ciudad de Bogotá, ha ido disminuyendo de manera sustancial desde el año 2001 con un 19% a un 8,7% para el año

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

2014, lo que significa un mejoramiento de la calidad de vida para los capitalinos y en especial para las familias de menores recursos, está sería la primera condición para elevar las condiciones de vida.

Figura 2. Tasa de desempleo 2001 – 2014, Bogotá D.C. y el país.



Fuente: SDH ¹(2015) a partir del Dane

Otra variable significativa es la denominada incidencia de pobreza monetaria, la misma se redujo del 17,3 al 15,8%

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Figura 3. Pobreza monetaria por zonas en Bogotá D.C. 2011 – 2014

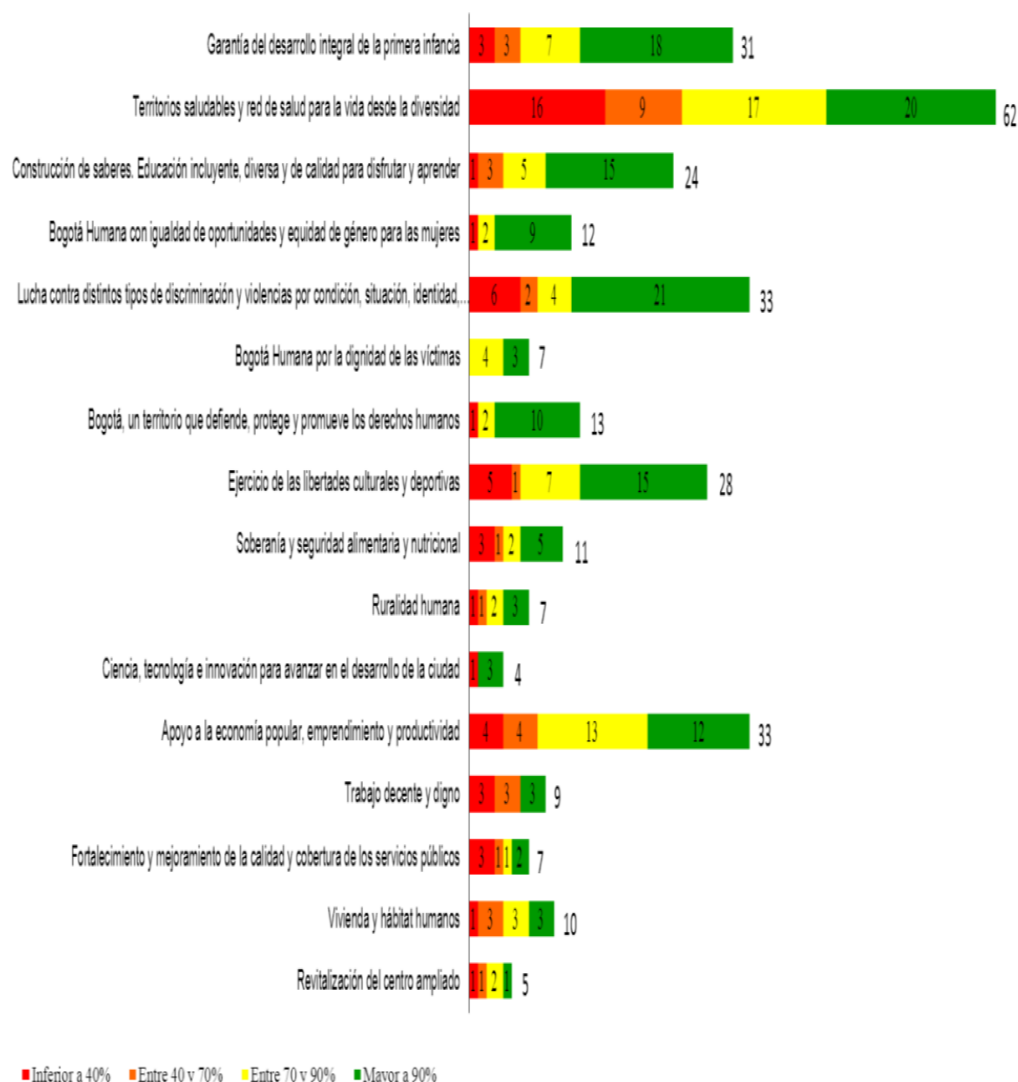
	2.011		2.014	
	Total	%	Total	%
Usaquén	47.268	10,0	46.095	9,4
Chapinero	7.092	5,3	12.567	9,1
Santa Fe	22.838	22,0	24.336	23,2
San Cristóbal	123.853	30,2	95.249	23,1
Usme	130.593	34,1	123.252	29,1
Tunjuelito	39.917	19,8	30.548	15,0
Bosa	146.876	25,2	147.299	23,5
Kennedy	135.347	13,3	184.845	17,4
Fontibón	30.579	8,8	33.592	9,1
Engativá	76.823	9,1	78.641	9,0
Suba	124.242	11,6	92.524	8,1
Barrios Unidos	22.821	9,8	24.640	10,2
Teusaquillo	5.171	3,5	6.517	4,3
Los Mártires	19.476	19,9	15.585	15,6
Antonio Nariño	15.019	13,9	10.443	9,5
Puente Aranda	26.038	10,1	32.616	12,5
La Candelaria	5.343	22,1	3.900	15,9
Rafael Uribe Uribe	102.487	27,1	67.819	17,8
Ciudad Bolívar	206.198	32,2	197.566	29,3
Total Bogotá	1.287.982	17,3	1.228.034	15,8

Fuente: SDP³ (2015, p. 180) a partir de EM 2011 y EM 2014 ,

Siendo las localidades de: Rafael Uribe 9,3%, San Cristóbal con el 7,1% y La Candelaria 6,2%, donde la variable en análisis tuvo el mejor impacto y donde se presenta en general como un logro asociado a la reducción del desempleo y el alivio fiscal, en el que se argumenta la mejor del balance entre impuestos y subsidios para los hogares menos favorecidos de la capital de la república, retomando la rendición de cuentas 2015, allí se argumenta que dentro de los programas del eje estratégico 1, que presentan un mayor avance está: “Garantía del desarrollo integral de la primera infancia”, con alcance ponderados en sus metas mayor al 80%.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Figura 4. Eje estratégico 1, avance de los programas



Fuente: SEGPLAN

Indicando que “Bogotá Humana” al 30 de septiembre garantizó atención integral a 239.298 niñas y niños entre 0 y 5 años de edad, en donde se destaca el reforzamiento de prejardín, jardín y transición, la atención integral en diferentes ámbitos de atención como en las casas interculturales, jardines nocturnos y atención en ámbito familiar.” (Informe de rendición de cuentas 2015); donde se afirma que de 31 programas directos 18 de ellos están por encima del

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

90% de cumplimiento, 7 entre el 70 y el 90%, 5 en el rango de 40 y 70% y 1 por debajo del 40% de cumplimiento.

Donde el más destacado es “Una Infancia feliz y un territorio que protege sus derechos”, allí el programa que garantiza el desarrollo integral de niños y niñas en primera infancia apuntaba a garantizar los derechos, y la generación de oportunidades a 270.000 niños desde la gestación y hasta los cinco años, Bogotá Humana, indican, trascendió de las acciones sectorizadas a modalidades de atención integral de carácter intersectorial con las siguientes cifras por dependencias: Secretaría Distrital de Integración Social 152.913, Secretaría de Educación Distrital 72.556, y mediante el convenio SED-SDIS, 13.829, Otros logros se describen a continuación: Atención Integral en Familia con profesionales en salud, psicopedagogos, maestras y nutricionistas llegando a 99.766 niñas y niños desde la gestación hasta los 3 años en sus casas y vecindarios.

“El aporte nutricional en las diferentes modalidades de Atención Integral, las tres modalidades de atención involucran el complemento nutricional desde la gestación y hasta cumplir los 6 años. Se logró un aporte nutricional del 70% del valor calórico total diario en el ámbito institucional y ámbitos no convencionales, un 72% para los preescolares de jornada 40 horas de la SED... se ha brindado alimentación mediante comida caliente y refrigerios, y en ámbito familiar a través de bonos canjeables por alimentos a 252.793 niñas niños y madres gestantes.” (Informe de rendición de cuentas 2015).

“La tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años también tuvo una disminución

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

significativa del (5.3%), al pasar de 24.5 por 100.000 menores de 5 años muertos en 2011 a 19.2 por 100.000 menores de 5 años en 2014, lo que en el último año ha significado, en termino de casos, pasar de 792 en agosto de 2014 a 681 casos en agosto de 2015.” (Informe de rendición de cuentas 2015); Otro de los grandes logros de la Bogotá Humana ha sido la reducción del 100% en la mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, la cual de manera sostenida se ha mantenido en cero casos durante los años 2013 y 2014, luego de que en 2011 esta tasa se encontraba en 5 casos. Con estos resultados se supera la meta Plan de Desarrollo la cual se había establecido en 1.5 por 100.000 nacidos vivos.” (Informe de rendición de cuentas 2015). (DISTRITAL, 2015)

Esta línea de base, desde donde se pretende explicar de manera coherente los alcances de la política pública de “Cero a Siempre” y que constituye el plan de desarrollo “Bogotá Humana”, que se ejecutó para el periodo 2012 – 2016.

1.1.2 Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016.

Otro documento de suma importancia para el análisis del contexto situacional es “El Análisis de Situación de Salud (ASIS)” que estudia la relación de las condiciones de vida y los procesos de salud en los diferentes entes territoriales y la aplicación de políticas sociales. Allí se toman grupos poblacionales con “diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento”, (Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016). (Salud, 2016)

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

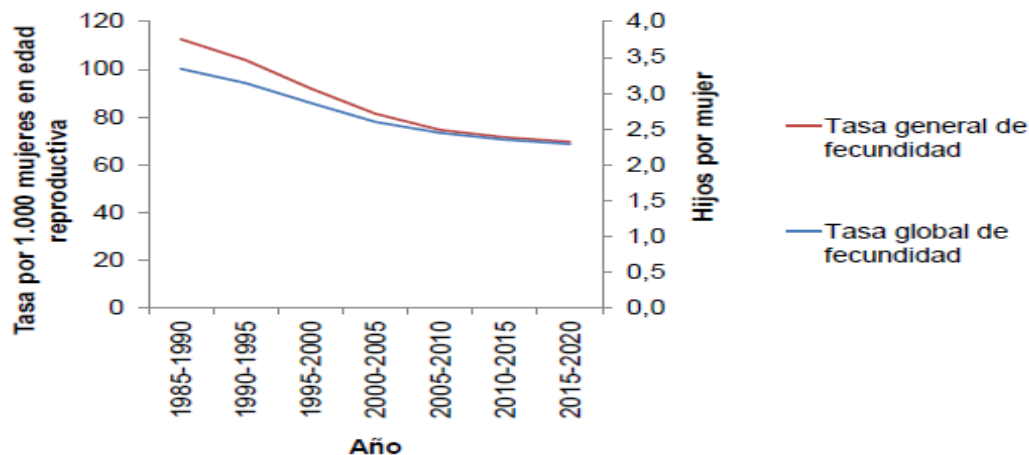
En este documento se presentan los resultados del estado de la salud de los colombianos, frente a su contexto bajo indicadores de salud pública. Inicialmente aborda la caracterización por demografía y territorialidad, en donde presenta amenazas de origen agropecuario, como a afectación en biodiversidad y de uso del suelo por ampliación de la frontera agrícola, entre otras, acompañado en la última década con proceso de urbanización resultado de migraciones internas regionales, en gran parte como efecto del conflicto armado, concluyendo por ejemplo que en el país según el DANE, entre 1985 y 2016 el porcentaje de población urbana se incrementó en cerca de un 13%, el mismo organismo afirma que para 2016 el 76,58% de la población colombiana habita en las cabeceras municipales y el 23,42% en el área rural; constituyéndose una situación de aglomeración y de problemática en productividad aumentada en términos alimentarios y de servicios públicos básicos.

Ahora bien y frente al crecimiento demográfico que se expresa en el incremento anual de las poblaciones, relacionando nacimientos, defunciones y migración, para Colombia de acuerdo a cifras del DANE, en estas variables las tasas de crecimiento natural muestran un descenso a través del tiempo, pasando de 22,03 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990 a una tasa proyectada de 12,08 en el quinquenio 2015-2020, esto en términos relativos representa una reducción del 45,17% en la tasa de crecimiento natural. Sobre las tasas de fecundidad, estas presentan una caída vertiginosa entre 1985 y 2010 y se proyecta que para 2020 sigan disminuyendo. Se estima que para el quinquenio 2015-2020 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 2,29 hijos, lo cual estima una disminución del 31,45% en la tasa global de fecundidad o la reducción en casi un hijo por mujer con respecto al quinquenio 1985-1990.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

(Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016).

Figura 5. Tasas de fecundidad, 1985-2020



Fuente: DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005- 2020.

Del análisis sobre tasas de fecundidad, se llegaron a conclusiones como:

1. La fecundidad y embarazos en adolescentes se asocian a condiciones de pobreza, siendo más altas en las áreas con mayor deterioro social y necesidades básicas insatisfechas. En el 2014, el 50% de la población con más necesidades básicas insatisfechas concentró el 55% de la fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años.

2. La fecundidad es inversamente proporcional al nivel educativo. La tasa global de fecundidad es 3,1 veces más alta en las mujeres sin educación que en las mujeres con nivel educativo superior, con una diferencia absoluta de casi tres hijos más por cada mujer sin educación.

3. La tasa global de fecundidad es 2,29 veces más alta entre las mujeres con índice

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

de riqueza más bajo-comparada con las mujeres con mayor riqueza.

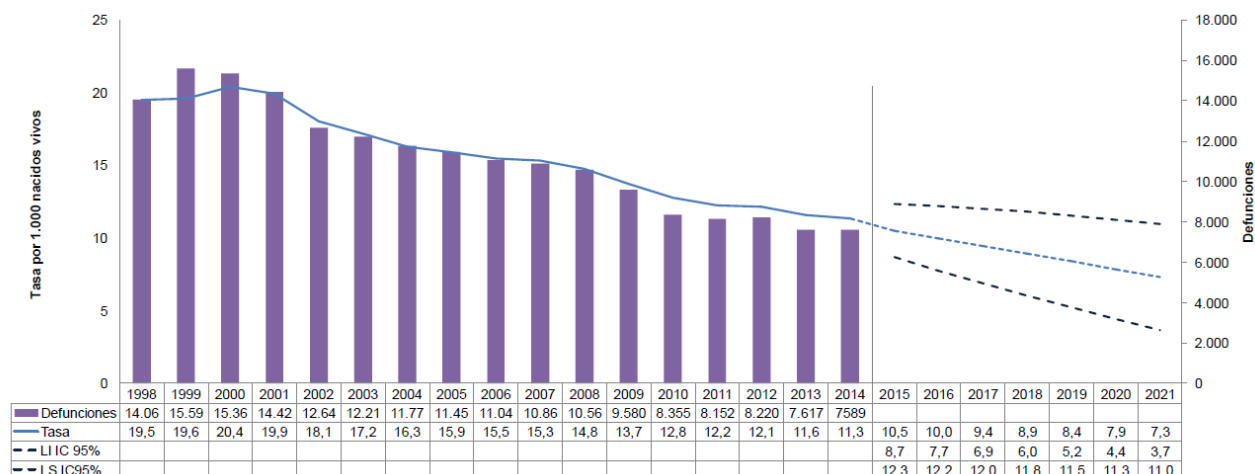
Ahora bien, sobre natalidad en el mismo documento de análisis se informa que esta ha sido decreciente a nivel país, pues comparados los quinquenios 1985-1990 y 2015-2020, se observa que la tasa bruta pasó de 28,80 a 18,03. Esto significa una reducción de 10,77 nacimientos por cada mil habitantes, en tanto que la edad mediana al primer nacimiento entre las mujeres de 25 a 49 años es de 22,1 años, para los departamentos se espera que entre 2015 y 2020 las tasas brutas de natalidad oscilen entre 15,09 y 27,86 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con una mediana de 19,61, los indicadores más bajos son en Bogotá (15,09), Caldas (15,68) y Risaralda (15,74).

Aparte especial merece para efectos del análisis de este proyecto de evaluación de la política pública de “Cero a siempre”, es la mortalidad infantil, con las cifras que se presentan en el informe en análisis, donde se indica que en Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso pues entre 1998 y 2014 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 41,87%, lo cual equivale a una reducción de casi ocho muertes menos por cada 1.000 nacidos vivos.

Entre 2005 y 2014 se registraron 93.445 muertes, para un promedio anual de 9.345, con tendencia decreciente para ambos sexos, las tasas de mortalidad en hombres se mantuvieron entre un 20% y un 25% más altas que en las mujeres y se estima que si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta 7,3.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Figura 6. Mortalidad infantil, 1998-2014, proyecciones 2015-2021



En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0
 Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 9 de noviembre de 2016.

Fuente: Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud.

De acuerdo con el informe en estudio, la disminución en la mortalidad infantil está relacionada con estrategias implementadas y esfuerzos invertidos durante los últimos 14 años en: vacunación y la promoción de la lactancia materna que hizo que entre 2005 y 2010 el número de meses de duración de esta fuera de 1,5, a 2,2, ahora y referente al marco geográfico objeto del estudio, se tiene que entre 2005 y 2014 el Distrito Capital de Bogotá registró 13.770 muertes infantiles para un promedio anual de 1.377; pero dada su gran densidad poblacional la tasa estuvo dentro de las doce más bajas del país.

Prosigue el informe, indicando que la tasa de mortalidad en los menores de cinco años permite medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como la disponibilidad de alimentos, los ingresos del hogar, los conocimientos de la madre sobre

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

cuidados de salud, el acceso a los servicios de salud y la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a agua apta para el consumo y a saneamiento básico, lo que la convierte en el indicador válido para la pertinencia del trabajo que se desarrolla frente al cuestionamiento sobre la política pública de “Cero a siempre”.

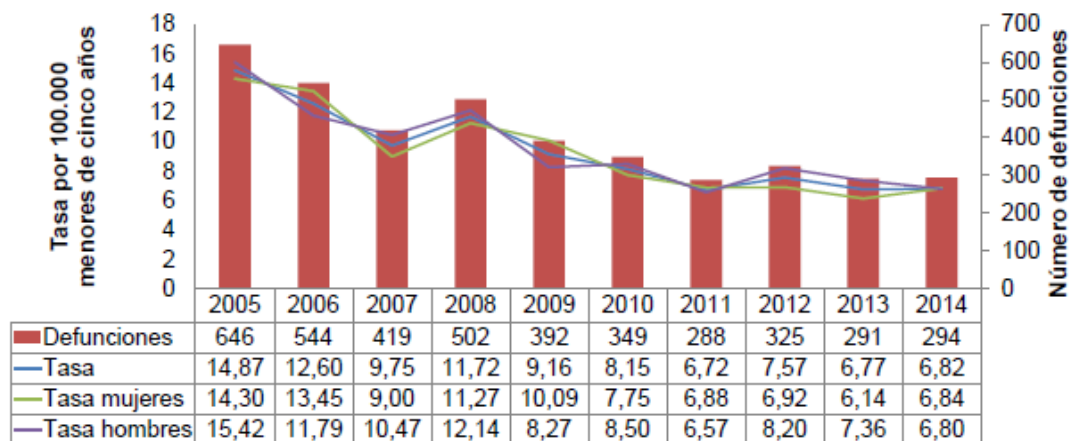
Acorde al documento en estudio, Colombia presenta una mortalidad en los menores de cinco años con tendencia al descenso a través del tiempo. Entre 1998 y 2014 las tasas disminuyeron alrededor de un 43% pasando de 24,3 a 13,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. El cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,9 para todo el periodo, siendo esta reducción significativa con un nivel de confianza del 95%. Entre 2000 y 2014 el indicador se redujo en nueve muertes por cada 1.000 nacidos vivos y el APC de la tasa para los 14 años fue de -4,2 siendo estadísticamente significativo.

Sobre la mortalidad se manifiesta en el documento en análisis, que entorno al 82% de las muertes en niños menores de cinco años ocurrieron en el primer año de vida; con causa como: malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias produjo el 11,76% de las defunciones, siendo el que mayor reducción mostró durante el periodo, con un 53%, seguido de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, que se redujeron en un 48%; cifras y datos que para la implementación y posterior evaluación de la política pública de “Cero a siempre”, presentan un panorama esperanzador, pues si se tiene en cuenta que las causa de decesos por desnutrición está siendo controlada, las posibilidades de consolidación de esta política en lo que tiene que ver a seguridad alimentaria está cimentada.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

1.1.2.1 Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

Figura 7. Tasas de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, 2005-2014



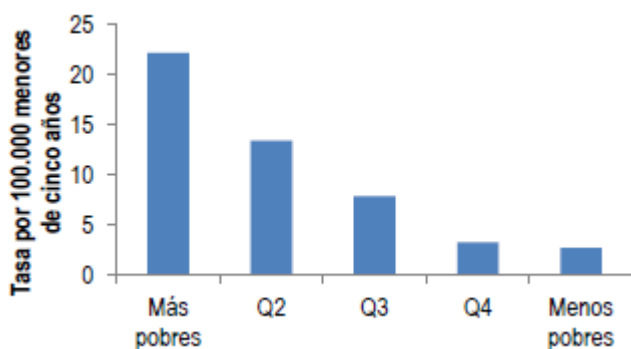
Fuente: Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud.

Especial atención merecen los datos suministrados por el estudio referentes a mortalidad por desnutrición donde en el periodo 2005 a 2014 se produjeron en el país 4.050 muertes por esta causa en menores de cinco años, para un promedio de 405 muertes anuales y una desviación estándar de 123. El comportamiento de las tasas ha tendido al descenso, pasando de 14,87, (646) a 6,82 (294) muertes por cada 100.000 menores de cinco años.

Ahora si se toman los datos por tipos de variables socioeconómicas se tiene que:

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

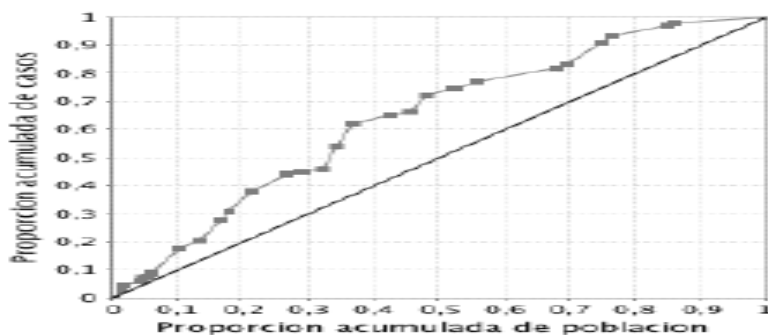
Figura 8. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según quintil de pobreza, 2014



Fuente: Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud.

Por nivel de pobreza concluye el estudio que la mortalidad por esta causa fue 7,07 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último.

Figura 9. Curva de concentración de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada, 2014



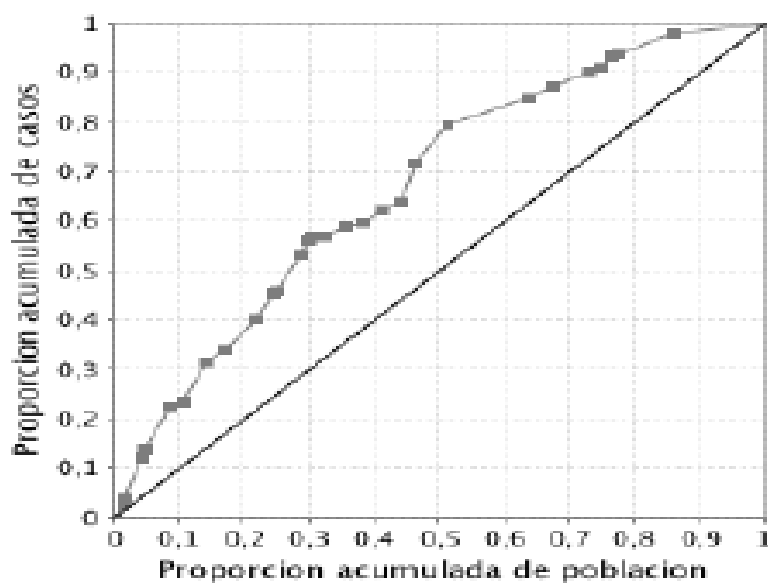
Fuente: Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Para esta variable concluye el estudio que el 72% de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años se concentra en el 50% de la población que tiene menor porcentaje de acceso a fuentes de agua mejorada, con un índice de concentración de -0,28.

Ahora por necesidades básicas insatisfechas (NBI), el informe indica que el 80% de la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años se concentra en el 50% de la población con mayor porcentaje de personas con NBI, con un índice de concentración de -0,34

Figura 10. Curva de concentración de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según NBI, 2014

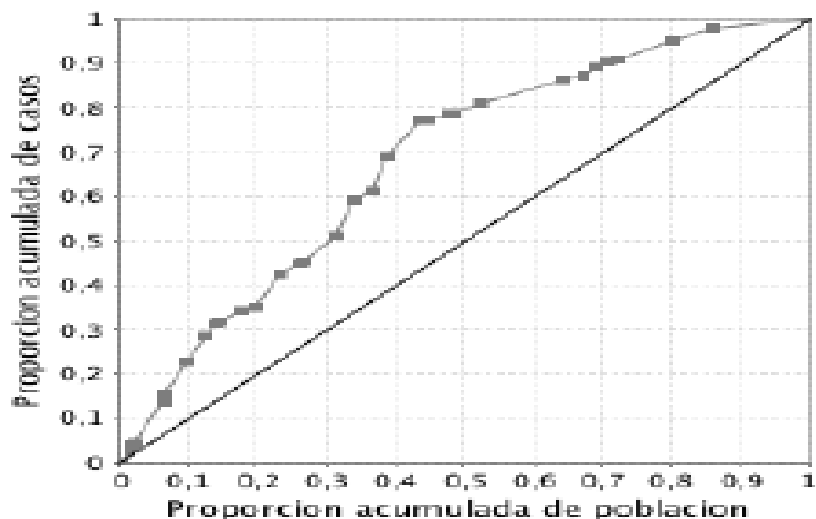


Fuente: Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud.

Así mismo por el acceso a servicio de salud se tiene que, el 80% de la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años se concentra en el 50% de la población que encuentra mayor proporción de barreras a los servicios de salud de la primera infancia, con un índice de concentración de -0,36.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Figura 11. Curva de concentración de la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años según porcentaje de hogares con barreras a los servicios de salud de la primera infancia, 2014



Fuente: Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud.

1.1.2.2. Morbilidad atendida por ciclo vital

Del estudio en análisis para morbilidad atendida por ciclo vital, se tiene que para la primera infancia (0 a 5 años), durante el periodo entre 2009 y 2015 las condiciones transmisibles y nutricionales generaron el 42,36% de las atenciones, siendo la causa que mayor cantidad demandó en este grupo de edad; en total se atendieron 4.654.746 personas por esta causa, para una razón de 5,23 atenciones por persona.

En la infancia (6 a 11 años), se tiene que las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 54,25%, en segundo lugar, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 24,32% (8.753.406) de las atenciones, para

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

un total de 3.518.512 personas atendidas por esta causa, y una razón de 2,49 atenciones por persona; presentaron reducción de 0,89 puntos porcentuales para 2015 con respecto a 2014.

1.1.2.3. Morbilidad atendida por causas y departamentos

Continúa el documento “Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016”, indicando que los entes departamentales siguen el mismo orden nacional en la frecuencia de atenciones por causas: enfermedades no transmisibles, condiciones transmisibles y nutricionales, lesiones, signos y síntomas mal definidos y condiciones maternas y perinatales, siendo Bogotá, como capital del país, es la ciudad más poblada, lo cual la influencia para ser la entidad territorial con mayor demanda de atenciones en salud, generando alrededor del 20% de las atenciones del país, lo cual hace que repunte para todas las causas.

La relación entre condiciones transmisibles y nutricionales y enfermedades no transmisibles muestra que, a través del tiempo, en general, en todos los departamentos las condiciones transmisibles y nutricionales se han hecho menos frecuentes que las enfermedades no transmisibles, indicador favorable como línea de base del programa de política pública de “Cero a siempre”.

Figura 12. Proporción de atenciones según departamentos de mayor incidencia poblacional,

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

2009-2015

Departamento	Enfermedades no transmisibles	Condiciones transmisibles y nutricionales	Lesiones	Signos y síntomas mal definidos	Condiciones maternas perinatales
Bogotá, D.C.	22,11	18,87	20,92	18,38	17,57
Antioquia	13,77	12,16	14,30	13,50	13,63
Valle del Cauca	9,30	7,98	11,06	8,73	9,93
Santander	5,50	4,62	4,93	4,73	4,42
Nariño	4,93	7,39	5,53	3,75	6,61
Atlántico	4,61	5,18	4,24	6,24	5,93
Cundinamarca	4,52	3,86	4,79	4,97	4,20
Bolívar	3,67	4,57	3,13	4,85	3,43
Boyacá	3,19	2,68	2,97	2,92	3,07

Fuente: Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud.

1.1.3. Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años

Colombia 2017, Instituto Nacional de Salud

Como otro documento de importancia dentro del análisis que se realiza en el citado, que inicia indicando que cerca de la mitad de las muertes de los menores de cinco años en el país podrían atribuirse a la subnutrición, concuerda con los documentos antes señalados en este estudio, cuando indica que la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años para el país ha presentado una disminución entre los años 2005 a 2014, mostrando tasas de 14,87 a 6,82 muertes por cada 100.000 respectivamente y explica también que más del 70% de la mortalidad por este evento en menores de cinco años se concentró en el 50% de la población que presentaba menor acceso a fuentes de agua potable, personas con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y con mayores barreras a los servicios de salud para la primera infancia, todo en coherencia con lo ya explicado en el punto 1.1.2.1. de este escrito, por tanto, afirma, este último evento ingresa como nuevo al sistema de vigilancia en salud pública de Colombia durante el año 2013.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Figura 13. Desnutrición aguda según datos demográficos, Colombia 2017

Característica	No. Casos	Frecuencia	
Edad	< 6 meses	72	35,1%
	6 - 12 meses	72	35,1%
	> 12 meses	61	29,8%
Sexo	Masculino	105	51,2%
	Femenino	100	48,8%
Área residencia	Rural disperso	91	44,4%
	Cabecera municipal	75	36,6%
	Centro Poblado	39	19,0%
Tipo de régimen en salud	Subsidiado	154	75,1%
	No asegurado	39	19,0%
	Contributivo	7	3,4%
	Indeterminado	4	2,0%
Perteneencia étnica	Especial	1	0,5%
	Indígena	103	50,2%
	Otro	84	41,0%
Escolaridad de la madre	Afrocolombiano	18	8,8%
	Ninguna	88	42,9%
	Primaria	77	37,6%
	Secundaria	37	18,0%
Estrato socioeconómico	Universitaria	2	1,0%
	Técnica	1	0,5%
	1	186	90,7%
	2	9	4,4%
Sin dato	3	1	0,5%
		9	4,4%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2018

De acuerdo con la tabla 2, sobre los resultados sociodemográficos, la mayor proporción de casos notificados son con menores de 12 meses, del sexo masculino y residían en área rural dispersa. La mayor parte de los casos estaban asegurados al régimen subsidiado y de pertenencia étnica indígena. Las madres en su mayoría pertenecían al estrato socioeconómico uno, con ningún nivel educativo.

Sobre el estado nutricional, indica el mismo informe, que más del 90% de los niños fallecidos presentaron desnutrición aguda severa o moderada, al igual que retraso en talla o riesgo de baja talla (ver tabla 3). Afirman también que el 88% de los menores fallecieron en instituciones de salud, el 1,95% durante el traslado, el 4,9% en el domicilio y el 0,5% en vía pública, información que no cuenta con base de cálculo explícita en el informe.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Figura 14. Indicadores antropométricos del estado nutricional, Colombia 2017

Indicador		Casos	Frecuencia
Peso para la Talla	DNT aguda severa	157	77%
	DNT aguda moderada	28	14%
	Riesgo DNT aguda	6	3%
Talla para la Edad	Retraso en talla	166	81%
	Riesgo de baja talla	19	9%
Peso para la Edad	DNT global	155	76%
	Riesgo DNT global	19	9%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2018

Continúan indicando que la tasa bruta nacional de mortalidad por y asociada a desnutrición fue de 4,6 muertes por cada 100.000 menores de cinco años; siendo las entidades territoriales como Vichada, Barranquilla, Guainía, La guajira, Chocó, Cesar y Santa Marta las que presentaron mayor tasa de mortalidad, en tanto que Bogotá D.C., como entidad territorial notificadora de casos de mortalidad por y asociadas a desnutrición en menores de cinco años no reporto evento alguno, otro factor, según el citado informe, es la escasa participación a programas de crecimiento y desarrollo e incompleto esquema de vacunación de los niños fallecidos; dicha situación se ve posiblemente reflejado con el deterioro del estado de salud de los menores, pues es en estos programas donde se realiza seguimiento a los niños, con la finalidad de realizar acciones encaminadas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades prevalentes a esta edad.

Y terminan indicando que, en cuanto a los antecedentes de alimentación, las prácticas de lactancia materna y consumo de alimentación complementaria son factores determinantes para mortalidad por y asociada a desnutrición en la población infantil, debido que cerca de la mitad de los niños fallecidos notificados, no recibió leche materna, ni alimentación complementaria oportuna.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

1.1.4. Informe vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017.

Ya en específico sobre el área geográfica del estudio en consideración, se recurre para el contexto de la política de “Cero a siempre” como seguridad alimentaria, al documento de este acápite, donde presentan entre otros al:

1.1.4.1. Sistema de vigilancia Alimentario y Nutricional

Con respecto a la vigilancia del bajo peso al nacer, cabe resaltar que el órgano competente autor de este documento asevera que este proceso se viene desarrollado en la ciudad de Bogotá desde el año 2009 y hace parte de los componentes del denominado Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional “SISVAN D.C.”, El citado informe afirma entre otras cosas que en Bogotá la proporción de bajo peso al nacer para 2017 fue del 13,2% (12.064 casos de los 91.672 nacimientos), y específicamente el bajo peso a término alcanza el 5,1% (4.680 casos) en este periodo. En este contexto, el 38,7% del bajo peso corresponde a recién nacidos a término (resultado de dividir los bajos pesos a términos sobre el total de bajo peso al nacer).

Como factores de riesgo materno asociados al bajo peso al nacer, relacionados con la historia obstétrica de la madre, la calidad del control prenatal, las patologías durante la gestación, el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias nocivas; y factores socioeconómicos, como el nivel educativo y la pobreza. Factores en la madre gestante que se repiten informe tras informe y que una política pública para la primera infancia en lo que toca a seguridad alimentaria debe desarrollar, en términos de proyectos y proyectos que incluyan el riesgo materno.

Entre las complicaciones durante la gestación que pudieron influir en la presentación del bajo peso al nacer se tiene que:

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

- El 8,4% de las madres reporta haber tenido anemia durante el embarazo, el 32,4% con infección de vías urinarias.
- El 16% con hipertensión durante la gestación,
- El 10% presenta amenaza de parto pretérmino
- Y en cuanto a la malnutrición, coincidentalmente, el 21% manifiesta haber tenido diagnóstico de Sobrepeso
- El 21% de las madres reporta haber presentado desnutrición.
- Los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y la práctica de esfuerzo físico intenso en el último trimestre se presentan en cifras muy bajas: 3,8% y 5,4%, respectivamente.
(Informe vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017), en tanto que los programas de recuperación del bajo peso al nacer, sus resultados fueron:
 - Recuperación del 92,6% de casos visitados, según la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC), donde se intervino por,
 - El 77,0% recibe leche materna exclusiva.
 - El 24,6% recibe fórmula.
 - El 19,0% manifiesta dificultades con lactancia.
 - El 66,1% de las madres refiere haber recibido capacitación en lactancia materna pre y postparto.
 - En las IEC desarrolladas en el periodo se realizó:
 - Educación nutricional al 94,6% de las familias intervenidas.
 - Se remitieron a servicios de salud a 5,6% de los casos
 - Y a programas de apoyo alimentario, el 3,4%.
 - Durante la intervención en salud pública realizada por la nutricionista del SISVAN, se realiza:
 - Educación alimentaria y nutricional al 96,6% a las madres del recién nacido

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

- Se remite el 5,6% a servicios de salud.
- El 3,4% a programas de apoyo alimentario.

La conclusión del informe de vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017, indica que “para Bogotá, los nacimientos con bajo peso, son todavía una lamentable realidad que cobija a cerca del 13% del total de nacidos vivos anualmente. A pesar de los esfuerzos del sector no se ha logrado impactar positivamente el indicador, debido a la multicausalidad de este fenómeno que afecta en similar magnitud a las gestantes, independientemente de las diferencias en condiciones socioeconómicas, pero que guarda estrecha relación con la calidad de la atención por los servicios de salud.”

Entre las causas de estos nacimientos con bajo peso, según el citado informe, están:

- Evento en edades las extremas de las madres con mayor prevalencia en las adolescentes.
- Captación tardía de la gestante y escasa asistencia a controles prenatales.
- Dispensación intermitente de micronutrientes durante el periodo de gestación y débil seguimiento a la adherencia al esquema
- Deficiente valoración del riesgo durante la gestación.
- Poca ganancia de peso durante la gestación.
- Preeclampsia, eclampsia, disfunciones de la placenta y sus membranas, infección materna, infección del tracto urogenital, entre otras patologías.

Continúa el citado informe indicando que, en cuanto a la alimentación del recién nacido, se encontró que el 77,0% de las madres ofrecen lactancia materna exclusiva a los recién nacidos

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

de bajo peso y el 24,6% administra leche de fórmula por dificultades con la lactancia materna, y concluye argumentando que en este contexto, los hallazgos del presente análisis conducen a la implementación de acciones de promoción, prevención e intervención diferentes a las planteadas tradicionalmente y en consecuencia con el perfil de riesgo establecido para las madres de recién nacidos con bajo peso al nacer: mujeres en edad fértil de 20 a 34 años, con adecuado nivel de educación, estrato social medio, pertenecientes en su mayoría al régimen contributivo, sin contar antecedentes pregestacionales importantes y que presentan complicaciones durante la gestación menores al 10%, panorama que hace posible que la política pública de “Cero a siempre”, tenga un camino claro de la intervención que se espera para la capital de la república.

Ahora sobre la desnutrición aguda, moderada y severa en el documento en estudio manifiestan que, la prevalencia de desnutrición aguda o bajo peso para la estatura es mayor en los niños menores de 6 meses (2%), en los niños cuyo orden de nacimiento es 6 o más, en niños con intervalo al nacimiento menor de 24 meses y en aquellos cuyas madres están entre 30 y 34 años. A nivel de regiones, la desnutrición aguda en Bogotá es la mitad del nivel observado en el resto de las regiones, el cual es de alrededor del 1%. De acuerdo con el seguimiento de los indicadores nutricionales desarrollado desde el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN de la Secretaría Distrital de Salud, para Bogotá, la tendencia de la prevalencia de la desnutrición aguda en menores de 5 años presenta una reducción sostenida en los últimos años, pasando de 2,4% en 2008 a 1,1% en 2017. (Informe vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017). (2017, 2018)

Clasificación de caso:

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

De acuerdo a los reportes de notificaciones al SIVIGILA, en Bogotá D.C., durante el año 2017, se notificaron 2.049 casos probables de desnutrición aguda moderada y severa, de los cuales 1.841 residen en Bogotá. Al depurar la base de datos se encontró que 1.386 casos cumplen el criterio para Desnutrición Aguda Moderada y Severa (71% de los casos notificados).

Ahora, en el periodo analizado, (2017), de los 1.386 casos confirmados para desnutrición aguda, el 26,4% corresponden a casos de Desnutrición Aguda Severa (365 casos) y el 73,6% restante a casos de Desnutrición Aguda Moderada (1.021 casos). El mayor número de casos de desnutrición aguda se presenta en la localidad de Ciudad Bolívar, con el 20% de los casos notificados en el periodo, al discriminar los casos por grado de severidad, esta localidad aporta el 20% de los casos de desnutrición aguda severa y el 19,9% de casos de desnutrición aguda moderada, del D.C; le siguen en mayor número de casos las localidades de Bosa, Kennedy y Suba. Así, la mayor parte de los casos reportados por esta patología, corresponden a niños de población con estratos socioeconómicos 1 y 2 especialmente.

Figura 15. Distribución de casos de desnutrición aguda de menores de 5 años notificados al

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

SIVIGILA por lugar de residencia y grado de desnutrición. Bogotá, 2017

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	DNT AGUDA SEVERA		DNT AGUDA MODERADA		TOTAL CASOS DNT AGUDA	
	Casos (No.)	Porcentaje (%)	Casos (No.)	Porcentaje (%)	Casos (No.)	Porcentaje (%)
01. USAQUEN	10	2,7	26	2,5	36	2,6
02. CHAPINERO	3	0,8	8	0,8	11	0,8
03. SANTA FE	8	2,2	12	1,2	20	1,4
04. SAN CRISTÓBAL	19	5,2	74	7,2	93	6,7
05. USME	32	8,8	78	7,6	110	7,9
06. TUNJUELITO	12	3,3	32	3,1	44	3,2
07. BOSA	39	10,7	121	11,9	160	11,5
08. KENNEDY	36	9,9	122	11,9	158	11,4
09. FONTIBON	13	3,6	43	4,2	56	4,0
10. ENGATIVA	15	4,1	52	5,1	67	4,8
11. SUBA	37	10,1	106	10,4	143	10,3
12. BARRIOS UNIDOS	2	0,5	4	0,4	6	0,4
13. TEUSAQUILLO	3	0,8	5	0,5	8	0,6
14. LOS MARTIRES	7	1,9	11	1,1	18	1,3
15. ANTONIO NARIÑO	6	1,6	10	1,0	16	1,2
16. PUENTE ARANDA	9	2,5	25	2,4	34	2,5
17. LA CANDELARIA	0	0,0	3	0,3	3	0,2
18. RAFAEL URIBE URIBE	31	8,5	71	7,0	102	7,4
19. CIUDAD BOLIVAR	74	20,3	203	19,9	277	20,0
20. SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
99. SIN INFORMACIÓN	9	2,5	15	1,5	24	1,7
TOTAL BOGOTÁ	365	100	1.021	100	1.386	100

Fuente: Informe vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Continuando con las prevalencias vistas en el documento en estudio se tiene que, la desnutrición aguda moderada y severa es más frecuente en los niños con edades entre los 6 y 23 meses (51,2%). Estos hallazgos se relacionan con prácticas inadecuadas en la alimentación de los niños, como la suspensión de la lactancia materna y la introducción de alimentación complementaria pobre en calorías y nutrientes que no permite satisfacer los requerimientos nutricionales para su crecimiento y desarrollo normales; Consideración fundamental en el análisis de la política pública de “Cero a siempre”.

Figura 16. Distribución por grupo de edad en menores de 5 años con desnutrición aguda notificados al SIVIGILA. Bogotá, junio de 2017.

GRUPO DE EDAD	DNT AGUDA SEVERA		DNT AGUDA MODERADA		DNT AGUDA TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
MENOR DE 6 MESES	81	22,2	110	10,8	191	13,8
6 A 11 MESES	95	26,0	214	21,0	309	22,3
1 AÑO	92	25,2	338	33,1	430	31,0
2 AÑOS	53	14,5	167	16,4	220	15,9
3 AÑOS	29	7,9	113	11,1	142	10,2
4 AÑOS	15	4,1	79	7,7	94	6,8
TOTAL NOTIFICADOS	365	100	1.021	100	1.386	100

Fuente: Informe vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017

Con estas cifras el informe en comento concluye que este comportamiento evidencia la necesidad de fortalecer estrategias en fomento de la lactancia materna, introducción adecuada de la alimentación complementaria, así como la demanda inducida para la asistencia al programa de

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

crecimiento y desarrollo y estrategias para fortalecer las redes de apoyo comunitario. Estrategias que serán evaluadas dentro del desarrollo de la política de “Cero a siempre” y cuyos resultados son el objeto de este estudio que se presenta a consideración.

Como conclusión dentro del documento “Informe vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017” se tiene que la desnutrición infantil es un indicador de calidad de vida en tanto refleja las condiciones socioeconómicas de una población. A partir del análisis de los factores de riesgo y determinantes socioeconómicos y culturales, se evidencia que cerca del 50% de los casos son residentes en las localidades de mayor vulnerabilidad, el 65% de los casos pertenecen al régimen contributivo, el 58,2% de las madres cuentan con educación secundaria y el 49% de los casos residen en estrato 2, estos resultados descriptivos ponen en evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de promoción y prevención y la demanda inducida a la consulta de control prenatal, seguimiento al recién nacido, crecimiento y desarrollo, y la implementación de estrategias de apoyo comunitario.

1.2. Aspectos Relevantes de la Política de “Cero a Siempre”, Frente a Seguridad

Alimentaria para Primera Infancia en la Ciudad de Bogotá D.C.

Ahora se procede a señalar los aspectos más relevantes que trae consigo la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia y su coherencia con el contexto situacional en aspectos socioeconómicos, especialmente términos de cuidado de la madre, atención en salud, seguridad alimentaria y aspectos sanitarios básicos, entre otros, para la madre gestante y niños y niñas de cero a cinco años (0 a 5), política que manifiesta “sienta las **bases**

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral” y donde **“aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos** de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad.” (Ley 1804 de 2016). (subrayado fuera de texto).

Inicia desarrollando conceptos propios para la primera infancia como:

- a) **Desarrollo integral.** Como el fin y propósito principal de esta política. “Entiéndase por desarrollo integral el proceso singular de **transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo** mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía.” (Ley 1804 de 2016). (subrayado fuera de texto).
- b) **Realizaciones.** Como “las condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y cada niño, y que hacen posible su desarrollo Integral para que entre otros:
 - Cuento con padre, madre, familiares o cuidadoras principales que le acojan y pongan en práctica pautas de crianza que favorezcan su desarrollo integral.
 - Viva y disfrute del nivel más alto posible de salud.
 - **Goce y mantenga un estado nutricional adecuado.** (subrayado fuera de texto).
 - Crezca en entornos que favorecen su desarrollo.”
- c) **Entornos.** Como “espacios físicos, sociales y culturales diversos en los que los niños y las niñas se desenvuelven, con los cuales interactúan, en los que se materializan las acciones de política pública.”

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

- d) **Atención integral.** Como “el conjunto de acciones intersectoriales, intencionadas, relacionales y efectivas encaminadas a asegurar que en cada uno de los entornos en los que transcurre la vida de los niños y niñas, existan las condiciones humanas, sociales y materiales para garantizar la promoción y potenciación de su desarrollo.” (subrayado fuera de texto).
- e) **Ruta Integral de Atenciones (RIA).** Como “la herramienta que contribuye a ordenar la gestión de la atención integral en el territorio de manera articulada, consecuente con la situación de derechos de los niños y las niñas, con la oferta de servicios disponible y con características de las niñas y los niños en sus respectivos contextos.” (subrayado fuera de texto).
- f) **Seguridad Alimentaria y Nutricional.** Como el “conjunto de acciones articuladas que busca aportar a la realización de los derechos asociados a la alimentación y la adecuada nutrición de los niños y niñas.” (subrayado fuera de texto).

(Ley 1804 de 2016).

En el entendido que la fundamentación de la política que se ocupa este documento, está concebida con una integralidad desde su concepción, cuando se refiere no solo al discurso político sino a hechos y realizaciones que garanticen los derecho del individuo, para el caso madres, niños y niñas en primera infancia, todo mediante una organización articulada entre los diverso actores a los que les corresponde garantizar el éxito de la misma; en particular y siendo el objeto del presente trabajo lo que corresponde a seguridad alimentaria y nutricional.

Es base fundamental para el éxito de la política pública de atención integral a la primera infancia que se realice bajo una intervención intersectorial, esta como “la acción organizada, concurrente y coordinada a través de la cual los sectores estatales de los órdenes nacional y local

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

(educación, salud, cultura, recreación, bienestar, deportes, planeación, entre otros), así como otros actores de la sociedad (familias, comunidad, sociedad civil, academia, empresa privada, organizaciones no gubernamentales, entre otras), se articulan para lograr la atención integral a las mujeres gestantes, y los niños y niñas en primera infancia, a partir de lo que ellos y ellas requieren.” (Ley 1804 de 2016).

Es de suma importancia tener en cuenta las fases descritas y su cumplimiento de metas y tiempos, pues siendo estas de:

1. **“Identificación.** En esta fase se **diagnosticará el estado de realización de los derechos de los niños y niñas** en primera infancia y se analizarán bajo la perspectiva de la RIA (Ruta Integral de Atenciones), las atenciones y la oferta dirigida a esta población. (subrayado fuera de texto).
2. **Formulación.** Se deberán plantear las mejores alternativas para garantizar de forma progresiva el goce efectivo de los derechos de los niños y niñas de la primera infancia en el territorio. Para ello se formulará un **plan de acción con los objetivos, las metas, los indicadores de gestión y de resultado, las acciones, los recursos y los responsables para la ejecución** de la RIA (Ruta Integral de Atenciones), de manera complementaria a las políticas existentes. (subrayado fuera de texto).
3. **Implementación.** Se materializan las **acciones de política como planes, programas y servicios**, entre otros, para la ejecución de la RIA local planteada en el plan de acción.” (subrayado fuera de texto).

(Ley 1804 de 2016)

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Aun cuando metodológicamente debería ser la política bajo planes, programas y servicios, la línea de trabajo rectora, a las cuales se les deben elaborar planes de acción con objetivos específicos metas e indicadores, que garanticen el resultado satisfactorio, la concepción de la Ley en comento sienta las bases de una intervención coherente sobre este flagelo de la sociedad, como es la indefensión y falta de garantías en la formación integral de sus futuros ciudadanos.

Sobre las líneas de acción, define la citada que estas son:

- a) **“Gestión territorial.** Como las acciones de fortalecimiento para la ejecución de la Política en los territorios con miras a la especialización de la arquitectura institucional, el incremento de las capacidades de los servidores públicos locales, la promoción de la descentralización y autonomía territorial;
- b) **Calidad y pertinencia en las atenciones.** Como las acciones tendientes a la universalización, humanización y flexibilización de las atenciones de acuerdo con las particularidades de la primera infancia y su contexto, así como la cualificación del talento humano y el ajuste de la calidad de la oferta que se brinda a través de programas, proyectos y servicios;
- c) **Seguimiento y evaluación de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre.** Comprende acciones para perfeccionar y poner en marcha mecanismos de monitoreo y evaluación para los diferentes aspectos de esta Política, que posibiliten el registro sistemático de información y aseguren calidad y pertinencia en la atención a la primera infancia.

(Ley 1804 de 2016)

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Estas líneas de acción están encaminadas a responsabilizar sobre la calidad de la intervención y sus resultados a los actores inmediatos, aquellos quienes tienen el contacto directo con la población vulnerable objeto de la Ley, como son los entes locales y territoriales, todo bajo la tutela de los organismos responsables de la política y la inspección, la vigilancia y el control de esta.

Visto lo anterior, se hace notar la pertinencia y coherencia de la Ley que soporta la política pública de “Cero a siempre”, como garante de la seguridad alimentaria para madres gestantes, los niños y las niñas, que para el caso de la evaluación será la ciudad de Bogotá D.C.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

La Política Pública para la Primera Infancia de “Cero a Siempre”, Estado de Nutrición de niños y niñas de 0 a 6 años en el país y la Ciudad de Bogotá, para el periodo comprendido entre 2014 - 2018

1. Estado Nutricional

1.1. Identificación de Variables

Es necesario para la identificación de las variables que entregan la información pertinente que soportarán el análisis de la evolución de la política de “Cero a siempre”, remitirse a los “Boletines Epidemiológicos”, como los resultados del "ciclo de la vigilancia"; siendo su propósito allegar la información a nivel regional a todos los profesionales sanitarios, y en especial a las redes asistenciales que constituyen el soporte de cualquier sistema de vigilancia en salud.

Entre las variables a tener en cuenta están:

- Mortalidad por desnutrición
- Lugar de residencia
- Sexo
- Inscripción a programas
- Etnia
- Edad
- Peso
- Talla
- Semanas de gestación
- Entidad territorial

Para el caso se iniciará la exposición desde lo general a lo particular, en cuanto a aspectos geográficos y causales de morbilidad, para ello se tomarán a informes de la Organización

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Mundial de la Salud (OMS).

1.2 Morbilidad Infantil

Acorde al reporte de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social de mayo de 2018, en el “Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2017”, estiman que en el mundo por cada 1.000 nacidos vivos, 21 mueren antes de cumplir el día 28; y en los países de ingresos medios altos, 10 de cada 1.000 no los superan. Así mismo, cerca del 41% de las muertes anuales en menores de cinco años ocurren durante el periodo neonatal y esta proporción tiende a aumentar en el tiempo. Dado que la salud de las madres es un factor común en las muertes neonatales, estiman que dos de cada tres defunciones son evitables con medidas eficaces en la atención del parto y durante la primera semana de vida. El mismo informe indica que la mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil; en Colombia aporta el 62% de las muertes ocurridas antes del año de vida.

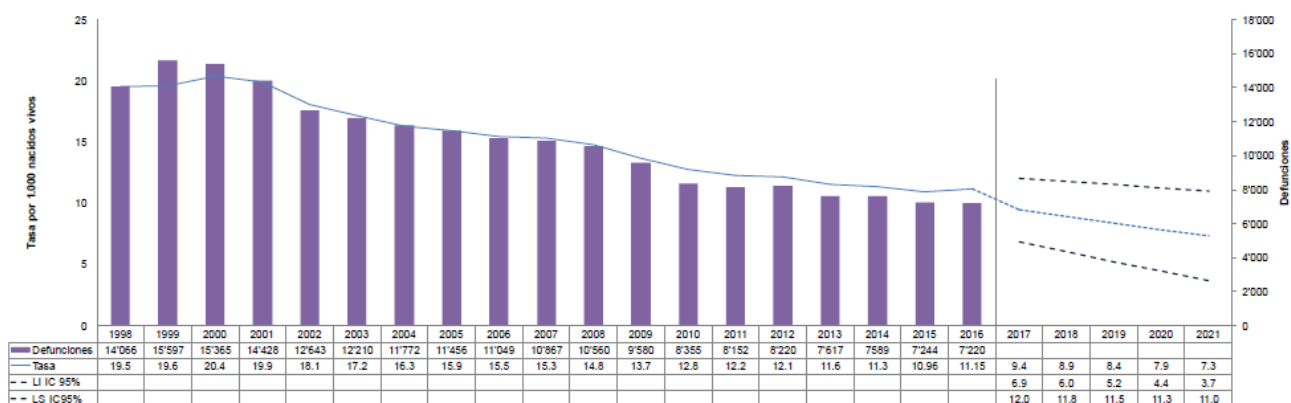
En el documento en comento se informa que en tanto que en el mundo la mortalidad en la niñez se ha reducido durante los últimos veinte años, aunque no en la medida necesaria para alcanzar el logro deseado, en 2012 las tasas de mortalidad infantil más bajas (inferiores a 10 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos) se registraron en países como Estados Unidos, Canadá, Rusia y en los países nórdicos, entre otros. En Latinoamérica y el Caribe, solo Chile y Uruguay se clasificaron entre los países de menor mortalidad; el resto mantuvo tasas oscilantes entre 10 y 49,9 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Para Colombia, acorde a lo ya reseñado, la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 1998 y 2016 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 42,85%, lo cual equivale a una reducción de ocho muertes por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8.

Entre 2005 y 2016 se registraron en promedio 8.992 muertes anuales, con tasas decrecientes en el tiempo para ambos sexos, aunque la brecha persistió. Las tasas de mortalidad en hombres se mantuvieron entre un 20% y un 25% más altas que en las mujeres. Se proyecta si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta 7,3. (véase grafica 11).

Figura 17. Mortalidad infantil, 1998-2016, proyecciones 2017-2021



En línea punteada se presentan las proyecciones de las tasas de mortalidad y sus intervalos de confianza 95%. Modelo: ARIMA 0,1,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del MSPS. Consultado el 16 de abril de 2018.

Fuente: Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2017, Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, mayo de 2018.

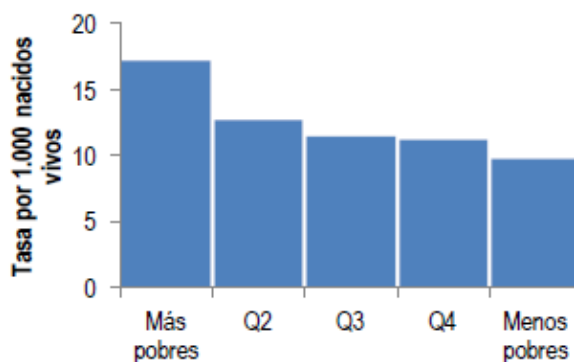
Según el informe en cuestión, la mejoría observada en la mortalidad infantil está relacionada con las estrategias implementadas y los esfuerzos invertidos; en efecto durante los últimos

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

17 años las coberturas administrativas de vacunación se han mantenido entre 69,34% y 96,33%; así mismo, la promoción de la lactancia materna hizo que entre 2005 y 2010 el número de meses de duración aumentara en 1,5, pasando de 0,70 a 2,20.

Según la gráfica 12, la tasa de mortalidad infantil está asociada es un 76% más alta en el primer quintil de pobreza que en el último, la desigualdad no se concentra de manera desigual; de acuerdo con el IPM y el índice de NBI, los índices de concentración son de -0,02 y de -0,01, respectivamente

Figura 18. Mortalidad infantil según quintil de pobreza, 2016



Fuente: Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2017, Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, mayo de 2018.

Indican igualmente que por aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud, entre 2005 y 2016 las tasas de mortalidad infantil estuvieron entre un 39% y un 57% más altas en el régimen subsidiado que en el contributivo, en ambos las tasas se mantuvieron constantes; entre los mismos años la misma mortalidad infantil se ha mantenido entre un 33% y un 48% más alta en la población que habita en las áreas rurales dispersas que en aquellos que viven en las cabeceras, esto se traduce en la ocurrencia de cuatro a seis muertes más en las primeras.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Para los menores de cinco años el informe permite medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como la disponibilidad de alimentos, los ingresos del hogar, los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, el acceso a los servicios de salud y la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a agua apta para el consumo y a saneamiento básico. Además, dada la baja posibilidad de que una minoría económicamente aventajada afecte la tasa en un país, este indicador ofrece una medida cercana al estado de salud de la mayoría de los niños y de la población general como un todo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 se produjeron alrededor de 6,6 millones de muertes en menores de cinco años se estima que más de la mitad de los decesos en esta edad se pueden evitar tratando las enfermedades causantes con intervenciones simples y asequibles.

La OMS indica también que la probabilidad de que un recién nacido muera antes de alcanzar los cinco años de edad en los países de ingresos medio altos es de 20 por cada 1.000 nacidos vivos, y a pesar de los logros en materia de supervivencia infantil en cuatro regiones, a saber: Asia oriental y el Pacífico, América Latina y el Caribe, Europa central y del Este y Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI), Países/territorios industrializados, la reducción de la mortalidad registrada en el mundo no bastó para alcanzar el indicador deseado. Dicho esto, la mortalidad en los menores de cinco años continua siendo un problema de salud pública altamente importante y relevante.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Retomando el documento sobre el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2017, realizado por la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, alrededor del 82% de las muertes en niños menores de cinco años ocurren durante el primer año de vida; se atribuyen a malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana. El 25,98% (4.741) de la mortalidad en los niños de 1 a 4 años se originó por las causas externas de morbilidad y mortalidad, cuyas tasas siguieron una tendencia decreciente, con una reducción del 40%, pasando de 19,01 a 11,13 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años. En segundo lugar, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio produjeron el 15,38% (2.807) de las muertes, reduciendo para 2014 en un 40% con respecto a 2005, pasando de 12,01 a 5,76 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias produjo el 11,76% (2.145) de las defunciones, fue el que mayor reducción mostró durante el periodo, con un 53%, seguido de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, que se redujeron en un 48%.

1.3 Comparado Semanas Epidemiológicas no 52 de 2014 a 2018, Colombia

1.3.1 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2014

Para el año 2014 en semana epidemiológica de cierre (52), se notificaron en el país un total de 298 casos de muertes en niños menores de 5 años con desnutrición. Comparando con la misma semana epidemiológica de 2013 se encuentra una variación de 11,3% en la que se registraban 242 casos

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

El mayor porcentaje de casos acumulados por lugar de residencia se encuentra en las entidades territoriales de La Guajira (16,8%), Cesar (10,2%), Bolívar (8,1%), Córdoba (6,9%), Magdalena (5,8%), Valle del Cauca (5,1%) Antioquia (4,4%) y Cundinamarca (4,1%). El 54 % de las muertes corresponde al sexo masculino y el 46% al sexo femenino. El 77,6 % se encontraba afiliado a régimen subsidiado, seguido de no asegurado 12,4 % y al régimen contributivo 8,7 %; del total de niños y niñas con aseguramiento el 27,8% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo. Según pertenencia étnica el 54,2% corresponde a otros, seguido de población indígena con el 39,5 % y afrocolombianos con el 4,7%.

El 65% era menor de 1 año, con una mayor mortalidad a los cuatro meses de edad y una mediana en peso al nacer de 2560 g, talla de 47 cm y 38 semanas de gestación, y una mediana en peso al morir de 4,3 kg y 57 cm. Las entidades territoriales con mayor porcentaje de muertes en menores de 1 año son la Guajira (15,1%), Bolívar (10,6%), Cesar (8,4%), Magdalena (7,3%), Córdoba (7,3%), Valle del Cauca (6,1%) y Cundinamarca (5,1%).

El 35 % corresponde a muertes en niños y niñas de 1 a 4 años, en quienes se registra una mayor mortalidad a los 12 y 15 meses de edad, con una mediana en peso al morir de 7 kg y talla de 70 cm. Las entidades territoriales con mayor porcentaje de muertes en niños y niñas de 1 a 4 años son: La Guajira (20%), Cesar (13,7%), Antioquia (8,4%), Córdoba (6,3 %), Amazonas (5,2%), Boyacá (4,2%) y Chocó (4,2 %).

Como se puede observar, acorde las cifras recogidas del Boletín epidemiológico

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

semana 52 del año 2014, la ciudad de Bogotá presenta tasas muy bajas en todas las variables analizadas, lo que entrega un panorama viable para el éxito de la política alimentaria para la primera infancia que contempla de “Cero a siempre”.

1.3.2 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2015

Para la semana 52 de año 2015, se notificaron 260 muertes de niños menores de cinco años por diferentes patologías, presentando desnutrición dentro de sus diagnósticos. En el año 2014 a la misma semana se notificaron 298 casos, mostrando una disminución del 13 %.

Por lugar de residencia, los departamentos con mayor proporción de notificación son: La Guajira con el 14,6%, contra 16,8% en la misma semana para el año inmediatamente anterior, correspondiendo a una disminución del 2,2%; Cesar con 6,5%, en comparado con la semana correspondiente al año 2014 es un 3,7% menor; Córdoba con el 6,5% apenas el 0,4% menor al año anterior; y Vichada con el 6,2%.

El 58,4% de las muertes ocurrieron en menores de un año, el 6,6% menos comparado con el mismo periodo del año anterior; la mayor mortalidad se registra a los tres meses de vida.

Con una mediana de peso al nacer de 2.600 gramos y talla de 47 cm, con una mediana de peso al momento de la muerte de 5 kg. y talla de 56 cms. El 41,6% de las muertes pertenecen al grupo de edad de uno a cuatro años, la mayor mortalidad se registra a los 14 meses de vida, con una mediana de peso al momento de la muerte de 7 kg, con diferencia de 2,7 kilos más frente al 2014 y talla de 72 cm, una mayor talla de 15 cms con respecto al año comparado.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

El 56,9 % de las muertes corresponde al sexo masculino. El 79,6 % de los casos se encontraba afiliado al régimen subsidiado, el 15,8% no estaba afiliado al momento de la muerte (para estas 2 variables de cubrimiento de servicios de salud, las cifras no son buenas para la semana 52 del año 2015 frente a su similar del año 2014,) y el 3,5% se encontraba afiliado al régimen contributivo. Del total de niños y niñas con aseguramiento, el 26,9% estaba inscrito en el programa de crecimiento y desarrollo, contra el 27,8% del 2014 mismo periodo, mostrando correlación entre las variables decesos y el programa de crecimiento y desarrollo, lo que significa el éxito relativo del mismos. Por pertenencia étnica, el 51,8 % de los casos corresponde a otros, seguido de población indígena con el 42,8 % y afrocolombianos con el 5,4%.

El 70,8% de las madres de estos niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 86,5% pertenecen al estrato socioeconómico uno.

Para el Distrito Capital, se mantienen las cifras favorables que traía desde el año 2014, dentro de las estadísticas presentadas en los “Boletines Epidemiológicos” expedidos por el Instituto Nacional de Salud Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.

1.3.3 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2016

En la semana epidemiológica 52 de 2016, se notificaron a la fecha 303 casos probables de muertes por y asociadas a desnutrición, con un incremento significativo con respecto al mismo periodo 2015 del 16,5% y del 1,7% con respecto a 2014. Curiosamente año en que entra en vigor la Ley 1804 de agosto 2, “Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

de la Primera Infancia de Cero a Siempre”, imponiendo un reto de eficacia a la ciudad Ley, pues parte de una línea de base en regresión.

Por residencia son los entes territoriales de Guajira, Chocó, Vichada, Cesar, Córdoba y Meta quienes notificaron el 74,6 % de estas muertes. Como se observa desde el año 2014 los departamentos de Guajira y Córdoba figuran entre los mayores notificadores de esta situación, en menor proporción están Cesar y Vichada.

El 50,8 % de los casos se registró en el sexo masculino; el 59,3 % en menores de un año; el 49,2 % eran residentes del área rural disperso, el 81,4 % pertenecían al régimen subsidiado, el 18,6 % no se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, continuando el incremento de casos por afiliación al sistema, lo que denota una ineficacia del programa de seguridad alimentaria en el país.

En los menores de un año, la mediana de peso al nacer fue de 2500 gramos y la de talla de 47 cm, con una mediana de peso al momento de la muerte de 4750 gramos y de talla de 58,0 cm, variables que no sufren mayor variación a la que traían del periodo anterior; en el grupo de edad de uno a cuatro años la mediana de peso al momento de la muerte fue de 7000 gramos y talla de 73,5 cm. El 89,8 % de las madres de estos niños registran bajo o ningún nivel educativo y el 94,9 % pertenecen al estrato socioeconómico uno, situación que se mantiene, en especial desde 2014 periodo inicial de la medición.

En particular Bogotá a pesar de tener la mayor densidad poblacional, sigue

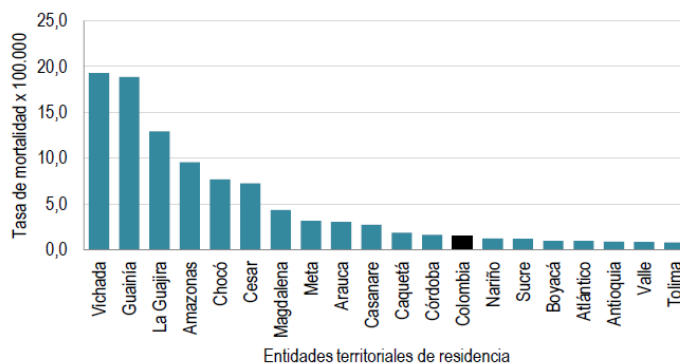
EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

manteniendo indicadores de morbilidad en primera infancia muy bajo con respecto al resto del país.

1.3.4 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2017

A la fecha del reporte, se encuentran en estudio 192 casos probables de muertes por y asociadas a desnutrición para su clasificación final, presentando una disminución del 36,6% frente al mismo periodo del año anterior, que a un año de entra en vigencia le política pública de “Cero a siempre” Ley 1804 de 2016 se puede inferir el éxito de la política en su implementación y esperando en los años subsiguientes su consolidación. Para la semana 52, la razón entre lo observado y lo esperado de casos de mortalidad por y asociados a desnutrición para los departamentos de Atlántico, Cesar, Casanare, Boyacá y Meta presentan un incremento de acuerdo con el histórico notificado entre 2014 a 2016.

Figura 19. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, Colombia.



Fuente: Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2017, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud.

Acorde a lo presentado en la gráfica 11, hay 12 entidades territoriales que superan la tasa promedio nacional de muertes por y asociadas por desnutrición en menores de 5 años (1,5 por

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

100 mil), en tanto que departamentos como Tolima, Valle, Antioquia, Atlántico, Boyacá, Sucre, Nariño y Bogotá, se encuentran por debajo de este indicador.

Por entidad territorial de residencia La Guajira, Cesar, Antioquia, Chocó, Magdalena y Córdoba y Meta han notificado el 75.4 % de estas muertes, donde Bogotá Distrito Capital mantiene frente al país un comportamiento adecuado en el manejo de esta patología.

1.3.5 Mortalidad por y asociada a desnutrición 2018

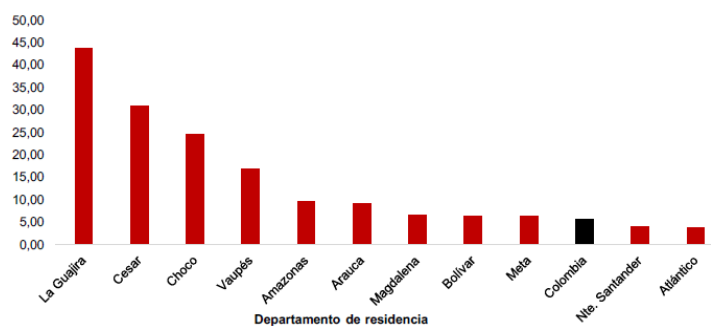
El reporte para el año 2018 en la semana de cierre que correspondan a muertes por diferentes patologías que registran desnutrición como uno de los diagnósticos, a la fecha de corte se han reportado 283 casos los cuales están pendientes por definir su clasificación final y la causa de muerte. Se observa que hay preocupante aumento de casos asociados a desnutrición en menores de 5 años con respecto al año anterior del 47%, cabe anotar que la política pública de protección a la primera infancia de “Cero a siempre” se encuentra en plena vigencia, lo que hace presagiar para el país un discutible éxito de la citada política, en tanto que para la ciudad de Bogotá, no reporta cifras que ameriten preocupación en sus variaciones.

En tanto que las entidades territoriales de Cesar, La Guajira, Atlántico y Santa Marta presentan un incremento estadísticamente significativo en la notificación de muertes por desnutrición en menores de cinco años en comparación con el promedio de notificación de los años 2014 a 2017 este mismo comportamiento se observa en el acumulado de casos notificados para el país; mientras que las entidades territoriales de Magdalena, Córdoba, Guaviare y Caquetá presentan una disminución estadísticamente significativa en relación al promedio de notificación de los años 2014 a 2017, en las restantes entidades territoriales no se observan variaciones significativas:

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

La tasa nacional de mortalidad nacional por desnutrición es de 5,48 por 100.000 niños menores de 5 años (Gráfica No. 14).

Figura 20. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años, Colombia.



Fuente: Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2018, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud.

Tal y como se pudo apreciar a lo largo del comparado de informes de mortalidad por y asociada a desnutrición 2014 – 2018, la política pública de Cero a siempre, en fases de implementación y consolidación a nivel país, no ha tenido las repercusiones esperadas, teniendo como causal directa la falta de gestión efectiva de los órganos ejecutores de dicha política, tal y como son los entes regionales y locales, para Bogotá Distrito Capital, la información recabada no tiene muy en cuenta estos indicadores por estar en comparado a nivel país muy por debajo de la media nacional.

Con la ley elevada a política pública se realizó el convenio 1297 de 2016 con la alianza de 15 socios estratégicos cuya misión era la sostenibilidad y fortalecimiento de la política de cero a siempre que ayudarían al fortalecimiento de la política con roles específicos:

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Socios aportantes públicos:

- Presidencia de la República - Ministerio de Salud y Protección Social
- Ministerio de Educación Nacional
- Ministerio de Cultura - Prosperidad Social
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-

Socios aportantes de carácter privado:

- Fundación Éxito
- Fundación Bancolombia
- Socios aportantes ejecutores:
 - Fundación Plan
 - Fundación Saldarriaga Concha
 - Fundación Carulla Aeiotú
 - Corporación Aldeas Infantiles SOS Colombia,
 - Corporación Juego y Niñez,
 - Alianza Mis Primeros Pasos, compuesta por la Fundación Génesis para la Niñez y la Corporación Infancia y Desarrollo.

Se recibieron aportes finales del convenio la suma de \$49.802.230.912, relacionados en la siguiente tabla, de los cuales el 90% corresponde a aporte de entidades públicas y el 10 % a entidades privadas:

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Figura 21. Aportes Finales convenio 1297 de 2016

Entidades Participantes - Asociadas en el Convenio	Aporte
Ministerio de Salud y Protección Social	3.094.521.686
ICBF	37.983.125.641
Prosperidad Social	400.000.000
Ministerio de Educación Nacional	200.000.000
Presidencia de la República	3.070.000.000
Ministerio de Cultura	182.500.000
Fundación Saldarriaga Concha	645.057.487
Fundación Bancolombia	500.000.000
Fundación Éxito	520.000.000
Fundación Plan	1.294.320.327
Alianza Mis Primeros Pasos (Fundación Génesis y Corporación Infancia y Desarrollo)	500.560.000
Fundación Aldeas Infantiles SOS	500.000.000
Corporación Juego y Niñez	441.000.000
Fundación Carulla- Aciotú	471.145.772
Total	49.802.230.912

Fuente: Dirección del Convenio 1297 de 2016

Las líneas de acción del convenio están divididas en:

Línea de acción de Gestión Territorial: La inversión en esta línea ascendió a \$2.381.970.406. La línea desarrolló tres procesos:

- Fortalecimiento de la gestión territorial en entidades territoriales priorizadas.
- Fortalecimiento de la gestión institucional en los territorios.
- Acuerdos para la atención integral con pertinencia étnica y cultural.

Línea de Acción de Calidad y Cobertura de las Atenciones: Su inversión fue de \$41.205.089.302 y constó de seis procesos:

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

- Mejoramiento de las condiciones de calidad de las modalidades de educación inicial.
- Implementación de oferta complementaria en primera infancia a la luz de la ruta integral de atenciones y los Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia De Cero a Siempre.
- Fortalecimiento de la educación inicial en las modalidades de atención integral a la primera infancia de la Estrategia De Cero a Siempre, para promover los procesos de calidad a través de los componentes de gestión señalados en los Referentes Técnicos para la Educación Inicial. 16
- Fortalecimiento de la calidad y la cobertura de las atenciones en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Desarrollo de capacidades para prevenir la morbilidad neonatal y Programa de Prevención de Retinopatía.
- Propuesta técnica y operativa para la atención integral maternoperinatal en zonas de alta dispersión poblacional.

Línea de Acción Movilización Social: El monto de inversión fue de \$680.353.333. Esta línea incluyó 2 procesos:

- Participación de actores públicos, privados y sociedad civil en la implementación de la política de primera infancia.
- Generación de hábitos y prácticas saludables.

Líneas Seguimiento y evaluación de la Política De Cero a Siempre y Gestión del conocimiento. Este último grupo asciende a \$967.500.000 y comprende un solo proceso:

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

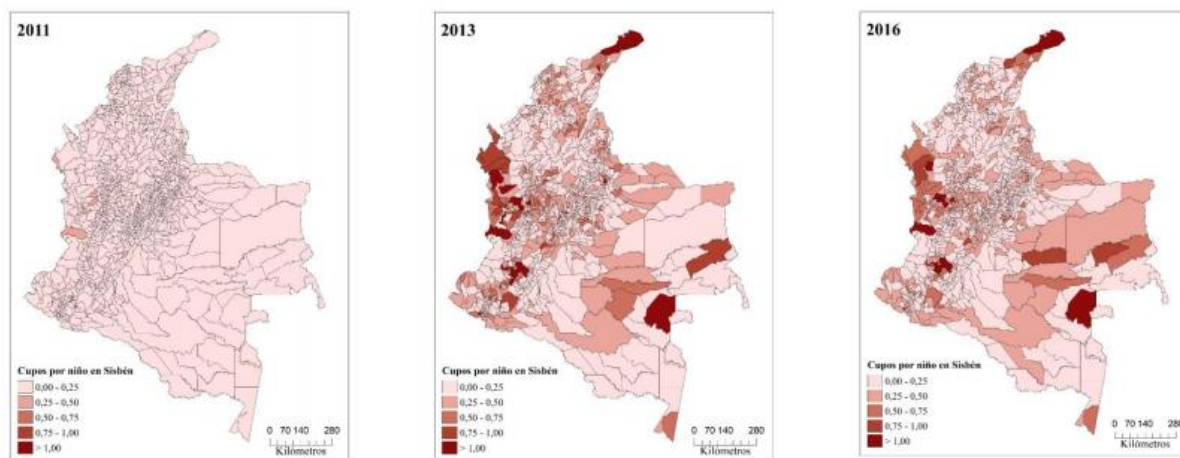
- Valoración del desarrollo. Cobertura La cobertura del Convenio es de 550 municipios de los 32 departamentos de Colombia. De estos, 119 territorios fueron priorizados por ser parte de los municipios focalizados por posconflicto, en el marco del proceso de paz.

DEPARTAMENTO	No. de MUNICIPIOS
AMAZONAS	2
ANTIOQUIA	41
ARAUCA	7
ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	2
ATLANTICO	21
BOGOTÁ, D. C.	1
BOLIVAR	28
BOYACÁ	29
CALDAS	16
CAQUETA	13
CASANARE	7
CAUCA	26
CESAR	23
CHOCÓ	25
CÓRDOBA	21
CUNDINAMARCA	31
GUAINÍA	2
GUAVIARE	2
HUILA	19
LA GUAJIRA	10
MAGDALENA	15
META	17
NARIÑO	38
NORTE DE SANTANDER	25
PUTUMAYO	10
QUINDIO	11
RISARALDA	9
SANTANDER	20
SUCRE	20
TOLIMA	27
VALLE DEL CAUCA	27
VAUPÉS	1
VICHADA	4
Total general	550

Fuente: Coordinación del convenio 1297/96

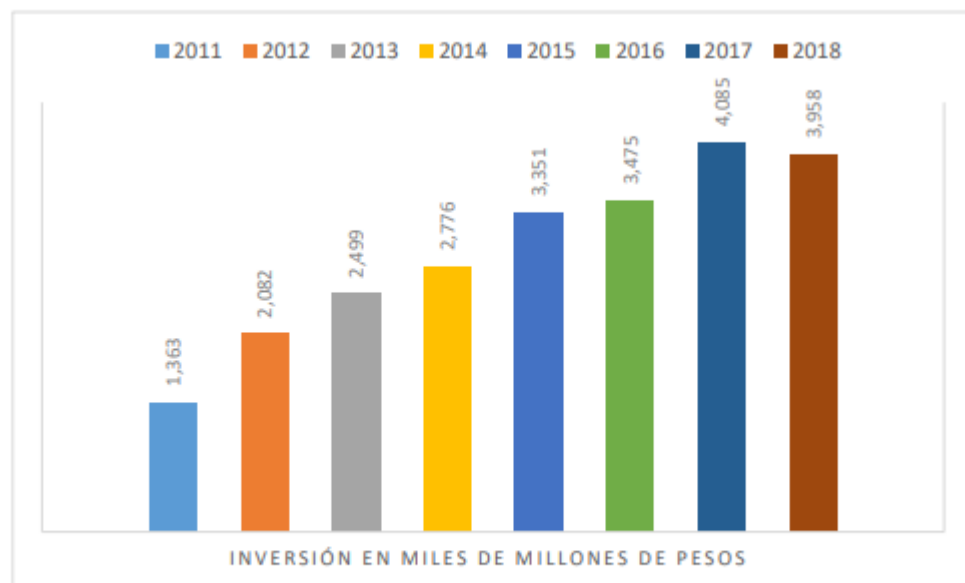
EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

figura 22, Evolución del número de cupos de atención integral por niño entre 0 y 5 años de edad en SISBEN por municipio



Fuente: Metas y resultados de primera infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; tamaño de población 0-5 años de edad registrada en SISBEN Fase III.

figura 23, Histórico de inversión en primera infancia



Fuente: Balance Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre Bogotá, Colombia. Junio 12 de 2018

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

En la tabla siguiente se presentan los cinco primeros departamentos en la clasificación de tasa de afiliación al sistema de salud de niños y niñas entre 0 y 5 años, por año. Se observan los siguientes departamentos de manera repetida en los diferentes años: Cesar, Casanare, Sucre, Santander, Atlántico y Bolívar. Los primeros puestos están por encima del 91% y los quintos puestos están entre el 81% y el 84%.

figura 24. . Cinco primeros departamentos en la clasificación de tasa de afiliación de niños y niñas entre 0 y 5 años. Años 2012 - 2017.

AÑO	DEPARTAMENTO	TASA AFILIACIÓN
2012	CESAR	91,89
	CASANARE	89,13
	SUCRE	86,76
	SANTANDER	81,88
	ATLANTICO	81,00
2013	CESAR	95,42
	SUCRE	89,33
	CASANARE	88,60
	SANTANDER	81,94
	BOLIVAR	81,76
2014	CESAR	95,42
	SUCRE	89,33
	CASANARE	88,60
	SANTANDER	81,94
	BOLIVAR	81,76
2015	CESAR	94,26
	CASANARE	90,88
	SUCRE	84,76
	SANTANDER	83,91
	ATLANTICO	81,57
2016	CESAR	95,89
	CASANARE	91,27
	SANTANDER	85,93
	SUCRE	84,49
	ATLANTICO	84,16
2017	CESAR	95,91
	CASANARE	87,54
	SANTANDER	84,94
	ATLANTICO	84,72
	SUCRE	83,28

Fuente: Elaboración UT Econometría-SEI 2018 a partir de datos poblacionales de la BDUA - MSPS y proyección poblacional del DANE

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Conclusiones

A partir de la fase de diagnóstico, confrontación y análisis de la información podemos concluir que esta política representa un factor neurálgico de desarrollo de los individuos que impactan la economía, la parte social y el desarrollo integral del individuo en la sociedad.

También como resultado del análisis y la comparación de información se evidencia los esfuerzos del estado en asumir la posición de garante ante tal situación de los derechos de los niños, es así como las estadísticas permiten evidenciar un progreso en la aplicación de la ley reduciendo la tasa de morbilidad infantil.

Que la aplicación política de cero a siempre desnudo serios problemas en las madres gestantes, el entorno familiar, las madres gestantes juveniles y el nivel académico factures que impactan la aplicación de una política como estas, la cual demanda aún más la integración de varios sectores para conseguir la cobertura y la integralidad como lo son, educación, vivienda, salud, etc.

Adicionalmente debe constituir un pilar en el gobierno colombiano dado que el estudio muestra entre otras características a largo plazo las consecuencias que se presentan si la política no se desarrolla desde temprana edad y se realiza su permanente seguimiento

En las cifras presentadas en el contexto del plan de desarrollo 2012-2016 “Bogotá

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Humana” como del “Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016”, se tiene que tener en cuenta las condiciones favorables que preveían que la implementación de una política pública en seguridad alimentaria que recogía de “Cero a siempre”, de ella se tenía indudablemente una perspectiva favorable.

la desnutrición o subnutrición en los niños tiene efectos negativos en la salud, en la educación y a lo largo del tiempo en la productividad y el crecimiento económico de un país, pues se ven implicadas las habilidades, el desarrollo cognitivo, la prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles y la mortalidad entre otras.

Como conclusión al informe que se analiza, se tiene que se hace necesario un sistema de protección integral encaminado a reducir la vulnerabilidad económica y social de las familias, tal como se especifica en el reporte del Análisis de situación de infancia y adolescencia en Colombia, 2010-2014 realizado por UNICEF, donde la población infantil está encaminada hacia una inseguridad alimentaria y nutricional, y en los casos extremos de desatención.

Otros datos concluyentes del informe sobre bajo peso al nacer indican que el 69% de las viviendas pertenece a los estratos 1 y 2, el 26,5% al estrato 3; mientras el 96,3% cuenta con agua potable y en el 96,3% de los casos se consideró que las condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda eran adecuadas. Lo que implica que para la capital factores de saneamiento básico que afectan a la mayor parte del país, en la ciudad no son determinantes de la variable que se está tratando

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Concluimos la importancia de la implementación de la política armonizada con los demás sectores a fin de que el esfuerzo que se hace en la implementación de una política no permita de tajo irse hacia el otro extremo solo por aplicar desproporcionadamente las acciones de la puesta en marcha de la política.

Es necesario propender reforzar las acciones y estos estudios que aporten bases para mejorar los procesos de control fiscal a fin de reducir los niveles de corrupción para garantizar que estas políticas sean económicamente sostenibles y que lleguen a la población que lo requiera frente a programas de permanencia en el proceso porque se corre el riesgo que se quede corto o a medias en el propósito planteado

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

Bibliografía

- Cevallos, Á. L. (2019). Nutrición fundamental en infantes desde 1 a 5 años de edad. . RECIMUNDO, 634,663.
- DANE. (09 de 2019). <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>. Obtenido de DANE estadísticas defunciones .
- Demografía, D. d. (2017). Analisis De Situación De Salud (ASIS). Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Osorio, A. R. (2016). Influencia Del Contexto Socioeconómico De La Comunidad Sobre La Desnutrición Infantil En Colombia: Un Enfoque Multinivel Para Los Años 2005 Y 2010.
- OsorioI, A. M. (2018). Contexto socioeconómico de la comunidad y desnutrición crónica infantil en Colombia. Rev Saude Publica, 52,73.
- salud, I. N. (2018). Boletin epidemiologico semanal. Bogota: instituto nacional de Salud.
- salud, I. N. (2018). Boletin epidemiologico semanal semana 42. Bogota: Instituto Nacional de Salud.
- UNICEF. (2011). LA DESNUTRICIÓN INFANTIL, Causas, consecuencias y estrategias. Madrid: UNICEF.
- 1. Mazo S, Franco F. Conceptual bases for the diagnosis and integral treatment of malnutrition in children under six years of age. In: Conceptual bases for nutritional, medical and psychosocial care of children with malnutrition. Medellín, Colombia: Pontificia Bolivariana University; 2007. p. 17-47. [Links]*
- 2. World health organization. Health of mother, newborn, child and adolescent [Internet]. 2005. Recovered from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/es/ [Links]*
- 3. UNICEF, CEPAL. Childhood and Adolescence Newsletter on advancing the Millennium Development Goals. 2006. Report N°: 2. [Links]*
- 11. Government of Antioquia. MANA, Pontificia Bolivariana University. Conceptual bases for*

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

nutritional, medical and psychosocial care of children with malnutrition. Pontificia Bolivariana University; 2007. 122 p. [Links]

12. Salgado P. *Normal motor development. Analysis from the neurodevelopmental approach. University of Chile. 2007. [Links]*

13. Macias L, Fagoaga M. *Physiotherapy in pediatrics. Madrid, España: McGraw Hill Interamericana. 2003. 461 p. [Links]*

2017, A. d. (2018). Informe vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017. Bogotá.

de Bogotá, C. D. (2012).

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=PLAN+DE+DESARROLLO+DISTRITAL+2012+2016#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AvwqPC519ei8J%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D1%26hl%3Des. Obtenido de

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=PLAN+DE+DESARROLLO+DISTRITAL+2012+2016#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AvwqPC519ei8J%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D1%26hl%3Des.

DISTRITAL, B. D. (31 de Noviembre de 2015).

<http://veedurriadistrital.gov.co/transparencia/rendicioncuentas/Ano2015>.

Salud, M. d. (2016). ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD (ASIS) COLOMBIA 2016. Bogota: Ministerio de salud.

2017, A. d. (2018). Informe vigilancia en salud pública Bogotá año epidemiológico 2017. Bogotá.

de Bogotá, C. D. (2012).

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=PLAN+DE+DESARROLLO+DISTRITAL+2012+2016#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AvwqPC519ei8J%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D1%26hl%3Des. Obtenido de

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=PLAN+DE+DESARROLLO+DISTRITAL+2012+2016#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AvwqPC519ei8J%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D1%26hl%3Des.

EVALUACIÓN POLÍTICA PÚBLICA DE CERO A SIEMPRE

DISTRITAL, B. D. (31 de Noviembre de 2015).

<http://veeduriadistrital.gov.co/transparencia/rendicioncuentas/Ano2015>.

Salud, M. d. (2016). ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD (ASIS) COLOMBIA 2016. Bogota: Ministerio de salud.

Departamento Nacional de Planeación. (2007). Política pública nacional de primera infancia: "Colombia por la primera infancia". Marzo 6 de 2015, de Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, ICBF. Sitio web:

http://www.mineduccion.gov.co/primerainfancia/1739/articles177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (2013). Caracterización niños y niñas entre 0 y 5 años. Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. (2010). Capítulo 9: Mortalidad infantil y en la niñez. Marzo 9 de 2015, de Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sitio web:

http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=85