

Evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional de los niños, niñas y adolescentes de los hogares sustitutos adscritos al ICBF, en la etapa de reintegro familiar, en el municipio de Yolombó, Antioquia, 2017.

**Santiago Carvajal Villegas
Michell Stiven Vargas Betancur**

**Trabajo de grado exigido como requisito para optar al título de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud.**

**Asesor:
Juan Jose Acosta Gomez**

**Universidad Católica Luis Amigó
Escuela de Posgrados
Especialización en Gerencia de Servicios de Salud
Medellín
2017**

TABLA DE CONTENIDO

1. Planteamiento del problema	4
2. Justificación	5
3. Marcos de Referencia	8
3.1 Marco Legal	8
3.2 Marco Teórico	19
3.3 Marco contextual	27
4. Objetivos y productos esperados	34
5. Metodología	35
6. Análisis de factibilidad	36
7. Análisis de viabilidad	36
8. Aspectos éticos del proyecto	36
9. Cronograma de actividades	37
10. Presupuesto del proyecto	39
11. Conclusiones	41
12. Recomendaciones	42
13. Anexos	43
13.1 Análisis y caracterización de los involucrados.....	43
13.2 Matriz del marco lógico.....	45
13.3 Árbol de problemas y soluciones.....	50
3.1 Escala de medición de la seguridad alimentaria en los hogares para Latinoamérica y el Caribe (ELCSA).....	52
14. Bibliografía	54

INTRODUCCIÓN

Los niños, niñas y adolescentes que han estado bajo medida de protección por el estado en la modalidad hogar sustituto tienen alta vulnerabilidad y tienen presentes factores de riesgo que influyen en altos niveles de inseguridad alimentaria. Durante el curso de Investigación en la Especialización Gerencia de Servicios de Salud, surge el equipo de trabajo conformado por Santiago Carvajal, Nutricionista Dietista y Michell Vargas, Bacteriólogo, donde tenemos la idea de evaluar las condiciones socioeconómicas y la seguridad alimentaria de los usuarios del programa hogar sustituto de ICBF del municipio de Yolombó al momento de reintegrarse a sus grupos familiares. Nos motivó poder contribuir con el desarrollo de esta región antioqueña y crear estrategias de trabajo y herramientas que permitan priorizar las principales problemáticas y realizar intervenciones significativas para mejorar la calidad de vida de los grupos familiares, además de poner a prueba conocimientos profesionales adquiridos durante los últimos meses, lo que hace de esta una experiencia significativa que nos ayudará a formar como personas competitivas en el área de la gerencia de proyectos de salud.

RESUMEN

Para la ejecución del plan de desarrollo Municipal del municipio de Yolombó, “Yolombó Comunitario y Participativo, compromiso de todos” 2016-2019, se tiene en cuenta el perfeccionamiento de las políticas públicas sobre infancia, adolescencia y Juventud. En el Código de la Infancia y Adolescencia, ley 1098 de 2006, se entiende por protección integral de los niños y niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y el cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

Con el propósito de avanzar en la construcción y fortalecimiento de un contexto político, social y económico que sea garante de las condiciones materiales y afectivas requeridas para que los niños, niñas y adolescentes ejerzan plenamente sus derechos y se les otorgue primacía en consideración a lo crucial de su momento de desarrollo. En el Municipio de Yolombó se realizarán esfuerzos desde la perspectiva de derechos para garantizar la atención integral de los niños, niñas, adolescentes y Jóvenes, con el fin de disminuir los índices de desnutrición infantil, maltrato y abuso infantil, erradicación del trabajo infantil, el uso de sustancias psicoactivas y mitigación de los efectos del conflicto armado, con una coordinación intersectorial e interinstitucional para garantizar el goce pleno de sus derechos, materializar la protección integral.

Utilizando la metodología de Planificación de proyectos orientada por objetivos-ZOPP- se presenta este informe con el análisis de la situación y el diseño de las estrategias de desarrollo. Para ello, se trabajó con la matriz de marco lógico tanto

para el esquema general del plan, como para el proyecto priorizado, ***Evaluar la seguridad alimentaria y nutricional de los niños, niñas y adolescentes bajo medida de protección por el estado en la modalidad hogar sustituto, que están en la etapa de reintegro familiar, en el municipio de Yolombó, Antioquia, 2017.***

El Proyecto fue diseñado para implementarse en doce meses con un costo de 142.160.000 pesos colombianos de los cuales el 90% cuenta con financiación proveniente de la administración municipal en un 50 % y en un 40 % por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta central:

¿Cómo mejorar la situación alimentaria en niños, niñas y adolescentes bajo medida de protección por el estado en la modalidad de hogares sustitutos en el municipio de Yolombó en la etapa del reintegro familiar?

El Hogar Sustituto del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es una medida de protección provisional que toma la autoridad competente que consiste en: “la ubicación del niño, la niña o el adolescente en una familia que se compromete a brindarle el cuidado y atención necesarios en sustitución de la familia de origen” (Art. 59 de la Ley 1098 de 2006).

El servicio se puede transformar o adaptar para generar modelos alternativos que respondan a las demandas y necesidades culturales propias de los pueblos indígenas o las zonas rurales, conservando los principios fundamentales y propósitos en cumplimiento de sus derechos y acordes con su idiosincrasia e identidad.

En esta modalidad se ubica a los niños, niñas y adolescentes en condición de amenaza o vulneración de derechos, por remisión de la Defensoría de Familia, Comisaría de Familia o Inspección de Policía.

El Instituto Hermanas Franciscanas de Santa Clara es un operador del programa Hogar Sustituto de ICBF que trabaja con los niños, niñas y adolescentes del municipio de Yolombó bajo medida de protección. A marzo de 2017 se encuentran vinculados a este programa 30 niños, niñas y adolescentes de los cuales el 23% presenta riesgo de desnutrición proteico calórico. Durante el año 2016, 4 niños y niñas bajo medida de protección fueron remitidos al Centro de Recuperación Nutricional del municipio de Yalí.

Cuando estos menores son reintegrados a sus núcleos familiares se ha perdido contacto por parte del ICBF y de las entidades municipales como la E.S.E

Hospital San Rafael de Yolombó, debido a que no hay un programa de vigilancia y seguimiento nutricional, ya que no se cuenta con los suficientes recursos económicos para brindar una atención interdisciplinaria e integral a la población infantil del municipio, en especial a los niños y niñas que han estado bajo medida de protección por el estado en la modalidad Hogar Sustituto. Son estas las razones que nos motivan a la realización del proyecto y así contribuir de manera efectiva a la disminución de la inseguridad alimentaria de la población yolombina.

2. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS “En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. La malnutrición también se caracteriza por la carencia de diversos nutrientes esenciales en la dieta, en particular hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo.

En Colombia Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2010) que es un estudio poblacional de cobertura nacional con representatividad urbana y rural, para 6 regiones, 14 subregiones y 32 departamentos. Y abarca la población colombiana entre 0 y 64 años de edad y los indicadores se presentan desagregados por grupos de edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico medido según el índice de SISBEN (versión III).

Según esta encuesta su objetivo es estimar la prevalencia de los principales problemas nutricionales que afectan a la población colombiana y algunos de sus determinantes, como insumo que brinde información de gran importancia para apoyar la toma de decisiones políticas y técnicas en su intervención.

En el grupo poblacional de 0 a 17 años, se presentan los resultados teniendo en cuenta los patrones de referencia de la OMS, según la Resolución 2121 del 9 de junio 2010 del Ministerio de la Protección Social. Los indicadores analizados fueron: talla para la edad, peso para la edad, peso para la talla e Índice de Masa Corporal –IMC-.

El porcentaje de retraso en crecimiento es de 13,2%, considerado a nivel internacional como una prevalencia baja. En los últimos 5 años se redujo en 17,0% la desnutrición crónica en Colombia. Queda a 5,2 puntos porcentuales de cumplir con la meta propuesta para el 2015 por el país, en el Objetivo de Desarrollo del Milenio de erradicar la pobreza extrema y el hambre (desnutrición crónica en niños menores de cinco años: 8,0%).

Las proporciones mayores de retraso en crecimiento se presentan en los niveles I y II del SISBEN, en hijos de madres con menor grado de educación, en residentes en el área rural y en las regiones Atlántica, Orinoquia y Amazonia y Pacífica.

La ENSIN 2010 mostró que en las familias con más número de hijos (6 ó más), los últimos son los más afectados por el retraso en crecimiento (24,8%); esta situación se presenta de igual forma en los niños cuya diferencia de edad con su hermano siguiente es menor a dos años (21,1%). La presencia de retraso en crecimiento es más del doble en la población indígena (29,5%) en comparación con la población que no se identificó con ningún grupo étnico indagado.

Los departamentos que presentan un retraso en crecimiento superior al 20% y que es considerado a nivel internacional como una prevalencia mediana son Vaupés, Amazonas, La Guajira, Guainía y Cauca. Los departamentos que muestran más bajas proporciones de desnutrición crónica son Valle, Meta, Santander, Norte de Santander, Quindío y San Andrés y Providencia. • Las cifras de retraso en crecimiento en Colombia se encuentran por debajo de México (2006), Ecuador (2004) y Perú (2004-2008) y por encima de Brasil (1996), encontrándose en el tercer lugar de las prevalencias más bajas entre 12 países latinoamericanos de los que se dispone información.

El porcentaje de Desnutrición Global es de 3,4%, considerado a nivel internacional como una prevalencia baja. Colombia se encuentra a 0,8 puntos porcentuales de cumplir con la meta propuesta para el 2015 por el país en el Objetivo de Desarrollo del Milenio de erradicar la pobreza extrema y el hambre (desnutrición global en niños menores de cinco años: 2,6%).

Al igual que el retraso en crecimiento, este tipo de desnutrición fue más prevalente en los últimos niños de las familias con más número de hijos (6 ó más) (8,9%), en aquellos cuya diferencia de edad con su hermano siguiente es menor a dos años (5,8%), en los hijos de mujeres sin educación (12,2%) y con menor nivel de SISBEN (4,7%). Además se encontró que en los niños indígenas de la muestra, el porcentaje de desnutrición global (7,5%), es más del doble que el de la población que no se identificó con ninguno de los grupos étnicos indagados. Por lugar de residencia, el área rural casi duplica la prevalencia frente a la urbana (4,7% vs 2,9%). Al igual que en la desnutrición crónica, las regiones más afectadas son Atlántica (4,9%); y Amazonia y Orinoquia (3,6%). Por departamentos las prevalencias más altas de este tipo de desnutrición se encuentran en La Guajira (11,2%), Magdalena (6,8%), Chocó (6,3%) y Amazonas (5,8%). Comparado con 12 países latinoamericanos de los que se dispone de información, Colombia presenta el menor índice de desnutrición global.

El estado nutricional de las generaciones más jóvenes evidencia un mejoramiento en indicadores de retraso en talla y delgadez (ENSIN 2005: 13,9% y ENSIN 2010: 10%; y ENSIN 2005: 3% ENSIN 2010: 2,1% respectivamente). • Aunque las condiciones han mejorado, uno de cada 10 niños y adolescentes de 5 a 17 años presenta retraso en crecimiento. Se encontraron mayores prevalencias en el nivel 1 del SISBEN (13,4%), en niños con madres sin educación (24,1%) y en la población indígena de la muestra 29%, superando

esta última en más de tres veces la prevalencia de los niños y niñas que no se identificaron con ningún grupo étnico indagado. En el área rural se presenta el doble de la prevalencia de retraso en crecimiento que en la urbana (15,2% vs 7,9%). Los departamentos con mayor prevalencia fueron Amazonas (31,5%), Vaupés (29,3%) y Cauca (22,3%). La prevalencia de sobrepeso u obesidad ha aumentado un 25,9% en el último quinquenio. Uno de cada 6 niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad; esta relación aumenta a medida que se incrementa el nivel del SISBEN y el nivel educativo de la madre (9,4% en madres sin educación vs 26.8% en madres con educación superior). El exceso de peso es mayor en el área urbana 19,2% que en el 13,4% rural. Los departamentos con mayores prevalencias de sobrepeso u obesidad con 31,1% San Andrés, 22,4% Guaviare y 21,7% Cauca.

Colombia vive actualmente una transición demográfica y nutricional debido a que su población presenta al mismo tiempo problemas por déficit y exceso de peso en los diferentes grupos etarios. En los niños aún se observa un retraso del crecimiento (desnutrición crónica), en especial en aquellos en nivel I y II del SISBEN, de madres con menor grado de educación, residentes en la zona rural y en las regiones Atlántica, Orinoquia, Amazonia y Pacífica. Paradójicamente, son ellos también quienes presentan mayores problemas de exceso de peso. El retraso en crecimiento es más prevalente en los niños que en las niñas. En familias extensas los niños nacidos después del quinto niño son los más afectados por el retraso en crecimiento.

Necesidades básicas insatisfechas- Yolombó

Tabla 29. Indicadores de pobreza y desigualdad

Variable	2012	2013	2014	2015
Pobreza	26,8	24,2	24,3	24,3
Pobreza extrema	8,1	6,9	7,7	7,8
Necesidades básicas insatisfechas	40,71	40,71	40,71	40,71
Tasa de desempleo	12,9	11,2	12,7	11,91
Tasa de subempleo	27,6	23,9	22,8	29,30

El índice de necesidades básicas insatisfechas NBI proporciona información para medir la proporción de personas y/o hogares que tienen insatisfecha una o más de las necesidades definidas como básicas para subsistir en la sociedad a la cual pertenece, dados los datos evidenciados es necesario que el municipio de Yolombó realice esfuerzos para lograr tener la mayor cantidad de hogares y familias con sus necesidades básicas satisfechas y así reducir la brecha entre los hogares, las regiones y zonas geográficas.

Como se puede evidenciar en los datos poblacionales presentado más del 50% de la población del Municipio está ubicado en la zona rural, por tanto, este sector poblacional requiere una atención especial en temas relacionados con el mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida a través de un desarrollo agropecuario equitativo, sostenible y participativo.

Adicionalmente se evidencia una cantidad significativa de población en infancia, adolescencia y juventud, los cuales deben ser también una prioridad para el municipio enfatizando en la protección integral de los mismos y en fortalecimiento de la integración familiar, ya que bajo el principio de corresponsabilidad es un deber tanto de la sociedad, de las familias y del Estado velar por el cumplimiento de los derechos para esta población.

En Colombia existen los hogares sustitutos que es es una modalidad de atención para el restablecimiento de derechos que consiste en “La ubicación del niño, la niña o el adolescente, en una familia que se compromete a brindarle el cuidado y atención necesarios en sustitución de la familia de origen” (Art. 59 de la Ley 1098 de 2006).

El hogar sustituto es una opción sustitutiva de la familia de origen, que privilegia la atención en un medio familiar, con el fin de proporcionar experiencias de vida en familia y formación de vínculos afectivos para los niños, niñas y adolescentes, con sus derechos inobservados, amenazados o vulnerado.

3. MARCOS DE REFERENCIA

3.1 MARCO LEGAL

Constitución Política Nacional de Colombia de 1991, la cual consagró en su artículo 44 los derechos fundamentales de los niños y las niñas entre otros la vida, la integridad física, la salud, la alimentación equilibrada y que deben ser protegidos contra toda forma de abandono o violencia física o moral y determinó la prioridad “los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”. Indica además que la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

La Constitución Política de 1991, en su Artículo 67, establece que "la educación será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y comprenderá como mínimo un año de preescolar".

Creación del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia (PAFI), que retoma los planteamientos de la CDN y los de la Cumbre de Jomtiem (1990). El PAFI incluyó políticas y programas orientados a los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años.

Creación del 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 (Ley 100 de 1993), por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Esta ley establece en el artículo 162 el plan obligatorio de salud, para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001.

Creación de los Jardines Comunitarios con los que se brinda atención a los niños y niñas en edad preescolar pertenecientes a poblaciones vulnerables, con la participación de los padres y acudientes (ICBF, Acuerdo No.19 de 1993).

Creación del Programa Grado Cero que busca ampliar la cobertura, elevar la calidad y contribuir al desarrollo integral y armónico de todos los niños y niñas de cinco y seis años de edad, en coordinación con los sectores de salud y el ICBF. (Ministerio de Educación Nacional, Ley General de Educación, Ley 115 de 1994).

Creación del Programa Fami -Familia, Mujer e Infancia- el cual entrega complemento nutricional a madres gestantes, mujeres lactantes y niños y niñas entre los 6 y los 24 meses, y ofrece sesiones educativas a las madres para que realicen actividades pedagógicas con los niños y niñas menores de dos años. (Icbf, 1996).

Formulación del documento Conpes 2787 de 1995, una política pública sobre la infancia "El Tiempo de los Niños", el cual es aprobado para contribuir al desarrollo integral de los niños y de las niñas más pobres y vulnerables, vinculándolos a programas de nutrición, salud y educación.

Diseño y ejecución de la estrategia del Pacto por la Infancia, como mecanismo para descentralizar el PAFI y asegurar su ejecución a nivel local (Consejería para la Política Social de la Presidencia de la República y el DNP, 1996).

Establecimiento de normas relativas a la organización del servicio educativo y orientaciones curriculares del nivel preescolar (Ministerio de Educación Nacional, Decreto No.2247 de 1997). En 1999 se publican los lineamientos pedagógicos de este nivel.

Se promulga la ley 715 de 2001, que definió las competencias y recursos para la prestación de los servicios sociales (salud y educación) y estableció el Sistema General de Participaciones SGP. Esta ley posibilita la ampliación de cobertura en el grado obligatorio de preescolar y asigna recursos para alimentación escolar, en los establecimientos educativos, a niños y a niñas en edad preescolar.

Aprobación del CONPES 091 de 2005, con el que se definen metas y estrategias para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En cuanto a la primera infancia, aparece en los objetivos la erradicación de la pobreza extrema,

el acceso a primaria universal, reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años y mejorar la salud sexual y reproductiva.

Adopción de los Consejos para la Política Social como mecanismo de coordinación de las diferentes instancias del SNBF (Plan de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario, 2002-2006 / 2006-2010).

Construcción participativa de política pública de infancia "Colombia por la Primera Infancia". Política pública por los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años. (ICBF, 2006).

Se promulga la Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia que deroga el Código del Menor. Esta ley establece en su Artículo 29 el derecho al desarrollo integral de la primera infancia.

Aprobación del CONPES 109 de 2007 , el cual materializa el documento "Colombia por la Primera Infancia" y fija estrategias, metas y recursos al Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación y al Icbf, con el fin de garantizar la atención integral a esta población.

Aprobación CONPES 115 de 2007 que distribuye los recursos del SGP Decreto 4875 de 2011 provenientes del crecimiento real de la economía superior al 4% de la vigencia 2006 (Parágrafo transitorio 2º del Artículo 4º del Acto Legislativo 04 de 2007).

Se promulga la Ley 1295 de 2009 o de atención integral a la primera infancia, por la cual se reglamente la atención de los niños y niñas de la primera infancia de los sectores 1,2 y 3 de Sisbén, con la que el Estado plantea contribuir a la calidad de vida de las madres gestantes y a garantizar los derechos de las niñas y los niños desde su gestión.

Ordenanza 025 del 22 de diciembre de 2009 "por medio de la cual se deroga la ordenanza 27 del 2003 y se fijan políticas públicas para la protección integral de la infancia y la adolescencia en el departamento de Antioquia.

Ordenanza 46 del 15 de diciembre de 2016, por medio de la cual se establece el Sistema Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional y se fija la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Departamento de Antioquia y se deroga la Ordenanza 017 de 2003.

Resolución 2465 del 14 de junio de 2016, por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

El documento Copes Social 113 de marzo 2008 fija la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) y determina como una de las estrategias, la necesidad de construir y ejecutar un Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012 -2019. El PNSAN es el conjunto de objetivos, metas, estrategias y acciones propuestos por el Estado Colombiano, en un marco de corresponsabilidad con la sociedad civil, que tienen por objeto:

1. Proteger a la población de las contingencias que conllevan a situaciones indeseables y socialmente inadmisibles como el hambre y la alimentación inadecuada;
2. Asegurar a la población el acceso a los alimentos en forma oportuna, adecuada y de calidad;
3. Lograr la integración, articulación y coordinación de las diferentes intervenciones intersectoriales e interinstitucionales.

La población objetivo del PNSAN es toda la población colombiana, no obstante, hace énfasis en los territorios y poblaciones con mayor privación y vulnerabilidad, entre las cuales están la población en situación de pobreza extrema, desplazada por la violencia y los afectados por desastres naturales; así como también, la población infantil, las mujeres gestantes, las madres en lactancia y los adultos mayores. www.osancolombia.gov.co/doc/pnsan.pdf

Proyecto de seguridad alimentaria y nutricional (Prosean). Proyecto centros de recuperación nutricional en Colombia. Página N^a 2. Bogotá junio de 2008.

Unicef. Progreso para la infancia. Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Código de la Infancia y Adolescencia. Ley 1098 de 2006. Noviembre 8 de 2006.

Lineamiento ICBF- Hogar Sustituto, 27 de diciembre de 2010, El Hogar Sustituto es una medida de protección provisional que toma la autoridad competente que consiste en: “la ubicación del niño, la niña o el adolescente en una familia que se compromete a brindarle el cuidado y atención necesarios en sustitución de la familia de origen” (Art. 59 de la Ley 1098 de 2006).

El servicio se puede transformar o adaptar para generar modelos alternativos que respondan a las demandas y necesidades culturales propias de los pueblos indígenas o las zonas rurales, conservando los principios fundamentales y propósitos en cumplimiento de sus derechos y acordes con su idiosincrasia e identidad.

Población Titular de Atención:

Niños, niñas y adolescentes, mayores de un (1) año que se encuentran en situación de amenaza o vulneración de derechos¹.

Nota: Las poblaciones con discapacidad mental psicosocial, consumo de sustancias psicoactivas, adolescentes en responsabilidad penal, no se deben incluir en esta modalidad; se deben remitir a modalidades de atención especializada.

Criterios de Ubicación:

Para la ubicación de los niños, niñas o adolescentes en Hogares Sustitutos, se debe tener en cuenta:

1. El número de hijos de la familia del Hogar Sustituto, de tal forma que a mayor número de hijos del grupo familiar, se ubique un menor número de niños, niñas o adolescentes en protección.
2. Las habilidades de las familias para el manejo de las particularidades, características y crisis de las edades de los niños, niñas y adolescentes.
3. Ubicar en el mismo hogar a grupos de hermanos, dada la importancia de conservar los lazos fraternos, teniendo en cuenta las características particulares de los niños, niñas y adolescentes.
4. El sitio de residencia de la familia de origen, preferiblemente no ubicarlo cercano al de la familia sustituta.
5. Un Hogar Sustituto no puede albergar a más de tres (3) niños, niñas o adolescentes.
6. Los Hogares Sustitutos deben dar prioridad a la atención del niño, niña o adolescente en su contexto socio cultural, (urbano, rural o indígena) para fortalecer y respetar sus valores culturales, su identidad y la forma de concebir y relacionarse con el mundo que lo rodea y con los demás.
7. En ningún caso será considerado como criterio de ubicación el que el niño, niña o adolescente presente una problemática o condición que derive únicamente de crisis económica.

Autoridad competente

En esta modalidad se ubica a los niños, niñas y adolescentes en condición de amenaza o vulneración de derechos, por remisión de la Defensoría de Familia, Comisaría de Familia o Inspección de Policía.

Forma de Administración:

Esta modalidad puede ser operada directamente por los Centros Zonales del ICBF o por un operador. Para conocer los parámetros para el proceso de contratación con entidades del SNBF (Ver Anexo 1).

Responsabilidades del Hogar Sustituto

1. Rol de Cuidador: Dedicarse en su actividad diaria al cuidado del desarrollo y atención integral de los niños, niñas y adolescentes. Este rol incluye otras actividades como llevar al niño, niña o adolescente al centro educativo, a las citas a salud, a las citas concertadas con las instituciones para la ocupación sana del tiempo libre o para acompañamiento al Centro Zonal.

2. Función de formador y educador: A partir de las prácticas cotidianas en las relaciones de la crianza, transmitir reglas, normas de convivencia, valores y principios morales que rijan el actuar y la interacción del niño, niña y adolescente como un ser individual y socialmente funcional.

3. Modelo de referente familiar: Mediante la presencia del modelo familiar, se espera que se construyan vínculos sanos y seguros y se desarrollen habilidades y destrezas resilientes (capacidad de una persona para sobreponerse a periodos de dolor emocional y seguirse proyectando en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores).

Servicio esperado en Hogar Sustituto

1. Primer Encuentro

Esta etapa se inicia con la ubicación de los niños, las niñas y los adolescentes en el Hogar Sustituto; es el primer encuentro con la familia y el periodo en que iniciará su adaptación al grupo familiar que lo acoge. Es el momento de llegada y primer contacto de los niños, niñas y adolescentes con la familia sustituta donde deberán ser presentados y se les debe explicar el tiempo de su permanencia en el Hogar y el motivo de la medida de restablecimiento de derechos. Desde el primer encuentro se debe considerar la afinidad o empatía que establezca el niño, niña o adolescente con la familia sustituta y viceversa, dado que este es un elemento importante para avanzar en las siguientes etapas del proceso.

2. Vinculación, Acogida y Adaptación al Hogar Sustituto

Se debe posibilitar sentimientos de seguridad y confianza, así como facilitar el proceso de adaptación con la familia sustituta que lo acoge.

Las acciones de los cuidadores son:

a) Presentación al niño, niña o adolescente de cada uno de los miembros de la familia sustituta y de los otros niños ubicados en el hogar si los hay.

b) Recorrido con los niños, niñas y adolescentes por todos los espacios del hogar a fin de que se familiarice con su nuevo ambiente y contexto familiar.

c) Suministro de alimentación acorde a la minuta patrón anexa.

d) Entrega de implementos de dotación básica, de vestuario e implementos personales de higiene y aseo.

e) Asignación de un espacio habitacional que cumpla con las mejores condiciones ambientales, asignación de cama individual y de un armario o mueble para ubicar sus pertenencias.

Paralelamente, el Defensor de Familia o Autoridad Competente y el Equipo Técnico Interdisciplinario, desarrollan las siguientes acciones:

a) Verificación del estado de garantía de derechos.

b) Solicita o inicia el trámite para la consecución de los documentos de identidad.

c) Genera condiciones para la:

I. Vinculación del niño, niña o adolescente a la seguridad social en salud, teniendo en cuenta el Art. 27, Ley 1098 de 2006.

II. Vinculación del niño, niña o adolescente a tratamiento especializado en psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, u otras según se requiera.

III. Vinculación al servicio público educativo, según la edad.

IV. Vinculación a espacios recreativos y culturales.

V. Vinculación a programas de formación básica o superior y de formación pre laboral o laboral, de acuerdo con la edad, habilidades e intereses de los niños, niña y adolescentes.

d) Caracterización de la Familia Biológica: Se realiza a través de visita al medio socio-familiar y entrevista semiestructurada en la cual el profesional del Equipo Técnico Interdisciplinario Líder del proceso recoge información de los siguientes aspectos:

I. Identificación y ubicación familiar.

II. Composición de la familia.

III. Dinámica relacional de la familia.

IV. Características de la vivienda y el entorno.

V. Red de apoyo.

e) Articulación con el SNBF: Se deben realizar las acciones tendientes para garantizar la protección integral de los niños, niñas y adolescentes en proceso de restablecimiento de derechos y ubicados en Hogar Sustituto, a través de la

articulación y gestión con el SNBF, de tal manera que los derechos de salud, educación, recreación, entre otros se encuentren efectivamente garantizados. Teniendo en cuenta el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, así como la prevalencia de sus derechos, cuando se requiera de la vinculación de un niño, niña y adolescente a otra de las modalidades del servicio público de Bienestar Familiar, para garantizar la protección integral, podrá realizarse mediante el concepto y remisión de la Defensoría de Familia. Lo anterior en casos excepcionales tales como:

I. Niños y niñas entre los 3 y 5 años en Hogares Sustitutos que requieran proceso de socialización, quienes podrán vincularse a Jardines Sociales, Hogares Comunitarios u Hogares Infantiles en Jornadas de medio tiempo.

II. Niños, niñas y adolescentes en hogares sustitutos con problemas de comportamientos, quienes pueden ser remitidos a las modalidades de Orientación Psicosocial y Atención Terapéutica.

3. Fortalecimiento del Desarrollo Personal y Familiar

En esta etapa, el equipo técnico interdisciplinario del ICBF, entidad competente o entidad contratista, debe complementar las valoraciones iniciales y elaborar el Diagnóstico Integral y el PLATIN.

Durante el tránsito de los niños, las niñas y los adolescentes por el hogar, el cual no debe ser mayor a seis (6) meses, se debe socializar el PLATIN, del niño, niña o adolescente con la familia sustituta, con el ánimo de crear espacios de convivencia familiar y social que apoyen el restablecimiento de vínculos y el desarrollo de habilidades y capacidades.

En esta etapa se desarrollan, entre otras, las siguientes acciones:

a) Generar espacios de encuentro y comunicación permanente del niño, niña o adolescente con los miembros del grupo familiar sustituto, estimulando y propiciando la estabilidad emocional y afectiva.

c) Acompañar y orientar al niño, niña o adolescente a las citaciones que realice la autoridad competente, entidad contratista o del SNBF, para adelantar valoraciones o brindar apoyo en su situación particular.

d) Acompañar y apoyar al niño, niña o adolescente en los encuentros con el grupo familiar de origen.

e) Llevar a cabo acompañamiento, seguimiento y cumplimiento a las estrategias planteadas en el PLATIN, tales como procesos terapéuticos, terapias ocupacionales, citas médicas, odontológicas, procesos de aprendizaje, entre otros.

- f) Construir contextos relacionales (familiares, educativos y comunitarios) que le permitan al niño, niña y adolescente, desarrollarse en un ambiente de comunicación, seguridad y afecto.
- g) Garantizar la atención en salud, que incluya además de la atención y seguimiento médico y nutricional, acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esta atención debe incluir asistencia al programa de crecimiento y desarrollo para los menores de 10 años.
- h) Garantizar la vinculación a la educación formal y acompañar en su proceso educativo.
- i) Colaborar con la elaboración de su proyecto de vida así como con la preparación laboral, si se requiere.
- j) Garantizar la vinculación a actividades de recreación, deporte y cultura, así como la participación en actividades comunitarias.
- k) Apoyar en la preparación para el reintegro sociofamiliar.
- l) Hacer seguimiento y solicitar a los equipos técnicos interdisciplinarios avances en la resolución de la problemática del niño, niña o adolescente.

Egreso del Hogar Sustituto

Esta etapa hace referencia al cambio de medida de los niños, niñas y adolescentes del Hogar Sustituto y su reintegro a otros contextos: la familia de origen, la familia adoptiva, otros servicios o la vida independiente.

Es importante tener en cuenta las implicaciones de esta separación en la vida emocional de los niños, niñas y adolescentes y en la de todos los miembros de la familia, dado que los vínculos creados, tanto en el entorno familiar como social, se ven afectados o interrumpidos generándose procesos de duelo de mayor o menor intensidad según haya sido la calidad de las relaciones y su significado para la vida de los niños, niñas y adolescentes ubicados en los Hogares. Por lo anterior, es indispensable realizar en esta etapa, todas las acciones que sean necesarias para garantizar el bienestar integral del niño, niña o adolescente durante el egreso del hogar y su ingreso a otros contextos de relaciones. Son necesarias entre otras, las siguientes acciones realizadas por el Equipo Técnico Interdisciplinario de la autoridad competente o del Operador:

- a) Informar oportunamente a las familias sustitutas y a los niños, niñas y adolescentes sobre la decisión de egreso del hogar.
- b) Llevar a cabo acompañamiento previo y suficiente al egreso con el fin de preparar a la familia sustituta y a los niños, niñas y adolescentes para el cambio que se aproxima.

c) Propiciar la participación de la familia sustituta en el momento mismo de la separación, facilitando la expresión de sentimientos, además de dar información de primera mano relacionada con las características y necesidades del niño, niña o adolescente y que sobrepasan los informes escritos. En este espacio de encuentro se posibilitan las aclaraciones y se aclaran dudas de las familias frente al niño, niña o adolescente, lo cual impacta positivamente las integraciones de estos con sus familias biológicas.

d) Proveer información suficiente y anticipada tanto al niño, niña o adolescente como a su familia biológica, en caso del reintegro con la familia de origen o extensa, así como preparación conjunta de las condiciones para el reencuentro y la integración armoniosa entre el niño, niña, adolescente y su familia biológica.

e) Establecer acuerdos conjuntos en caso de reintegro familiar, que faciliten la llegada del niño, niña o adolescente a su grupo familiar, definiendo propósitos y compromisos a corto, mediano y largo plazo.

f) Preparar al niño, niña o adolescente y a la familia adoptante, para el encuentro.

g) Entregar al niño, niña o adolescente la dotación personal y escolar asignada durante su tránsito por el Hogar y que luego vaya a ser efectivamente utilizada.

h) Realizar la entrevista de egreso a los niños, niñas y adolescentes que egresan del hogar por reintegro, adopción o vida independiente, con el propósito de conocer sus sentimientos frente a la atención recibida tanto por parte del ICBF como en el Hogar Sustituto. Este proceso deberá hacerse en privado, garantizando la confidencialidad de la información recibida y explicando el propósito de lograr, a través del conocimiento de aspectos de vidas en familia, de las relaciones familiares y del trato recibido, la mejor ubicación y condiciones familiares a otros niños, niñas y adolescentes.

Internacional

Declaración de Ginebra (Suiza) de 1924 sobre los derechos del niño, es el primer texto histórico que reconoce la existencia de derechos específicos para las niñas y niños, además de la responsabilidad de las personas adultas sobre su bienestar.

Declaración Universal de Derechos Humanos La Declaración Universal de los Derechos Humanos es un documento que marca un hito en la historia de los derechos humanos. Elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales, la Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III), como un ideal común para todos los pueblos y naciones. La Declaración establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero.

Cumbre Mundial de Alimentación. 1996. El objetivo de la Cumbre fue renovar, al más alto nivel político, el compromiso mundial de eliminar el hambre y la malnutrición y garantizar la seguridad alimentaria sostenible para toda la población. La gran resonancia de la Cumbre ha hecho que los encargados de adoptar decisiones en los sectores público y privado, los medios de comunicación y el público en general adquieran mayor conciencia de la situación. También ha establecido las líneas maestras, a nivel político, conceptual y técnico, de un esfuerzo constante para erradicar el hambre en todos los países, con el objetivo inmediato de reducir el número de personas desnutridas a la mitad de su nivel actual no más tarde del año 2015.

La declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio declarados por la ONU En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes del mundo convinieron en establecer objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. Estos objetivos y metas, que constituyen la esencia del programa mundial, se llaman ahora "Objetivos de desarrollo del milenio". En la Declaración de la Cumbre del Milenio se definieron también muchos compromisos en materia de derechos humanos, buen gobierno y democracia.

Cumbre mundial sobre la alimentación, 27 de agosto de 2002 -- "La Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después", que concluyó el 13 de junio, convocó a la formación de una alianza internacional para acelerar la acción encaminada a reducir el hambre en el mundo. También adoptó por unanimidad una declaración que pide a la comunidad internacional cumplir el anterior compromiso de reducir el número de personas hambrientas a alrededor de 400 millones para el año 2015. Ese compromiso, cuyo cumplimiento ha sido decepcionantemente lento, se adquirió en la primera Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996, la reunión mundial de dirigentes más nutrida que se haya celebrado para tratar los problemas del hambre y la seguridad alimentaria.

La Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006. Código de Infancia y Adolescencia, todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral, entendida como un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Indica la ley que ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud.

Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021: La Salud en Colombia la construyes tú, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

3.2 MARCO TEÓRICO

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La malnutrición, la doble carga nutricional y las ECNT asociadas a la dieta en el país, están determinadas por situaciones complejas de índole estructural y coyuntural con diferencias territoriales y poblacionales. Su análisis debe abordarse a partir de un enfoque multidimensional que aporte elementos explicativos e interpretativos que permitan la orientación de políticas de mayor impacto sobre la realidad descrita.

Respecto a los elementos del contexto que inciden en la SAN se encuentran, entre otros, los siguientes aspectos:

Colombia, según estimaciones del Censo del 2005, cuenta con una población de 41'468.384 habitantes. La tasa anual de crecimiento poblacional ha venido decreciendo de 2,1% en el periodo 1985 -1993, a menos de 2% en el 2005. De la misma manera, la tasa de fecundidad del país ha bajado de 3.2 hijos por mujer en 1986, a 2.5 en 2005 y a 2.4 en el 2010, aunque aún existen importantes barreras y diferenciales socioeconómicos y regionales en términos del crecimiento de la población. Así, por ejemplo, las mujeres que viven en áreas rurales siguen teniendo 1.2 hijos más en promedio que las mujeres del área urbana; una mujer sin educación tiene 3 hijos más que una con educación superior; y una mujer indígena tiene el doble de hijos que una colombiana promedio⁷⁰.

Por otro lado, respecto a los factores productivos, en Colombia existe una estructura concentradora de la tenencia de la tierra. Según cifras del IGAC⁷¹, 231 mil propietarios, es decir el 0,06% del total de los propietarios tenedores de tierra en el país, posee 44 millones de hectáreas que equivalen al 53,5% del

territorio. Y al mismo tiempo, 1.3 millones de propietarios, es decir el 35,8% de los propietarios, posee 345 mil hectáreas que equivalen al 0,42% del territorio, en proporciones individuales menores de 1 ha². Este fenómeno se ha intensificado con la agudización del conflicto armado de los últimos 20 años.

En cuanto a la vocación, uso y patrones de tenencia de tierra, se tiene:

El país solamente está utilizando el 37% de la tierra apta para la agricultura. Esta proporción resulta menor si se tiene en cuenta que algunos agricultores han sido empujados hacia los páramos y los nacederos de los ríos, espacios que están previstos para la conservación y los bosques.

La ganadería absorbe el 208% de la tierra apta para esa actividad. Ello significa que buena parte de la tierra con vocación agrícola y más de 10 millones de ha de bosques tumbados, se han dedicado a la cría y levante de ganado bovino y algunas otras especies menores.

El país ha sido deforestado en 22.4 millones de ha sin que se haya propiciado la protección y la renovación de los bosques. La mayor proporción del territorio se ha destinado a la ganadería extensiva y poco eficiente.

Los Planes de Ordenamiento Territorial, en muchos casos, no abordan la reglamentación del uso del suelo rural y centran sus objetivos en el uso del suelo urbano, situación de gran incidencia en el uso y explotación inadecuada de los suelos productivos y de protección.

En cuanto a los indicadores de pobreza, según cifras del DANE para el año 2011, la pobreza tuvo una incidencia de 34,1%, siendo 30,3% en las cabeceras y 46,1% en el resto del país.

Al revisar la tendencia, hubo una disminución de 3,1 puntos porcentuales de la incidencia de la pobreza nacional entre 2010 y 2011. Frente a la pobreza extrema, la misma fuente indica que para el 2011 la cifra nacional fue de 10,6%, en las cabeceras 7,0% y en el resto

22,1%. En el mismo periodo, la reducción de la pobreza extrema ha sido menos pronunciada que la de la pobreza, con una reducción de 1,7 puntos porcentuales (de 12,3% a 10,6%). Por zonas geográficas, la reducción de la pobreza extrema en las cabeceras fue menor que en el resto (menos 1,3 puntos porcentuales vs. menos 2,9 puntos porcentuales). Sin embargo, las diferencias entre ambas zonas en términos de incidencia siguen siendo amplias y son más marcadas que las de la pobreza. En el 2010 la incidencia de la pobreza extrema en el resto del país representaba 3,0 veces, la incidencia en las cabeceras (25,0% vs. 8,3%), mientras que en el 2011 esta relación aumenta a 3,1 (22,1% vs. 7,0%).

Según la CEPAL, la reducción de la pobreza en la región durante el período 2002-2010 ha sido posible gracias a la complementariedad de los efectos de crecimiento y distribución. En Colombia, junto con Argentina, Ecuador, Honduras y República Dominicana, tuvo especial importancia el efecto crecimiento, ya que fue responsable de al menos un 80% de la caída de la pobreza.

DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS

La disponibilidad de alimentos para las familias y comunidades está determinada por varios factores, ya se trate de hogares urbanos o rurales. En el primer caso, está sujeta a los volúmenes de alimentos que ingresan a los centros urbanos provenientes de sus propias áreas rurales o de otras regiones o países, que se distribuyen y se disponen en puntos de fácil acceso para su adquisición, ya se trate de tiendas, supermercados, plazas, etc. En el caso de los hogares rurales, la disponibilidad está sujeta a la posibilidad de la producción de los alimentos por la misma familia, a contar con ingresos para la compra de alimentos en las áreas urbanas o a otros productores, a la ayuda alimentaria o a una combinación de estas modalidades.

En Colombia, el problema de la disponibilidad se centra en la dispersión y atomización (pequeñas unidades productivas) de la producción, la marcada estacionalidad de las cosechas, las ineficiencias en la distribución por largas cadenas de intermediación que no agregan valor y tienen fuerte incidencia en los precios, la deficiente infraestructura vial y la falta de medios adecuados de transporte que permitan evacuar la producción a los centros de consumo, disminuyendo las pérdidas pos-cosecha. Adicionalmente, el debilitamiento de la cultura del autoabastecimiento en las familias campesinas, en gran parte debido a la especialización en monocultivos, ha implicado un mayor gasto familiar al tener que recurrir a la compra de alimentos.

ACCESO

El acceso de alimentos en las familias y comunidades está afectado por el nivel de ingreso y los costos de los alimentos.

Nivel de ingreso

De acuerdo al informe del Banco de la República⁸⁴, los datos de la GEIH 2011 del DANE registraron disminuciones importantes y significativas respecto a la TD, con respecto a lo observado en 2010. Con información del trimestre móvil octubre a diciembre, la TD del total nacional alcanzó 9,3%, 1,4% por debajo del mismo registro de 2010. El desagregado por dominios mostró tasas inferiores tanto para cabeceras como áreas rurales. En cuanto a las cabeceras, se observó una tasa de 10,4%, menor que la de 2010 (11,3%). En el área rural, la TD registrada fue de 5,5%, sensiblemente menor al 8,6% obtenido para el mismo período de 2010. De la misma manera, se encontró a lo largo de 2011 un descenso en la TD de los jefes de hogar, tanto en el nivel nacional como en las trece áreas.

Sin embargo, es importante tener en cuenta aspectos relacionados con la calidad del empleo, principalmente en el sector rural. El estudio “Caracterización del mercado laboral rural en Colombia”, que parte de la ECH 2005 del DANE, elaborado por José Leibovich y otros, concluye que el problema se centra en la baja calidad del empleo y los bajos ingresos, con un segmento cuantioso con niveles de remuneración del trabajo por debajo del SMLV y sin cobertura del sistema de seguridad social. Las cifras muestran que cerca del 65% de los ocupados devenga menos de 1 SMLV/hora, siendo el ingreso per cápita a finales de 2005 de \$165.200 mensuales, una tercera parte del promedio per cápita de las cabeceras (\$488.500).

Precios de los alimentos

La evolución de los precios de los alimentos se considera también un indicador que afecta el consumo, principalmente de los más pobres. En la última década los precios de los alimentos son más elevados y volátiles, y probablemente será una tendencia que se mantenga. El Informe del Banco Mundial de 2011⁸⁶, identifica cuatro factores centrales que afectan los precios de los alimentos en América Latina:

- 1.** Los precios internacionales de los alimentos suben cada vez más, generando preocupación por una crisis similar a la de 2008, principalmente por sus consecuencias sobre los pobres.
- 2.** Además sus precios son más volátiles; por ejemplo, el precio de los cereales se duplicó en el periodo 2005-2010, en relación con el periodo 1990-2005; el azúcar se triplicó y el arroz se cuadruplicó.
- 3.** La similitud de la situación actual a la de la crisis del 2008, como consecuencia de los altos precios del petróleo y, por consiguiente, de las materias primas de origen agropecuario; la devaluación del dólar versus la mayoría de las monedas de la región, que incrementa los precios y el costo de las inversiones financieras en materias primas agropecuarias.

Inseguridad alimentaria en el hogar

Desde el 2005, el país inició la evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional mediante la utilización de escalas cualitativas. Ese año se aplicó la Escala de Seguridad Alimentaria en el Hogar, validada para Colombia, y en el 2010 la ELCSA, como herramientas para medir la percepción de los hogares frente a las condiciones que pueden afectar su acceso a los alimentos, puesto que la situación socioeconómica de los hogares incide de manera directa en la inseguridad alimentaria y nutricional de estos, dado que sus ingresos son la principal vía para la adquisición de alimentos.

La ENSIN 2010 reportó una prevalencia nacional de inseguridad alimentaria y nutricional de 42,7%,88 sin un incremento estadísticamente significativo respecto al 2005⁸⁹. Los hogares de nivel 1 del SISBEN presentaron una prevalencia de inseguridad alimentaria y nutricional de 60,1% en contraste con los de niveles 1 a 4 ó más (27,8%)

La prevalencia de inseguridad alimentaria y nutricional de los hogares por grado de escolaridad del jefe del hogar también tuvo comportamientos diferentes. Así, en los hogares cuyos jefes no tenían escolaridad o habían cursado solo preescolar, la prevalencia fue de

66,6% y en los que tenían estudios de posgrado fue de 7,6%⁹¹.

Por regiones, la mayor prevalencia se encontró en los departamentos de la región Atlántica, en donde el 58,5% de los hogares estaban en inseguridad alimentaria y nutricional con prevalencias mayores a la nacional, a excepción de San Andrés y Providencia. En la región Pacífica, 47,3% de los hogares estaba en inseguridad alimentaria y nutricional, específicamente Nariño y Chocó presentaron las mayores prevalencias.

CONSUMO

Según el Conpes 113-PNSAN, el Consumo “se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas.

Sus determinantes son: la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios, la EAN, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia”⁹³.

En el ámbito del consumo cabe destacar dos factores que inciden, como son el conflicto armado y la influencia de los medios de comunicación. El primero ha generado el desplazamiento de un grupo importante de población de las zonas rurales hacia las zonas urbanas, lo que genera cambios sustanciales en su cultura alimentaria, pues ya no pueden cultivar los alimentos que antes consumían y deben incorporar alimentos que no estaban en su dieta cotidiana.

De otro lado, los medios masivos de comunicación propios de la sociedad de consumo ligada al proceso modernizador, presionan cada vez con mayor fuerza

cambios en los hábitos alimentarios. En esas condiciones, la población tiene cada vez mayores presiones sobre sus “prácticas tradicionales de alimentación”, transitando hacia consumos masivos de alimentos procesados (pastas, cereales refinados, cereales, enlatados, entre otros), de los que dispone con mayor facilidad en tiendas y almacenes de cadena.

Ingesta de energía y nutrientes

La ENSIN 2005 aporta importante información sobre la ingesta dietética de la población colombiana. La encuesta estableció la proporción de personas con deficiencia o exceso en la ingesta de energía, macro y micronutrientes, poniendo en evidencia deficiencias en el aporte alimentario de proteínas, Vitaminas A y C, y de los minerales calcio, hierro y zinc; y exceso en el porcentaje de grasa saturada.

Energía

Los resultados de la ENSIN 2005 muestran que los colombianos entre 2 y 64 años tienen una ingesta usual promedio de energía de 1.758 kcal (IC 1.750 - 1.766), siendo estos valores inferiores en el nivel de SISBEN 1 (1.558 kcal) y en el área rural (1.595 kcal).⁹⁸ Es mayor en los hombres (2.019 kcal) que en las mujeres (1.511 kcal) y aumenta con la edad.

Macronutrientes

En cuanto al consumo de proteínas, la prevalencia de deficiencia en la ingesta usual en el país fue de 36%; para el grupo de hombres entre 51 y 64 años fue de 50,6% y para las mujeres del mismo grupo de edad fue 78,3%.¹⁰⁰ En lo referente a la ingesta de grasas, el 2,5% de la población consumió más del 35% de la energía total proveniente de grasa total.

Sin embargo, una cuarta parte de la población (25,8%), ingiere más del 10% de la energía total como grasa saturada, lo que es un factor de riesgo de enfermedad coronaria.

Por otra parte, se encontró que el 40,5% de las personas consumió más del 65% de la energía proveniente de carbohidratos, lo cual es considerado un indicador de desbalance de la dieta.

Esta característica de la dieta colombiana puede ser consecuencia del poco acceso de ciertos sectores de la población a alimentos menos densos en energía y más densos en nutrientes, por limitaciones económicas. En la población del SISBEN 1 y en áreas rurales, el porcentaje de personas con proporción alta de carbohidratos en su dieta fue superior al nivel nacional (59,6% y 68,3%, respectivamente).

En cuanto a la fibra, el promedio general de ingesta es de 17,9 g/día; en hombres es de 20,3 g/día y en mujeres 15,7 g/día. Solo el 6,1% de los individuos fue catalogado con bajo riesgo de deficiencia en el consumo de fibra. El grupo de edad con menor riesgo de deficiencia de fibra fue de 9 a 13 años de edad en ambos sexos.¹⁰⁴ El nivel 1 del SISBEN presentó la menor proporción de individuos con bajo riesgo de ingesta deficitaria de fibra.

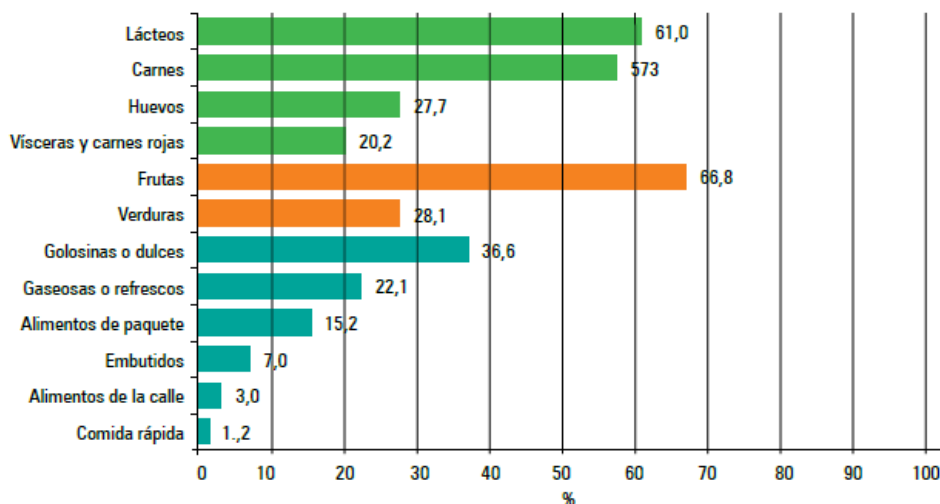
Vitaminas y minerales

La ENSIN 2005 reportó la situación de los micronutrientes hierro, zinc, Vitamina A, calcio y Vitamina C en la población colombiana. En cuanto a la Vitamina A, se encontró una prevalencia nacional de deficiencia en la ingesta usual del 32%, que se incrementa con la edad y muestra mayor prevalencia en el género masculino. Las prevalencias para las personas de género masculino van desde 12,8% en niños y niñas entre 4 y 8 años hasta alcanzar el valor de 45,6% en adultos de 51 a 64 años.¹⁰⁶ La variabilidad interindividual en los datos de ingesta obtenidos con la metodología de recordatorio de 24 horas fue muy alta y no permitió obtener prevalencias por regiones.

La deficiencia en la ingesta usual de Vitamina C surge como un nuevo problema nutricional detectado por la ENSIN 2005, con una prevalencia de 22,6%; se presenta a partir de los 14 años tanto en hombres como en mujeres se presenta una prevalencia de deficiencia importante (22,6% y 19,3%, respectivamente) y alcanza valores muy altos entre los 51 y 64 años (30,1% en hombres y 40,3% en mujeres).

La prevalencia de la deficiencia de ingesta de calcio fue para la población general del 85,8% y alcanzó el 90% a partir de los 12 años.¹⁰⁸ La deficiencia es más alta en el nivel 1 del SISBEN y en el área rural: (93,1% y 92,5%, respectivamente). Todas las regiones mostraron una prevalencia en la deficiencia que supera el 80%. En esta encuesta no se precisa el origen del calcio dietético (animal o vegetal).

Figura 9. Proporciones nacionales de las frecuencias diarias de consumo por grupo de alimentos en colombianos entre 5 a 64 años.



Fuente: ICBF. ENSIN 2010 Resumen ejecutivo, p. 14.

APROVECHAMIENTO BIOLÓGICO DE LOS ALIMENTOS

Enfermedades asociadas al estado nutricional

La EDA, la IRA y las enfermedades inmunoprevenibles tienen un efecto directo en el estado nutricional de los niños y las niñas; por lo tanto, su consideración es fundamental al momento de desarrollar acciones integrales en el ámbito de la nutrición. Según la ENDS,

2010 la situación encontrada fue la siguiente:

El 12,6% de niñas y niños menores de 5 años tuvo diarrea en las dos semanas previas a la encuesta, que en un 88,2% fueron tratadas con Sales de Rehidratación Oral. (ENDS 2010).

Sin embargo, esta misma fuente muestra grandes diferencias entre regiones, siendo el Litoral Pacífico la de mayor prevalencia de EDA (18,6%).

Las coberturas de vacunación en Colombia descendieron del 95% en los años 80 al 58% en el 2005, con incremento al 80% para el 2010, sin que aún se logren coberturas útiles para algunos biológicos.

Condiciones de saneamiento básico y calidad de la vivienda

Otros determinantes de la SAN son los asociados con las condiciones del ambiente: las inadecuadas condiciones de las viviendas y de su entorno ambiental, el inadecuado manejo de excretas, las restricciones en la disponibilidad y calidad del agua y los inadecuados hábitos higiénicos. Estas

situaciones favorecen los eventos de enfermedades prevalentes de la infancia, particularmente IRA y EDA, y las transmitidas por vectores como la malaria, constituyéndose en los principales problemas asociados con malnutrición y pérdida de años de vida saludables, además de generar impactos directos en la economía del hogar por la demanda de tiempo y recursos para su atención.

Los cambios ocurridos con la descentralización administrativa del sector de agua y saneamiento en el año 1987, poco contribuyeron a mejorar las condiciones de saneamiento ambiental. Las medidas consistieron en el traslado de las responsabilidades de ejecución de obras, operación y administración de los sistemas de agua y saneamiento desde los entes nacionales hacia los municipios, quedando en cabeza de la Nación las funciones de planificación, expedición de normas técnicas, control y fijación de tarifas.

3.3 MARCO CONTEXTUAL

YOLOMBÓ

Yolombó es un municipio de la República de Colombia, ubicado en la subregión nordeste del departamento de Antioquia.

Yolombó” es un término que procede en su totalidad de lo indígena. Don Pedro de Heredia, por demás fundador de la ciudad de Cartagena de Indias, descubre en las regiones de Antioquia, en 1535, un caserío de indios con ese mismísimo nombre de "Yolombó". Se conoce que este poblado se llamó inicialmente también “San Lorenzo de Yolombó”, pero no existen datos sobre la fecha precisa de su fundación. Lo más viejo que puede saberse según los legados, es que al mediar el siglo XVII el poblado ya gozaba de gran importancia, pues era habitado entre otros ciudadanos por familias españolas de alto linaje, según se quedó atestiguado en los relatos del "Cura de Almas" de la parroquia de entonces, por el doctor Mateo de Castrillón. Pero fue el oro lo que hizo crecer a este distrito, el cual vivió accidentada vida. Como ente territorial, Yolombó alcanzó en la época de la conquista una presencia de mucha altura y de muchas riquezas, pero igualmente viviría luego una época de completa miseria.

Hasta 1750 su riqueza y prosperidad sirvieron para que se le otorgase una nombradía de Ciudad Ilustre, pero de 1760 y hasta 1800 se había agotado la explotación de sus minas de oro debido a la carencia de mejor tecnología para explotarlas. Solo hasta el año de 1815 se abriría un camino que comunicaría a Yolombó con la próspera localidad antioqueña de Rionegro. Continuando con el

devenir trágico de Yolombó, hay que decir que el pueblo acabó por convertirse en 1879 en un corregimiento del municipio de Santo Domingo, hasta que finalmente, en el año de 1883, Yolombó fue elevado de nuevo a la categoría de Distrito y Municipio, tal cual ha permanecido hasta 2016.

Población total

La población total del municipio ha venido en aumento con un promedio aproximado de 393 nuevos habitantes por año y con un aumento poblacional de 3933 habitantes entre el año 2005 y el 2015; para el año 2015 según las proyecciones del DANE el municipio cuenta con 23958 habitantes, de los cuales 12267 son hombres y 11691 son mujeres.

Geografía

Limita por el norte con los municipios de Yalí y Amalfi, por el occidente con los municipios de Gómez Plata y Santa Rosa de Osos, por el sur con los municipios de Santo Domingo, Cisneros, San Roque y Maceo, y por el oriente con los municipios de Puerto Berrío y Remedios.

Está situado a 108 kilómetros de la ciudad de Medellín con una población 23.958 Habitantes (2015).

Economía

La panela ha sido un producto muy importante para la economía del municipio. Además de la panela y la caña de azúcar, que constituye su proveniencia, sobresalen otros productos como el café, el maíz y el frijol. Se explota igualmente en el municipio la ganadería lechera y la vacuna en general. También han contribuido históricamente a la economía de este municipio el cacao, el oro y los trapiches.

Educación

Yolombó cuenta con varias instituciones educativas de carácter público. Entre ellas están: Institución Educativa Eduardo Aguilar, Escuela Normal Superior del Nordeste, las cuales cubren los niveles de primaria y secundaria en el municipio. El Tecnológico de Antioquia y el SENA, prestan el servicio en educación superior.

Está administrada por un Secretario de Educación y por un Director de Núcleo a cuya unidad están adscritos 73 establecimientos educativos, 187 profesores que atienden una población de 5.500 alumnos desde el preescolar hasta el nivel de media académica y bachillerato pedagógico grado 13°.

Mortalidad

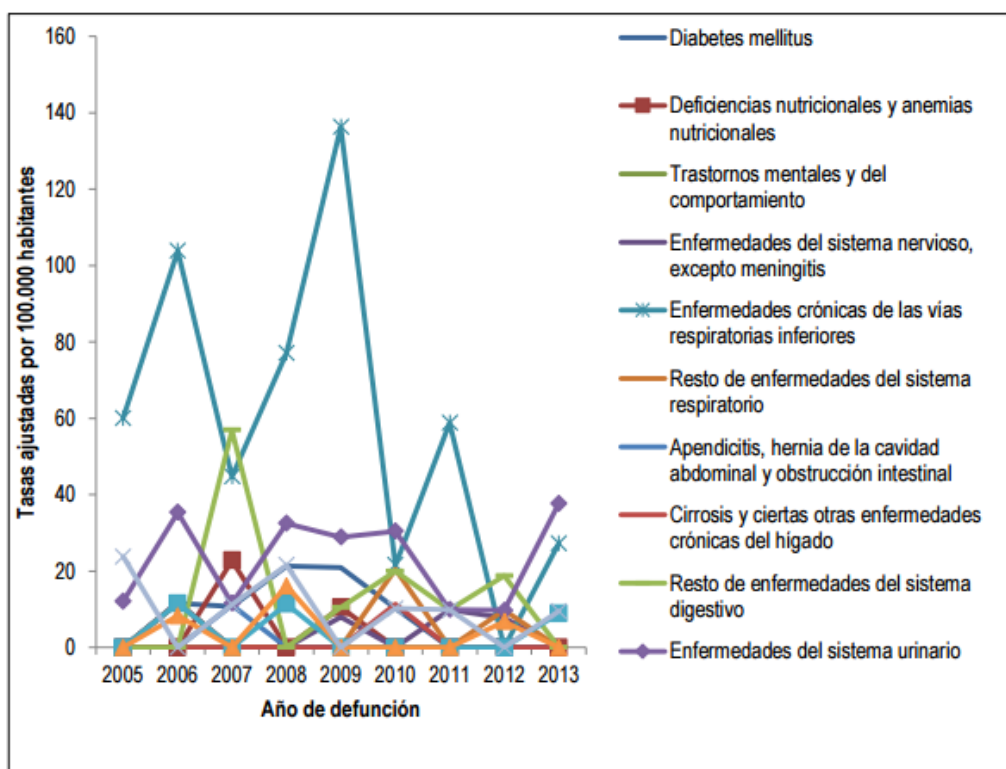


Gráfico 22. Tasa de mortalidad.

Ajustada por edad para las demás causas en hombres del municipio de Yolombó, 2005 – 2013

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Para el grupo de las demás causas en hombres del municipio de Yolombó las tasas ajustadas muestran una gran relevancia en el subgrupo de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores que aportaron la mayor tasa por cada cien mil habitantes hombres durante todos los años excepto el año 2007, y 2012, el pico de mortalidad más alto se presentó en el año 2009 con 136 casos por cien mil habitantes.

Para el año 2007 se evidencia el pico de mortalidad más alto para los hombres del municipio de Yolombó en relación a las muertes por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, con un total de 20 casos por cien mil habitantes, cifra que fue disminuyendo en los años posteriores.

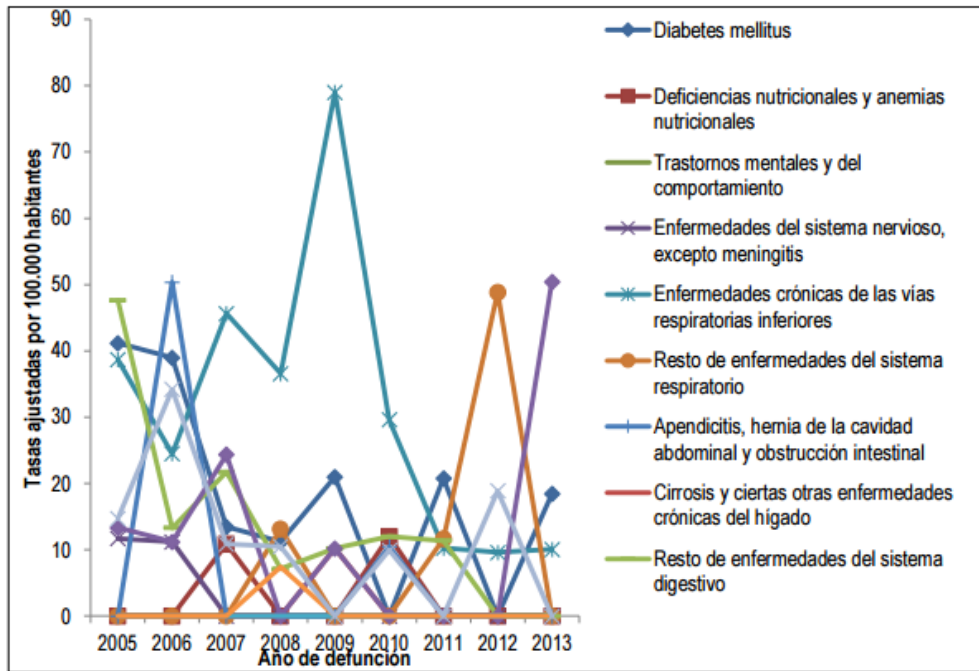


Gráfico 23. Tasa de mortalidad.

Ajustada por edad para las demás causas en mujeres del municipio de Yolombó, 2005 – 2013

Fuente: DANE-SISPRO-MSPS

Para el grupo de las demás causas en mujeres del municipio de Yolombó se muestra una tendencia un tanto irregular con cambios en las primeras causas de muerte durante el periodo estudiado, es de gran relevancia el resto de enfermedades del sistema digestivo para el año 2005 con 48 muertes por cada cien mil habitantes, para el año 2006 apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción con 50 muertes por cada cien mil habitantes. Para el año 2007 las enfermedades del sistema urinario ocuparon los primeros lugares con tasas relativamente altas (24 casos por cada cien mil habitantes), en el 2009 las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores proporcionaron la tasa más alta de mortalidad de todos los siete años estudiados (2005-2011) con 79 eventos ocurridos por cada cien mil habitantes.

Para los años 2007 y 2010 se evidencia el pico de mortalidad más alto para las mujeres del municipio de Yolombó en relación a las muertes por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, con un total de 10 casos por cien mil habitantes.

El Plan de Desarrollo del Municipio del Yolombó para el periodo 2016-2019 priorizó los principales problemas de salud como se observa en la tabla 24 extraída de la Secretaría de Salud y Bienestar Social, entre los cuales se destacan los problemas relacionados con estilos de vida saludables, la seguridad alimentaria y nutricional y el financiamiento para fortalecer las autoridades sanitarias para la gestión de la salud.

Tabla 24. Priorización de los problemas de salud

Dimensiones	Problemas
Salud ambiental	Problemas de salud ambiental por la minería ilegal: se han talado muchos arboles para extraer oro de forma ilegal, se han dejado estériles muchas hectáreas de tierras por el uso de maquinaria y productos para la explotación minera, se dejan huecos abiertos que se convierten en grandes reservorios de aguas que producen vectores transmisores de enfermedades.
Vida saludable y condiciones no transmisibles	El Sedentarismo: los habitantes del municipio son apáticos a las practicas de estilos de vida saludable relacionados con actividad física y ejercicios, se implemento la estrategia de por su salud muévase pues y se realizaron sesiones de aeróbicos todos los miércoles durante el año 2015
Convivencia social y salud mental	Existen tasas altas de Violencia Intrafamiliar y maltrato contra la mujer como se mostro en los determinantes de la salud, todos los casos han sido judicializados
Convivencia social y salud mental	Existen evidencias visuales no comprobables estadísticamente hasta el momento de consumo de sustancia psicoactivas y vividas alcohólicas en menores de edad, se realizo un dx de salud mental y se han implementado estrategias de iec para prevenir el consumo de spa, además se han realizado consultas psicológicas a usuarios que lo han requerido
Seguridad alimentaria y nutricional	Falta de espacio en la parte de infraestructura para el buen funcionamiento de los comedores y restaurantes sociales
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Desconocimiento de los derechos y deberes sexuales por mucha población (se esta implementando aps, y fortaleciendo este punto, además se han realizado campañas de iec para fortalecer la SSR del municipio
Vida saludable y enfermedades transmisibles	existen falencias en la aplicación del programa pai donde no se han logrado coberturas útiles en algunos biológicos
Salud pública en emergencias y desastres	Aumento de las enfermedades trasmitidas por vectores debido a los pozos que dejan los mineros ilegales
Salud y ámbito laboral	No hay identificación de factores de riesgo de los trabajadores informales, se realizo una encuesta para realizar un diagnostico en esta población y así implementar acciones en el 2016 que puedan solucionar problemas para los trabajadores informales
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Falta de caracterización en población LGTBI y la inclusión a programas de salud como p y p (ya se incluyo en el pic 2014) mediante la estrategia aps se ha hecho caracterización de esta población
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Los recursos son limitados para asumir con eficacia la problemática de salud del municipio.

Fuente: Secretaría de Salud y Bienestar Social – Yolombó, 2015

Seguridad alimentaria y nutricional

El programa MANÁ Infantil es un programa de complementación alimentaria de la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Gobernación de Antioquia, el cual consiste en la entrega diaria de un complemento alimentario conformado por una bolsa de leche y un paquete de galletas enriquecido con vitaminas y minerales, a los niños y niñas del departamento que cumplan los criterios de ingreso y permanencia en el programa. El aporte de calorías y nutrientes del complemento contribuye al mejoramiento del estado nutricional de los niños y niñas participantes. El municipio de Yolombó cuenta en noviembre

del 2016 con 801 beneficiarios de este completo los cuales están distribuidos 250 urbanos y 551 rurales y que cumplan con los criterios de ingreso y permanencia. El municipio de Yolombó busca con los siguientes criterios de ingreso y permanencia, atender el siguiente grupo poblacional y así aportar a la seguridad alimentaria y nutricional de nuestra comunidad:

Niños y niñas entre 6 meses y 5 años, 11 meses y 29 días.

Puntaje de SISBEN inferior a 56,32 en el área urbana y menor de 40,75 en el área rural.

Registro civil. - Carné de crecimiento y desarrollo actualizado. - Esquema de vacunación completo.

Niños y niñas en situación de discapacidad menores de 9 años 11 meses y 29 días, con certificado médico, que no puedan asistir al sistema educativo. Niños pertenecientes a Familias en Acción.

Niños pertenecientes al programa de Cero a Siempre modalidad institucional y familiar. - Niños pertenecientes a Hogares Familia, Mujeres e Infancia-FAMI.

Niños pertenecientes al programa Recuperación Nutricional Ambulatoria-RNA.

Niños pertenecientes a Centros de Recuperación Nutricional.

Reclamar el complemento de acuerdo a la periodicidad establecida por la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional-GSAN.

Dar buen uso al complemento en el hogar.

SALUD MENTAL

Apoyando el programa de Salud Mental, se encuentran desarrollando las rutas de atención integral para casos de: Violencia Sexual, Ideación o intento suicida y Ruta de atención integral consumo de sustancias psicoactivas La prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas en el municipio de Yolombó es de 62,2%, los cuales el 33% son mujeres, y el 74% de los jóvenes que manifestaron consumir sustancias psicoactivas son de la zona rural (teniendo en cuenta que la muestra representativa, se discriminó por institución y no por zona). El índice de abstención de consumo de sustancias psicoactivas es del 37,7% en jóvenes escolarizados del municipio de Yolombó. La edad de inicio del consumo en promedio, son los 14 años, mostrándose que las principales sustancias de consumo de SPA son el alcohol, el cigarrillo y la marihuana, según manifestaron los jóvenes estos consumos se presentan esporádicamente, en ocasiones especiales como celebraciones familiares, sociales o festividades municipales. Los principales motivos por los cuales las y los jóvenes consumieron por primera vez sustancias psicoactivas son: curiosidad (62,6%) diversión (23,1%) y por darle gusto a otras personas como amigos o adultos el

(4.2%). Seguidamente, manifestaron que las principales razones por las que consumen actualmente son: - por divertirse (57,4%) - por otras razones (20,6%) como: curiosidad, celebrar o simplemente por ocio. Es así como, la poca autonomía, la incapacidad para tomar decisiones y las escasas alternativas de recreación se convierten en factores de riesgo para los jóvenes, por lo cual ven en el consumo de alcohol la posibilidad para aprovechar el tiempo. De otro lado, las razones por que dejaron de consumir sustancias psicoactivas fue porque solo quería probar (47,9%), porque no le gusto (16,2%) y no han dejado de consumir sustancias psicoactivas (11,1%) del total de los jóvenes. En cuanto a la influencia que puede tener el consumo de sustancias psicoactivas de los amigos y familiares, en las y los jóvenes es alto, puesto que el 76,3% manifestó que conocía un amigo que consumía alguna sustancia psicoactiva. Para finalizar, es de resaltar que para los adolescentes y jóvenes yolombinos que participaron en la encuesta, el consumo de alcohol o cigarrillo no significa un problema con las sustancias psicoactivas, es así como solo el 18% de los jóvenes manifiesto que ha consultado por problemas con sustancias psicoactivas, resaltando que quienes al consultado lo han hecho con varias personas simultáneamente como profesor, amigo, familiar, médico o de manera importante manifestaron que consultaron en Internet, lo cual muestra la necesidad de mayor información sobre el tema, por personal capacitado.

4. OBJETIVOS

Objetivo Global

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias y la comunidad en la que se inscriben los niños, niñas y adolescentes.

Objetivo General

Mejorar la situación de salud integral de los niños, niñas y adolescentes que egresan del programa Hogares sustitutos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF hacía sus hogares biológicos, mediante la adopción de estrategias de vigilancia y acompañamiento efectivo durante la etapa de transición e incorporación definitiva al núcleo familiar.

Objetivos específicos

- Implementar la escala Latinoamericana y Caribeña de seguridad alimentaria (ELCSA), con el fin de conocer la situación alimentaria y nutricional y las condiciones socioeconómicas de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.
- Implementar un programa de actividades educativas, orientadas a los estilos de vida saludables que involucren a todos los miembros del núcleo familiar.
- Sensibilizar a los diferentes actores departamentales, municipales y la comunidad general para que participen en la conformación de un comité permanente para que se discutan y se dé respuesta a las principales problemáticas relacionadas a la inseguridad alimentaria y nutricional de la población objeto del municipio de Yolombó.
- Implementar un programa de seguimiento, acompañamiento y evaluación, con el fin de verificar la situación alimentaria y nutricional y el acceso a servicios de salud en la etapa de reintegro familiar.
- Establecer y aprobar un sistema de recolección, procesamiento de datos y análisis de información que permita la generación periódica de informes de seguridad alimentaria y nutricional.

5. METODOLOGÍA

Se adoptó la metodología de planificación de proyectos orientada por objetivos –ZOO- complementada con los lineamientos de la planificación estratégica.

La definición de la idea surgió a partir de lo observado en el municipio, utilizando información sobre la situación alimentaria y nutricional de los niños pertenecientes al programa de hogares sustitutos del ICBF en el municipio de Yolombó, el (ENSIN 2010) que es un estudio poblacional de cobertura nacional con representatividad urbana y rural, para 6 regiones, 14 subregiones y 32 departamentos. Y abarca la población colombiana entre 0 y 64 años de edad y los indicadores se presentan desagregados por grupos de edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico medido según el índice de SISBEN (versión III). E información suministrada por los mismos hogares sustitutos se recogieron inquietudes y expectativas de la comunidad y se identificaron 14 problemas considerados prioritarios entre los cuales se identificó el problema central y la intencionalidad, se pasó a la definición del perfil de la propuesta y el análisis de las posibilidades de desarrollo. A partir de este análisis, se pasó al diseño del plan, proceso que se basó en planteamientos conceptuales y metodológicos de la planificación, programas y proyectos.

Luego de este análisis se pudo definir el problema de la inseguridad alimentaria en el municipio de Yolombó, para poder estructurar la intervención se partió del análisis de la situación con:

Análisis del problema ubicando la situación en el contexto general, particular y singular representando el árbol de problemas diseñado en el Proyecto.

El análisis del problema se complementó y retroalimentó con el análisis de los involucrados para obtener una aproximación de la viabilidad de la propuesta anexo # (matriz involucrados)

Luego se hicieron los análisis de los objetivos y de alternativas, para establecer los objetivos específicos y los productos finales esperados.

Con los insumos anteriores, fue posible pasar al diseño del proyecto utilizando como instrumento fundamental la matriz de marco lógico, en la que los problemas específicos identificados como causas directas del problema central y estos a su vez en términos de acciones específicas ósea los objetivos específicos del proyecto. Se describieron productos intermedios con sus respectivos indicadores de logro y medios de verificación así como los responsables y los supuestos que deben ser tenidos en cuenta para el éxito del proyecto. Estos elementos fueron tenidos en cuenta para establecer los costos y el cronograma

6. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

El costo total del proyecto es de 142.160.000 pesos colombianos de los cuales el 90% cuenta con financiación proveniente de la administración municipal en un 50 % y en un 40 % por el ICBF esto está garantizado por el compromiso de las partes en garantizar el diseño y puesta en marcha del proyecto. (Ver análisis de costos y financiación)

7. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

En Colombia buena parte de la población infantil padece de desnutrición crónica, hecho que impacta en forma prolongada la salud, el desarrollo cerebral, la capacidad cognitiva, motora, intelectual y de aprendizaje de muchos niños. Ello, a largo plazo, se traduce en más pobreza. La desnutrición infantil crónica influyen factores tales como la producción, disponibilidad y transporte de los alimentos, la calidad del agua, los recursos económicos, las desigualdades sociales y económicas por esto interesa de manera especial a los diferentes actores involucrados de manera directa o indirecta en él.

El principal interesado es la misma comunidad que está siempre en búsqueda de satisfacer sus propias necesidades, en busca de mejorar su calidad de vida y de allí que deban ser considerados como actores principales en la fase de formulación y ejecución del plan, con procesos de sensibilización y empoderamiento con todos los programas y proyectos.

Administración municipal comprometida con la viabilidad del proyecto ha contribuido a que otros actores sociales involucrados en la problemática se vinculen en las diferentes fases del plan; estas son: las escuelas, E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó, y las ESP municipales, haciendo parte todas del comité municipal creado para sacar adelante el plan de SAN. (Ver anexo- matriz de involucrados)

8. ASPECTOS ÉTICOS DEL PROYECTO.

Para el desarrollo del presente proyecto se contemplaron los siguientes aspectos éticos:

- Consentimiento informado: se anexó el consentimiento informado escrito a cada instrumento, el cual contempla los objetivos de la investigación.
- Se tuvo en cuenta la resolución 008430 del 4 octubre de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”, la importancia de dar a conocer a las personas que participan en las investigaciones los riesgos mínimos, así como el consentimiento informado y que

la investigación sea adelantada por profesionales con experiencia en el área, pero respaldado de una institución

- El tipo de estudio según los lineamientos del Ministerio de Salud, corresponde a una “investigación sin riesgo”, puesto que el objetivo es obtener información sobre conocimientos que tienen las personas y no de realizar intervenciones que pusieran en riesgo su salud física, psicológica y emocional.
- Los derechos, dignidad, intereses y sensibilidad de las personas se respetaran, al examinar las implicaciones que la información obtenida puede tener, así mismo se guardara la confidencialidad de la información y la identidad de los participantes se protegerá.

Los principios éticos que se garantizaron en este estudio fueron:

Justicia: la muestra se seleccionará sin ningún tipo de discriminación, tratando a las participantes del estudio con igual consideración y respeto.

- **Beneficencia:** se aplicará, cuando durante la entrevista la investigadora pone en relevancia la necesidad de conocimiento en los sujetos de la investigación.
- **Autonomía:** en el estudio, a las familias que acepten voluntariamente participar y se respetara la decisión de querer permanecer dentro del mismo.
- **Principio de confidencialidad:** El proyecto reconoce que las personas tienen derecho a la privacidad y al anonimato. Este principio reconoce que las personas tienen derecho de excluirse y o mantener confidencialidad sobre cualquier información concerniente a su nivel de conocimiento.

9. CRONOGRAMA PROYECTO SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL: MUNICIPIO DE YOLOMBÓ

Producto final esperado.	Productos intermedios	Meses												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Conformación del Comité municipal de SAN.	Conformación del equipo de trabajo.	X												
	Conformación del Comité	X												
	Institucionalización y formalización del Comité		X											
	Capacitación a los miembros del comité.		X	X	X	X								

	Evaluación y seguimiento.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informes de cumplimiento de objetivos.				X			X			X			X
Diagnóstico de SAN e implementación de la ELCSA.	Diseño metodológico		X											
	Implementación de la ELCSA con los grupos familiares.		X	X	X	X	X	X						
	Digitación y procesamiento de los datos.			X	X	X	X							
	Análisis de los datos e informe técnico.			X	X	X	X	X						
	Divulgación de resultados.							X	X					
Implementación del programa de actividades educativas con los grupos familiares.	Priorización de problemáticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población.							X						
	Estructura y diseño de las intervenciones educativas.							X	X					
	Publicación de cronograma de actividades.								X					
	Realización de los encuentros educativos con la comunidad.									X	X	X		
	Evaluación del programa de actividades educativas.										X	X		
	Resultados de las intervenciones.												X	

Sistema de recolección y procesamiento de datos para la consulta municipal y de diferentes actores	Conformación del equipo técnico.																			X			
	Aprobación de las actividades y del sistema.																				X		
	Divulgación del sistema diseñado.																					X	
	Informes de implementación.																					X	
	Evaluación final.																						X

10. PRESUPUESTO DEL PROYECTO

El siguiente presupuesto establece los costos en la fase de diseño e inversión de los programas y proyectos considerados en el plan.

RUBRO	UNIDAD DE MEDIDA	DE	CANTIDAD REQUERIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
TALENTO HUMANO					
Nutricionista	Mensual por prestación de servicios	por	2	\$3.000.000	\$72.000.000
Encuestadores	3 por 6 meses		3	\$1.200.000	\$21.600.000
Digitador	Mensual por prestación de servicios.	por	1	\$800.000	\$9.600.000
Profesional en sistemas	1 por 6 meses		1	\$3.000.000	\$18.000.000
INSUMOS Y EQUIPOS					
Computadores	Equipos portátil		3	\$1.000.000	\$3.000.000
Impresora	Multifuncional		1	\$500.000	\$550.000
Equipo de escritorio	Kit completo		3	\$300.000	\$900.000
Papelería	Resmas		10	\$15.000	\$150.000
Pesa Bebes	Equipo		2	\$350.000	\$700.000
Infantómetro	Equipo		2	\$250.000	\$500.000
Bascula	Equipo		2	\$380.000	\$760.000
Tallímetro portátil	Equipo		3	\$150.000	\$450.000
Archivador metálico			1	\$550.000	\$550.000
INFRAESTRUCTURA					

Oficina	Mensual	1	\$700.000	\$8.400.000
Otros gastos				\$5.000.000
TOTAL				\$142.160.000

11. CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones nacen a partir del análisis realizado con respecto a las condiciones de Seguridad Alimentaria y nutricional de la población yolombina, así como de los insuficientes mecanismos empleados a nivel municipal para evaluar las condiciones de vida de las familias que ha estado vinculadas a procesos de restablecimiento de derechos y que tienen condiciones de vulnerabilidad.

- a) La Administración municipal no cuenta con un Comité permanente de Seguridad Alimentaria y Nutricional como apoyo esencial para la asesoría y toma de decisiones frente a la planificación, inversión, seguimiento y evaluación de la SAN en el municipio de Yolombó.
- b) Las estrategias y mecanismos de cooperación nutricional y en salud, realizadas por el municipio de Yolombó y el ICBF con otras entidades, son insuficientes para garantizar la atención oportuna de los niños, niñas y adolescentes más vulnerables y con mayores condiciones de inseguridad alimentaria, al momento del reintegro familiar o egreso de la modalidad Hogares Sustitutos.
- c) Tanto en el ICBF como en las entidades municipales, no hay suficientes profesionales de las áreas sociales y de la salud para realizar atención en diferentes modalidades y contribuir a mejorar el estado nutricional de la población yolombina más vulnerable principalmente niños, niñas y adolescentes.
- d) La comunidad yolombina no se vincula suficiente y eficazmente a los programas de promoción y prevención locales, principalmente aquella población que se encuentra en la zona rural del municipio.
- e) No existen en el municipio de Yolombó espacios adecuados para la práctica regular de actividades físicas y de fácil acceso para la comunidad.
- f) En el municipio de Yolombó hay una insuficiente oferta de programas educativos y sociales encaminados a mejorar las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional de la población.
- g) No hay evidencia en el municipio de un sistema de información que permita una correcta focalización y eficiente utilización de los recursos destinados a los diferentes programas institucionales de complementación alimentaria.
- h) El operador Hermana Franciscanas de Santa Clara no cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación de la seguridad alimentaria y nutricional de los niños, niñas y adolescentes que egresan de la modalidad hogar sustituto.

12. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones se dan a partir de un análisis de los diferentes factores que afectan la seguridad alimentaria y nutricional de los niños niñas y adolescentes del municipio de Yolombó; sin olvidar que no solo es este el municipio afectado por el poco interés de la administración municipal y el ICBF si no todos los demás municipios del país, pero en este trabajo nos enfocamos en el municipio de Yolombó por la problemática marcada que allí reside.

- a) Crear un Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que trabaje todos los días y que involucre al menos una sesión mensual para avanzar en los hallazgos y propuestas que además involucre a los diferentes actores municipales y regionales que velan por el bienestar y la integridad de los niños, niñas y adolescentes.
- b) El ICBF y el municipio con intervención de las diferentes autoridades y grupos de apoyo deben crear estrategias de vigilancia nutricional y de salud que involucren a todas las familias de los niños, niñas y adolescentes y que priorice las diferentes problemáticas de la región en cuanto a seguridad alimentaria y nutricional para poder tener una población más sana y segura con una mayor calidad de vida.
- c) Aumentar el número de profesionales de la salud y de las áreas sociales adscritos al municipio y al ICBF para poder abarcar el total de la población objeto y no dejar una sola familia sin intervención.
- d) Sensibilizar a la población rural del municipio de yolombo con diferentes estrategias organizadas y dirigidas por trabajadores sociales para que se involucren y se hagan partícipes de los diferentes programas de seguridad alimentaria y nutricional.
- e) Que el municipio de Yolombó considere en su plan de desarrollo la creación de nuevo escenarios deportivos y lugares para realización de actividades lúdicas y físicas con fácil acceso para toda la población.
- f) Promover la vinculación de los actores del problema y que a su vez las escuelas, y colegios generen suficientes actividades educativas y sociales que promuevan la seguridad alimentaria y nutricional.
- g) Crear un programa de seguimiento y vigilancia de los recursos, actividades y complementos alimentarios que se dan a la población objeto y así no tener riesgo de corrupción.
- h) El ICBF debe cooperar con el Hogar Santa Clara y los demás operadores mediante estrategias que involucren el seguimiento y vigilancia nutricional de los niños niñas ya adolescentes que egresan del programa Hogar sustituto y los demás programas de protección.

13. ANEXOS

13.1 ANEXO 1.

ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DE LOS INVOLUCRADOS

Inventario de actores	Interés particular	Fase donde el actor interviene	Actitud potencial frente al proyecto	Acción a desarrollar
Administración municipal	Alcanzar las metas propuestas en el plan de desarrollo del municipio	Evaluación Ex Ante, Financiación, Ejecución, Evaluación Ex Post	Favorable	Comprometer con la ejecución y la continuidad del plan. Apoyar con recursos económicos para la ejecución. Empoderar.
ICBF	Contribuir con el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional del municipio.	Ejecución, Utilización	Muy favorable	Comprometer con la ejecución y la continuidad del plan. Apoyar con recursos económicos para la ejecución. Empoderar.
Mesa SAN del municipio	Contribuir con el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional del municipio.	Formulación, Ejecución	Favorable	Comprometer con la ejecución y la continuidad del plan. Empoderar.
E.S.E Hospital San Rafael de Yolombó	Contribuir con el mejoramiento de la seguridad alimentaria y	Formulación, Evaluación Ex Ante, Financiación, Ejecución, Utilización,	Favorable	Comprometer con la ejecución y la continuidad del plan. Empoderar.

	nutricional del municipio. Contribuir con el mejoramiento del estado de salud y la disminución de muertes asociadas a la desnutrición.	Evaluación Ex Post		
EPS municipales	Apoyar en el mejoramiento de las condiciones de vida de la primera infancia en el municipio.	Ejecución, Utilización	Favorable	Detección temprana de casos de malnutrición en el municipio mediante sus programas de promoción y prevención.
Comunidad del municipio	Contribuir con el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional del municipio.	Ejecución, Utilización	Favorable	Sensibilizar y empoderarse de la seguridad alimentaria y nutricional de la población infantil, con la participación activa en el comité de seguridad alimentaria.
Operador Hermanas Franciscanas de Santa Clara	Contribuir con el mejoramiento de la seguridad alimentaria en los hogares sustitutos	Ejecución	Favorable	Sensibilizar y empoderarse de la seguridad alimentaria y nutricional de la población infantil.

ANEXO 2

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVO GLOBAL	PROBLEMA CENTRAL	PRODUCTO FINAL ESPERADO	OBJETIVO GENERAL
Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias y la comunidad en la que se inscriben los niños, niñas y adolescentes en el municipio de Yolombó 2016-2017.	Los niños niñas y adolescentes adscritos al programa Hogares sustitutos del ICBF, se encuentran en situación de vulnerabilidad en la etapa de reintegro familiar por la inseguridad alimentaria y el acompañamiento y evaluación de este proceso en el municipio de Yolombó-Antioquia 2016-2017.	Los niños, niñas y adolescentes han mejorado su situación de vulnerabilidad en la etapa del reintegro familiar debido a la seguridad alimentaria y nutricional y al eficaz seguimiento, acompañamiento y evaluación en este proceso, Yolombó-Antioquia 2016-2017.	Mejorar la situación de salud integral de los niños, niñas y adolescentes que egresan del programa Hogares sustitutos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF hacia sus hogares biológicos, mediante la adopción de estrategias de vigilancia y acompañamiento efectivo durante la etapa de transición e incorporación definitiva al núcleo familiar.

PROBLEMA ESPECÍFICO	OBJETIVO ESPECÍFICO	PRODUCTO FINAL ESPECÍFICO	PRODUCTOS INTERMEDIOS	INDICADOR DE LOGRO	MEDIO DE VERIFICACION	FECHA DE ENTRADA	RESPONSABLE	SUPUESTOS
Falta de convenios de cooperación nutricional y en salud del ICBF con otros prestadores de servicios. Insuficiencia e inoperancia de políticas municipales orientadas a SAN.	Sensibilizar a los diferentes actores departamentales, municipales y la comunidad general para que participen en la conformación de un comité permanente para que se discutan y se dé respuesta a las principales	En el municipio de Yolombó funciona un Comité de SAN que vela por ejecutar estrategias de cooperación nutricional y de salud tanto con el ICBF como con otros prestadores de servicios.	Se cuenta con documentos basados en las funciones del Comité SAN. Existe un documento con las bases y funcionamiento del comité SAN Se cuenta con representación de la administr	% de cumplimiento del plan operativo en la ejecución de los convenios. Documentos con las diferentes bases. Número de actos administrativos	Se cuenta con actas de conformación del Comité SAN.	1 Agosto del 2017.	Director Local de Salud.	Las prioridades de la Administración municipal siguen entorno a los convenios de cooperación nutricional y de salud.

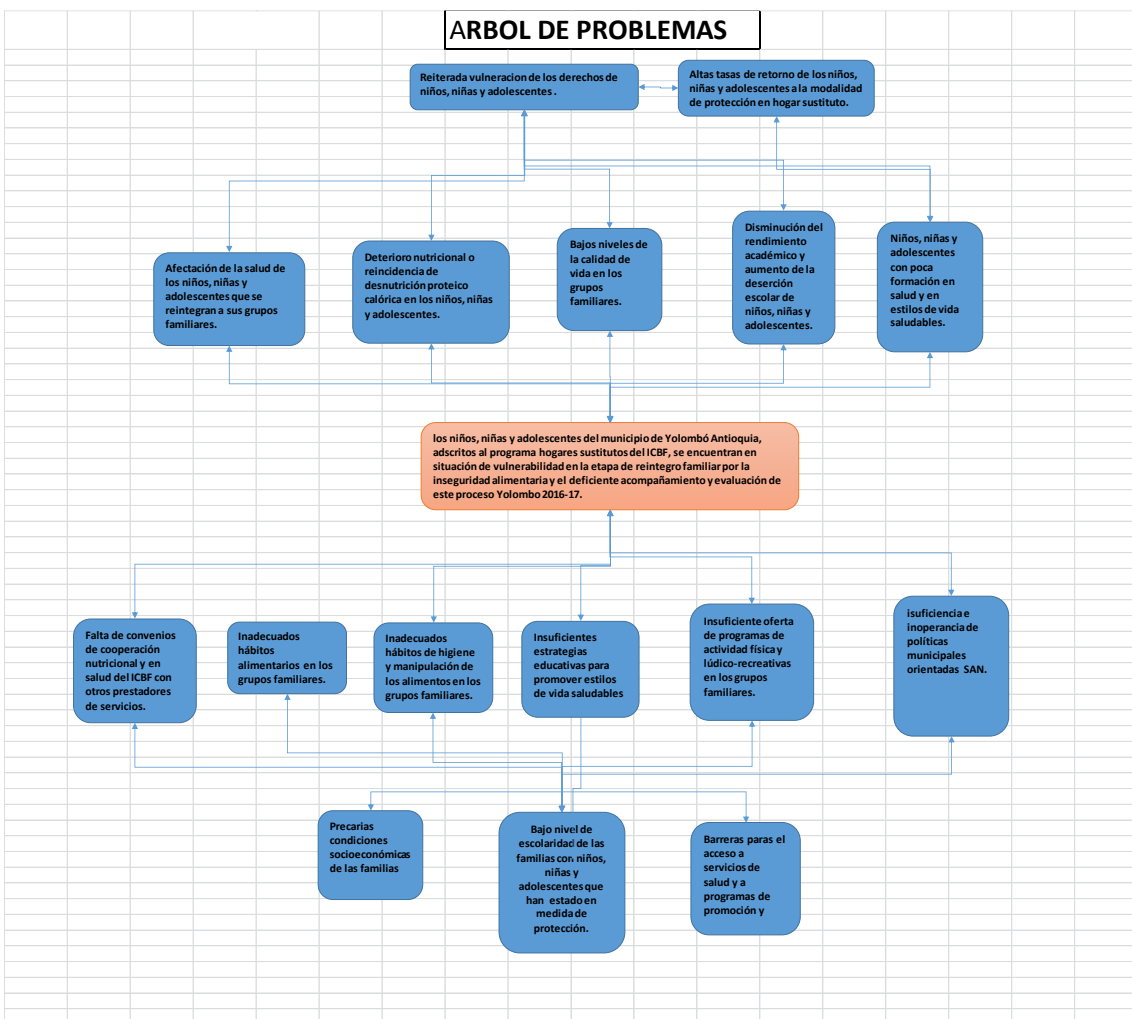
	<p>s problemáticas relacionadas a la inseguridad alimentaria y nutricional de la población objeto del municipio de Yolombó.</p>		<p>ación del municipio de Yolombo.</p> <p>Existe un acto administrativo para la conformación del comité SAN</p> <p>El personal que conforma el comité SAN se encuentra capacitado para cumplir sus funciones.</p> <p>El comité SAN emite informes periódicos sobre la evaluación del cumplimiento de los objetivos</p>					
<p>Insuficientes estrategias educativas para promover estilos de vida saludables.</p> <p>Insuficiente oferta de programas de actividad física y lúdico</p>	<p>Desarrollar un plan de intervenciones educativas dirigido a las familias de los usuarios del programa Hogares sustitutos.</p>	<p>Constante información y capacitación sobre seguridad alimentaria y nutricional</p>	<p>Se cuenta con el plan de capacitaciones documentado.</p> <p>El plan se desarrolla alrededor de un análisis previo de la situación problema</p> <p>El municipio</p>	<p>% de cumplimiento de capacitaciones programadas</p> <p>Numero de análisis</p> <p>Cronograma establecido</p>	<p>Se cuenta con evidencia de las actividades realizadas</p>	<p>Junio de 2018.</p>	<p>Comité SAN</p>	<p>Apoyo de la administración municipal en el desarrollo del programa de intervenciones educativas.</p>

<p>recreativas para los grupos familiares .</p>			<p>cuenta con un equipo técnico experto en el tema.</p> <p>Se cuenta con un cronograma de actividades</p> <p>Capacitaciones sobre seguridad alimentaria de acuerdo al cronograma previamente establecido</p>					
<p>Precarias condiciones socioeconómicas de las familias.</p> <p>Inadecuados hábitos de higiene y manipulación de los alimentos en los grupos familiares .</p>	<p>Implementar la escala Latinoamericana y Caribeña de seguridad alimentaria (ELCSA), con el fin de conocer la situación alimentaria y nutricional y las condiciones socioeconómicas de los niños, niñas y adolescentes y sus familias</p>	<p>El municipio de Yolombó cuenta con un diagnóstico sobre la seguridad alimentaria y nutricional de la población.</p>	<p>El municipio cuenta con equipo de profesionales expertos en SAN, incluyendo representantes de las instituciones y fundaciones que trabajan con el municipio.</p> <p>Existe una base de datos diseñada y validada previamente</p> <p>Existe el grupo verificador de este</p>	<p>Equipo de trabajo conformado.</p> <p>Plan de trabajo y funciones establecidas del equipo.</p> <p>Bases de datos confiables y seguras.</p> <p>Porcentaje de verificaciones</p>	<p>Documentos con las funciones y el plan de trabajo para la implementación de la ELCSA.</p>	<p>1 de Agosto de 2017.</p>	<p>Director Local de Salud</p>	<p>Apoyo de la administración municipal para la aplicación de la ELCSA.</p>

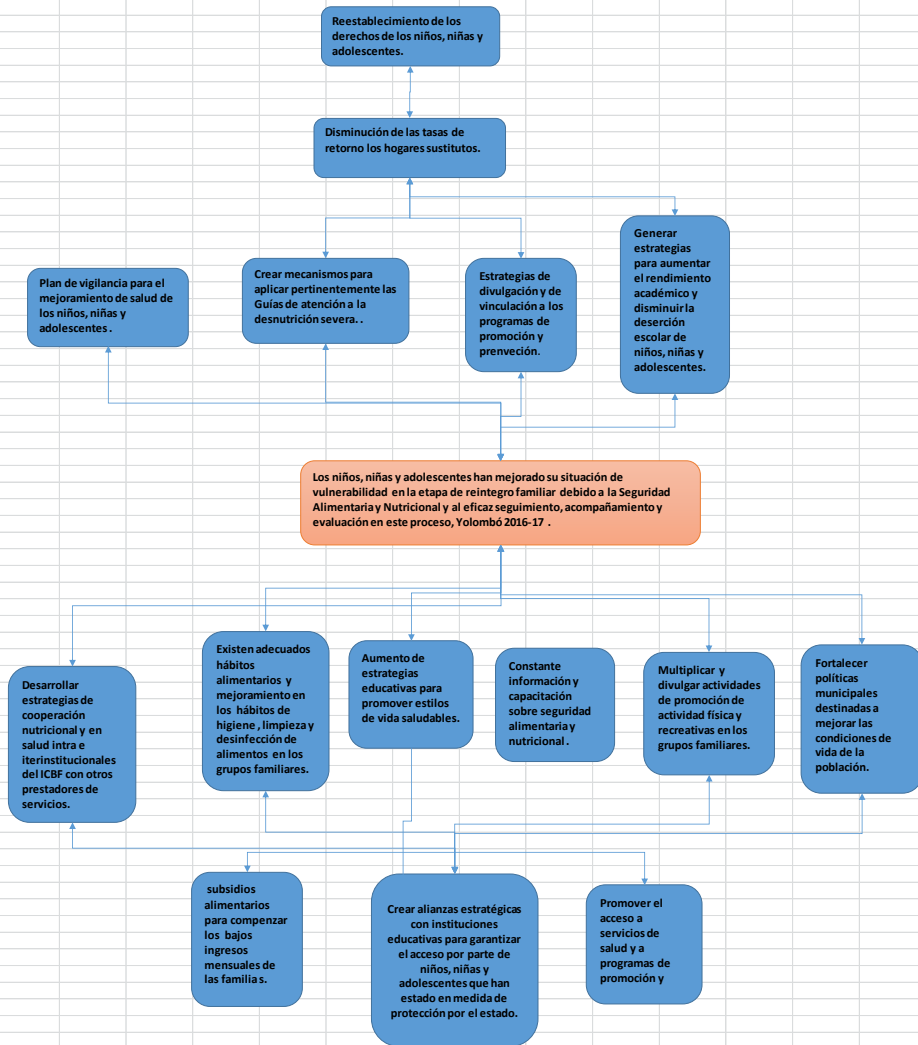
			<p>diagnostico</p> <p>Los datos recolectados están organizados y procesados en la base de datos</p> <p>Se tiene un análisis descriptivo y explicativo de la seguridad alimentaria y nutricional de la población</p> <p>El diagnostico ha sido socializado y valorado con los actores involucrados</p> <p>Los resultados del diagnóstico son ajustados para ser integrados como base para el diseño del plan de choque.</p>					
Barreras para el acceso a servicios de salud y a programas de promoción y	Implementar un programa de seguimiento, acompañamiento y evaluación, con el fin de	El municipio cuenta con un programa de seguimiento, acompañamiento y evaluación	Informes periódicos de SAN municipal y de cumplimiento de objetivos. Existe un grupo interdiscip	Número de informes por periodo. Uso y retroalimentación de los informes.	Documentos de los informes realizados. Registros de entrega de los informes. Análisis y retroalimentación de	Junio de 2018.	Comité SAN municipal.	Continuidad en la implementación del programa por parte de las Administraciones municipales.

<p>prevención.</p>	<p>verificar la situación alimentaria y nutricional y el acceso a servicios de salud en la etapa de reintegro familiar.</p> <p>Establecer y aprobar un sistema de recolección, procesamiento de datos y análisis de información que permita la generación periódica de informes de seguridad alimentaria y nutricional.</p>	<p>encaminados a la SAN de los grupos familiares.</p>	<p>linario encargado del seguimiento, acompañamiento y evaluación de los grupos familiares.</p> <p>Se cuenta con el claro compromiso de las instituciones involucradas.</p> <p>Existe una base de datos donde se consigna todos los seguimientos a estos grupos</p> <p>La familias están plenamente identificadas</p> <p>Se cuenta con el diseño de los diferentes informes, las formas de difusión y su periodicidad diferenciados por usuarios.</p> <p>El plan de generación de informes está integrado con el plan de</p>	<p>Numero de instituciones comprometidas</p> <p>Número de familias inscritas en el programa</p>	<p>los informes.</p>			
---------------------------	---	---	--	---	----------------------	--	--	--

			<p>funciona miento del comité SAN del municipio.</p> <p>Existe un sistema de seguimien to y monitoreo al funciona miento del comité SAN</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--



ARBOL DE SOLUCIONES



13.4 ANEXO 4.

Escala de medición de la seguridad alimentaria en los hogares para latinoamericana y el Caribe (ELCSA).

Ítems	Sí	No
1. En los últimos 30 días ¿Usted se preocupó alguna vez de que en su hogar se acabaran los alimentos debido a falta de dinero?		
2. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos por falta de dinero?		
3. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez en su hogar se quedaron sin dinero para obtener una alimentación nutritiva: es decir que contenga carne, leche o productos lácteos, frutas, huevos, verduras, cereales, leguminosas, tubérculos y plátanos?		
4. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar dejó de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero?		
5. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar no pudo variar la alimentación por falta de dinero?		
6. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado por falta de dinero?		
7. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar sintió o se quejó de hambre y no comió por falta de dinero?		
8. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar solo comió una sola vez al día o dejó de comer en todo un día por falta de dinero?		
9. En los últimos 30 días ¿Alguna vez en su hogar tuvieron que hacer algo que hubiera preferido no hacer para conseguir los alimentos?		
10. En los últimos 30 días, ¿Alguna vez, algún adulto de su hogar se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para los alimentos?		
11. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez por falta dinero algún niño o joven de su hogar dejó de tener una alimentación nutritiva, es decir, que contenga carne, leche, frutas, verduras, cereales, leguminosas, tubérculos y plátanos?		
12. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez algún niño o joven de su hogar no pudo variar la alimentación por falta de dinero?		
13. En los últimos 30 días. ¿Alguna vez algún niño o joven de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado por falta de dinero?		

14.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted tuvo que disminuir la cantidad servida en las comidas de algún niño o joven de su hogar, por falta de dinero?		
15.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez, algún niño o joven de su hogar se quejó de hambre pero no se pudo comprar más alimentos por falta de dinero?		
16.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez, algún niño o joven de su hogar se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para los alimentos?		
17.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez, algún niño o joven de su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día por falta de dinero?		

Clasificación de los resultados de la aplicación de la escala de seguridad alimentaria en los hogares

Clasificación	Composición del hogar	
	Solo adultos	Adultos, jóvenes y niños
Seguridad alimentaria	0	0
Inseguridad alimentaria leve	1 - 3	1 - 5
Inseguridad alimentaria moderada	4 - 5	6 - 10
Inseguridad alimentaria severa	≥ 6	≥ 11

Fuente: Proceso de validación interna. ELCSA abril de 2008

14. Bibliografía

Código de la Infancia y la Adolescencia Ley 1098 de 2006. Obtenido de https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf

Constitución Política de Colombia 1991.

ENSIN- Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia. Encuesta realizada bajo la dirección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). 2010. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENSIN%20-%20Protocolo%20Ensin%202010.pdf>

Plan de Desarrollo Municipal de Yolombó Antioquia, 2016-2019. “Yolombó comunitario y participativo, compromiso de todos. Jesús Amador Pérez Palacio, Alcalde Municipio de Yolombó. Obtenido de <http://www.yolombo-antioquia.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionyControl/PLAN%20DE%20DESARROLLO%202016-2019.pdf>

ICBF- Lineamientos-Técnico – Administrativos Misionales y Herramientas Metodológicas para la Inclusión y la Atención a Familias en los Programas y Servicios del ICBF. Bogotá: 2006.

CONPES 113 de 2008 - –Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SEGURIDAD%20ALIMENTARIA%20Y%20NUTRICIONAL.pdf>

Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Plan Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

ICBF - Manual Básico de Procedimientos para los servicios de alimentación de los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF).

ICBF Lineamientos técnico administrativos y estándares de estructura de los servicios de bienestar en protección. Octubre. 2004.

ICBF. Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. Mayo 2007. Resolución 2785 de 10 de julio de 2009. Resolución 3154 de 4 de agosto de 2009.

ICBF Lineamiento Técnico Administrativo Hogares Sustitutos Septiembre 2007.

Ley 1361 Diciembre de 2009, de Protección Integral a la Familia.

Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual de uso y aplicaciones Comité Científico de la ELCSA. Mayo de 2012. Obtenido de <http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>.