PÚBLICA

# MANUAL OPERATIVO

## Modalidad 1.000 días para cambiar el mundo

**AÑO 2020**

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**

**Directora General**
Lina María Arbeláez Arbeláez

**Subdirectora General**
Liliana Pulido Villamil

**Directora de Nutrición**
Zulma Yanira Fonseca Centeno

**Equipo Técnico – Dirección de Nutrición**
Edwin Vladimir Lanchero Deaza
Luisa Fernanda Rojas Sandoval
Angélica Vargas Perdomo
Martha Cecilia Borda Torres
Lorena Caviedes Reinoso
Paul René Ocampo Tellez
Óscar Iván Ospina Ramos

PÚBLICA

## Tabla de Contenido

**1. CONTEXTUALIZACIÓN** ..... 5
1.1 Justificación ..... 5
1.2 Generalidades del Manual Operativo ..... 7
1.3 Definiciones y siglas ..... 7
1.4 Participación y corresponsabilidad del Sistema Nacional de Bienestar Familiar-SNBF ..... 12
1.5 Enfoque diferencial ..... 14
**2. DESCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD** ..... 16
2.1 Objetivos ..... 17
2.2 Población objetivo ..... 17
2.2.1 Priorización territorial ..... 19
2.3 Tiempo de funcionamiento ..... 20
2.4 Número de usuarios ..... 20
2.5 Duración de la atención de los usuarios ..... 20
**3. REQUISITOS PREVIOS PARA LA ATENCIÓN** ..... 21
3.1 Talento humano ..... 21
3.2 Dotación inicial ..... 24
3.2.1 Seguimiento a la entrega de dotación ..... 25
3.3 Ambientes para la atención ..... 25
3.3.1 Medidas de seguridad ..... 25
**4. COMPONENTES DEL PROCESO DE ATENCIÓN** ..... 26
4.1 Fortalecimiento familiar como entorno protector en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional ..... 26
4.2 Hábitos de estilo de vida saludable ..... 27
4.3 Complementación alimentaria ..... 28
**5. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN** ..... 29
5.1 Alistamiento ..... 29
5.1.1 Reconocimiento e identificación territorial para la atención ..... 29
5.1.2 Identificación ..... 30
5.1.2.1 Georreferenciación ..... 31
5.1.3 Verificación de criterios de ingreso ..... 32
5.2 Desarrollo ..... 33
5.2.1 Ingreso ..... 33
5.2.1.1 Valoración del estado nutricional ..... 34
5.2.1.1.1 Criterios de ingreso para niñas y niños menores de 5 años ..... 35
5.2.1.1.2 Criterios de ingreso para mujeres gestantes ..... 36
5.2.1.2 Proceso de ingreso del usuario ..... 36
5.2.1.3 Caracterización familiar ..... 38
5.2.1.4 Identificación de factores protectores y de riesgo ..... 38
5.2.2 Planeación ..... 40
5.2.2.1 Fortalecimiento familiar como entorno protector en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional ..... 40
5.2.2.1.1 Plan de atención y acompañamiento individual y familiar ..... 40
5.2.2.1.2 Planeación de los encuentros grupales ..... 43

PÚBLICA

5.2.2.1.2.1 Características de los encuentros grupales ..... 44
5.2.2.1.3 Planeación de visitas familiares ..... 45
5.2.2.1.3.1 Características de las visitas familiares ..... 46
5.2.2.1.4 Acciones de estimulación sensorial y emocional ..... 47
5.2.2.1.5 Cierre ..... 50
5.2.2.2 Hábitos de estilo de vida saludable ..... 51
5.2.2.2.1 Educación Alimentaria y Nutricional-EAN ..... 51
5.2.2.2.2 Promoción de prácticas saludables para el cuidado materno infantil en entornos saludables ..... 52
5.2.2.2.3 Promoción y fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna ..... 55
5.2.2.3 Complementación alimentaria ..... 59
5.2.2.3.1 Ración Familiar para Preparar-RFPP ..... 61
5.2.2.3.2 Alimento Listo para el Consumo-ALC ..... 65
5.2.2.3.3 Alimentos de Alto Valor Nutricional-AAVN ..... 66
5.2.3 Esquemas de atención ..... 67
5.2.3.1 Esquema de atención para mujeres gestantes con bajo peso ..... 68
5.2.3.2 Esquema de atención para niñas y niños de 6 a 59 meses ..... 70
5.2.4 Seguimiento ..... 72
5.2.4.1 Herramientas para realizar seguimiento ..... 72
5.2.4.1.1 Cartelera de compromisos ..... 72
5.2.4.1.2 Estudios de caso ..... 72
5.2.4.1.3 Grupo de apoyo y fortalecimiento a la gestación y la lactancia materna ..... 73
5.2.4.2 Acciones para realizar el seguimiento ..... 74
5.2.4.2.1 Selección de usuario líder de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo ..... 74
5.2.4.2.2 Gestión institucional ..... 75
5.2.4.2.3 Seguimiento de la evolución del estado nutricional ..... 75
5.2.4.2.4 Seguimiento al niño con desnutrición aguda que recibe FTLC ..... 76
5.3 Egreso ..... 77
**6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS** ..... 80
6.1 Seguimiento ..... 80
6.1.1 Visitas de supervisión ..... 80
6.1.2 Encuestas de satisfacción ..... 81
6.2 Mejoramiento: Asistencia técnica ..... 81
6.3 Sistema de Gestión ..... 82
6.4 Sistema de información ..... 84
6.5 Evaluación y monitoreo de la gestión ..... 85
6.6 Requisitos de operación ..... 86
6.7 Costos ..... 87
6.8 Pago a las EAS ..... 89
**7. RELACIÓN DE ANEXOS** ..... 90
**8. RELACIÓN DE FORMATOS** ..... 90
**9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA** ..... 91
**10. LISTA DE TABLAS** ..... 91
**11. CONTROL DE CAMBIOS** ..... 92

PUBLICA

# 1. CONTEXTUALIZACIÓN

## 1.1 Justificación

La desnutrición durante el embarazo, medida a través del bajo peso gestacional y el déficit de ganancia de peso durante la gestación, han sido estrechamente vinculadas con nacimientos pretérmino, bajo peso al nacer, una circunferencia cefálica pequeña y menor peso cerebral, comparado con los niños nacidos a término sanos.[1]

El bajo peso al nacer (BPN) representa un problema de salud a escala mundial, puesto que los recién nacidos con peso deficiente tienen serias limitaciones en su sobrevivencia y posteriormente en su calidad de vida. Mundialmente, el índice de BPN se considera un indicador de la calidad en los servicios de salud y de valor pronóstico en la morbimortalidad neonatal e infantil.[2]

La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población y afecta principalmente a los niños y a las niñas.[3] Así mismo, las consecuencias de la desnutrición en los menores de cinco años incluyen el elevado riesgo de muerte, por lo que se requiere su identificación y tratamiento oportuno de forma individual.[4]

En Colombia, el bajo peso para la edad gestacional ha presentado una leve disminución (0,9%), al pasar de 15,1% en 2010 a 14,2% en 2015, según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional – ENSIN 2015; así mismo, el bajo peso al nacer ha mostrado un aumento de 1998 a 2019 pasando de 7,22% a 9,46%.[5] De otra parte, la desnutrición aguda en niñas y niños menores de 5 años pasó de 0,9% en el 2010 a 1,6% en el 2015 y el riesgo de desnutrición aguda para el 2015 fue de 7,3%. Con relación al indicador talla para la edad, la prevalencia de retraso en talla en niños menores de 5 años es de 10,8% (2015), 2,6 puntos porcentuales menos que la reflejada en 2010 (13,2%)[6], si bien es inferior, aún representa un reto para el país, que implica continuar implementando acciones orientadas al logro de su disminución progresiva.

En línea con lo anterior, es importante considerar la situación de grupos poblacionales específicos, como los grupos étnicos, quienes de acuerdo con la ENSIN 2015, para el caso de las niñas y niños menores de 5 años de comunidades indígenas, el 29,6% presentan retraso en talla, siendo la cifra más alta en comparación con otras poblaciones. De igual manera, estos grupos presentan las más altas prevalencias de inseguridad alimentaria en los hogares: la población indígena registra 77% y la población afro 68.9%, en comparación con el 52,3% en la población sin pertenencia étnica.

[1] Bourre JM. The role of nutritional factors on the structure and function of the brain: an update on dietary requirements. Rev Neurol (Paris). 2004;160(8-9):767-92.

[2] Oliva Rodríguez JA. Alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2004 [citado 24 May 2006].

[3] Ministerio de Salud y Protección Social, Unicef. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses, Colombia 2016.

[4] Nutrición en Colombia, estrategia de país 2011- 2014, Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud, 2010

[5] Observatorio "Así Vamos en Salud". Indicadores de Seguridad Alimentaria y Nutricional: Prevalencia de Bajo Peso al Nacer.

[6] Datos tomados de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 y 2015.

De otra parte, un niño que presenta desnutrición aguda y no es atendido oportunamente, tiene altas probabilidades de morir, se estima que el riesgo es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. La desnutrición por sí misma puede debilitar el sistema inmunitario, haciendo susceptibles, a las niñas y niños especialmente, a enfermedades infecciosas que, en últimas, son las que terminan ocasionando el deceso. En Colombia, para el año 2018, la tasa de mortalidad por desnutrición fue de 9,06 por cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años, representando un considerable aumento, luego que se hubiera logrado una disminución entre los años 2016 y 2017, cuando pasó de 8,24 a 5,84 por cada 100.000 menores de 5 años[7]. Lo anterior conlleva a la necesidad de continuar aunando esfuerzos y fortaleciendo las acciones que permitan mitigar y evitar este tipo de eventos.

En respuesta a lo anterior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF propone una modalidad que desarrolla acciones dirigidas a la atención de mujeres gestantes con bajo peso, así como la prevención del bajo peso al nacer y el retraso en talla de sus hijos y por otro lado en la prevención de la desnutrición aguda en niñas y niños menores de 5 años, que integra aspectos sociales, de alimentación, nutrición y salud. En este sentido, la atención de la modalidad se centra en tres componentes que interactúan entre sí: Hábitos de estilo de vida saludable, Complementación alimentaria y Fortalecimiento familiar como entorno protector en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, cuya operatividad privilegia el entorno familiar y contribuye en la garantía y goce efectivo de los derechos de los usuarios y sus familias.

**Marco político**

En el marco de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PSAN, adoptada mediante CONPES Social 113 de 2008, y de manera particular en su línea de política No. 4.5 “Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable”, se plantea la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

De igual manera, esta modalidad se encuentra alineada con lo descrito en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por la equidad”, en el pacto estructural III, línea D “Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos” donde se apuesta a un nuevo abordaje de la seguridad alimentaria y nutricional. Se plantea como objetivo orientador “Lograr una alimentación adecuada y mejorar el estado nutricional de la población, con especial énfasis en La Guajira, Chocó y zonas dispersas”, y la estrategia “Organización de intervenciones y oferta institucional en torno a la nutrición”.

> *“(…) Mejorar la focalización de la oferta institucional en los departamentos donde se presentan los resultados nutricionales más desfavorables, con énfasis en La Guajira, Chocó y zonas dispersas, a través de programas para mejorar la prevención de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, y el bajo peso en mujeres gestantes, principalmente de áreas rurales y rurales dispersas (…)”.*

Adicionalmente, la implementación de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, permitirá contribuir especialmente al cumplimento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS 2: *Hambre*

[7] SISPRO. Ficha territorial de indicadores. Ministerio de Salud y Protección Social



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

*Cero* y 3: *Salud y Bienestar*. No obstante, considerando que un niño sano a largo plazo mejora su calidad de vida, se contribuye también en el ODS 1: *Fin de la pobreza* y 10: *Reducción de las desigualdades.*

## 1.2 Generalidades del Manual Operativo

El presente Manual Operativo, brinda orientaciones frente a la implementación de la modalidad para la prevención de la desnutrición '1.000 días para cambiar el mundo' que hace parte de la Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición del ICBF. El mismo contempla los pasos a seguir desde los aspectos operativos, técnicos y administrativos, identificando cada una de las etapas en el proceso de atención, los aspectos que se deben contemplar y las acciones que se deben desarrollar en cada una de ellas, lo cual permitirá que las Entidades Administradoras de Servicio-EAS implementen con calidad y oportunidad la modalidad en los diferentes territorios. Así mismo, este documento puede ser consultado por las entidades o personas interesadas en los diferentes servicios dirigidos a la primera infancia en lo concerniente a la prevención de la desnutrición, y puedan contar con las herramientas necesarias para realizar un acompañamiento a las mujeres gestantes, las niñas y los niños menores de 5 años que presentan riesgo nutricional y sus familias.

### Objeto del Manual

Servir como instrumento de apoyo para el funcionamiento de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, brindando línea técnica, operativa e instrumentos de medición que permitan asegurar la calidad en los procesos de prevención de la desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco (5) años y del bajo peso gestacional en las mujeres gestantes.

### Alcance

El presente Manual Operativo va dirigido a las personas que prestan el servicio público de bienestar familiar a través de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo en el territorio nacional, garantizando la línea técnica de las acciones del proceso de atención y del componente administrativo de la modalidad.

### Publicación y actualización

El presente documento, sus anexos técnicos, formatos y respectiva normativa vigente, así como sus actualizaciones, serán publicados en la página web del ICBF.

## 1.3 Definiciones y siglas

- **Alimentación complementaria:** Es el proceso en que se introducen alimentos líquidos o sólidos junto con la leche materna en la alimentación del niño lactante. Cualquier alimento diferente de la leche materna ofrecido durante este periodo se define como alimentación complementaria. Esta es una etapa crítica en el crecimiento, en la cual la lactancia materna insuficiente y/o la ingesta de alimentos con bajo contenido de nutrientes generan aumento en



PÚBLICA

la prevalencia de desnutrición o deficiencias de micronutrientes. El retraso en talla que se inicia en esta etapa puede dejar secuelas irreversibles en el niño o niña.

- **Asistencia técnica:** Estrategia permanente de asesoría y acompañamiento que tiene como fin fortalecer el conocimiento, competencias y habilidades de las partes interesadas así como, la generación de conocimiento como práctica participativa orientado a la transformación social en temas relacionados con el quehacer del Instituto, a su vez promover el funcionamiento e interacción eficaz del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) y la mejora continua de la gestión institucional y la calidad del Servicio Público de Bienestar Familiar (SPBF)[8].

- **Centros de Recuperación Nutricional-CRN:** Es una modalidad de atención intramural que busca la recuperación del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años, sin patología agregada, que cumplan los criterios establecidos; con la participación de un equipo interdisciplinario y personal de apoyo, quienes desarrollan acciones de atención en salud, alimentación, suministro de complementos nutricionales, promoción y prevención en salud y nutrición, y acompañamiento familiar.

- **Desnutrición Aguda:** Se determina cuando el puntaje Z del indicador P/T está por debajo de –2 DE (asocia la desnutrición aguda moderada y la desnutrición aguda severa) y puede acompañarse de delgadez debido a la pérdida reciente de peso, edema bilateral y emaciación (según el tipo de desnutrición aguda: moderada o severa).

- **Discapacidad:** “La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por Colombia con la ley 1346 en julio de 2009, y declaradas exequibles por la Honorable Corte Constitucional según Sentencia C 293 de 2010)

- **Diversidad:** Una concepción ampliada e histórica de la diversidad puede articular todas las diferencias -incluidas las étnicas- y promoverlas con mayor dignidad, configurando escenarios para decidir lo que pensamos mejor para nuestras vidas, cuidando simultáneamente lo que piensan otras personas. En este sentido, el reconocimiento y respeto de la diversidad significa para el Estado y cada uno de sus habitantes, la necesidad de garantizar la continuidad de las múltiples formas de existencia, entre las que se incluye la primera infancia. La diversidad en la primera infancia está presente en las maneras en que se desarrollan, se comunican y piensan, así como en las culturas y tiempos en los que viven. Esto significa que nos enfrentamos a diversas infancias, marcadas no solo por la pertenencia a un grupo social, sino también por la forma particular en que la vida de cada niño y cada niña se manifiesta en sus entornos, sus intereses, formas de aprendizaje, entre otros. (Lineamiento para la Atención Integral a la Primera Infancia en perspectiva de respeto y reconocimiento de la diversidad, 2016) La diversidad en la primera infancia está presente en las maneras en que se desarrollan, se comunican y piensan, así como en las culturas y tiempos en los que viven. Esto significa que

[8] Tomado y adaptado del LM1.DE Lineamiento técnico para el desarrollo de la asistencia técnica en el marco de la política pública de infancia, adolescencia y familias V1, pág 12. ICBF, 2009



PUBLICA

nos enfrentamos a diversas infancias, marcadas no solo por la pertenencia a un grupo social, sino también por la forma particular en que la vida de cada niño y cada niña se manifiesta en sus entornos, sus intereses, formas de aprendizaje, entre otros. (Lineamiento para la Atención Integral a la Primera Infancia en perspectiva de respeto y reconocimiento de la diversidad, 2016)

- **Educación Inicial:** Se entiende es un derecho de niñas y niñas menores de seis años. Se concibe como un proceso educativo y pedagógico y funcional, permanente y estructurado, a través del cual las niñas y los niños desarrollan su potencial, capacidades y habilidades en el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio, contando con la familia como actor central de dicho proceso. Su orientación política y técnica, así como su reglamentación estarán a cargo del Ministerio de Educación Nacional y será de acuerdo con los principios de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre (Ley 1804 de 2016)

- **Enfoque diferencial de derechos:** El enfoque diferencial de derechos propende por mejorar la capacidad de respuesta institucional, para abordar la complejidad que resulta de las intersecciones entre distintas situaciones, condiciones o vulnerabilidades de la población sujeto de atención. El enfoque diferencial de derechos requiere un marco de actuación amplio que permita analizar y diseñar estrategias pertinentes para la población sujeto del ICBF en su conjunto, pero sin perder de vista las particularidades de esos sujetos. Es una herramienta para activar los mecanismos de responsabilidad y de garantías para la igualdad, la no discriminación, la participación, así como, para garantizar reconocimiento a los grupos tradicionalmente excluidos y marginados. Se concibe como un método de análisis y actuación, que reconoce las inequidades, riesgos y vulnerabilidades y valora las capacidades y la diversidad de un determinado sujeto -individual o colectivo. El enfoque diferencial de derechos se implementa a través de acciones afirmativas, adecuación de la oferta institucional y desarrollo de oferta especializada.

- **Entidades Administradoras de Servicio:** Entendida como el operador de los servicios de educación inicial, cuidado y nutrición que celebra un contrato de aporte con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para tal fin.

- **Entornos:** Son los escenarios en los que los sujetos viven, se desarrollan, transitan, edifican sus vidas, se comparten y establecen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Se ubican en lo rural o lo urbano. Están configurados por relaciones, dinámicas y condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, alrededor de las cuales las personas, las familias y las comunidades conviven produciéndose una intensa y continúa interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. En síntesis, posibilitan el ejercicio pleno de los derechos de los sujetos de acuerdo con el momento del curso de vida y particularidades de cada uno.

- **Estrategia:** Acciones sistemáticas en el tiempo, las cuales guían el cómo diseñar, desarrollar, gestionar y evaluar servicios con calidad.

- **Fórmula Terapéutica Lista para Consumir**: Es una fórmula desarrollada de acuerdo con los estándares de la OMS para la recuperación nutricional de las niñas o los niños con desnutrición



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

aguda, suministrada por competencia, por el sector salud. Su formulación con alta densidad energética y de nutrientes, facilita el aporte hasta de 200 kcal/kg/día para lograr el crecimiento compensatorio en el tiempo estimado.

- **Madre en periodo de lactancia:** Madres de niñas y niños entre los cero (0) y seis (6) meses de edad.

- **Mujer gestante:** Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

- **Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos -MEDD:** A través de este modelo, el ICBF busca acercarse a la realidad social con modelos operativos flexibles y con la estandarización de los procesos que den cuenta de las características y necesidades específicas de ciertos grupos poblacionales que, adicionalmente, demandan mayor atención estatal por enfrentar situaciones y/o condiciones de discriminación y/o vulnerabilidad o riesgo, al igual que por ser sujetos de especial protección constitucional (niños, niñas y adolescentes, mujeres, indígenas, gitanos, negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros, personas con discapacidad, entre otros).
  El Modelo de Enfoque diferencial de derechos parte de análisis contextuales que involucran la mirada de la población sujeto de atención del ICBF como sensibles a la diferencia, no sólo para ser caracterizada, sino para promover acciones que no causen daño y que, por el contrario, promuevan el desarrollo integral y respeten la diversidad en todas sus formas (étnica, cultural, religiosa, física, de género, sexual, etc.).

- **Perímetro Braquial:** Es la medida de la circunferencia media del brazo, la cual se toma en el punto medio del brazo no dominante de una niña o un niño entre 6 y 59 meses de edad. Permite realizar tamizaje para identificar riesgo de muerte asociado a desnutrición.

- **Perspectiva de diversidad:** "Desde la Política de Atención Integral a la Primera Infancia, la perspectiva de reconocimiento, respeto y celebración de la diversidad apunta a la protección integral de los derechos de los niños y las niñas (derechos individuales) y los de sus familias y comunidades (derechos colectivos). Esto significa que partimos del reconocimiento de la diversidad y singularidad de las formas de vida y desarrollo de los niños y niñas, al tiempo que propendemos por la prevención y la eliminación de la discriminación de los niños, niñas, sus familias y comunidades, en todas las formas de interacción y acción de las entidades (públicas y privadas) que garantizan la atención integral a la primera infancia, así como en las relaciones cotidianas que tejemos alrededor de los niños y las niñas. Reconocemos la importancia de ver la diversidad como potencia y posibilidad de disfrute. Desde la idea de “poner a los niños y niñas en el centro”, hemos propuesto entender su complejidad y diversidad, lo que, por supuesto incluye las condiciones de vulnerabilidad, pero no se agota en ellas, sino que las ve de manera paralela a sus fortalezas, aquello que les gusta, les interesa, sus potencialidades." (Tomado de: Comisión Intersectorial de Primera Infancia. (2016). Lineamiento para la Atención Integral a la Primera Infancia en perspectiva de respeto y reconocimiento de la diversidad").

PÚBLICA

- **Proceso Administrativo de Restablecimiento de los Derechos-PARD:** Es el conjunto de actuaciones administrativas y judiciales que la autoridad administrativa debe desarrollar para la restauración de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes que han sido vulnerados.

- **Puntaje Z:** Es una medida estadística que expresa en cuántas unidades de desviación estándar se aleja una puntuación individual (valor antropométrico) de la media de la población.

- **Seguridad Alimentaria y Nutricional:** Es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. Acorde a lo establecido en el CONPES 113. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

- **Sistema Integrado de Gestión - SIGE:** Es una herramienta gerencial la cual tiene el propósito de promover y facilitar la mejora continua en la gestión del ICBF, orientada a lograr el impacto en los actuales y nuevos servicios que se prestan a los niños, niñas, adolescentes y familias colombianas (Resolución 7070 de 2017, Título I, Capítulo I, Articulo 1).

- **Sistema Nacional de Bienestar Familiar-SNBF:** Es el conjunto de agentes, instancias de coordinación y articulación y de relaciones existentes entre éstos, para dar cumplimiento a la protección integral de las niñas, niños y adolescentes y al fortalecimiento familiar en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal.

- **Supervisor:** Es la persona encargada de realizar funciones tendientes a vigilar, verificar, certificar y demás funciones que le sean propias en el desarrollo del objeto que le fue encomendado.

- **Territorio:** Entendido como una construcción multidimensional e indivisible y una compleja red de interconexiones; el territorio es un lugar estructurado y organizado en su espacialidad por las relaciones entre los seres humanos. El territorio es el resultado de procesos sociales, con dinámicas culturales, en las que se entretejen relaciones sociales, económicas, políticas, humanas, y también relaciones de poder. De ahí que pensar el territorio va mucho más allá del espacio geográfico; pensar el territorio es pensar sobre todo en las comunidades y poblaciones que dinamizan dichos procesos sociales desde el reconocimiento de sus particularidades y características propias.

- **Unidad de Servicio:** Hace referencia a la agrupación para la atención mensual de 150 usuarios entre niñas, niños y mujeres gestantes, en uno o varios municipios, atendidos por un mismo equipo interdisciplinario. Cada Unidad de Servicio debe contar con un espacio físico para la ubicación del equipo, el cual, idealmente debe estar en uno de los municipios del área de influencia que se atiende, a fin de contar con un lugar que les permita desarrollar sus actividades de planeación, seguimiento, labores administrativas, elaboración de informes y disposición de carpetas de los usuarios atendidos.

- **Usuario:** Niña o niño menor de cinco (5) años, mujer gestante que participa de la modalidad.



PÚBLICA

| | |
|---|---|
| **AAVN** | Alimentos de Alto Valor Nutricional |
| **AIEPI** | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Primera Infancia |
| **ALC** | Alimento Listo para el Consumo |
| **CRN** | Centro de Recuperación Nutricional |
| **DE** | Desviación Estándar |
| **EAN** | Educación Alimentaria y Nutricional |
| **EAS** | Entidad Administradora de Servicio |
| **FTLC** | Fórmula Terapéutica Lista para Consumir |
| **GABAs** | Guías Alimentarias Basadas en Alimentos |
| **IPS** | Institución Prestadora de Servicios |
| **MSPS** | Ministerio de Salud y Protección Social |
| **OMS** | Organización Mundial de la Salud |
| **PB** | Perímetro Braquial |
| **RFPP** | Ración Familiar Para Preparar |
| **SNBF** | Sistema Nacional de Bienestar Familiar |
| **UDS** | Unidad de Servicio |
| **UNICEF** | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |

### 1.4 Participación y corresponsabilidad del Sistema Nacional de Bienestar Familiar-SNBF

La institucionalidad de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo se inserta en el marco del Sistema Nacional de Bienestar Familiar-SNBF, como el conjunto de agentes, instancias de coordinación y articulación, y de relaciones existentes entre estos para dar cumplimiento a la promoción, prevención y protección integral de niñas, niños y adolescentes y el fortalecimiento familiar en los ámbitos nacional, departamental, distrital, municipal y resguardos o territorios étnicos.

Durante el proceso de atención, el equipo que está a cargo de la modalidad debe identificar aquellos aspectos o presuntas manifestaciones de vulneración, amenaza o inobservancia en la garantía de los derechos de las niñas, niños y sus familias, teniendo en cuenta que la perspectiva de derechos implica la comprensión de los mismos desde su indivisibilidad, interdependencia e interrelacionabilidad, es decir, que el efecto positivo o negativo en uno de los derechos, afecta de la misma manera a los demás. Así mismo, con la intervención realizada a través de la modalidad, se contribuye a las realizaciones que hacen posible el desarrollo integral de los niños y niñas en la primera infancia, especialmente en las relacionadas con el mantenimiento de un estado nutricional adecuado y el crecimiento en entornos saludables.

Por lo anterior, el coordinador del equipo y el profesional en nutrición de la EAS, el referente del SNBF y el profesional en nutrición, referente de la Regional o del Centro Zonal del ICBF, mantendrán desde sus diferentes niveles una permanente articulación con los actores locales. Para esto, es necesario la socialización y sensibilización de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo con los diferentes actores sociales, entes e instancias como: líderes, autoridades tradicionales, familias, Consejos de Política Social, Comités de Infancia y Adolescencia, Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional, entre otros presentes en el territorio, con el fin de lograr un trabajo articulado con miras a contribuir en la garantía de los derechos de las mujeres gestantes,

PÚBLICA

niñas, niños y sus familias, así como la promoción de procesos de autogestión y autonomía familiar incidiendo de esta forma en su desarrollo y bienestar.

La socialización busca entregar a las comunidades y en general a la población, información relacionada con el servicio, resaltando la importancia de su implementación en la mejora del bienestar personal, familiar y comunitario; invitándolos a ser copartícipes de su desarrollo, ejerciendo un control social que permita prevenir, racionalizar, proponer, acompañar, alertar, vigilar y controlar su implementación, sus resultados y la prestación del servicio público suministrado por el ICBF y las EAS, garantizando la gestión en la atención por parte de la comunidad. De igual forma, para una efectiva articulación en el territorio, se debe realizar identificación de actores clave y servicios existentes, información útil para el equipo de la modalidad al momento de brindar orientación, realizar remisiones de las familias que lo requieran y promover acciones de fortalecimiento familiar, con enfoque de capacidades que contribuya en su desarrollo y en la reducción de factores de riesgo.

Adicionalmente y considerando las competencias de cada actor, la EAS deberá gestionar el desarrollo de las actividades necesarias, así:

Las Entidades Territoriales

Las Gobernaciones y Alcaldías, además de la atención directa que deben brindar a los habitantes de los municipios para la solución de las necesidades básicas insatisfechas, pueden aportar recursos financieros, físicos, de talento humano, elementos de dotación, u otros que se consideren necesarios para contribuir al funcionamiento de la modalidad y el desarrollo de actividades complementarias. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante considerar las competencias que tienen estas entidades, como son los municipios, que de conformidad con el numeral 7 del artículo 6 de la Ley 1551 de 2012 (Régimen Municipal), que modifica el artículo 3° de la Ley 136 de 1994, tienen entre sus funciones las de: *"Procurar la solución de las necesidades básicas insatisfechas de los habitantes del municipio, en lo que sea de su competencia, con especial énfasis en los niños, los adolescentes, las mujeres cabeza de familia, las personas de la tercera edad, las personas con discapacidad y los demás sujetos de especial protección constitucional".*

Entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Las instituciones de salud son indispensables para el desarrollo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo para:

- Atención y tratamiento de las enfermedades agregadas y/o asociadas a la desnutrición aguda y a otras condiciones médicas
- Estabilización clínica de los niños con desnutrición aguda.
- Vinculación de los niños a los programas de promoción y mantenimiento de la salud, la valoración integral de la salud y desarrollo y odontología, así como de las mujeres gestantes de acuerdo con la ruta integral de atención materno perinatal, entre otros.
- Desarrollo de brigadas de salud o atención extramural.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

La Comunidad

La identificación de casos de niños menores de 5 años y de mujeres gestantes con riesgo nutricional, así como, factores protectores y de riesgo para la salud, puede ser generada desde la comunidad, en cumplimiento de los principios de corresponsabilidad, solidaridad y responsabilidad social, entendiendo como parte de la comunidad a los habitantes de una población, las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones indígenas, autoridades tradicionales, asociaciones, empresas privadas, comercio organizado, gremios económicos, academia, etc.

La EAS, a través de sus actividades de promoción de la salud y nutrición, fortalece la identificación comunitaria de los signos y síntomas asociados con la desnutrición, así como, la modificación de factores de riesgo, promoviendo la participación local, el fortalecimiento u organización de redes para el logro y la garantía de los derechos de los niños y su bienestar y el de sus familias.

La Familia

Según la Ley 1098 de 2006, en su Artículo 39, la familia tiene obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. En los pueblos indígenas y los demás grupos étnicos, las obligaciones de las familias se establecerán de acuerdo con sus tradiciones y cultura, siempre que no sean contradictorias a la Constitución Política, la ley y a los tratados internacionales de derechos humanos.

En las modalidades de atención y prevención de la desnutrición, donde se incorpora la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, las familias son el principal actor para el mejoramiento del estado nutricional de los niños y su posterior sostenibilidad para que conserven un adecuado estado de salud y nutrición, especialmente sus padres o cuidadores y personas adultas significativas, quienes en el marco de la responsabilidad parental deben asumir de forma compartida y solidaria sus obligaciones para el pleno disfrute y goce efectivo de los derechos de sus hijos.

La EAS deberá procurar la vinculación, participación y compromiso de las familias de los niños y de las mujeres gestantes atendidas en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, como autogestoras de su autonomía y propio bienestar.

## 1.5 Enfoque diferencial

El enfoque diferencial, se entiende como un método de análisis, actuación y evaluación, que reconoce inequidades, riesgos, vulnerabilidades, que valora capacidades y diversidades de un determinado sujeto individual o colectivo, con el fin de brindar una atención que se adapte a las necesidades propias de cada grupo poblacional y que garantice un pleno ejercicio de derechos. Existen tres categorías de enfoque diferencial, a saber: discapacidad, género y diversidad sexual y étnico[9]; así mismo, se deben reconocer los enfoques territorial e interseccional[10].

[9] Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos. ICBF. 2017.
[10] Este término se utiliza para señalar cómo diferentes fuentes estructurales de desigualdad (como la clase social, el sexo/género, la sexualidad, la diversidad funcional, la etnia, la nacionalidad, la edad, etc.), que mantienen relaciones recíprocas. Es un enfoque teórico que subraya que el género, la etnia, la clase u orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser "*naturales*" o "*biológicas*", son construidas, y están



PÚBLICA

En este sentido, el presente manual operativo reconoce la importancia de la adecuación de la oferta institucional, brindando una atención diferencial acorde con cada población, reconociendo los sistemas de creencias, las expresiones culturales, tradiciones alimentarias, alimentos autóctonos, pautas de crianza, entre otros; además de esto, integrando conocimientos médicos tradicionales con la medicina alopática. Todo esto, con el objetivo de ofrecer una atención pertinente, que permita la atención y la prevención de la desnutrición infantil y el fortalecimiento de buenas prácticas alimentarias, fortaleciendo la seguridad alimentaria y nutricional de las poblaciones.

Este documento acoge las recomendaciones del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos - MEDD del ICBF, el cual, a partir del reconocimiento de los derechos de niños, niñas, jóvenes, adultos y familias, favorece la garantía de estos, promoviendo la equidad y la no discriminación bajo el principio de corresponsabilidad de las familias, la sociedad y el Estado.

Desde la perspectiva de este modelo, en las Unidades de Servicio de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, que atienden a población perteneciente a grupos étnicos se debe:

- Realizar un diagnóstico, teniendo en cuenta documentos existentes para estos grupos étnicos, como por ejemplo, en las comunidades negras las caracterizaciones y en los pueblos indígenas los planes de vida, planes de salvaguarda, entre otros, que permita conocer su organización sociopolítica, así como las características culturales más importantes, su lengua, la situación nutricional de la población, las prácticas alimentarias, acceso a agua potable, alimentos consumidos, estado de producción alimentaria, comercio, entre otros.
- Concertar los alimentos de la Ración Familiar para Preparar-RFPP de acuerdo con lo establecido en la Guía Técnica del Componente de Alimentación y Nutrición para los Programas y Proyectos Misionales del ICBF, considerando la disponibilidad local, la alimentación tradicional, los hábitos y costumbres alimentarias saludables; manteniendo el aporte nutricional mínimo establecido, asegurando el tiempo de vida útil de los alimentos, sin superar los costos establecidos y cumpliendo la normatividad vigente y las características mínimas de calidad definidas por el ICBF. Para la conformación de la RFPP se deberá tener en cuenta lo dispuesto en el anexo técnico 'Composición nutricional de los alimentos que conforman las raciones, recomendaciones para su conformación, AAVN, Alimento Listo para el Consumo y fichas técnicas'
- Investigar sobre preparaciones y alimentos tradicionales, para orientar a las familias en el uso de todos los alimentos que componen la ración, en las preparaciones que se ofrecen a los usuarios y sus familias.
- Rescatar o fomentar proyectos de autoconsumo, brindando orientación en preparaciones saludables que impliquen el empleo de alimentos propios y producidos por las familias.
- Adaptar los materiales pedagógicos, metodologías y lenguaje (forma de expresión) a la idiosincrasia de la población, para mejorar la aceptación de la información compartida en los encuentros grupales y en las visitas en el hogar.
- Promover la integración de conocimientos médicos tradicionales con la medicina alopática.

interrelacionadas, lo cual implica que un mismo sujeto social puede vivir diversas formas de discriminación. Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos. ICBF. 2017.



PÚBLICA

- Considerar la concertación, los diálogos interculturales y la construcción comunitaria para la definición de los aspectos asociados con los hábitos y estilo de vida saludables.
- Concertar con las autoridades, los espacios de reunión grupal o comunitaria, dando adecuado uso de los mismos.
- Dentro de la contratación del personal debe considerarse la oferta local de profesionales, técnicos y de apoyo; originarios de los grupos étnicos que habitan el área de influencia de la modalidad.
- Una vez realizados los procesos de concertación para la operación y diligenciadas las respectivas actas de compromiso entre el ICBF, representantes de la comunidad y EAS, deberán constituirse espacios de participación y control social, supervisión y monitoreo entre las partes, garantizando la presencia de las comunidades de grupos étnicos a lo largo de todo el proceso de intervención.

Es importante precisar que uno de los aspectos fundamentales es lograr la participación de las familias como principales actores en el mejoramiento del estado nutricional de sus propios integrantes, prioritariamente de las mujeres gestantes y aquellos que se encuentran en la primera infancia, por lo anterior, el interés superior de la niña y el niño prevalece sobre el derecho de las comunidades a la consulta previa.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD

1.000 días para cambiar el mundo es una modalidad de atención extramural que busca la prevención de la desnutrición aguda en las niñas y niños menores de 5 años, así como del bajo peso gestacional en las mujeres gestantes, al tiempo que favorece los procesos de promoción y prevención que contribuyan en la generación de ambientes saludables y entornos protectores para la seguridad alimentaria y nutricional de los usuarios y las familias atendidas.

Las acciones contempladas en el marco de la modalidad se ponen en marcha mediante la selección de Entidades Administradoras del Servicio-EAS, quienes bajo el acompañamiento y la línea técnica brindada por el ICBF, son las encargadas de la implementación del servicio en los territorios definidos.

Para la operación de la modalidad, que se lleva a cabo de manera prioritaria en zonas rurales y dispersas[11], se contrata un talento humano conformado por profesionales, técnicos y gestores comunitarios quienes realizan acciones preventivas y en torno al fortalecimiento de las capacidades familiares y el componente de alimentación y nutrición, mediante visitas al hogar o encuentros grupales que permiten llegar al núcleo familiar, brindando un acompañamiento y atención integral[12] que comprende desde el momento de la focalización del usuario, hasta un periodo que puede ir, de acuerdo con el tipo de usuario, entre 4 y 12 meses.

[11] Áreas de los municipios que se caracterizan por la disposición dispersa de viviendas y de explotaciones agropecuarias existentes en ella. Los territorios se identifican por presentar dificultades de acceso, baja densidad de población y grandes extensiones territoriales

[12] Se entenderá como atención integral en el marco de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, el conjunto de acciones realizadas desde los aspectos de educación alimentaria y nutricional, promoción de hábitos de estilos de vida saludable, práctica adecuada de la lactancia materna, complementación alimentaria y fortalecimiento familiar, que permitan la generación de entornos protectores para la seguridad alimentaria y nutricional de los usuarios y las familias.



PÚBLICA

## 2.1 Objetivos

### Objetivo general

Contribuir a la prevención de la desnutrición aguda en niñas y niños menores de 5 años y la atención del bajo peso en mujeres gestantes, el bajo peso al nacer y el retraso en talla, mediante la promoción de condiciones adecuadas de nutrición y salud, y el fortalecimiento de las capacidades familiares para la generación de entornos protectores en seguridad alimentaria y nutricional.

### Objetivos específicos

1. Promover el mejoramiento del estado nutricional de las mujeres gestantes a través de acciones que fortalezcan las prácticas alimentarias adecuadas, el acompañamiento y seguimiento de las acciones en salud y los cuidados requeridos en el proceso de gestación, con la participación de la familia.

2. Favorecer el adecuado peso al nacer y prevenir el retraso en talla de las niñas y los niños, hijos de mujeres gestantes atendidas en la modalidad, mediante el fortalecimiento de prácticas alimentarias adecuadas y la promoción de entornos saludables.

3. Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de las niñas y los niños menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda, a través de acciones en salud, nutrición y fortalecimiento familiar y comunitario.

4. Contribuir al fortalecimiento de las familias en torno a la promoción de la práctica de la lactancia materna exclusiva y total, así como, la adecuada introducción de la alimentación complementaria, que favorezca el crecimiento, desarrollo y adecuado estado nutricional de las niñas y niños atendidos.

5. Generar acciones con los usuarios y las familias relacionadas con hábitos y estilos de vida saludables y educación alimentaria y nutricional, con el fin de favorecer la promoción de entornos saludables.

6. Desarrollar acciones con las mujeres gestantes, los niños y las niñas menores de 5 años y sus familias, para el mantenimiento y fortalecimiento de factores protectores y transformación de factores de riesgo asociados a la desnutrición a través de acciones que promuevan la autonomía, la autogestión familiar y los entornos protectores para la seguridad alimentaria y nutricional.

## 2.2 Población objetivo

La modalidad 1.000 días para cambiar el mundo se desarrolla en los departamentos y municipios en los que se han identificado mayores prevalencias e incidencias de bajo peso gestacional, bajo peso al nacer, desnutrición aguda, riesgo de desnutrición aguda, enfermedades y muertes

PÚBLICA

asociadas a la desnutrición (provocadas por enfermedades como la Infección Respiratoria Aguda - IRA o la Enfermedad Diarreica Aguda -EDA) y vulnerabilidad social[13].

Esta modalidad atiende mujeres gestantes y niñas y niños menores de 5 años que cumplan los criterios establecidos a partir de la clasificación de su estado nutricional, no obstante, considera como usuario prevalente, a las mujeres gestantes y las niñas y niños menores de dos (2) años, para su ingreso y atención.

Así, la población a atender comprende:

- Mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional[14] y sus hijos hasta que cumplan 6 meses de edad.[15]
- Niñas y niños menores de 5 años con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda.
- Niñas y niños menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición aguda[16], que se encuentren en tratamiento ambulatorio prestado por los servicios de salud[17].
- Niñas y niños menores de 5 años egresados de los Centros de Recuperación Nutricional del ICBF.

**Nota 1:** Los niños que presenten condiciones médicas asociadas a la desnutrición deberán ser estabilizados y tratados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); si el niño presenta desnutrición aguda, moderada o severa, el sector salud, según sus responsabilidades, debe iniciar el tratamiento para la desnutrición aguda de acuerdo con lo definido en la Resolución 5406 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social; una vez finalice la atención intrahospitalaria y se indique el egreso con el tratamiento ambulatorio para la desnutrición aguda, podrá ser remitido a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

**Nota 2:** Los niños menores de 6 meses identificados con desnutrición aguda deben ser remitidos al sector salud para su respectiva valoración o estabilización dada su vulnerabilidad; posterior a este proceso, pueden ser atendidos en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo. La EAS deberá activar la ruta para garantizar la atención por parte de la institución de salud, sin embargo, la oportunidad y la calidad de esta atención será responsabilidad del sector salud y sus actores en territorio. En este aspecto, es pertinente el apoyo del SNBF con el fin de que se realicen las obligaciones y acciones por parte del sector salud, respecto de la atención a la desnutrición aguda.

[13] Aspectos que incluyen determinantes sociales y estructurales como falta de acceso a agua potable, acceso a servicios de salud, saneamiento básico, entre otros.

[14] Las mujeres gestantes que tengan embarazo de alto riesgo requieren una mayor gestión y seguimiento por parte del equipo de la EAS para garantizar las acciones que deben recibir por parte del sector salud.

[15] Las niñas y niños hijos de mujeres gestantes atendidas en la modalidad continuarán recibiendo atención hasta los 6 meses de edad de la siguiente forma: las niñas y niños que nacen con bajo peso al nacer ingresan en el esquema de atención de 0 a 6 meses en la fase de mejoramiento y aquellos que nacen con peso adecuado ingresan al esquema de atención de 0 a 6 meses en la fase de mantenimiento. Podrán ser atendidos niñas y niños pretérmino sin complicaciones médicas, hasta los 6 meses de edad, teniendo en cuenta la edad corregida.

[16] Que se encuentren alertas, conserven apetito y no tengan complicaciones médicas.

[17] De acuerdo con lo definido en el Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. Ministerio de Salud y Protección Social.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

**Nota 3:** El equipo de la EAS debe priorizar el ingreso de las mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional que se encuentren entre el primer y segundo trimestre de gestación, identificadas en el territorio.

**Nota 4:** Se priorizará la población étnica y comunidades de territorios rurales y dispersos[18], en donde la oferta social es, en ocasiones, limitada.

**Nota 5:** En aquellos casos donde se estén atendiendo adolescentes en embarazo menores de 14 años, se deberá proceder a activar la Ruta "Remisión de Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición a Modalidades de Protección"[19] o remisión a la autoridad competente en el territorio para la respectiva verificación de derechos, apertura de Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos si aplica, y realizar las acciones de articulación y actuación pertinentes. Copia de ello se deberá reportar al Centro Zonal o al Supervisor del contrato con la información básica de las mujeres en periodo de gestación menores de 14 años.

**Nota 6**: Para las niñas, niños o mujeres gestantes que se identifican con el criterio de ingreso, pero previamente deben ser atendidos o estabilizados por el sector salud, se debe garantizar un cupo dentro de la Unidad de Servicio-UDS, porque será un usuario por atender, una vez regrese a su entorno familiar. Así mismo, cuando un usuario es atendido en la modalidad, pero presenta una condición que amerita hospitalización o permanencia temporal en un centro de salud, la EAS deberá mantener el cupo hasta máximo por quince (15) días. Transcurrido este tiempo, el cupo quedará disponible para la vinculación de un nuevo usuario que requiera el servicio (que se encuentre en lista de espera), sin embargo, el equipo interdisciplinario deberá realizar seguimiento a la condición del usuario que se encuentra hospitalizado o en el centro de salud, con el fin de, cuando egrese de la institución, darle prioridad para hacer un nuevo proceso de vinculación a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

**Nota 7:** Teniendo en cuenta el aporte nutricional que se brinda a través de la complementación alimentaria en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, un usuario que esté recibiendo esta atención, no debe estar de manera simultánea en un servicio de atención a la primera infancia del ICBF. Solamente podrá gestionarse la vinculación a este, una vez egrese de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, cuando se haya logrado el objetivo en el mejoramiento del estado nutricional.

### 2.2.1 Priorización territorial

Teniendo en cuenta que la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo es un servicio de atención especializada, cuyo criterio de ingreso es población con clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda o bajo peso para la edad gestacional (en el caso de las mujeres gestantes), se considera entonces, como servicio por demanda. Es así como, la priorización territorial parte del análisis de variables del estado de salud, nutrición, variables sociales, de la oferta institucional y el

[18] Se ha evidenciado que las prevalencias de desnutrición aguda, riesgo de desnutrición aguda y bajo peso gestacional son mayores en las poblaciones pertenecientes a pueblos étnicos y habitantes de zonas rurales.
[19] Anexo Técnico disponible en https://www.icbf.gov.co/misionales/promocion-y-prevencion/nutricion



PÚBLICA

contexto del territorio, a partir de las cuales se definen los departamentos y municipios en los que se requiere satisfacer esta necesidad de atención.

Considerando lo anterior, los insumos utilizados para la priorización territorial son:

- Prevalencias de desnutrición aguda, crónica, global e inseguridad alimentaria en el hogar de acuerdo con los resultados vigentes de las encuestas 'Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia' -ENSIN y 'Estudio Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia' -ENSANI e información de variables en salud proveniente de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS vigente.
- Bases de datos disponibles del Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA actualizados para los eventos de desnutrición aguda, mortalidad por desnutrición y Bajo Peso al Nacer a término.
- Información socioeconómica disponible a nivel municipal en el Departamento Nacional de Planeación y Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- Municipios que hacen parte de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET.
- Validación de los territorios priorizados con las Regionales del ICBF, quienes podrán tener en cuenta, entre otros aspectos, los resultados obtenidos a través del sistema de seguimiento nutricional de los servicios de primera infancia -SSN, las listas de espera de población que requiera el servicio y la oferta territorial con la que cuente el ICBF o el ente territorial.

### 2.3 Tiempo de funcionamiento

La modalidad 1.000 días para cambiar el mundo se ejecuta durante todo el año, con atención durante 365 días.[20]

### 2.4 Número de usuarios

La modalidad 1.000 días para cambiar el mundo se ejecuta a través de Unidades de Servicio -UDS, las cuales tienen la capacidad para atender, cada una, 150 usuarios de manera simultánea, mediante acciones que se realizan de forma extramural -en el hogar y mediante encuentros grupales- a través de equipos interdisciplinarios. Las UDS pueden abarcar uno o varios municipios de acuerdo con las necesidades del territorio.

### 2.5 Duración de la atención de los usuarios

La duración de la atención en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo varía de acuerdo con el tipo de usuario. Para niñas y niños menores de 5 años identificados y atendidos, el tiempo promedio de duración en la modalidad es de 4 meses, y se relaciona con un tiempo que permite garantizar el mejoramiento de su estado nutricional y mantenimiento. Por su parte, para las mujeres gestantes identificadas, la atención inicia desde el momento de focalización e ingreso y continúa hasta que la niña o niño nacido cumple 6 meses de edad. En los dos casos, al momento de egreso,

[20] Corresponde al tiempo en que se realiza la prestación del servicio a través de la modalidad, sin tener en cuenta el tiempo de rotación de los beneficiarios.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

debe gestionarse la vinculación a modalidades de educación inicial u otra oferta institucional disponible en el territorio, que promueva la Seguridad Alimentaria y Nutricional desde otros sectores.

## 3. REQUISITOS PREVIOS PARA LA ATENCIÓN

Antes de iniciar la atención a los usuarios, la EAS debe garantizar como mínimo la contratación del talento humano, la adquisición de la dotación inicial y los ambientes para la atención en los que se desarrollarán los encuentros con los niños, las niñas, las mujeres gestantes y sus familias. Esto garantizará que las acciones contempladas en la modalidad inicien de manera eficiente y oportuna.

### 3.1 Talento humano

Para la atención en la modalidad, se cuenta con Unidades de Servicio-UDS[21] conformadas por el siguiente talento humano quienes atienden 150 usuarios de manera simultánea:

**Tabla No. 1**. Talento Humano necesario para la ejecución de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

| Perfil | No. de talento humano | Requisitos mínimos |
|---|---|---|
| Coordinador<br>Profesional en las ciencias de la salud o las ciencias sociales | 1 | 1 año de experiencia en coordinación de proyectos sociales y/o trabajo comunitario, preferiblemente de la región.<br>Matrícula profesional en los casos que aplique.<br>Un coordinador por hasta 2 Unidades de Servicio. |
| Profesional nutrición y dietética | 1 | Matrícula profesional. |
| Profesional del área social.<br>Trabajador social, psicólogo, antropólogo, sociólogo, entre otras profesiones afines. | 1 | Matrícula profesional vigente cuando aplique.<br>Documentos que acrediten el grado de profesional universitario cuando por norma no se expida la matrícula profesional. |
| Técnico en auxiliar de enfermería con experiencia en Lactancia materna[22] | 1 | Registro vigente expedido por la Secretaría de Salud competente.<br>Debe tener experiencia como mínimo de un (1) año que evidencie la puesta en práctica del conocimiento en temas relacionados con lactancia materna, alimentación complementaria y manejo de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de 2 años (Documento técnico, rotafolio y manual del facilitador). |
| Gestor Comunitario. | 3 | Deben pertenecer a la comunidad donde se prestará el servicio, preferiblemente ser técnico o |

[21] Se entiende por Unidad de Servicio-UDS la agrupación para la atención de 150 usuarios entre niñas, niños y mujeres gestantes, en uno o varios municipios atendidos por un mismo equipo interdisciplinario.

[22] Partiendo de reconocer los múltiples benéficos a corto y largo plazo que tiene la práctica de la lactancia materna para el bebé, la madre, la familia y la sociedad, es indispensable fortalecer el acompañamiento a las familias gestantes y lactantes, especialmente en los primeros días de vida del bebé. En este periodo las mujeres y sus familias deben tener acceso a un apoyo especializado, y constante que les ayude a iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna y cuidados del recién nacido, así como a prevenir dificultades derivadas de la lactancia y superarlas cuando se presenten.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

| Perfil | No. de talento humano | Requisitos mínimos |
|---|---|---|
| | | tecnólogo en áreas de la salud, social, pedagogía, primera infancia. Cuando por el contexto de la población y zonas a atender no sea posible, podrá ser bachiller (o contar con el último grado ofertado en su comunidad) y tener buenas relaciones con las comunidades y sus líderes. Para grupos étnicos, debe hablar la lengua propia de su comunidad.<br>. Cada gestor comunitario atenderá un estimado de 50 usuarios simultáneamente. |
| Apoyo administrativo | 1 | Bachiller con manejo de herramientas ofimáticas (herramientas de Office, manejo de aplicativos en línea, bases de datos)<br>Un apoyo administrativo por hasta 2 Unidades de Servicio. |

Durante el proceso de atención, la EAS debe garantizar la cualificación del talento humano, concebida como "un proceso estructurado en el que las personas actualizan y amplían sus conocimientos, resignifican y movilizan sus creencias, imaginarios, concepciones y saberes, y fortalecen sus capacidades y prácticas cotidianas con el propósito de mejorar en un campo de acción determinado"[23]. El proceso de cualificación en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo busca que el talento humano cuente con las herramientas y conocimientos básicos desde cada uno de los componentes que conforman el servicio para su adecuada implementación.

Como evidencia del proceso de cualificación, la EAS deberá presentar actas que soporten la gestión o certificados que den cuenta de la realización de la cualificación, actualización o formación (presentaciones, listas de asistencia, registro fotográfico, insumos utilizados, responsable y contenidos de la capacitación, etc.). Para este proceso se debe contar con un plan de trabajo que incluya metodología, cronograma, temática, intensidad horaria, periodicidad, entre otros, aprobados por la supervisión del contrato.

Previo al inicio de las actividades, la EAS deberá realizar un proceso de inducción a todo el talento humano contratado para llevar a cabo la implementación del servicio. A continuación se presentan los temas que como mínimo se deben tener en cuenta para este proceso, los cuales deben incluir componentes tanto teórico como práctico, con el fin de garantizar actividades dinámicas y participativas que permitan que la información sea apropiada de manera efectiva por los agentes educativos:

- ICBF: estructura, misión, objetivos, servicios.
- Sistema Integrado de Gestión: ejes de gestión de calidad, seguridad de la información, seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental.
- Qué es el SNBF y cómo está conformado.
- Capacitación en medida de Perímetro Braquial (o circunferencia media de brazo) y toma de medidas antropométricas: peso y talla.
- Manejo de GPS.

[23] Ministerio de Educación Nacional. Referentes técnicos para la educación inicial en el marco de la atención integral, "Cualificación del talento humano que trabaja con primera infancia". Bogotá 2014 Pp. 15



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

- Manejo del sistema de información Cuéntame: Módulos de creación y asociación de Unidades de Servicio, talento humano, beneficiario y salud y nutrición. De igual manera, lo relacionado con la generación de reportes.
- Referentes técnicos para la educación inicial en el marco de la atención integral.
- Estrategia Nacional de Información Educación y Comunicación IEC -ICBF en Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (Rotafolio, Manual del facilitador)
- Curso virtual de consejería en lactancia materna, plataforma ICBF[24].
- Curso virtual de Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años "GABAS", Plataforma ICBF[25].
- Curso virtual de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores de 2 años, "GABAS" Plataforma ICBF[26].
- Lactancia materna (beneficios para la madre, el bebe, la familia, la sociedad, técnicas de amamantamiento, extracción, almacenamiento, el papel de la familia, redes de apoyo comunitario, etc.)
- Buenas prácticas en introducción de la alimentación complementaria, alimentación perceptiva, señales de hambre y saciedad (GABAS menores de 2 años).
- Tipos de desnutrición e identificación de sus síntomas.
- Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y Resolución 5406 de 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o normas que lo sustituyan, modifiquen o aclaren.
- Gestión de la respuesta territorial para niñas y niños menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa. UNICEF
- Curso virtual: *Manejo integrado de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad* (UNICEF, Ministerio de Salud y Protección Social).
- Prácticas de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI Comunitario.
- Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos -MEDD
- Verificación de equipos antropométricos

La EAS en coordinación con el equipo puede considerar otras temáticas pertinentes y que estén relacionadas con los componentes de atención de la modalidad.

Mensualmente, el equipo de la EAS deberá realizar reuniones para realimentar las acciones de la implementación de la modalidad, identificando las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, para que, sobre estas dos últimas, se pueda revisar, proponer y tomar decisiones de manera oportuna que redunden en la adecuada prestación del servicio; de estas reuniones, el equipo deberá levantar acta como soporte que presentará al supervisor de contrato.

[24] Se validará de acuerdo con la oferta disponible por el ICBF.
[25] Ibid.
[26] Ibid.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

Adicionalmente, durante la fase de alistamiento se deberá elaborar el plan operativo y cronograma de trabajo por parte de todo el equipo de las EAS, a ejecutarse durante el tiempo establecido como plazo de ejecución contractual, para ser presentado y aprobado por la supervisión del contrato.

### 3.2 Dotación inicial

Comprende los equipos e insumos necesarios para el funcionamiento de las UDS nuevas. Estos elementos deben ser adquiridos por las EAS antes del inicio de la operación y se utilizan por el equipo de atención de la modalidad con el fin de realizar las acciones contempladas con los usuarios. Dentro de los elementos de dotación inicial se incluye:

**Tabla No. 2**. Elementos de dotación por cada UDS para la implementación de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

| Elemento | Cantidad |
|---|---|
| Balanza para trabajo de campo con función de tara (unidad) | 1 |
| Tallímetro para trabajo de campo | 1 |
| Infantómetro para trabajo de campo | 1 |
| Cintilla para medición de Perímetro Braquial | 10 |
| Termómetro de infrarrojo | 1 |
| Dispositivo de GPS | 1 |
| Balón terapéutico de goma/balón de erizo para masaje/pelota multisensorial | 10 |
| Material educativo:<br>• Seno didáctico de tela.<br>• Manuales del facilitador e infografías a color de GABAS para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años.<br>• Manuales del facilitador e infografías a color de GABAS para población colombiana mayor de 2 años.<br>• Videos de adaptación territorial GABAS.<br>• Herramientas educativas derivadas de la estrategia de IEC – (2019) | 1 |

**Nota 8:** Los equipos antropométricos deben cumplir con las especificaciones establecidas en la Guía Técnica para la Metrología aplicable a los programas misionales de ICBF. En estos equipos se deben garantizar las condiciones iniciales y durante la ejecución, como las verificaciones intermedias, lo que permitirá que se mantengan en óptimas condiciones de funcionamiento en el tiempo.

En el evento en que las Unidades de Servicio hayan sido implementadas en vigencias anteriores, se destinará como concepto de dotación, una vez al año, lo correspondiente a 'reposición de dotación'. Esta equivale al 10% del valor de la dotación inicial y corresponde al rubro necesario para realizar la reposición de los equipos o elementos que necesitan ser reemplazados o que requieren mantenimiento en la nueva vigencia, previa autorización del supervisor del contrato..

De igual manera, las UDS podrán gestionar con las diferentes entidades presentes en el territorio, otro tipo de materiales para el desarrollo de las diferentes actividades que se realicen en el marco de los componentes de atención de la modalidad.

PUBLICA

### 3.2.1 Seguimiento a la entrega de dotación

Para realizar seguimiento a la dotación[27] durante la ejecución de la modalidad, desde el ICBF se llevará a cabo inspecciones periódicas; además, será necesario que se elabore la hoja de vida de los elementos adquiridos de acuerdo con lo descrito en la Guía Técnica para la Metrología. Así mismo, cuando se termine la ejecución del contrato se deberá levantar un acta donde se entregue al ICBF o a la nueva EAS los elementos adquiridos. En las actas se debe evidenciar la cantidad de elementos, marca, valor, estado de uso o funcionamiento y relacionar evidencias fotográficas de los bienes[28].

Para la dotación de bienes de consumo, igualmente se debe levantar un acta de entrega de los elementos y realizar la devolución de los mismos cuando sea requerido, cabe anotar que, si un bien de consumo ya terminó su vida útil, se debe informar al supervisor del contrato con los registros fotográficos[29].

El manejo que se debe procurar a los elementos de dotación adquiridos por las EAS con recursos destinados por el ICBF para tal fin debe estar en concordancia con lo dispuesto en la Guía de Gestión de Bienes[30].

### 3.3 Ambientes para la atención

Es responsabilidad de la EAS proporcionar un espacio físico para la ubicación del equipo interdisciplinario, con el fin de contar con un lugar que les permita desarrollar sus actividades de planeación, seguimiento, labores administrativas, elaboración de informes y disposición de carpetas de los usuarios atendidos. En caso de no contar con el espacio, la EAS deberá gestionarlo ante la Entidad Territorial con apoyo de los Centros Zonales del ICBF.

Las actividades grupales se realizarán en espacios comunitarios aprobados por las autoridades tradicionales respectivas, líderes comunitarios o la misma comunidad, y las actividades familiares se desarrollarán en el hogar del usuario.

Los espacios comunitarios deberán contar con buena iluminación y flujo de aire, condiciones mínimas de seguridad y tener la capacidad para la asistencia de las familias usuarias, de otras familias de la comunidad, autoridades tradicionales y líderes comunitarios, interesados en las actividades educativas grupales.

### 3.3.1 Medidas de seguridad

Ante la ocurrencia de emergencias como desastre natural, epidemia, alteración grave de orden

[27] SI la EAS cuenta con instrumentos de medición propios, no adquiridos con recursos del ICBF, para garantizar la óptima medición, se debe contar con su hoja de vida y verificaciones intermedias, conforme lo establece la Guía Técnica para la metrología aplicable a los programas de los procesos misionales del ICBF.

[28] Utilizar el modelo de acta dispuesto desde la Dirección de Nutrición para tal fin.

[29] Ibid.

[30] Guía de Gestión de Bienes disponible en https://www.icbf.gov.co/apoyo/servicios-administrativos



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PUBLICA

público que evidencie peligro para los usuarios y personal del talento humano, los equipos de la EAS que ejecuta la modalidad deberán actuar en concordancia con la situación y en coordinación con el ICBF. La EAS debe contar con un protocolo de emergencias para actuar en los espacios en donde se desarrollan los encuentros grupales e identificar desde el inicio de los mismos, las salidas de emergencia y puntos de encuentro ante cualquier eventualidad que pueda ocurrir en la ejecución de las actividades.

## 4. COMPONENTES DEL PROCESO DE ATENCIÓN

La atención de la modalidad está enmarcada en 3 componentes: Fortalecimiento familiar como entorno protector en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, Hábitos de estilo de vida saludable y Complementación alimentaria, entendiendo la nutrición como el aporte de nutrientes requeridos por un ser humano para el desarrollo de sus funciones vitales y cotidianas, pero a su vez en el marco de un entorno social y emocionalmente sano.

### 4.1 Fortalecimiento familiar como entorno protector en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional

La modalidad acoge el concepto de familias establecido en la Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a Familias *"desde una perspectiva pluralista, amplia e incluyente, de acuerdo con su consideración social e histórica y su realidad en el país (…) se reconoce a las familias como sujetos colectivos de derechos, no integradas únicamente por vínculos de consanguinidad, sino por aquellos vínculos afectivos que la configuran como sistemas vivos, escenarios de cuidado, reconocimiento y desarrollo, comprendidas desde la pluralidad y la diversidad"*[31], definición que está en consonancia con lo establecido en el Lineamiento Técnico para la Inclusión y Atención de Familias del ICBF, el cual constituye una guía para la prestación de los servicios, que invita a *"… dejar de ver a la familia y al niño como objetos de estudio independientes del contexto, para llegar a una comprensión donde los sujetos construyen su realidad en relación con sus entornos sociopolíticos."*[32]

Lo anterior implica, la generación de acciones que contribuyan a la disminución de factores de riesgo asociados a la desnutrición, siendo necesario que el equipo de la modalidad, tenga en cuenta que, si bien las familias podrían tener uno o varios de sus integrantes en situación de riesgo por un estado nutricional no óptimo, esto no implica que deba atenderse desde sus carencias o problemas, sino desde una mirada que reconozca a las familias como unidad de supervivencia con potencialidades y posibilidades, para ser coparticipes y autogestoras de su propio bienestar, siendo importante identificar, analizar y comprender sus realidades, gestionando recursos, desarrollando o fortaleciendo capacidades, estableciendo interrelaciones de apoyo y construyendo solidaridades, considerando las diferencias poblacionales, regionales, territoriales y las características socioculturales, políticas, económicas, históricas y jurídicas específicas de las personas y grupos humanos en el desarrollo de las acciones de Política Pública.

[31] Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a Familias. Bogotá, 2016. Pp. 9
[32] ICBF, Lineamientos técnicos para la inclusión y atención de familias, Colombia 2009. Pág. 81



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el objetivo de este componente coordinado por el profesional del área social, con apoyo de todo el equipo, es la identificación en las familias, de factores protectores o de riesgo asociados a la desnutrición, y a partir de lo evidenciado, se espera que las mismas establezcan compromisos en el marco de la corresponsabilidad, con el fin de generar acciones que permitan transformar los factores de riesgo en factores protectores, y a su vez, potenciar y fortalecer los factores protectores asociados con la salud, la nutrición y el fortalecimiento familiar. En caso de requerirse una intervención puntual, por determinantes específicos, se coordinará con la Dirección de Familias y Comunidades del ICBF, para evitar duplicidad en las atenciones.

De igual manera, este componente incluye el apoyo por parte del equipo interdisciplinario, no sólo para el usuario sino para su familia, en la garantía de derechos para cada uno de los integrantes y la realización de acciones de estimulación sensorial y emocional para los niños con riesgo de desnutrición, como actividades complementarias y articuladas para contribuir en el mejoramiento de su estado nutricional.

### 4.2 Hábitos de estilo de vida saludable

El componente de hábitos de estilo de vida saludable contempla atenciones que contribuyen a la promoción del derecho a la alimentación y la nutrición, en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional a través del desarrollo de acciones tendientes al mejoramiento y mantenimiento del adecuado estado nutricional de la niña, niño o mujer gestante. Su implementación lo lidera el profesional en nutrición y dietética, quien tendrá en el auxiliar de enfermería experto en lactancia materna uno de sus principales apoyos, además de la participación de todo el equipo.

Las acciones que se ejecutarán tienen como base los procesos de Educación Alimentaria y Nutricional abordados a partir de las herramientas disponibles para desarrollar este tipo de actividades, principalmente, de la Estrategia Nacional de Información Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional del ICBF, donde se incluyen como herramientas principales las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de dos años y para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años -GABAS (rotafolios, manuales del facilitador, videos de adaptación territorial de las GABAS), ruleta de alimentación complementaria, cartilla ‘mi plato un arcoíris divertido de sabores’, cartilla ‘comenzar una nueva vida’, el Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional, entre otros.

De igual manera, partiendo de reconocer los múltiples beneficios a corto y largo plazo que tiene la práctica de la lactancia materna para él bebé, la madre, la familia y la sociedad, se incluyen en este componente actividades relacionadas con el fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna, el acompañamiento para el inicio adecuado de la alimentación complementaria y la promoción de la alimentación saludable, acciones que favorecerán la salud infantil, puesto que es indispensable fortalecer el acompañamiento a las familias gestantes y lactantes, especialmente en los primeros días de vida del bebé. En este periodo las mujeres y sus familias deben tener acceso a un apoyo especializado, que les ayude a iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna y cuidados del bebé, así como a prevenir dificultades derivadas de la lactancia y superarlas cuando se presenten.



PÚBLICA

De manera complementaria, este componente abarca aspectos básicos de salud, que contemplan acciones enmarcadas en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI, la cual permite bajo las acciones de prevención y de promoción, que la familia y las comunidades proporcionen la seguridad a la supervivencia infantil y condiciones para su crecimiento y desarrollo.

Según el componente comunitario de la estrategia AIEPI, que se encuentra en las Guías de Prácticas Clave para Actores Sociales, existen una serie de comportamientos esenciales para el desarrollo físico y mental de las niñas, niños y mujeres gestantes, los cuales guiarán los encuentros grupales y visitas familiares, a través de acciones de promoción y prevención. Para ello, desde UNICEF se ha desarrollado la Estrategia de 'Seres de cuidado', desde la cual se prioriza y se promueven 13 prácticas clave, dentro de las que se encuentran las orientadas a los cuidados de la mujer gestante y de las niñas y los niños, la práctica de la lactancia materna, la alimentación complementaria, la vacunación, la higiene, el lavado de manos, las medidas saludables para la preparación y manipulación de alimentos, la protección contra vectores que representan un peligro para la salud y la prevención de accidentes.

### 4.3 Complementación alimentaria

Así como el componente de hábitos de estilo de vida saludable, el componente de complementación alimentaria contribuye a la promoción del derecho a la alimentación y la nutrición, en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, y contempla acciones tendientes a asegurar un aporte nutricional en el niño, la niña, mujer gestante y su familia, que favorezca el mejoramiento y mantenimiento de un estado nutricional adecuado, con las correspondientes acciones de seguimiento nutricional que permitan generar alertas cuando se presenten situaciones que alteren los procesos de salud y nutrición.

Para llevar a cabo este componente, se suministran al usuario complementos nutricionales que varían, de acuerdo con el tipo de beneficiario, su edad y estado nutricional. Así, dentro los complementos se encuentran:

- El Alimento Listo para el Consumo-ALC como insumo para el mejoramiento del estado nutricional de la niña o el niño mayor de 6 meses.
- La Ración Familiar para Preparar en el hogar, que incluye un conjunto de alimentos que contribuyen en el aporte calórico y de nutrientes para el niño, la niña, la mujer gestante y los demás integrantes de su familia.
- Los Alimentos de Alto Valor Nutricional como la Bienestarina Más® y el Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia que contribuyen en el aporte energético y de micronutrientes considerados críticos durante la gestación y la primera infancia.

El suministro de estos alimentos se acompaña de acciones de valoración y seguimiento del estado nutricional desarrollados por el profesional en nutrición, con apoyo del auxiliar de enfermería y los demás integrantes del equipo, quienes, mínimo una vez al mes, analizan el resultado de las acciones realizadas en la modalidad sobre el estado nutricional de los beneficiarios.

PÚBLICA

## 5. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN

La modalidad se encuentra estructurada en 3 etapas que son las siguientes: Alistamiento, Desarrollo y Egreso.

### 5.1 Alistamiento

En esta etapa, la EAS debe realizar el reconocimiento territorial geográfico y social, la focalización y la búsqueda activa, proceso que tendrá una duración aproximada de 15 días calendario a partir del inicio de operación de la prestación del servicio. En el caso en que la EAS requiera un tiempo adicional para cumplir estas actividades, deberá presentar la necesidad en el marco de un comité técnico operativo, en el cual presentará la justificación y evidencia del proceso que haya adelantado hasta ahora durante la etapa de alistamiento.

#### 5.1.1 Reconocimiento e identificación territorial para la atención

La comprensión del contexto y territorio es relevante para actuar con pertinencia y oportunidad a través de las acciones que implementa la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, por lo cual, es necesario que se realice un reconocimiento y comprensión de las condiciones sociales, geográficas, económicas y culturales del lugar de residencia de las mujeres gestantes, niñas, niños y sus familias.

Por lo anterior, se debe tener en cuenta la información básica de datos geográficos que permitan una visión de cuántos municipios, veredas o corregimientos se encuentran en el área de trabajo, las rutas y medios de transporte, las formas de comunicación, comunidades o grupos poblacionales que lo habitan, datos censales disponibles, entre otra información (como los Planes Territoriales de Salud-PTS y los Análisis de Situación en Salud - ASIS), que permita priorizar el inicio de la atención en las zonas con mayores prevalencias de desnutrición o riesgo nutricional.

En cuanto a la identificación geográfica del territorio se debe disponer de un mapa del municipio en el que se encuentre la organización político-administrativa del mismo, el cual servirá al equipo para:

- Ubicar y definir las zonas en donde se va a realizar la focalización: veredas, corregimientos y otras estructuras territoriales donde se presenten el mayor número de casos de niñas y niños con riesgo de desnutrición o bajo peso al nacer, mujeres gestantes con bajo peso, incidencia de enfermedades prevalentes en la infancia (IRA, EDA) o mortalidad asociada a la desnutrición. Para ello, deberá articular con el Ente Territorial y el Centro Zonal del ICBF y de manera particular con las instancias territoriales de salud, socializando la modalidad en los comités de Infancia y Adolescencia o en otros espacios del Consejo de Política Social que corresponda.
- Distribuir el equipo interdisciplinario en las zonas focalizadas.

Para realizar el ejercicio de reconocimiento e identificación territorial se debe tener en cuenta:

PÚBLICA

- Identificación de las zonas del territorio en donde se presentan mayores índices de desnutrición, riesgo de desnutrición aguda y muerte por y asociada a la desnutrición, así como cifras de bajo peso al nacer y bajo peso gestacional.
- Identificación de enfermedades propias, en contextos culturales diferenciales y la sanación o cura de estas a través de la medicina tradicional tanto en niñas y niños de 0 a 5 años como en mujeres gestantes y de las tradiciones, rituales y prácticas en torno a la gestación, el parto, la lactancia, la alimentación de las niñas y los niños desde el nacimiento y hasta los 5 años.
- Identificación de zonas habitadas por poblaciones étnicas.
- Reconocimiento de autoridades y organizaciones de los pueblos étnicos del país.
- Identificación de prácticas de cuidado y crianza de las familias beneficiarias.
- Identificación de concepciones y creencias en torno a las prácticas de cuidado y crianza.
- Identificación de tradiciones y hábitos alimentarios que existen en la zona, qué alimentos se producen y cuáles son lo que se consumen habitualmente.
- Comprensión de las dinámicas y condiciones comunitarias, sociales y familiares que favorecen o limitan el desarrollo de las mujeres gestantes, las niñas y los niños menores de 5 años.
- Identificación de actores clave, de oferta institucional y de espacios sociales y culturales que contribuyen al fortalecimiento de las experiencias y capacidades que se llevan a cabo con las familias existentes en el territorio.
- Elaboración de un directorio de actores, con el cual podrán realizar gestiones interinstitucionales para contribuir a la garantía de los derechos de mujeres gestantes, niñas, niños y sus familias.

Esta información y otra que se considere necesaria acorde con las dinámicas de cada uno de los territorios, permite identificar aquellas zonas más vulnerables en donde el equipo interdisciplinario deberá priorizar su atención. En caso de territorios étnicos para el ingreso del talento humano, es indispensable garantizar acciones enmarcadas en el enfoque diferencial, realizando las respectivas articulaciones con las autoridades tradicionales.

### 5.1.2 Identificación

Las zonas priorizadas deben ser aquellas rurales y dispersas que presentan mayor número de casos de desnutrición, riesgo de desnutrición, bajo peso al nacer, bajo peso gestacional o zonas con mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Para garantizar una adecuada identificación de beneficiarios, es necesario que exista en el territorio articulación con los diferentes actores locales, con el fin de brindar atención oportuna y con calidad a aquellas familias que así lo requieren. Para ello, el equipo de la EAS, con el acompañamiento del referente de nutrición del ICBF, deberá:

- Coordinar con el sector salud, con el fin de identificar niñas y niños con riesgo de desnutrición aguda y mujeres gestantes con bajo peso, población que puede ser remitida a través de la



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

consulta de valoración integral por curso de vida[33] y Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN).

- Articular con los gestores de Prosperidad Social, quienes identifican niñas y niños con tamizaje nutricional positivo en la medición del Perímetro Braquial -PB (o circunferencia media de brazo)[34].

- Coordinar con Unidades Móviles de ICBF presentes en el territorio, Defensorías y Comisarías de Familia y con modalidades de atención del ICBF, que pueden identificar niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda, mujeres gestantes con bajo peso y niños con tamizaje nutricional positivo en medición del Perímetro Braquial (PB).

- Articular con las instancias de salud (Ente Territorial, Aseguradores y Prestadores), con el fin de identificar aquellas niñas y niños menores de 5 años con desnutrición aguda moderada o severa, quienes, una vez han sido estabilizados y han recibido el tratamiento para la desnutrición aguda de acuerdo con sus responsabilidades, podrán ser remitidos a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, con el fin de generar un proceso de acompañamiento por parte del equipo interdisciplinario.

- Realizar búsqueda activa de niños y niñas menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda y mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, a través de visitas que llevarán a cabo en los territorios priorizados, en donde realizarán valoración antropométrica a los potenciales usuarios, en las diferentes comunidades o en sus hogares.

#### 5.1.2.1 Georreferenciación

La identificación de usuarios en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo incluye la identificación y georreferenciación (ubicación geográfica) mediante la aplicación del sistema GPS el cual permite georreferenciar a través de coordenadas el sitio exacto donde se encuentra el usuario. Durante el proceso, el GPS permitirá realizar seguimiento y trazabilidad de su ubicación.

La EAS debe garantizar que el equipo de cada Unidad de Servicio cuente con un dispositivo GPS, el cual permitirá recoger las respectivas coordenadas de ubicación geográfica de cada niña, niño o mujer gestante que se atienda en la modalidad. Los datos de ubicación deben tomarse durante la primera visita familiar y se actualizan si se realizan cambios de domicilio durante el tiempo de atención.

Los datos de ubicación geográfica obtenidos con el GPS deben ser reportados al ICBF por la EAS, asociando el punto georreferenciado a través del dispositivo y expresado en Latitud N (Norte) S (Sur) y Longitud E (Este) W (Oeste) en los diferentes archivos, de acuerdo con lo estipulado por el ICBF y en el Sistema de Información definido.

[33] Para niñas y niños menores de 5 años, a través de la Consulta de Valoración Integral en la Primera Infancia; para mujeres gestantes, a través de la Ruta de Atención Materno-Perinatal.
[34] Niñas y niños que se encuentren en el tamizaje por PB con valor inferior a 11.5cm, deberán ser previamente atendidos y estabilizados por salud.



PÚBLICA

La información de ubicación de los usuarios obtenida a través de los Dispositivos de GPS, debe ser protegida y considerarse como clasificada o reservada -según sea el caso; la EAS deberá velar porque así sea.

En las zonas donde no sea posible realizar georreferenciación, la EAS deberá presentar una certificación emitida por la autoridad competente donde se refleje la situación especial, información que debe ser validada por el supervisor del contrato.

### 5.1.3 Verificación de criterios de ingreso

El profesional en nutrición de la EAS realizará la toma de medidas antropométricas de los usuarios identificados, a través de la medición de peso y talla, con lo cual podrá confirmar la clasificación nutricional y determinar el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo [35].

El profesional en nutrición, con apoyo de todo el equipo, debe evaluar la presencia de alguno de los siguientes signos, los cuales pueden presentarse en niñas y niños con desnutrición aguda severa, aunque en la clasificación nutricional por medición de peso y talla no presente ninguna alteración. En tal caso, deberá determinarse la necesidad inmediata de remisión a salud para que se brinde el manejo correspondiente desde este sector.

**Tabla No. 3**. Signos clínicos de la desnutrición aguda severa.

| MARASMO | KWASHIORKOR |
|---|---|
| Hipotrofia o atrofia muscular generalizada. | Edema[36]. |
| | Panículo adiposo presente. |
| Ausencia de panículo adiposo. | **Cara:** facies lunar, despigmentación difusa, dermatitis seborréica nasolabial. |
| | **Ojos:** palidez conjuntival, palpebritis angular. |
| "Le sobra piel". | **Labios:** estomatitis angular, cicatrices angulares, queilosis. |
| | **Lengua:** lisa y/o edematizada. |
| Aspecto de viejito. | **Dientes:** esmalte moteado, caries, desgaste y erosión del esmalte. |
| | **Piel:** resequedad, zonas hiperpigmentadas que pueden simular pelagra, dermatosis en forma de pintura cuarteada. |

[35] Como herramienta para determinar la clasificación nutricional, se utilizará la Resolución 2465 de 2016, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, 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.

[36] Para la medición del edema, se deben tomar los pies del niño y presionar con los pulgares en ambos pies durante tres segundos. Si una vez se retiran los pulgares, la depresión generada persiste, el niño tiene edema nutricional y prueba del edema positiva. Los niños con edema bilateral tienen alto riesgo de muerte y necesitan valoración médica urgente y recuperación nutricional. La clasificación del edema es: *i)* edema leve (+) se presenta sólo en los pies; *ii)* edema moderado (++) compromete pies, manos y parte inferior de pierna y brazos; *iii)* edema severo (+++) edema generalizado que incluye pies, piernas, manos, brazos y cara. Tener en cuenta que existen situaciones como picadura de insectos y otras condiciones médicas que pueden generar edema, las cuales deben descartarse antes de indicar que hay un edema nutricional.



PÚBLICA

| MARASMO | KWASHIORKOR |
|---|---|
| Cabello despigmentado, fino, seco, opaco, escaso con zonas de alopecia y se desprende fácilmente. En ocasiones presenta franjas, unas de color más oscuro y otras más pálido, reflejando periodos de mejor estado nutricional *versus* periodos de carencias nutricionales intensas. | |
| Retraso en el desarrollo psicomotor. | |
| Adinamia, apatía, irritabilidad, indiferencia por el medio. | |
| Atrofia de cabello, pestañas y cejas, uñas estriadas y quebradizas. | |
| Fontanela anterior persistente. | |

Fuente: Bases conceptuales. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. Ministerio de Salud y Protección Social. Marzo de 2017.

En todos los casos, el profesional en nutrición con apoyo del equipo deberá informar a las familias cuál fue el resultado del diagnóstico nutricional, y para aquellos que no ingresen a la modalidad, se deberá explicar las razones. Adicionalmente, se podrá motivar a las familias a través de recomendaciones para que continúen con los cuidados que le permita a niñas, niños y mujeres gestantes, mantener un estado nutricional adecuado.

**Nota 9:** La modalidad 1.000 días para cambiar el mundo como parte de la Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición ejecuta dentro de sus actividades, identificación, captación y gestión de casos de desnutrición aguda en menores de cinco años que tienen como propósito favorecer la generación de alertas y atenciones prioritarias de los mismos según lo dispuesto en la Resolución 5406 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social o normas que lo sustituyan, modifiquen o aclaren. En ese sentido es importante precisar que las Unidades de Servicio pueden ser objeto de caracterización para desarrollar acciones de detección, notificación y suministro de información complementaria que sea requerida ante la ocurrencia de eventos de interés en salud pública relacionados con desnutrición a través de los diferentes sistemas de información dispuestos para tal fin.

### 5.2 Desarrollo

Una vez que se confirme el diagnóstico nutricional y el cumplimiento del criterio de ingreso, se continuará con la etapa de desarrollo que abarca ingreso, caracterización, planeación y seguimiento. Esta etapa inicia desde el mismo momento en que comienza la prestación del servicio, aún, estando en etapa de alistamiento, y finaliza en el momento en que termina el tiempo de atención de cada usuario y procede su egreso.

### 5.2.1 Ingreso

El ingreso se realizará cuando el profesional en nutrición verifique la clasificación del estado nutricional del usuario y el mismo cumpla con los criterios definidos en este documento.

La identificación del estado inicial se definirá desde los ámbitos de nutrición, salud y sociofamiliar, los cuales permitirán la identificación de situaciones y condiciones presentes en la niña, niño o



PUBLICA

mujer gestante en el momento en que ingresa a la modalidad. Para ello se contemplan las siguientes acciones:

### 5.2.1.1 Valoración del estado nutricional

Teniendo en cuenta la identificación inicial del usuario, se procederá a realizar la evaluación del estado nutricional de las niñas, niños y mujeres gestantes permitiendo analizar el efecto de la alimentación y el reflejo de situaciones de enfermedad con la insuficiencia en el suministro de alimentos que afectan la situación nutricional. El método más costo-efectivo reconocido para conocer el estado nutricional es sin duda la evaluación por antropometría que se centra en la toma de medidas básicas como la talla y el peso, que, cruzadas con la edad y sexo, proporcionan información confiable para estimar su situación nutricional, la cual ha demostrado a través de múltiples estudios su utilidad, versatilidad y validez[37].

En el marco de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, la valoración antropométrica es una actividad exclusiva del profesional en nutrición. La valoración inicial permite la detección de estados nutricionales que requieran de intervención por parte del equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta el objetivo de la atención. De igual manera, la valoración antropométrica mensual, permite identificar cambios en el estado nutricional de la población atendida y definir las acciones adicionales a desarrollar.

Tanto para mujeres gestantes como para niñas y niños menores de 5 años, la valoración antropométrica se realiza a través de la toma de peso y talla y su clasificación se realiza a través del indicador peso para la talla (niñas y niños) e Índice de Masa Corporal para la Edad Gestacional (mujeres gestantes). El profesional en nutrición deberá dar cumplimiento a la Guía de Metrología y Guía de Seguimiento Nutricional del ICBF, así como, las especificaciones de la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para la población con discapacidad, en los casos en que sea necesario, documentos que hacen parte integral del presente manual operativo.

Para la valoración antropométrica, el profesional en nutrición deberá utilizar los puntos de corte establecidos en la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social para los siguientes indicadores:

- Peso para la Talla P/T
- Talla para la edad T/E
- Índice de Masa Corporal para la Edad Gestacional IMC/EG

A partir del resultado obtenido en esta valoración, se identifica el cumplimiento del criterio de ingreso del usuario a la modalidad, por lo tanto, la fecha de inicio de atención deberá coincidir con la fecha de la valoración antropométrica inicial.

De igual manera, otra de las medidas que se debe realizar a la población identificada es la del Perímetro Braquial (PB). Esta medida permite identificar, para el caso de los niños entre 6 y 59

[37] Guía Técnica para la Metrología Aplicable a los Programas de los Procesos Misionales del ICBF.



PUBLICA

meses, el riesgo de muerte asociada a desnutrición; entretanto, para las mujeres gestantes, puede predecir el riesgo de bajo peso en la gestación[38].

De otra parte, el indicador Perímetro Cefálico para la Edad PC/E es una medida que se asocia al crecimiento cerebral, desarrollo neurológico y permite detectar sus posibles alteraciones, por lo que el profesional en nutrición deberá tener en cuenta el dato que se tome en el control de salud infantil (antes, crecimiento y desarrollo) y realizar las gestiones necesarias en caso de detectar alguna anomalía. La interpretación de este indicador se debe realizar de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016.

De manera complementaria, la valoración nutricional no debe limitarse únicamente a la toma de datos antropométricos, ésta debe incluir, además, un análisis integral que tenga en cuenta los antecedentes alimentarios (historia alimentaria), el consumo de alimentos, los hábitos alimentarios, la valoración física para la identificación de los signos clínicos de la desnutrición o deficiencias de micronutrientes, antecedentes de salud entre otros. Para ello, el profesional debe utilizar el formato Plan de Intervención Individualizada, el cual debe reposar en la carpeta de cada usuario y debe contener toda la información para la planificación de la atención desde cada uno de los componentes de la modalidad y facilitar su seguimiento. La valoración nutricional completa se deberá realizar a los usuarios dentro del primer mes de atención a partir de la fecha de ingreso a la modalidad.

#### 5.2.1.1.1 Criterios de ingreso para niñas y niños menores de 5 años

En la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, ingresarán las niñas y niños con clasificación antropométrica de peso para la talla P/T mayor o igual a -2 DE y menor de -1 DE, es decir, que presenten riesgo de desnutrición aguda.

De igual manera, podrán ingresar niñas y niños con clasificación antropométrica de peso para la talla menor de -2 DE, es decir, que presenten desnutrición aguda, siempre que no presenten complicaciones médicas o patologías agregadas, que desde los servicios de salud hayan sido estabilizados y se haya iniciado el tratamiento para la desnutrición aguda en el hogar[39]

**Nota 10**: Las niñas y niños egresados de los Centros de Recuperación Nutricional-CRN del ICBF, podrán ser vinculados a la modalidad, quienes ingresarán a la fase de mantenimiento de acuerdo con el grupo de edad en que se encuentren.

Como medida adicional, se toma el Perímetro Braquial. Un PB menor a 11,5 cm en cualquier edad entre 6 y 59 meses es una alerta para que el equipo priorice la atención. Para la medición se utilizará la cintilla para medición de Perímetro Braquial.

[38] Choque Mamani, L. F. (2013). La Circunferencia Media del Brazo Materno como predictor del peso al nacer en el Hospital Hipólito Unanue Minsatacna 2007-2008. Revista Médica Basadrina, 4-7.

[39] De acuerdo con lo definido en el Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

**Nota 11:** Para niñas y niños con PB menor a 11,5 cm, teniendo en cuenta que esta medida se relaciona con una alta probabilidad de muerte por desnutrición, el equipo de la EAS debe notificar y remitir al sector salud inmediatamente para que proceda según lo establece la Resolución 5406 de 2015, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y hacer seguimiento a cada uno de los casos. Para ello, el equipo de la EAS debe seguir la ruta establecida en el Anexo Técnico Ruta de remisión a salud.

La técnica para la medición del PB y los puntos de corte para la clasificación, se encuentran en el Anexo Técnico No. 1 Orientaciones toma de perímetro de brazo. La toma de Perímetro Braquial se realiza únicamente en el ingreso considerando que es una medida de tamizaje nutricional.

#### 5.2.1.1.2 Criterios de ingreso para mujeres gestantes

Para realizar la valoración nutricional de mujeres gestantes se debe utilizar el indicador Índice de Masa Corporal para la edad gestacional IMC/EG, el cual permite saber si el peso ganado de acuerdo con la semana de gestación es adecuado para garantizar un crecimiento fetal óptimo. Para el ingreso a la modalidad se tendrán en cuenta las mujeres con bajo peso para la edad gestacional[40].

### 5.2.1.2 Proceso de ingreso del usuario

Para formalizar el ingreso de los usuarios, la EAS deberá tener presente lo siguiente:

- Explicar a la familia el objetivo de la atención y las acciones a desarrollar firmando el formato de Autorización de ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.
- Enfatizar que la modalidad no sólo se centrará en el mejoramiento del estado nutricional del usuario, sino también, que desde una perspectiva familiar y comunitaria contribuirá al fortalecimiento familiar como entorno protector.
- Motivar la participación y compromiso de las familias, indicando que el equipo interdisciplinario las acompañará y orientará durante el proceso de atención.
- En el marco del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos, cuando sea necesario, se deberá articular con las autoridades tradicionales, explicando la necesidad de atención del usuario en la modalidad, coordinando las acciones a que haya lugar.

Posterior a esto y si la familia está de acuerdo, se procederá a diligenciar el Formato de Autorización de ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo y se solicitarán los siguientes documentos, los cuales deberán reposar en la carpeta del usuario[41]:

- Documento de identidad del usuario y/o gestión de validación de documento de identificación para población migrante.
- Copia Carné de salud infantil (antes, control de crecimiento y desarrollo) o controles prenatales según sea el caso

[40] Ver Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, numeral 1.3. Mujeres gestantes.

[41] La falta de uno o varios de los documentos no impedirá el ingreso del niño, niña o mujer gestante que cumpla con los criterios de ingreso a la modalidad.



PÚBLICA

- Copia Carné de vacunación
- Copia Documento soporte de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)[42].
- Copia de documento de identidad de la madre, el padre o cuidador.
- Para las niñas y niños que presentan desnutrición aguda y desde salud ya se ha instaurado el tratamiento para la desnutrición, se debe presentar la fórmula prescrita por el médico o resumen epicrisis donde se evidencie la prescripción de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo -FTLC (necesaria para el tratamiento ambulatorio de la desnutrición).

**Nota 12:** En caso de que la familia no esté de acuerdo con el ingreso, el profesional social deberá elaborar junto con el adulto responsable de la niña o niño, un documento que exponga las condiciones en las que se encuentra y las razones por las cuales no se permite el ingreso a la modalidad, con firma o huella y número de documento de identidad. Este documento deberá ser enviado al referente en la Regional o Centro Zonal e informar a la persona que ejerce la supervisión del contrato, solicitando la posibilidad de vincular a la niña o niño en un servicio del ICBF. En caso de persistir la negación por parte del responsable para vincular a la niña o niño a algún servicio del ICBF, se debe proceder conforme la ruta establecida en el Anexo Ruta de Remisión Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición-EAPD a Modalidades de Protección. Para comunidades étnicas antes de activar esta ruta, se debe informar a la autoridad tradicional para que él, si está de acuerdo, concerte con la familia el ingreso de la niña o niño a la modalidad.

**Nota 13:** En el evento en que no se disponga de alguno o la totalidad de los documentos anteriormente descritos en el momento del ingreso a la modalidad, se solicitará al usuario o su familia que posteriormente aporte la documentación faltante. En el caso que no se haya tramitado alguno de ellos, el personal del equipo interdisciplinario orientará y acompañará la gestión y trámite para obtenerlos ante las entidades competentes. De no obtenerse resultados positivos en la gestión durante el primer mes, la EAS debe informar a la Regional o Centro Zonal la situación, para la gestión correspondiente a través del SNBF orientada a la garantía de derechos. De todas maneras, bajo ninguna circunstancia, la falta de documentación será causal de exclusión de la modalidad o de la no prestación del servicio.

Cada usuario deberá tener una carpeta en la cual se archiven los documentos e instrumentos de seguimiento con la información de la atención recibida[43]. Cuando la mujer gestante, posterior al parto deja de ser usuaria directa, la niña o niño nacido se convierte en el usuario directo, por lo cual, la nueva documentación será archivada en la misma carpeta que se venía utilizando para la mujer gestante (se entiende el binomio madre-hijo como un mismo usuario).

Las carpetas deberán permanecer en el espacio administrativo de las EAS y deben ser de libre acceso para los supervisores de contrato y colaboradores del ICBF. Cabe aclarar que los datos de los usuarios son confidenciales y por lo tanto las EAS no están autorizadas a entregar o compartir dichos datos con otras entidades distintas al ICBF, sin previo permiso de esta institución.

[42] La verificación se puede realizar a través de la página de internet ADRES -Administradora de los Recursos del SGSSS.
[43] La organización de las carpetas deberá guardar coherencia con la Ley 594 de 2000 y Decreto 1080 de 2015.

### 5.2.1.3 Caracterización familiar

La caracterización familiar está encaminada a la identificación de la estructura familiar, condiciones de vivienda, seguridad alimentaria y nutricional, prácticas de cuidado y crianza, saberes de las familias que enriquecen el proceso de desarrollo, y redes de apoyo. En la primera visita familiar se realiza la caracterización por parte de uno de los integrantes del talento humano, idealmente por el profesional social, sin embargo, por las condiciones propias de la dinámica de la operación, en las zonas rurales y dispersas, es posible el apoyo de algún otro profesional, técnico o gestores comunitarios -quienes previamente deberán estar capacitados por el profesional social. Esta debe ser verificada por dicho profesional y entregada posteriormente al auxiliar administrativo para que registre la información en el aplicativo establecido por el ICBF para tal fin.

Esta visita se lleva a cabo dentro de los 15 primeros días contados a partir del ingreso de la mujer gestante, niña o niño; de manera excepcional, en algunas zonas que por sus condiciones de dispersión o características geográficas no sea posible realizarla en el tiempo establecido, se podrá programar máximo durante los primeros 30 días contados a partir del ingreso.

Para llevar a cabo la caracterización, el profesional social debe liderar el diseño de una metodología acorde con las características culturales de la población, en la cual predomine la participación activa y protagónica de los integrantes de la familia, permitiéndoles un autorreconocimiento de sus realidades. Para ello pueden utilizar diferentes estrategias como: elaboración de fotografía familiar a través del dibujo, diseño grupal de familiogramas, relatos familiares, entre otras, que, sumada a la observación, permita la obtención de la información necesaria.

De igual forma, en este momento se realiza la identificación de las redes con las cuales cuentan las familias, a través de la elaboración del mapa de pertenencia, el cual es una herramienta de apoyo para identificar el sistema de vinculación más significativo a nivel ocupacional, institucional, social y familiar.

Uno de los aspectos primordiales es lograr la participación de las familias como principales actores en la generación de cambios que favorezcan la calidad de vida y el bienestar de sus integrantes, prioritariamente de aquellos que se encuentran en la primera infancia.

### 5.2.1.4 Identificación de factores protectores y de riesgo

La atención social y familiar comprende todas las acciones que se realizan para promover el afianzamiento, desarrollo y movilización de fortalezas, capacidades y recursos de las familias de niños, niñas y mujeres gestantes vinculados a la modalidad, para modificar los factores de riesgo o amenaza que influyen en la desnutrición, en entornos protectores; contribuyendo de esta forma en el proceso de mejoramiento del estado nutricional.

Se entenderá como entorno protector, el ambiente en el cual, las niñas y los niños adquieren las mejores herramientas posibles para la construcción de su vida, disfrutando de oportunidades para desarrollar su capacidad individual en un medio seguro y propicio. Se considera entorno protector, los espacios y condiciones adecuados para el crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas, que



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

desde la gestación, reciben y transmiten diferentes mensajes que son la base de los primeros vínculos afectivos, convirtiéndose en el soporte para el desarrollo de sus capacidades y potencialidades.

La identificación de factores protectores y de riesgo se realiza en las visitas familiares donde se implementan metodologías participativas diseñadas previamente por el profesional social con apoyo de todo el equipo, incorporando el enfoque diferencial.

Esta identificación tiene en cuenta, además, las atenciones establecidas en la Ruta Integral de Atenciones, en la cual se consideraron aquellas dirigidas a todas las niñas y los niños, desde la preconcepción hasta los seis años. En la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, se tendrán en cuenta las atenciones dirigidas a mujeres gestantes, niñas y niños hasta los 5 años que se relacionen con la alimentación y nutrición, el cuidado y la generación de entornos protectores para la seguridad alimentaria y nutricional, así como aquellas, que, desde los componentes de atención de la modalidad, puedan contribuir en su gestión para la garantía de las mismas.

Adicionalmente, se tienen en cuenta otras atenciones que, desde la Dirección de Nutrición del ICBF, se considera importante incorporar para contribuir en la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, derivadas de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Colombiana -GABA.

Con el fin de generar empatía y confianza con las familias, es importante reconocer y comunicar los factores protectores para la seguridad alimentaria y nutricional y otros elementos identificados en ellas; de igual manera, en una familia se pueden encontrar factores de riesgo asociados a la desnutrición, los cuales se deben socializar, puesto que estos requieren una mayor atención. En cualquiera de los casos, la familia contará con la orientación y acompañamiento del equipo interdisciplinario de la modalidad.

La identificación inicial de los factores de riesgo asociados a la desnutrición y los factores protectores se realizará desde el mismo momento de focalización y durante el primer mes de ingreso, a través de visitas familiares en las cuales se desarrollen actividades participativas encaminadas a la autoidentificación de las atenciones garantizadas (factores protectores) y las no garantizadas (factores de riesgo) por parte de las familias. El resultado se registrará en el formato establecido para tal fin, el cual debe ser validado por el profesional social. De igual manera, se podrán utilizar las herramientas de recolección de información consideradas en los lineamientos técnicos de inclusión y atención a familias.

Es de resaltar que, si en la identificación de factores de riesgo, así como durante el proceso del desarrollo de la modalidad, se detectan presuntas situaciones de amenaza, inobservancia o vulneración de los derechos de las niñas y niños, de forma inmediata debe reportarse a las autoridades competentes activando la ruta de articulación elaborada con la Dirección Protección, la cual se encuentra anexo al presente Manual Operativo. Para mayor orientación en este tema, los equipos pueden consultar el Lineamiento Técnico para la Protección Integral del ejercicio de los derechos de las niñas y los niños desde la primera infancia.

### 5.2.2 Planeación

La planeación permite organizar las acciones a realizar con los usuarios y sus familias para lograr los objetivos propuestos por la modalidad, por eso, consolida las acciones a desarrollar en el proceso de atención, indicando el responsable, el cómo, dónde y cuándo se llevarán a cabo las atenciones de forma complementaria y articulada. El sentido de la planeación es orientar las acciones para contribuir a que las familias comprendan la importancia de los cuidados en la salud y nutrición durante los primeros años de vida, al tiempo que conciben sus hogares como entornos protectores para potenciar el crecimiento y desarrollo adecuados de las niñas y los niños. La planeación no es estática, quiere decir que la misma, se replantea y ajusta según los avances y retrocesos que tenga el usuario y sus familias durante la atención.

La planificación en esta modalidad se realiza mediante la elaboración del plan de atención y acompañamiento individual y familiar, la planeación de encuentros grupales y de visitas familiares. El proceso de planeación se deberá realizar con la periodicidad que se considere, teniendo en cuenta que tanto los encuentros grupales como las visitas familiares se realizan con periodicidad mínima mensual desde el momento en que ingresa un usuario a la modalidad.

A continuación, se presentan las acciones de la planificación desde los tres componentes de atención de la modalidad:

#### 5.2.2.1 Fortalecimiento familiar como entorno protector en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional

##### 5.2.2.1.1 Plan de atención y acompañamiento individual y familiar

En la elaboración del plan de atención y acompañamiento individual y familiar, el cual se considera dinámico desde el momento en que ingresa el usuario y durante todo el proceso de atención, se deben tener en cuenta los puntos de vista de los integrantes del equipo interdisciplinario, de tal manera que se logre una mayor comprensión de las múltiples interacciones que se presentan en el usuario y sus familias, con el fin de fomentar vínculos que promuevan entornos protectores para la seguridad alimentaria y nutricional.

Este plan se elabora a partir de los resultados obtenidos en la caracterización familiar, la identificación de los factores protectores y de riesgo asociados a la desnutrición y la valoración nutricional, articulando así acciones que contribuyan al mejoramiento del estado nutricional, reducción de los factores de riesgo, fortalecimiento de los factores protectores, fortalecimiento de vínculos de cuidado y prevención de la desnutrición.

El equipo interdisciplinario debe tener en cuenta los siguientes aspectos en relación con las niñas, niños y sus familias con el fin de realizar una planeación que responda a sus intereses y necesidades:

PÚBLICA

- Conocer las familias y lograr una relación empática para que en las experiencias que se desarrollen, comprendan de qué forma pueden favorecer los procesos de promoción de la salud, de entornos protectores y prevención de la desnutrición.
- Comprender que, aunque las familias pasan por momentos de vulnerabilidad, es necesario confiar en que tienen capacidades para avanzar en procesos generativos con el fin de hacer cambios, respetando el camino que sigue cada familia en sus transformaciones. Esto implica que el acompañamiento se centre en las capacidades, fortalezas, esfuerzos y elementos positivos de la familia.
- Realizar actividades involucrando el mayor número de integrantes posible de la familia para que las acciones realizadas tengan una mayor incidencia en el proceso de mejoramiento del estado nutricional del usuario.
- Las estrategias diseñadas deben promover la participación en las diferentes actividades de los usuarios, respetando las particularidades como discapacidad, personas en situación de desplazamiento, víctimas del conflicto armado, situaciones o condiciones de vulneración social y afectiva, facilitando el proceso de vinculación, adaptación y permanencia en la modalidad.
- En la planeación de actividades con comunidades étnicas, se deben tener en cuenta acciones que involucren la participación de las familias y la comunidad en quehaceres colectivos como mingas u otros espacios de intercambio o concertación, dirigidos al fomento de entornos protectores y acciones de cuidado (campañas de registro, vacunación, desparasitación, fumigación, entre otras) en torno a prácticas tradicionales y saberes propios de acuerdo a sus intereses y necesidades, en articulación con el SNBF y las autoridades tradicionales.

Adicionalmente, se debe tener en cuenta:

- El ambiente en donde crece la niña o el niño, para fortalecerlo o transformarlo en pro de su desarrollo, vinculando la familia y comunidad.
- Garantizar la participación de la niña, el niño y su familia.
- Fortalecer, potenciar o construir junto con la familia prácticas de comunicación asertiva y participación.
- Identificar las prácticas de cuidado y crianza de las familias con el propósito de fortalecerlas o resignificarlas según sea el caso.
- Hacer visibles los intereses, necesidades y capacidades de las niñas y los niños.

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando que las familias son las principales protagonistas en su bienestar, previo a la reunión del equipo para la elaboración del plan de atención y acompañamiento individual y familiar, se deben realizar actividades, que permitan llegar a acuerdos que puedan contribuir a la disminución o transformación de los factores de riesgo asociados a la desnutrición a factores protectores.

El establecimiento de acuerdos se realiza a partir de la interrelación del hacer con el querer y poder, en este sentido:

- **Querer**: parte de la motivación de las familias con relación al querer transformar los factores de riesgo asociados a la desnutrición identificados por el equipo de la modalidad en la fase de



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

caracterización, para lo cual, se explora el interés de la familia en su deseo de lograr la garantía de la atención que le permitirá que dicho riesgo se transforme en protector, en este sentido, se define si es necesario establecer compromisos orientados sobre las consecuencias que conllevan los factores de riesgo, comprendiendo así la necesidad de su garantía.

- **Poder**: en segundo lugar, se debe realizar un análisis de los conocimientos, capacidades, potencialidades, recursos con los cuales las familias cuentan para cumplir con el "querer"; dependiendo de este análisis los compromisos giran en torno a la autogestión o la orientación y acompañamiento pertinente

Algunas consideraciones para tener en cuenta son:

- Los compromisos con las familias deben estar relacionados con la generación de acciones encaminadas a la trasformación de los factores de riesgo o mantenimiento de los factores protectores identificados en la etapa de caracterización.
- Es importante que se motive a las familias para que los compromisos surjan de su propia iniciativa, con la respectiva orientación del equipo interdisciplinario.
- Trabajar con enfoque de género, propiciando en las familias el cuidado de los niños y las niñas, no sólo como una responsabilidad exclusiva de las mujeres, sino de todos los integrantes del hogar, involucrando especialmente el rol paterno.
- En el compromiso debe quedar claro qué se va a realizar, quién lo va a realizar y proyectar cuándo se va a realizar, de igual manera, la frecuencia en la que se plantean las acciones, el ambiente dónde se llevará a cabo, la selección de los materiales a utilizar y los momentos o rutinas de los encuentros.
- Así como la familia asume compromisos, también el equipo interdisciplinario debe hacerlo dependiendo de la competencia de cada uno de los integrantes y del tipo de orientación que la familia requiera. En este sentido, el profesional social mensualmente debe liderar la elaboración del plan de visitas familiares de acompañamiento y seguimiento.
- Tener presente los usos y costumbres de las familias en el momento de establecer los compromisos. En caso de evidenciar prácticas que atenten contra el desarrollo, la vida e integridad de niñas, niños y familias se deben orientar las acciones que permitan transformar dichas prácticas.
- Brindar herramientas a las familias para el aprovechamiento y consumo de los alimentos producidos en sus territorios.

Los compromisos pueden estar orientados a:

- Acompañamiento y seguimiento al estado de salud y nutrición de mujeres gestantes, niñas y niños, lo que implica asistir a controles prenatales, a la consulta de valoración integral en salud (salud infantil), vacunación, entre otros.
- Apoyo familiar a la práctica de lactancia materna.
- Consumo de los alimentos que favorezcan la salud y nutrición de las familias.
- Modificación de prácticas como el lavado de manos, condiciones de saneamiento básico, manipulación de alimentos.

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

- Implementación de acciones de estimulación sensorial y emocional con los niños menores de 5 años.
- Participación activa en las visitas en el hogar y en los encuentros grupales.
- Distribución de roles en el hogar para los cuidados de los niños y las niñas.

Entre otros compromisos que puedan surgir en el marco del reconocimiento de las familias.

Una vez establecidos los compromisos con las familias, se elaborará una cartelera creativa que consolide todas las acciones definidas por el equipo en el plan de atención y acompañamiento individual y familiar, esta debe estar acorde a la simbología cultural; se recomienda definir convenciones para que la familia señale los compromisos cumplidos, permitiendo de esta forma un auto-seguimiento. Adicionalmente, se debe tener en cuenta elementos propios de la cultura y el enfoque diferencial, por ejemplo, en el caso de comunidades indígenas, que sea elaborada con escritura propia y responda a intereses y necesidades de la comunidad.

#### 5.2.2.1.2 Planeación de los encuentros grupales

Como uno de los objetivos de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, es importante resaltar a las familias en el fortalecimiento, resignificación o transformación de las maneras en que se relacionan, interactúan, alimentan, cuidan y crían a sus hijos; así como apoyarlos en la comprensión del impacto de sus actuaciones, por lo que es importante generar espacios en los que conjuntamente se analicen las situaciones que les inquietan.

En este sentido, los encuentros grupales se caracterizan por convocar a las familias para compartir saberes y experiencias, tomar decisiones colectivas frente a alguna situación particular, apoyar a las familias en su labor de crianza desde la realización de talleres que parten del diálogo de saberes, para fortalecer o construir las redes familiares, promover hábitos de vida saludable, generar espacios como entornos protectores, propendiendo por el bienestar de las niñas y los niños.

La EAS deberá gestionar en los territorios, espacios equidistantes a las familias, que se denominarán puntos de encuentro; el número de puntos de encuentro depende de la dispersión de las familias atendidas, además se establecerán estrategias para organizar a las familias según los temas a tratar, si lo considera, podrá realizar actividades paralelas según grupo de edad de niñas y niños, mujeres gestantes o madres en periodo de lactancia. Los encuentros deben permitir el diálogo, el intercambio de saberes y la interacción entre los participantes, especialmente entre niñas, niños y sus familias.

Los encuentros grupales se hacen fundamentales para lograr la elaboración y ejecución del plan de atención y acompañamiento familiar e individual; para ello el equipo de la modalidad debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Contar con una planeación en la cual se precisen los objetivos, los contenidos, las estrategias, los materiales y recursos que se utilizarán para el abordaje de las temáticas con las familias, así como los resultados esperados, como se ha definido anteriormente.



PÚBLICA

- Es fundamental que se establezcan mecanismos e instrumentos para evaluar la sesión y la manera como el equipo utilizará esta información para fortalecer las próximas planeaciones, todo esto con el propósito de tener en cuenta las percepciones y aportes de las familias sobre el desarrollo de las sesiones.
- Los temas para abordar en las sesiones deben ser el resultado de un proceso de indagación y análisis de las inquietudes, intereses y necesidades de las familias en las que se tenga en cuenta el contexto sociocultural.
- Los procesos que se adelanten con las familias deben estar basados en el diálogo de saberes, en el cual son valoradas las concepciones, miradas, ideas y posturas en torno a los procesos de salud, alimentación y nutrición de las niñas, los niños, lactancia materna y el binomio madre-hijo.
- Se deben establecer estrategias que permitan la participación de las niñas, los niños y sus acompañantes, por lo tanto, es necesario emplear propuestas distintas a charlas magistrales.
- Los días y horario en que se llevarán a cabo las sesiones grupales requieren de la concertación con la comunidad, y de conocer las dinámicas propias del territorio.

A continuación, se enuncian algunas temáticas sugeridas, sin embargo, las familias podrán proponer otras que consideren pertinentes y oportunas para abordar:

- Derechos humanos: derecho a la alimentación, derecho a la salud. La corresponsabilidad de los titulares de derechos y responsabilidades de los garantes de derechos.
- Alimentación y nutrición en diferentes etapas: alimentación de la mujer gestante, alimentación de la madre en periodo de lactancia, práctica de la lactancia materna y alimentación complementaria y perceptiva, importancia y rol de la familia en el éxito de la práctica de lactancia materna.
- La desnutrición: identificación de los signos de la desnutrición, identificación de signos de alarma y peligro de muerte, prevención de la desnutrición.
- Alimentación saludable para la familia.
- Recuperación de alimentos y preparaciones tradicionales saludables.
- Autoconsumo de alimentos (huertas, shagras, Rozas, etc)
- Prácticas saludables para la preparación, conservación y manipulación de alimentos.
- Agua segura para el consumo humano, uso en la preparación de alimentos.
- Desventajas en el uso de biberón.
- Hábitos de sueño y su relación con el crecimiento.
- Adecuado uso de Alimentos de Alto Valor Nutricional: Alimento de Alto Valor Nutricional para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia y Bienestarina Más®. Recetas saludables con estos alimentos.
- Participación y ejercicio de la ciudadanía y control social.

#### 5.2.2.1.2.1 Características de los encuentros grupales

Los encuentros grupales se realizan a partir del primer mes de atención de los usuarios y su periodicidad será de mínimo una vez al mes, con una duración que puede variar entre 2 y 4 horas, en los cuales se espera que todo el equipo interdisciplinario participe. Estos espacios deben



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

contemplar la realización de un taller dirigido a niñas, niños y mujeres gestantes, la entrega de las Ración Familiar para Preparar -RFPP y el seguimiento de peso y talla. Se espera que, en el encuentro, la mujer gestante, la niña, el niño y su cuidador participen activamente de las experiencias que le brinda el equipo de la modalidad, puesto que este es un requisito para la entrega de las RFPP.

Las sesiones deberán tener un máximo de 40 participantes, manteniendo los protocolos de bioseguridad establecidos desde el sector salud y por el Ente Territorial, en las cuales se incluya un espacio en donde se realice una actividad para compartir conocimientos, que responderá a los intereses y necesidades del grupo, se debe tener en cuenta la promoción de la interacción con niñas y niños, fomentando su participación. Se aclara que, en el momento del abordaje de la temática, las niñas y los niños deben estar acompañados por los gestores comunitarios quienes realizarán con ellos actividades acordes con su edad.

La organización de las sesiones se realizará teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Talleres en los que se profundice sobre la alimentación, nutrición, y de manera especial, la práctica de la lactancia materna.
- Espacios de intercambio y reflexión sobre prácticas de cuidado y crianza. Se deberá contar con tiempos de receso entre actividades para los asistentes.
- Fomento de la participación de la madre, padre o cuidador de niñas y niños, con el fin de fortalecer los vínculos afectivos y la responsabilidad parental. En el caso de la mujer gestante, se deberá promover la participación del esposo, pareja o persona significativa que la está acompañando.

Es importante tener presente que para la organización de los encuentros grupales se deben considerar las dinámicas propias de los grupos y del territorio; esto permite concretar el tiempo propicio para el desarrollo de los encuentros, en acuerdo con las familias, minimizando el riesgo de ausencia.

Para las comunidades étnicas, se plantea la realización de encuentros grupales en torno a la alimentación y nutrición en el cual se inviten a las autoridades tradicionales de las comunidades y actores como sabedores, médicos tradicionales, *jaibaná*, parteras, entre otros, con el fin de reconocer el saber tradicional y así fortalecer la pertenencia y apropiación de la educación alimentaria que favorezca la resignificación de algunas prácticas que contribuyan al adecuado estado nutricional de los usuarios y las buenas prácticas alimentarias de la comunidad.

#### 5.2.2.1.3 Planeación de visitas familiares

Para la planeación de las visitas familiares, el talento humano debe tener presente la información arrojada por la caracterización familiar, así como la identificación de las particularidades y necesidades que requieran de especial atención en cada familia.

Teniendo en cuenta lo anterior, para la planeación de las visitas familiares se deberá tener en cuenta lo siguiente:



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

- Objetivos y metas.
- Temas priorizados.
- Estrategias para desarrollar los temas.
- Recursos.
- Responsables.
- Actividades de seguimiento y evaluación.

Uno de los objetivos de la planeación de las visitas familiares es lograr el fortalecimiento de las familias para que promuevan entornos protectores en los hogares, teniendo como base las concepciones que giran en torno a las prácticas alimentarias, hábitos y estilos de vida saludables.

**5.2.2.1.3.1 Características de las visitas familiares**

Las visitas familiares son encuentros que se realizan en los contextos familiares cotidianos, especialmente, en el lugar de domicilio, permitiendo tener un acercamiento directo con los integrantes de las familias. Estas visitas permiten tener mayores insumos para la elaboración del plan de atención y acompañamiento individual y familiar.

La duración promedio de la visita es de una hora, y deben desarrollarse en un ambiente de confianza y respeto de las tradiciones, rituales y costumbres, resaltando los aspectos positivos de las familias (sus habilidades y capacidades), promoviendo espacios de aprendizaje a través de acciones de integración familiar y que las mismas respondan a sus necesidades de atención, teniendo presente el objetivo propuesto. De igual forma, es pertinente contar con la planeación de las actividades a realizar en cada visita.

Para evitar que la visita familiar termine siendo una entrevista o encuesta en donde solamente participa un integrante de la familia y se torne monótona, se debe tener en cuenta la realización de encuentros participativos, dinámicos y didácticos que fomenten la intervención y compromisos de la mayoría de los integrantes de la familia. Se espera que las visitas proporcionen espacios de aprendizaje experiencial y dinámico para la construcción de conocimientos a partir del diálogo, interacción y reflexión de los miembros de la familia.

Para lograr los objetivos de la modalidad, es fundamental garantizar el acompañamiento y seguimiento permanente a las familias de las niñas, niños y mujeres gestantes que ingresen a ésta. Para ello, se debe garantizar la siguiente periodicidad de visitas familiares así:

- Desde el momento del ingreso y durante los 30 días siguientes, la familia debe contar con una visita familiar por parte de los dos profesionales, el auxiliar de enfermería y un gestor comunitario.
- Durante los 8 a 15 días siguientes de entregado el complemento alimentario, se debe realizar una visita familiar por parte de los gestores comunitarios, con el fin de verificar el consumo adecuado del ALC en las niñas y niños y el Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia. Así mismo, se deberá realizar seguimiento a las prácticas clave que se valoren para cada familia.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

- A partir del segundo mes y durante todo el proceso (hasta completar 4 meses de atención para el niño menor de 5 años que es identificado y atendido; y hasta que el niño nacido cumple 6 meses de edad, cuando el usuario identificado y atendido es la mujer gestante), la familia debe recibir mínimo una visita mensual en el hogar por uno de los dos profesionales del equipo o por el auxiliar de enfermería y mínimo una visita quincenal por el gestor comunitario. De igual manera, el auxiliar de enfermería debe priorizar las visitas a las mujeres gestantes, y una vez nace el niño, deberá adelantar como mínimo una visita en los primeros 5 días de nacido, al binomio madre-hijo, de tal manera que se garantice el éxito de esta práctica.

**Nota 14:** Las frecuencias en las visitas de seguimiento podrán aumentar de acuerdo con lo que se defina en los estudios de caso que se elaboren para los usuarios que así lo requieran. También se condicionarán a las dinámicas, requerimientos y necesidades particulares de las niñas, niños, mujeres gestantes, sus familias y el territorio.

Con el fin de facilitar el desarrollo de las visitas familiares y los encuentros grupales se plantean los siguientes momentos:

- **Integración**: momento de interacción con las familias, a través de actividades que fomentan la participación de todos los presentes en la visita familiar o encuentros grupales.

- **Observación**: momento de análisis y reflexión que promueve un espacio de autoexploración de las familias para que ellas, con orientación del gestor o los profesionales, descubran elementos de importancia que contribuyen en el proceso de atención y en su bienestar.
- **Compromiso**: momento para compartir saberes propios y aprendidos, que permitan llegar a acuerdos que promuevan el mejoramiento del estado nutricional de los usuarios, las prácticas saludables, el fomento de entornos protectores y el bienestar de las familias.

- **Cierre:** momento en el cual se comparten aprendizajes logrados y conclusiones a través de las actividades realizadas. Así mismo, es el momento para escuchar las sugerencias de las familias, que permitan mejorar el proceso de atención. Por último, se agradece a las familias por su participación y se acuerda la fecha para la próxima visita familiar o encuentro grupal.

### 5.2.2.1.4 Acciones de estimulación sensorial y emocional

La infancia es considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo de la humanidad, caracterizada por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo. Para que estos fenómenos se produzcan con total normalidad, es fundamental una adecuada nutrición.

La nutrición a su vez está sometida a factores condicionantes: algunos fijos, como el potencial genético del individuo y otros dinámicos, como los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores y se ve alterada la nutrición, se interrumpe el crecimiento y desarrollo del niño, dando lugar a la desnutrición infantil.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

Las consecuencias que provoca la desnutrición ocurrida en la infancia, y especialmente en los primeros cinco años, son las más sensibles en la sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se originarían alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles.

Stoch y Smythe, fueron los primeros en formular la hipótesis relativa a que la desnutrición durante los primeros dos años de vida, podrían inhibir el crecimiento del cerebro y esto produciría una reducción permanente de su tamaño y un bajo desarrollo intelectual; los primeros dos años de vida no sólo corresponden al período de máximo crecimiento del cerebro, sino que al final del primer año de vida, se alcanza el 70% del peso del cerebro adulto, constituyendo también, casi el período total de crecimiento de este órgano.

También el desarrollo del sistema nervioso central está determinado en los primeros 18 meses de vida del niño. Si durante este tiempo el niño no recibe una adecuada ingesta de nutrientes y estimulación sensorial, se produce una atrofia en el desarrollo neuronal.

Es por ello que se deben realizar con las niñas y niños menores de cinco (5) años (especialmente durante los dos primeros años) acciones que promuevan su desarrollo cerebral, de tal forma que se potencie su capacidad intelectual y su proceso de aprendizaje. Se deben priorizar acciones que permitan la exploración del mundo que lo rodea, estimular su imaginación, exacerbar su curiosidad y suscitar estimulación verbal. Se debe garantizar en esta etapa los estímulos psíquicos y afectivos, propiciando ambientes de seguridad.

Teniendo en cuenta lo anterior, las actuaciones sobre la malnutrición (incluyendo el riesgo) deben realizarse en los primeros años de vida, mediante intervenciones destinadas a prevenir el daño neuronal y a prevenir la desnutrición. La estimulación sensorial y emocional debe hacer parte del tratamiento de las niñas y niños con riesgo de desnutrición, ya que potencia la respuesta al manejo nutricional.

A continuación, se brindan algunas orientaciones[44] para mejorar las capacidades de las niñas y niños menores de 5 años, y coadyuvarán en el cumplimiento de los objetivos relacionados con el mejoramiento del estado nutricional; estas se liderarán y orientarán por el profesional del área social junto con el auxiliar de enfermería, e incluirán a los demás integrantes de la familia, no obstante, podrán llevarlas a cabo cualquiera de los integrantes del equipo interdisciplinario, y se realizarán tanto en los hogares, en el momento en que el equipo realiza la visita a la familia o en los espacios de encuentro grupal, en las interacciones y actividades que en dichos encuentros se realicen con los niños y las niñas:

**Capacidad de Lenguaje**

- Enseñe al niño canciones locales y juegos, empleando los dedos de las manos y los pies.
- Anímele para que se ría y vocalice; repita lo que dice.

[44] Directrices para el tratamiento hospitalario de los niños con malnutrición grave. Ann Ashworth, Sultana Khanum, Alan Jackson, Claire Schofield. Organización Mundial de la Salud 2004.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PUBLICA

- Enséñele a decir palabras que corresponden a lo que hace, por ejemplo: “golpear” cuando toca el tambor, “hasta luego” al agitar la mano, etc.
- Aproveche toda oportunidad para enseñarle conceptos.

**Actividades motoras**

- Tenga al niño por las axilas y levántelo repetidamente, siempre con los pies sustentando su peso.
- Ayúdele a mantenerse sentado, aleje los juguetes y anímele a gatear o caminar tras ellos.
- Sujételo de las manos y ayúdele a caminar.
- Cuando empiece a andar sin ayuda, dele un juguete “de tirar” y luego otro “de empujar”.

**Actividades con juguetes**

Puede hacer juguetes sencillos con objetos comunes y utilizarlos para distintas actividades motoras:

*Aro en una cuerda*

- Balancee el aro al alcance del niño y anímelo a tomarlo.
- Suspenda el aro sobre el lugar donde duerme el niño y anímelo a golpearlo y balancearlo.
- Deje que el niño examine el aro y después colóquelo a cierta distancia, pero a su alcance y con la cuerda en su dirección, y anímelo a tomar el aro tirando de la cuerda horizontalmente.
- Siente al niño en su regazo y tenga la cuerda con el aro colgando al nivel del suelo; enséñele a recogerlo tirando de la cuerda verticalmente. Enséñele también a balancear el aro.

*Sonajero y Tambor*

- Deje que el niño examine el sonajero. Enséñele a hacerlo sonar diciéndole al mismo tiempo “mueve”
- Anime al niño a hacer sonar el juguete diciéndole “mueve”, pero sin enseñar el movimiento.
- Enseñe al niño a golpear el tambor, diciéndole “golpea”.
- Aleje el tambor y anime al niño a gatear o caminar tras él, diciéndole “toma”.
- Anime al niño a repetir “golpea” a medida que golpea el tambor.

*Juguete con bloques “de meter y sacar”*

- Deje que el niño examine el recipiente y los bloques. Ponga los bloques dentro del recipiente y sacúdalo. Luego enseñe al niño a sacarlos uno por uno, diciéndole cada vez “toma” y “dame”.
- Enseñe al niño a sacar los bloques dando la vuelta al recipiente.
- Enseñe al niño a tener un bloque en cada mano y golpearlos uno contra otro.
- Enseñe al niño a poner los bloques en el recipiente y sacarlos de nuevo, diciéndole cada vez “dentro” y “fuera”.
- Tape los bloques con el recipiente y diga “¿Dónde están? Están debajo”. Deje que el niño los descubra. Luego escóndalos bajo dos o tres capas de algo, por ejemplo, telas.

PÚBLICA

- Ponga el recipiente boca abajo y enseñe al niño a poner los bloques “encima”.
- Enseñe al niño a apilar los bloques: primero dos y luego más. Enséñele el significado de las palabras “levantar” cuando apile los bloques, y “tirar” al derribarlos. Hágalo como un juego.
- Coloque los bloques uno tras otro horizontalmente, primero dos y luego más. Enséñele a empujarlos, haciendo el ruido de un tren o un coche. Si la edad del niño lo permite, enséñele el significado de las palabras “parar”, “avanzar”, “rápido”, “lento” y “junto a”. Después enséñele a reunir los bloques por colores, primero dos y luego más. Enséñele a distinguir entre un montón “alto” y otro “bajo”. Invéntese juegos.

*Botella*

- Introduzca un objeto en la botella y agítela. Enseñe al niño a dar la vuelta a la botella para sacarlo, preguntándole “¿Puedes tomarlo?”. Luego enséñelo a introducir el objeto en la botella y sacarlo. Haga lo mismo después con varios objetos.

*Libros*

- Siente al niño en su regazo para que pase las hojas, toque las ilustraciones y vocalice. Después él deberá señalar las ilustraciones que usted nombre. Describa las ilustraciones, preséntele representaciones de objetos, personas y animales familiares. Si la edad del niño lo permite, pídale que nombre y describa cada representación.

*Muñeca*

- Enseñe al niño la palabra “bebé”. Deje que abrace la muñeca y se ocupe de ella. Cante una canción cuando esté acunando al niño.
- Enséñele a identificar las partes de su propio cuerpo y de la muñeca al nombrarlas. Después él mismo niño deberá nombrarlas.
- Ponga la muñeca en una caja como si fuera la cama, enséñele las palabras “cama” y “dormir”, y describa los juegos que está haciendo.

**5.2.2.1.5 Cierre**

Al finalizar la etapa de planeación, se deberá contar con:

- Un plan de atención y acompañamiento individual y familiar por cada una de las familias que incluya las acciones de estimulación sensorial y emocional.
- Un plan de encuentros grupales.
- Un cronograma mensual de visitas familiares.

PÚBLICA

### 5.2.2.2 Hábitos de estilo de vida saludable

#### 5.2.2.2.1 Educación Alimentaria y Nutricional-EAN[45]

Una de las estrategias establecidas para el abordaje de la problemática de inseguridad alimentaria y nutricional es la de Información, Educación y Comunicación**,** que contempla la promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN, para mejorar las prácticas de producción, alimentación, nutrición, salud, higiene, manipulación y preparación de alimentos; del mismo modo se propone estructurar una red de comunicaciones para la divulgación masiva de información sobre alimentación y nutrición a la población, que permita orientar la decisión de compra y consumo de productos alimenticios; promover hábitos y estilos de vida saludables que permitan mejorar el estado de salud y nutrición de la población, y prevenir la aparición de enfermedades asociadas con la dieta.

Es esencial que la EAN se base en la cultura y prácticas alimentarias y no en conocimientos teóricos y alejados de la vida cotidiana de las personas por cuanto de esto depende en gran medida su estado de nutrición, salud y bienestar, presente y futuro, por cuanto se aprende haciendo y viviendo, por ello y contando con la voluntad de las personas, la educación alimentaria debe lograr la conexión entre el conocimiento y las prácticas para que sea eficaz (Mincultura, 2012) (UNESCO, 2015) (Latham, M., 2002).

De acuerdo con lo establecido en el Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional, se enmarcan especialmente, las siguientes líneas de acción para el trabajo con las familias:

*“Línea de acción No.5 “Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable”, que convoca al fomento de los estilos de vida saludables, mediante acciones de educación alimentaria y nutricional para motivar a las personas a elegir los alimentos más apropiados para su dieta a fin de que reduzcan las enfermedades relacionadas con la alimentación y potencien factores positivos que incidan en su estado de salud y nutrición.*

*Línea de Acción No. 6, “Mejoramiento de los servicios públicos, saneamiento ambiental y entornos saludables”, la Directriz hará énfasis en el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos y sociales con el fin de hacerlos más sanos y amigables al ser humano para que propicien y protejan la seguridad alimentaria y nutricional, con la implementación y fortalecimiento de diferentes programas, estrategias y acciones”.*

Mediante la Educación Alimentaria y Nutricional se pueden articular acciones relacionadas con la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, dentro de lo cual es importante hacer énfasis en la promoción de la práctica de la lactancia materna, así como con la prevención de las enfermedades no transmisibles.

En miras al cumplimiento de estos objetivos, en la vigencia 2019 el ICBF en convenio con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO, diseñó la

[45] Tomado de la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para los programas y proyectos misionales del ICBF.



PÚBLICA

Estrategia Nacional de Información Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional, la cual está dirigida a los agentes educativos comunitarios e institucionales del ICBF, entre los que se encuentran las EAS de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

Esta estrategia se concibe como un conjunto de acciones educativas y herramientas que buscan el cambio permanente de comportamiento que favorezcan las prácticas alimentarias saludables, a través del fortalecimiento de las habilidades de los agentes educativos, como la creatividad, habilidad para preguntar, escuchar, ofrecer información clara, no juzgar hábitos o creencias, reconocer y promover las practicas saludables existentes en las familias, exhortarlos al cambio de comportamientos negativos y así lograr la adopción voluntaria de prácticas y estilos de vida saludables.

La estrategia también brinda a los agentes educativos ejemplos sencillos y prácticos, sobre las herramientas necesarias para que reconociendo su contexto, su población objetivo y las temáticas priorizadas, promuevan prácticas de alimentación saludable en las familias que son beneficiarias de la modalidad[46].

**5.2.2.2.2 Promoción de prácticas saludables para el cuidado materno infantil en entornos saludables**

La gestación y la lactancia son unas de las más importantes etapas en la vida de una mujer, del binomio madre-hijo y de su familia. Por su estado, la mamá requiere de cuidados especiales frente a su alimentación, descanso y condición de salud, para contribuir al bienestar materno-infantil. La buena alimentación, por ejemplo, es importante desde el vientre materno hasta la vejez, ya que contribuye al adecuado crecimiento, desarrollo, bienestar físico y emocional.

Durante la gestación y la lactancia, las mujeres necesitan una alimentación saludable, tanto en calidad como en cantidad, para prevenir problemas de salud en este periodo, al momento del parto y después de este y así asegurar que el bebé nazca y crezca sano. Al no consumir los alimentos saludables en cantidad y calidad adecuados, la mujer en gestación puede presentar malnutrición, tanto por déficit de alimentación conocida como desnutrición, o por exceso de consumo de alimentos de baja calidad nutricional (gaseosas, productos de paquete, comidas rápidas y golosinas, los cuales presentan un alto contenido de azúcar, sal y grasas), que pueden poner en riesgo la salud tanto de la gestante como del bebé. De igual manera, el consumo inadecuado de alimentos puede ocasionar deficiencia de algunos micronutrientes como el hierro y el calcio, que son esenciales para el crecimiento y desarrollo del bebé y el mantenimiento de la salud de la madre.

Es así como es necesario continuar con acciones orientadas a la adopción, modificación o fortalecimiento de hábitos y prácticas de alimentación saludables, así como de condiciones o entornos que favorezcan el desarrollo de dichas prácticas y estilos de vida saludables en las familias usuarias de la modalidad.[47]

[46] Desde la Dirección de Nutrición se dispondrá de una cartilla e infografía como herramientas de apoyo para desarrollar la Estrategia Nacional de Información Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional.

[47] Documento técnico: promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, Ministerio de salud. Perú 2011.



PÚBLICA

Los entornos responsables de propiciar la adopción de prácticas y estilos de vida saludables desde la niñez abarcan desde el espacio íntimo de la familia hasta el contexto socioeconómico y político extensivo determinado por los gobiernos, organismos internacionales y sociedad civil.

El entorno saludable es un concepto integral que reconoce el hogar, la escuela y la comunidad como espacios clave donde transcurre parte importante de la infancia y la adolescencia y donde se adquieren conocimientos y valores decisivos para la vida.[48] El entorno o condiciones comprende dos dimensiones que se superponen y están interrelacionados; el "entorno Inmediato", compuesto por los progenitores y familiares, amigos y miembros de la comunidad en que la comunicación es el factor que más influye sobre el comportamiento.

Por tanto, el entorno inmediato durante la primera infancia es transcendental sobre el modo en que su cerebro se desarrolla, cuanto más estimulante sea este entorno y esté libre de violencia, mejor será el progreso de la niña o niño, en el desarrollo físico (salud), emocional, y social, así como su capacidad para expresarse y adquirir conocimientos.[49]

**Entorno familiar:**

Las EAS en esta modalidad están en una posición de privilegio, ya que están cerca de las mujeres gestantes, madres lactantes y sus bebés, donde a través de las visitas familiares, las pueden observar, escuchar, acompañar, asesorar con mayor frecuencia y por consiguiente orientar de manera acertada a las familias en la adopción de estilos de vida y prácticas de alimentación saludables, culturalmente apropiadas, que contribuyan a la prevención de la malnutrición y un adecuado estado de salud.

Para ello, las EAS deben contar con profesionales y técnicos, cuyas acciones estén orientadas en promoción y prevención, quienes, en el entorno familiar a través de las visitas al hogar, deberán apoyar las acciones de seguimiento a las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, así:

1. Brindar recomendaciones a las mujeres y familias gestantes:

- Cuando se focaliza la mujer gestante antes de la semana 12, fomentar que acuda a su primer control prenatal durante el primer trimestre del embarazo y continúe su asistencia mensual. Recordar la importancia que tiene el asistir a este tipo de seguimientos de forma periódica, desde el momento en que conoce que se encuentra en gestación.
- Reconocer la importancia del rol de la familia, compañero y el establecimiento de redes de apoyo, no solo durante la gestación, sino también durante la lactancia
- Recordar y reforzar la importancia de las orientaciones brindadas por el profesional en nutrición en cuanto a la selección y consumo de alimentos saludables, de acuerdo con los patrones culturales, el estado de salud, nutrición y edad de la gestante.

[48] Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los ODM No 05 – Julio 2007: El Derecho a entornos saludables para la infancia y adolescencia. Perú.
[49] Desarrollo de la primera infancia: Inversión en el futuro de un país. Perú 2011.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

- Verificar que recibe y consuma adecuadamente la suplementación con micronutrientes brindada por la entidad de salud.
- Verificar que recibe las dosis de vacunas de toxoide tetánico durante su gestación y dosis de DPT.
- Fomentar que la madre identifique y acuda al establecimiento de salud al evidenciar las señales de peligro: fiebre, ardor al orinar, vómito abundante, dolor de cabeza, sangrado, hinchazón de pies, manos y cara, el bebé no se mueve, pérdida de líquido (aunque sea gotas), contracciones antes de tiempo.
- Promover la práctica de la actividad física en las mujeres gestantes y lactantes, adecuada con su estado fisiológico, puesto que tiene múltiples beneficios para la madre y el bebé a nivel físico y psicológico.
- Recordar a las madres las consecuencias negativas que trae consigo el consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillo, entre otras. Explicar a la madre complicaciones que se pueden presentar durante la gestación[50]
- Explicar a la madre que es el parto normal y posibles complicaciones durante el parto.
- Fomento de factores protectores familiares y frente a la preparación para el parto y puerperio.
- Identificar a las gestantes que no se encuentren vinculadas a la RIAS Materno Perinatal y orientarla hacia los servicios correspondientes, según la oferta institucional del territorio.
- Brindar recomendaciones sobre la alimentación saludable durante la gestación según las GABAS.
- Dar a conocer la importancia y beneficios que trae consigo la práctica de la lactancia materna para la madre, el bebé, la familia y la sociedad.

2. Brindar recomendaciones para el parto:

- Fomentar que la madre acuda al establecimiento de salud, según acceso geográfico, para la atención oportuna del parto.
- En los últimos controles prenatales, en lugares con limitada accesibilidad, la remisión a hogar de paso deberá estar prescrita en este plan de parto. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deben pagar estos servicios en el marco del plan de beneficios con cargo a la UPC y de acuerdo con los lineamientos que para tal fin emita el Ministerio de Salud y Protección Social. Considerar las alianzas con las parteras tradicionales y su papel dentro del sistema de referencia de salud.
- Recordar la importancia y el derecho que tienen las madres al contacto piel a piel y la lactancia materna durante la primera hora de vida del bebé, así como a la consejería en lactancia materna.

3. Brindar recomendaciones para las mujeres y familias lactantes:

- Recordar a la madre y a su familia la importancia de acudir al establecimiento de salud al reconocer las señales que se relacionen con infecciones que se manifiestan con fiebre, escalofrío, malestar general y dolor en sitio de la infección.

[50] Guías de prácticas clínicas de la gestante. Ministerio de Salud. Colombia



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

- Informar a la familia sobre los signos de alarma de la madre para consulta en el posparto: presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia, síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia, fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio, vómito, diarrea, un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos, dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal), disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa), problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor), dolor o hinchazón en las piernas, estado de ánimo que afecta la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal.
- Reforzar las recomendaciones saludables sobre el consumo de alimentos y porciones de acuerdo con la edad y etapa de lactancia, brindadas en el plan alimentario.
- Abordar con las familias lo relacionado con el espaciamiento entre embarazos por medio de la planificación familiar y la anticoncepción.
- Verificar que la madre tenga agendada la cita de control del posparto, que deberá realizarse entre el tercer y el séptimo día posparto.
- Recordar la importancia y el rol de la familia en esta nueva etapa.

4. Brindar los cuidados adecuados al recién nacido.

- Verificar y promover el control de salud del recién nacido en la institución de salud ambulatoria de la niña o el niño por parte de profesional de pediatría o de medicina general con entrenamiento en pediatría durante los primeros cinco días del egreso hospitalario.
- Identificar signos de peligro para el recién nacido: bebé letárgico, flácido, temperatura corporal del bebé menor de 36ºC o mayor de 38ºC, alteraciones en la respiración /dificultad para respirar, convulsiones, color de la piel anormal, signos de infección en la zona del cordón umbilical, come menos de lo habitual, rechaza el alimento constantemente, estreñimiento severo, diarrea, deposiciones con sangre, llanto inconsolable, malestar general.[51]
- Verificar si tiene el carné único de salud infantil o indicar a la madre la importancia de que la institución de salud se lo expida.
- Incentivar y acompañar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (se describe a continuación).

### 5.2.2.2.3 Promoción y fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna

La adecuada alimentación durante los primeros años de vida es fundamental para la supervivencia, crecimiento y desarrollo integral de las niñas y los niños. La leche materna aporta las calorías, nutrientes y factores protectores que el bebé necesita durante los primeros 6 meses de vida, y de forma complementaria hasta los dos (2) años o más, por ello es considerada como el alimento más completo y con mayor beneficio para esta población. Adicionalmente, la lactancia materna es la práctica alimentaria que ofrece más ventajas y beneficios a las niñas y niños, las madres, sus familias, la sociedad y el medio ambiente.

[51] Consejería de salud. Embarazo, Parto y puerperio. Recomendaciones para futuros padres, 2004. Junta de Andalucía – Consejería de Salud. Gráficas Monterreina – Sevilla



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

De acuerdo con la ENSIN 2015, en Colombia sólo 3 de cada 10 niñas y niños (36,1%) reciben lactancia materna de manera exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y sólo un 72% de los niños y niñas menores de 2 años de edad recibieron lactancia materna en su primera hora de nacidos[52].

Las recomendaciones de la OMS y la UNICEF como práctica definen dos aspectos importantes:

1. Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida[53]
2. Iniciar la alimentación complementaria adecuada y segura a partir de los 6 meses, manteniendo la lactancia materna hasta los dos (2) años o más[54].

En este sentido, la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna en el ICBF se considera una línea de acción transversal en todos los ejes de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, dado su valioso aporte en la etapa de la primera infancia, así:

- **Disponibilidad**: se refiere a la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por el seno materno, por lo que la leche materna se constituye como la primera y mejor opción que se le puede ofrecer al niño desde su primera hora de vida.

- **Acceso:** la lactancia materna no exige ningún gasto a la familia, lo cual permite que no haya barreras para el acceso oportuno del alimento más adecuado para la nutrición infantil; por lo tanto, es el menos costoso, siempre está lista, no requiere preparación ni necesita combustible, no demanda tiempo adicional para su preparación ni esterilización de biberones y ahorra agua. También reduce costos en salud al disminuir el riesgo y presentación de enfermedades y muertes del hijo y de la madre. La lactancia materna es práctica, segura y económica.

- **Consumo:** se requiere la práctica de Lactancia Materna Exclusiva-LME durante los primeros seis meses de vida y a partir de allí mantenerla con alimentación complementaria adecuada según la edad, hasta los 24 meses. Para adquirir esta práctica es fundamental el proceso educativo ofrecido a las mujeres gestantes y sus familias en todo el tema, para el cambio de actitudes y prácticas.

- **Aprovechamiento Biológico:** el contenido nutricional y de otros factores importantes de la leche materna ha evidenciado sus ventajas biológicas y provisión inmunológica, así como la vinculación afectiva. El amamantamiento previene enfermedades crónicas no transmisibles como alergias, obesidad, diabetes, hipertensión y algunos tratamientos médicos de la madre y se garantiza el derecho a la alimentación, también acelera la maduración de los órganos y sistema inmunológico, lo que le permite defenderse mejor de las enfermedades infecciosas y prevenir muertes infantiles. La lactancia materna ayuda a contribuir con el mejoramiento de la situación de salud de la primera infancia y al cumplimiento de las metas de los Objetivos de

[52] Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia -ENSIN 2015.
[53] Recuperado de: http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/ febrero 7 de 2019.
[54] Ibid.



PÚBLICA

Desarrollo Sostenible y los compromisos en salud pública que tiene el país a nivel internacional, como son la disminución de indicadores de desnutrición y mortalidad infantil.

- **Inocuidad:** la leche materna garantiza la completa calidad en nutrientes, temperatura, consistencia y cantidad, por lo que no existe riesgo en su preparación. La leche artificial o fórmula infantil, no contiene los anticuerpos presentes en la leche materna que protegen a la niña o niño contra enfermedades como gripa o diarrea; adicionalmente cuando no se prepara adecuadamente, conlleva riesgos que se relacionan con el uso de agua insalubre y las malas técnicas de aseo; de igual forma una dilución excesiva con el fin de ahorrar la leche artificial por lo general produce malnutrición en las niñas y los niños. La lactancia materna agrega un valor ecológico que tiende a evitar la contaminación del medio ambiente y contribuir a una producción más limpia y eficiente.[55]

Adicionalmente, la lactancia materna fortalece el vínculo afectivo entre la madre, la niña o niño y se generan momentos donde la afectividad y cercanía permite afianzar los lazos y las relaciones de cuidado y protección hacia las niñas y niños y con mayor impacto cuando en el proceso se involucra toda la familia.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, es necesario que las EAS en esta modalidad realicen las siguientes actividades, a través del trabajo interdisciplinario de los integrantes del equipo y para lo cual se contará con un auxiliar de enfermería con experiencia en lactancia materna, quien apoyará el proceso de consejería en lactancia materna:

- Realizar encuentros con las familias gestantes para identificar conocimientos, creencias, mitos y prácticas que favorezcan o amenacen la práctica de la lactancia materna y el inicio adecuado de la alimentación complementaria.
- Realizar diferentes sesiones educativas teórico-prácticas sobre lactancia materna a la mujer gestante, la madre en periodo de lactancia y sus familias (importancia de la lactancia durante la primera hora de vida, beneficios de la lactancia para la mamá, el bebé, la familia, la sociedad; producción de leche, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción, almacenamiento, conservación, suministro de leche materna extraída utilizando taza o vaso, rol de la familia en el fortalecimiento de esta práctica, etc.)
- Brindar acompañamiento, escuchar, resolver dudas y apoyar a la madre para que se prepare física y emocionalmente para esta nueva etapa tan importante como lo es la lactancia materna.
- Sensibilizar a las madres lactantes y sus familias sobre la importancia y el rol que tiene cada integrante del hogar para hacer de la lactancia materna una práctica exitosa.
- Vincular efectivamente al padre de la niña o el niño y demás familiares en el proceso de amamantamiento, como estrategia para el fortalecimiento de los vínculos afectivos y sociales en el núcleo familiar y como apoyo a la madre para que pueda amamantar, incluso en el apoyo a las tareas del hogar.
- Realizar acompañamiento constante y consejería en lactancia a las madres, para que decidan alimentar de forma exclusiva con leche materna a sus hijos durante los primeros 6 meses de

[55] Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para los programas y proyectos misionales del ICBF. Bogotá, 2015.



PÚBLICA

vida y continúen amamantando hasta los dos años o más con la introducción de una alimentación complementaria adecuada

- Explicar a la madre su derecho a exigir que el recién nacido sea colocado en el pecho materno para brindarle calor, afecto y propiciar el inicio precoz de la lactancia materna y la importancia de amamantarlo durante la primera hora después del parto.
- Identificar si el bebé tiene una práctica de lactancia exitosa, (succión, agarre, posición) y brindar recomendaciones para seguir fortaleciendo esta práctica.
- Explicar a las madres y sus familias, las etapas y producción de la leche materna.
- Identificar y asesorar sobre cómo resolver problemas tempranos de la lactancia materna: dolor y grietas en el pezón, congestión mamaria, mastitis inflamatoria e infecciosa, lactante que no ha empezado a ganar peso después del quinto día, lactante irritable e inquieto o somnoliento o que rehúsa las tomas del seno.
- Realizar seguimiento al proceso de lactancia materna a las usuarias de la modalidad y sus familiares, para lo cual deben hacer seguimiento dentro de los 5 días posteriores al parto, con el fin de verificar el inicio y adecuada instauración de la lactancia materna, al primer mes de nacido y dos seguimientos posteriores hasta los 6 meses de vida del recién nacido para resolver de ser necesario problemas tardíos de la lactancia materna que puedan causar el abandono de esta práctica o la introducción de sucedáneos: insuficiente cantidad de leche, llanto del niño, regreso al trabajo y lactancia materna, relactancia de ser necesario.
- Socializar ante las madres y sus familias la importancia de identificar las señales de sueño, hambre y saciedad del bebé.
- Promover que la madre brinde alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas/niños mientras se continua con la lactancia materna hasta los 24 meses o más y estimular que la niña o el niño a partir de los 12 meses comparta la mesa familiar al momento de las comidas; para esta intervención, se entregará a la familia del beneficiario un plato, un cubierto y una taza para uso de la niña o el niño, una vez cumple los 6 meses de edad.
- Dar a conocer y aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el Decreto 1397 de 1992, *"Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones"*. Los apartes que merecen especial atención para este caso se encuentran en el Artículo 9 de dicho decreto que establece: "*El personal de salud no podrá proporcionar a las madres ni a sus familiares muestras y suministros de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna*".
- Fomentar grupos de apoyo a la lactancia, en los cuales mujeres en periodo de gestación y madres en periodo de lactancia se reúnan periódicamente con el fin de compartir experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la lactancia materna.
- Indagar e identificar los motivos por los cuales las madres abandonan la lactancia o impidieron la realización de la misma.
- Coordinar con el sector salud, el desarrollo de actividades que redunden en el bienestar de la madre durante la concepción y el periodo de amamantamiento.
- Coordinar con diferentes instancias del territorio la posibilidad de obtener la certificación de Consejería en lactancia materna especialmente para el personal de salud del equipo interdisciplinario.



PUBLICA

- Apoyar durante todo el proceso a la familia lactante, motivando en ella el autocuidado, fortaleciendo su autoestima, propiciando tiempos de descanso, pasatiempos y actividades propias de sí misma como mujer, en el marco del enfoque de género.
- Realizar talleres sobre el inicio adecuado de la alimentación complementaria, como por ejemplo con qué alimentos iniciar a los 6 meses de edad, cada cuánto introducir un nuevo alimento, texturas, formas, colores, señales de hambre, sueño, saciedad (alimentación perceptiva).

Algunos de los materiales educativos que las EAS pueden utilizar como referencia para los procesos anteriormente descritos son la cartilla Empezar una nueva vida, el Manual del facilitador y el rotafolio de las Guías Alimentarias basadas en Alimentos para las mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores de 2 años[56].

### 5.2.2.3 Complementación alimentaria

El esquema de complementación alimentaria definido permite brindar la energía y nutrientes que contribuyan a mejorar y mantener el adecuado estado nutricional de las niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en la modalidad y de esta forma se aporte la energía y nutrientes para favorecer el adecuado crecimiento y desarrollo.

Por lo anterior, se establece un esquema de complementación alimentaria y nutricional que tiene como fin contribuir en la prevención de la desnutrición infantil desde la gestación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos[57]:

1. Toda mujer gestante, así como las niñas y niños necesitan recibir alimentos en calidad y cantidad suficiente, esto es que satisfaga sus necesidades nutricionales de acuerdo con sexo, edad, peso, talla y actividad física para mantener un adecuado estado nutricional y desarrollo.
2. La leche materna se constituye en el principal alimento, seguro, denso en nutrientes y apropiado para las niñas y niños menores de 2 años.
3. El suministro de alimentos densos en nutrientes permite a las niñas y niños consumir y maximizar la absorción de estos para cumplir con sus requerimientos de energía y todos los nutrientes esenciales.
4. Es aconsejable dar instrucciones para la preparación segura e higiénica de las comidas, con especial cuidado de aquellas que se preparan con alimentos fortificados.

Los esquemas de complementación alimentaria tradicionales que consisten en la entrega de raciones de alimentos para preparar pueden presentar un impacto positivo en el acceso a los alimentos de las familias de los usuarios, pero un efecto limitado en la prevención de la desnutrición al no garantizarse el aprovechamiento exclusivo de las raciones por parte del usuario. Por lo tanto, las raciones para preparar de la modalidad tienen un enfoque familiar y se acompañan del

[56] Disponibles en la página web del ICBF: www.icbf.gov.co

[57] Tomado y ajustado de WHO. Technical note: supplementary foods for the management of moderate acute malnutrition in infants and children 6–59 months of age. Geneva, World Health Organization, 2012.



PÚBLICA

suministro de Alimento Listo para el Consumo-ALC[58] en la fase de mejoramiento de acuerdo con las necesidades de los usuarios en el caso de las niñas y niños mayores de 6 meses, y de un Alimento de Alto Valor Nutricional para las mujeres gestantes.

A continuación, se detalla la complementación alimentaria y nutricional de los usuarios de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo:

**Tabla No. 4**. Esquema de complementación alimentaria y nutricional de niñas y niños menores de 5 años.

| ESTADO NUTRICIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| **EDAD** | **Peso Adecuado para la Talla** | **Riesgo de Desnutrición Aguda** | **Desnutrición Aguda[59]** |
| **Menores de 6 meses** | Lactancia materna exclusiva | Lactancia materna exclusiva<br>Remisión a sector salud según criterio de nutricionista | Atención desde el sector salud[60] |
| | Ración Familiar Para Preparar-RFPP para la madre cuando suministra lactancia materna, con Alimento de Alto Valor Nutricional para la mujer gestante y madre en periodo de lactancia. | RFPP para la madre cuando suministra lactancia materna, con Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia. | |
| **De 6 a 23 meses de edad** | Lactancia materna total | Lactancia materna total | Lactancia materna total |
| | Alimentación complementaria | Alimentación complementaria | Alimentación complementaria |
| | RFPP | Alimento Listo para el Consumo -ALC (presentación de 50 ó 20 g**) hasta alcanzar la DE entre -1 y +1 para el indicador P/T (Adecuado) | Fórmula Terapéutica Lista para Consumir –FTLC*, hasta alcanzar la DE ≥ -2 para el indicador P/T |
| | | | RFPP*** |
| **De 24 a 59 meses de edad** | Alimentación familiar | Alimentación familiar | Alimentación familiar |
| | RFPP | Alimento Listo para el Consumo -ALC (presentación de 50 ó 20 g**) hasta alcanzar la DE entre -1 y +1 para el indicador P/T (Adecuado) | FTLC*, hasta alcanzar la DE ≥ -2 para el indicador P/T |
| | | | RFPP*** |

* Consultar el documento en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf (consultado el 06 de febrero de 2019).

[58] Los alimentos terapéuticos son alimentos especialmente formulados, que tienen presentación lista para el consumo o molida, están modificados en su densidad de energía, proteínas, grasas o la composición de micronutrientes, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de poblaciones específicas. Los alimentos suplementarios no están destinados a ser la única fuente de nutrientes y difieren de los alimentos complementarios, en que los últimos buscan la adaptación progresiva de los bebés a partir de los 6 meses y hasta el año de vida, a la alimentación familiar. También son diferentes de los complementos alimenticios, suplementos vitamínicos y minerales en formas de dosis unitarias tales como cápsulas, comprimidos, polvos o soluciones, donde jurisdicciones nacionales regulen estos productos como alimentos. Fuente: WHO. Technical note: supplementary foods for the management of moderate acute malnutrition in infants and children 6–59 months of age. Geneva, World Health Organization, 2012.

[59] El niño que presenta desnutrición aguda (moderada o severa) se atenderá en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, solamente cuando desde el sector salud se ha iniciado el tratamiento ambulatorio para la desnutrición aguda.

[60] De acuerdo con lo establecido en el Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad



PÚBLICA

** De acuerdo con las necesidades nutricionales de la niña o el niño y su ingesta calórica diaria, se podrá suministrar el ALC en alguna de las dos presentaciones disponibles, 20 g ó 50 g (se debe tener en cuenta que el cálculo de requerimientos nutricionales y la ingesta determinará la cantidad de ALC que se suministrará diariamente, con lo cual, el profesional en nutrición establecerá si el suministro de ALC es de 20 g o de 50 g, considerando que estos alimentos por sus características, debe consumirse dentro de las siguientes 24 horas después de abierto).
*** De acuerdo con lo establecido en el Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad, la complementación alimentaria como parte del manejo integrado de la desnutrición aguda debe considerarse a partir de la transición entre el suministro de la FTLC en forma exclusiva y la alimentación familiar, cuando la valoración médica y nutricional evidencie franca mejoría del estado de salud y nutrición de los niños y niñas.

### 5.2.2.3.1 Ración Familiar para Preparar-RFPP

La RFPP está definida para la atención de una familia tipo identificada desde el ICBF, la cual aporta alimentos que corresponden a los grupos establecidos en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos -GABAs, además de los Alimentos de Alto Valor Nutricional; esta RFPP contribuye en el aporte de requerimientos de energía y nutrientes, no solo del usuario, sino de todos los miembros de esta familia tipo.

Teniendo en cuenta que la población objetivo a atender en esta modalidad está compuesta por mujeres gestantes y niñas y niños menores de 5 años que cumplan los criterios establecidos a partir de la clasificación de su estado nutricional, se determina la necesidad de contar con dos tipos de RFPP:

- Ración Familiar para Preparar para niñas y niños de 6 a 59 meses
  - Usuario lactante de 6 a 11 meses
  - Usuario niños y niñas de 12 a 59 meses
- Ración Familiar para Preparar para mujeres gestantes.

Considerando el estado nutricional del beneficiario que fue el condicionante para ingresar a la modalidad, se debe seleccionar la opción enfocada a mantener el estado nutricional de la niña o niño o de la gestante. Esto significa que el profesional en nutrición debe enfocar las acciones de educación alimentaria y nutricional, específicamente en la distribución de los alimentos al interior de la familia, de acuerdo con los intercambios propuestos en la minuta y en coherencia con las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos.

Las RFPP se planearon bajo las consideraciones de las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes – RIEN (Resolución 3803 de 2016) y de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años haciendo uso de los intercambios por grupos de alimentos, permitiendo la distribución y selección de alimentos de acuerdo con los subgrupos de las GABAs respetando las costumbres y características propias de cada territorio, en coherencia con la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, como se observa a continuación:

1. Características de la Ración Familiar para Preparar para niñas y niños de 6 a 59 meses:

   ✓ El cálculo del requerimiento de energía está promediado por cada una de las edades.
   ✓ El requerimiento de proteína corresponde al rango inferior del AMDR.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

- ✓ Requerimiento de nutrientes con el valor del RDA (para el sodio se utilizó el AI y Zinc RDI).
- ✓ Se establecieron los requerimientos de energía y nutrientes promedio para los grupos de edad lactantes de 6 – 11 meses y niños y niñas de 1 – 5 años de acuerdo con las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes –RIEN-.
- ✓ El porcentaje de cubrimiento debe ser como mínimo lo establecido en la minuta para los dos escenarios, dependiendo de las características del usuario (lactante entre 6 a 11 meses o niño-niña entre 12 y 59 meses).
- ✓ Para macronutrientes, el aporte de la RFPP debe estar dentro del rango de AMDR establecido en las RIEN.
- ✓ Para el grupo de edad de niños y niñas de 6 a 11 meses, los intercambios del grupo 3. Leche y productos lácteos debe ser consumido por la madre en periodo de lactancia, en coherencia con las GABAs.

**Tabla No. 5**. Distribución por intercambios
Ración Familiar para Preparar para niñas y niños de 6 a 59 meses. Usuario lactante entre 6 y 11 meses

| GRUPOS Y SUBGRUPOS DE ALIMENTOS GABAs MAYORES DE 2 AÑOS | | INTERCAMBIOS PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 MESES/DÍA | INTERCAMBIOS TOTALES PARA EL RESTO DE LA FAMILIA/DÍA | TOTAL DE INTERCAMBIOS DE LA RFPP/DÍA | TOTAL INTERCAMBIOS/ MES |
|---|---|---|---|---|---|
| **GRUPO 1. CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS** | | **3** | **6** | **9** | **270** |
| SUBGRUPO 1 | Cereales | 3* | 6* | 9 | 270 |
| SUBGRUPO 2 | Raíces | | | | |
| SUBGRUPO 3 | Tubérculos | | | | |
| SUBGRUPO 4 | Plátanos | | | | |
| **GRUPO 3. LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS** | | **1** | **1,5** | **2,5** | **75** |
| SUBGRUPO 1-A | Leche entera | 1 | 1,5 | 2,5 | 75 |
| **GRUPO 4. CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS** | | **2** | **3** | **5** | **150** |
| SUBGRUPO 2 | Huevos | 1 | 1,5 | 2,5 | 75 |
| SUBGRUPO 3 | Leguminosas secas | 1 | 1,5 | 2,5 | 75 |
| **GRUPO 5. GRASAS** | | **1,5** | **3** | **4,5** | **135** |
| SUBGRUPO 1 | Polinsaturadas | 1,5 | 3 | 4,5 | 135 |
| **GRUPO 6. AZÚCARES** | | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **OTROS** | | **15g** | **45g** | **60g** | **1.800g** |
| BIENESTARINA MÁS | Bienestarina Más ® | 15g | 45g | 60g | 1.800g |

**Fuente:** Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Colombiana mayor de 2 años.

*En los grupos de alimentos en los que se establecen intercambios por grupo sin distribución, se podrán establecer los intercambios de acuerdo con los subgrupos, según disponibilidad, preferencias, costumbres y dinámicas propias de los territorios.

**Tabla No. 6**. Distribución por intercambios
Ración Familiar para Preparar para niñas y niños de 6 a 59 meses. Usuario niño-niña entre 12 y 59 meses

| GRUPOS Y SUBGRUPOS DE ALIMENTOS GABAs MAYORES DE 2 AÑOS | | INTERCAMBIOS PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 59 MESES/DÍA | INTERCAMBIOS TOTALES PARA EL RESTO DE LA FAMILIA/DÍA | TOTAL DE INTERCAMBIOS DE LA RFPP/DÍA | TOTAL INTERCAMBIOS/ MES |
|---|---|---|---|---|---|
| **GRUPO 1. CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS** | | **4** | **5** | **9** | **270** |
| SUBGRUPO 1 | Cereales | 4* | 5* | 9 | 270 |
| SUBGRUPO 2 | Raíces | | | | |
| SUBGRUPO 3 | Tubérculos | | | | |
| SUBGRUPO 4 | Plátanos | | | | |
| **GRUPO 3. LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS** | | **1,25** | **1,25** | **2,5** | **75** |
| SUBGRUPO 1-A | Leche entera | 1,25 | 1,25 | 2,5 | 75 |
| **GRUPO 4. CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS** | | **2,5** | **2,5** | **5** | **150** |
| SUBGRUPO 2 | Huevos | 1,25 | 1,25 | 2,5 | 75 |
| SUBGRUPO 3 | Leguminosas secas | 1,25 | 1,25 | 2,5 | 75 |
| **GRUPO 5. GRASAS** | | **2** | **2,5** | **4,5** | **135** |
| SUBGRUPO 1 | Polinsaturadas | 2 | 2,5 | 4,5 | 135 |
| **GRUPO 6. AZÚCARES** | | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **OTROS** | | **15g** | **45g** | **60g** | **1.800g** |
| BIENESTARINA MÁS | Bienestarina Más ® | 15g | 45g | 60g | 1.800g |

**Fuente:** Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Colombiana mayor de 2 años.

*En los grupos de alimentos en los que se establecen intercambios por grupo sin distribución, se podrán establecer los intercambios de acuerdo con los subgrupos, según disponibilidad, preferencias, costumbres y dinámicas propias de los territorios.

2. Características de la Ración Familiar para Preparar parar mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia:

- ✓ El requerimiento de energía es el de las mujeres gestantes.
- ✓ El requerimiento de proteína se calcula a partir del rango inferior del AMDR.
- ✓ Requerimiento de nutrientes se calcula con el valor del RDA (para el sodio se utilizó el AI y para el Zinc RDI).
- ✓ El porcentaje de cubrimiento del requerimiento de energía, debe ser mayor al 70% para las mujeres gestantes.
- ✓ El porcentaje de cubrimiento del requerimiento de energía debe ser mayor al 70% para las mujeres gestantes.
- ✓ El porcentaje de cubrimiento para el resto del grupo familiar debe ser, para los adultos mayor al 15% de la energía, para niños y niñas de 6 a 59 meses mayor al 30% de energía.
- ✓ Para macronutrientes, el aporte de la RFPP debe estar dentro del rango de AMDR establecido en las RIEN.
- ✓ Para el grupo de edad de niños y niñas de 6 a 11 meses, los intercambios del grupo 3. Leche y productos lácteos debe ser consumido por la madre en periodo de lactancia, en coherencia con las GABAs.

PÚBLICA

**Tabla No. 7**. Distribución por intercambios
Ración Familiar para Preparar mujer gestante y madre en periodo de lactancia (niño menor de 6 meses)

| GRUPOS Y SUBGRUPOS DE ALIMENTOS GABAs MAYORES DE 2 AÑOS | | INTERCAMBIOS PARA MUJERES GESTANTES | INTERCAMBIOS TOTALES PARA EL RESTO DE LA FAMILIA/DÍA | TOTAL DE INTERCAMBIOS DE LA RFPP/DÍA | TOTAL INTERCAMBIOS/ MES |
|---|---|---|---|---|---|
| **GRUPO 1. CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS** | | **7** | **5** | **12** | **360** |
| SUBGRUPO 1 | Cereales | 7* | 5* | 12 | 360 |
| SUBGRUPO 2 | Raíces | | | | |
| SUBGRUPO 3 | Tubérculos | | | | |
| SUBGRUPO 4 | Plátanos | | | | |
| **GRUPO 3. LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS** | | **3** | **1,25** | **4,25** | **127,5** |
| SUBGRUPO 1-A | Leche entera | 3 | 1,25 | 4,25 | 127,5 |
| **GRUPO 4. CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS** | | **4,5** | **3** | **7,5** | **225** |
| SUBGRUPO 1-A | Carnes magras | 0,5 | 0 | 0,5 | 15 |
| SUBGRUPO 2 | Huevos | 1 | 1,5 | 2,5 | 75 |
| SUBGRUPO 3 | Leguminosas secas | 3 | 1,5 | 4,5 | 135 |
| **GRUPO 5. GRASAS** | | **2** | **3** | **5** | **150** |
| SUBGRUPO 1 | Polinsaturadas | 2 | 3 | 5 | 150 |
| **GRUPO 6. AZÚCARES** | | **1,75** | **0** | **1,75** | **52,5** |
| SUBGRUPO 1 | Azúcares simples | 1,75 | 0 | 1,75 | 52,5 |
| **OTROS** | | **45g** | **45g** | **90g** | **2.700g** |
| AAVN | Bienestarina Más ® | 15g | 45g | 60g | 1.800g |
| | Alimento para la mujer gestante y madre en periodo de lactancia | 30g | 0g | 30g | 900g |

**Fuente:** Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la Población Colombiana mayor de 2 años.

*En los grupos de alimentos en los que se establecen intercambios por grupo sin distribución, se podrán establecer los intercambios de acuerdo con los subgrupos, según disponibilidad, preferencias, costumbres y dinámicas propias de los territorios.

La RFPP será entregada bajo las siguientes consideraciones:

- **Mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional:** desde el ingreso, cada mes y hasta el parto. Se continúa con la entrega durante los primeros 6 meses de edad del niño nacido si la madre ofrece lactancia materna (cumplidos los 6 meses de vida, egresa de la modalidad). La ración incluye Alimento de Alto Valor Nutricional para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia.

- **Niñas y niños menores de 6 meses:** para la familia en la que la madre brinde lactancia materna a la niña o niño. La ración incluye Alimento de Alto Valor Nutricional para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia.

- **Niñas y niños entre 6 y 59 meses:** durante la fase de mantenimiento para el usuario y la familia. Esto es, cuando el niño o la niña ha logrado mejorar su estado nutricional, y se encuentra con peso adecuado para la talla (DE entre -1 y +1 en el Indicador P/T)

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

El aporte nutricional de los alimentos propuestos en la distribución por intercambios, las recomendaciones para conformar las RFPP y las referencias para tener acceso a las fichas técnicas de los diferentes grupos de alimentos que pueden conformar la ración, cumpliendo con las características de calidad, se encuentran en el anexo técnico 'composición nutricional de los alimentos que conforman las raciones, recomendaciones para su conformación, AAVN, Alimento Listo para el Consumo y fichas técnicas'. Las especificaciones en cuanto a las presentaciones de los alimentos estarán sujetas a las presentaciones comerciales existentes y disponibles en la oferta local. En relación con las especificaciones del empaque secundario de la RFPP, en el cual deben venir estos alimentos, se encuentran en el anexo técnico Requisitos y diseño del empaque secundario.

Será responsabilidad de la EAS la presentación de la propuesta de alimentos a entregar en las RFPP a partir de las minutas presentadas mediante distribución por intercambios en las tablas No. 5, 6 y 7. La supervisión del contrato deberá revisar y aprobar la propuesta de alimentos que conformarán las RFPP, entregada por la EAS. Entre ambas partes se definirán y acordarán los tiempos, de tal manera que la aprobación de las RFPP se realice durante los primeros 15 días contados a partir de la legalización del contrato.

**Recomendaciones para el uso de las Raciones Familiares Para Preparar-RFPP**

- Priorizar los alimentos como la leche y los huevos para el consumo diario de las niñas y niños, suministrándolos en preparaciones según hábitos alimentarios familiares.
- Mantener los alimentos en recipientes tapados en sitios frescos y alejados del calor y la humedad para evitar vectores y plagas que los puedan contaminar.
- Revisar en el empaque primario las fechas de vencimiento de los alimentos.
- Instruir a las familias para que mensualmente hagan seguimiento de los alimentos entregados, confirmando la cantidad y calidad de los mismos de acuerdo con lo descrito en el empaque secundario de la ración.
- Instruir a las familias para que en la alimentación diaria se realice la distribución de los alimentos considerando los intercambios establecidos por tipo de RFPP y grupo de edad y complementar la alimentación con los alimentos que no hacen parte de la RFPP.

La entrega de la RFPP a los usuarios debe registrarse en el formato establecido por el ICBF con la firma de la madre, el padre o cuidador y será requisito para certificar el pago a la EAS.

**5.2.2.3.2 Alimento Listo para el Consumo-ALC**

Para el manejo del riesgo de desnutrición aguda en niñas y niños de 6 a 59 meses en entornos comunitarios se utiliza actualmente el Alimento Listo para Consumir de base lipídica, con alta densidad calórica y aporte significativo de micronutrientes que no requiere dilución, ni preparación y ha evidenciado efectividad en el mejoramiento del estado nutricional.

En este contexto, se han adelantado procesos de armonización de las especificaciones relacionadas con el aporte nutricional y la presentación de estos productos que además de

PÚBLICA

orientarse a la prevención de la desnutrición, contribuyen en la prevención del déficit de micronutrientes.

La composición nutricional del Alimento Listo para el Consumo que se debe suministrar a las niñas y niños de 6 a 59 meses con riesgo de desnutrición aguda, atendidos en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo se encuentra en el anexo técnico Alimento Listo para el Consumo, raciones y alimentos AAVN.

**Suministro del Alimento Listo para el Consumo-ALC**

En los casos de riesgo de desnutrición aguda, en la fase de mejoramiento, el ALC se entrega para consumo diario de las niñas y niños de acuerdo con la cantidad requerida para mejorar el estado nutricional. Se podrá utilizar la presentación de 50 o de 20 gramos, las cuales deberán ajustarse según la edad y la cantidad de alimentos que el usuario consume en el hogar.

Para ello, el profesional en nutrición, con base en las herramientas para establecer el consumo diario de energía y nutrientes de un individuo, determinará la cantidad de Calorías y nutrientes ingeridos por el niño o la niña a través de la alimentación familiar y las necesidades de suministro de ALC para cubrir el 100% de sus requerimientos. Adicionalmente, deberá tener en cuenta la disponibilidad y el consumo a los alimentos en el hogar y las necesidades nutricionales individuales de la niña o el niño, como se describe en el formato establecido por el ICBF.

El ALC se suministra hasta cuando se logre el mejoramiento del estado nutricional, es decir hasta alcanzar la desviación estándar (DE) mayor a -1 en el indicador Peso para la Talla[61]. Este se deberá entregar mensualmente de acuerdo con el cálculo de la necesidad diaria[62] y se reporta en el formato establecido por el ICBF, el cual es requisito para certificación de pago a la EAS.

**5.2.2.3.3 Alimentos de Alto Valor Nutricional-AAVN[63]**

La atención alimentaria y nutricional incluye la entrega de dos alimentos de alto valor nutricional como complemento a la alimentación familiar: Bienestarina Más® y Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia.

**Bienestarina Más®**

La Bienestarina Más® es un complemento de Alto Valor Nutricional producido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar desde el año 1976 para la población más vulnerable del país y que hace parte de los programas institucionales. Es un alimento precocido a base de una mezcla de cereales, leguminosa y leche entera en polvo, con vitaminas y minerales y ácidos grasos

[61] En los casos en que se evidencie algún tipo de intolerancia al Alimento Listo para el Consumo, ésta deberá estar confirmada por criterio médico y el equipo interdisciplinario establecerá, mediante estudio de caso, la propuesta para complementar y cubrir las necesidades calóricas que permitan el mejoramiento del estado nutricional de los niños con riesgo de desnutrición aguda.

[62] El cálculo de requerimiento de energía y nutrientes se debe realizar de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

[63] El aporte nutricional de la Bienestarina Más® y el Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia se encuentra en el anexo técnico 04.



PÚBLICA

esenciales y de fácil preparación. Contiene micronutrientes aminoquelados que mejoran la absorción en la población usuaria y cuenta con un balance adecuado de aminoácidos esenciales. No contiene conservantes ni colorantes.

La Bienestarina Más® se entrega durante todo el tiempo de atención a las familias, hace parte de la RFPP y debe ser consumida por todos los miembros de la familia a partir de los 12 meses de edad (inclusive, a partir de los 6 meses), con las orientaciones respectivas para su adecuado uso.

El tamaño de porción establecido para la Bienestarina Más® es de 15 gramos y se puede utilizar en diferentes preparaciones como coladas, tortas, leguminosas, galletas entre otras.

**Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia**

El Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia será entregado a las familias donde haya mujeres gestantes de bajo peso para la edad gestacional, niñas y niños lactantes menores de 6 meses con riesgo de desnutrición aguda, para consumo únicamente por parte de la mujer gestante o la madre en periodo de lactancia, con las orientaciones para el adecuado uso.

La mujer gestante diariamente debe consumir la porción de Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia correspondiente a 30 gramos.

### 5.2.3 Esquemas de atención

A continuación, se describen los esquemas de atención según el grupo de población que se atiende en la modalidad; este inicia durante la gestación y finaliza cuando la niña o niño egresa de la modalidad, tiempo durante el cual se debe garantizar el acompañamiento de manera continua y permanente. Para ello, se diseñaron 2 esquemas de atención acorde con el grupo de población, en el que se definen acciones para el mejoramiento y el mantenimiento del estado nutricional.

Se debe tener en cuenta que la rotación de cupos[64], se haga con la periodicidad establecida: en el caso del niño identificado, cuando cumple 4 meses de atención, siempre y cuando se haya logrado el mejoramiento de su estado nutricional[65] y para el caso de la mujer gestante identificada, cuando el niño nacido cumple seis (6) meses de edad.

Los esquemas de atención que la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo desarrolla incluyen **dos fases**, una inicial denominada **Fase de Mejoramiento**, en la cual se realizan las acciones para el mejoramiento del estado nutricional. Para el caso de las niñas y los niños, se espera mediante esta fase, que todos tengan una ganancia de peso que permitan ubicar el indicador peso para la talla mayor o igual a -1DE. Para las mujeres gestantes, se espera que tengan una ganancia de peso adecuada, de acuerdo con sus semanas de edad gestacional. La segunda, se denomina **Fase**

[64] Se entiende por rotación de cupo, aquellos que quedan libres cuando un usuario egresa de la modalidad, es decir, en el caso del niño identificado, cuando cumple 4 meses de atención y para el caso de la mujer gestante identificada, cuando el niño nacido cumple seis (6) meses de edad.

[65] En el caso que, transcurrido el tiempo de atención, el niño o niña no haya logrado el mejoramiento de su estado nutricional, se deberá realizar estudio de caso para determinar su continuidad en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo y de ser necesario, redefinir los parámetros de atención.



PUBLICA

**de Mantenimiento**, en la cual se realizan acciones encaminadas al mantenimiento del adecuado estado nutricional.

Cabe aclarar que, si por algún motivo el usuario en Fase de Mantenimiento presenta un deterioro de su estado nutricional, debe implementarse nuevamente la Fase de Mejoramiento.

Los esquemas de atención de acuerdo con el grupo de población son:

### 5.2.3.1 Esquema de atención para mujeres gestantes con bajo peso

Inicia durante el periodo de gestación y finaliza en el momento en el que el niño nacido cumple 6 meses de edad. Durante esta etapa las acciones se centran en garantizar el adecuado estado nutricional de la mujer gestante y la preparación para la lactancia materna en la familia y su adecuada práctica, y la identificación de factores de riesgo y protectores. Así mismo, el mejoramiento de su estado nutricional está encaminado a lograr recién nacidos con buen estado nutricional y contribuir en la prevención del retraso en talla (desnutrición crónica) en los primeros años de vida.

Las mujeres gestantes con diagnóstico de bajo peso para la edad gestacional deben ingresar a la fase de mejoramiento del estado nutricional y cuando obtengan la ganancia de peso adecuada, acorde con sus semanas de edad gestacional continúan en la fase de mantenimiento como se describe a continuación:

**Fase de mejoramiento**

1. Cuando ingresan las mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional a la modalidad, se debe realizar valoración nutricional completa por parte del profesional en nutrición (formato establecido por el ICBF), momento en el cual se le deben brindar orientaciones para la adecuada alimentación durante el embarazo y la preparación para la lactancia materna. A partir del ingreso y máximo durante los 15 días posteriores a éste, se debe realizar la entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar Para Preparar y el Alimento de Alto Valor Nutricional para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia, como refuerzo a la alimentación actual.
2. Se debe explicar al usuario y su familia el objetivo de la atención y las acciones a desarrollar.
3. Se debe diligenciar el Formato de Autorización de ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo y apertura de carpeta individual.
4. Dentro de los 8 a 15 días siguientes a la entrega del complemento alimentario, los gestores comunitarios, deben hacer una visita familiar para realizar medición del Perímetro Braquial y el seguimiento al consumo adecuado de la complementación alimentaria: Ración Familiar Para Preparar y el Alimento de Alto Valor Nutricional para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia.
5. Se debe realizar la caracterización familiar, así como la identificación de factores de Riesgo y Protectores (para zonas dispersas se podrá programar máximo durante los primeros 30 días a partir del ingreso).

PÚBLICA

6. En este momento se deben establecer los compromisos alrededor de la atención por parte del usuario, sus familias y talento humano de la modalidad.
7. Seguimiento: al mes de iniciada la atención, el profesional en nutrición deberá realizar el seguimiento al estado nutricional y definir si se logra una ganancia de peso adecuada para que la mujer gestante inicie la fase de mantenimiento del estado nutricional.
8. Si durante el seguimiento, al primer mes de atención no se evidencia un mejoramiento del estado nutricional, es necesario realizar un estudio de caso y según las condiciones particulares evidenciadas, remitir al sector salud para su atención o establecer los ajustes en la atención que se está brindando.
9. En este momento se debe elaborar el plan de atención y acompañamiento individual y familiar (primer mes de atención).

**Fase de mantenimiento**

Inicia inmediatamente después de que se logra el mejoramiento del estado nutricional y consiste en:

1. Desde el mejoramiento del estado nutricional, y hasta el parto, el profesional en nutrición debe realizar mensualmente seguimiento nutricional, y con el apoyo del auxiliar de enfermería, preparación para la lactancia materna, entrega de RFPP que incluya Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia y participación en los encuentros grupales.
2. El usuario y sus familias deben participar en los encuentros grupales.
3. El talento humano de la modalidad debe hacer seguimiento permanente a los compromisos establecidos en el marco de la atención.

Dentro de esta fase, también se consideran las atenciones con el niño recién nacido, cuyas acciones tienen como objetivo mantener su adecuado estado nutricional, así mismo, brindar la consejería para garantizar una lactancia materna exclusiva exitosa, con calidad y afectividad, como el primer paso y el más importante para tener niñas y niños saludables y bien nutridos. Se realizarán, entonces, las siguientes acciones:

1. Identificación y registro del peso y talla al nacer de acuerdo con lo consignado en el certificado de nacido vivo.
2. Valoración antropométrica mensual, desde el momento de nacimiento hasta que cumple 6 meses.
3. Observación, evaluación, orientación, promoción y seguimiento de la práctica adecuada de la lactancia materna; acciones de consejería en lactancia materna con apoyo del auxiliar de enfermería.
4. Entrega de la RFPP con periodicidad mensual, que incluye Alimento para la Mujer Gestante y Madre en Periodo de Lactancia, hasta que el niño cumple 6 meses.
5. Cuando la niña o el niño presenta desnutrición aguda moderada o severa deberá ser remitido a salud para que desde allí se brinde la atención teniendo en cuenta lo establecido en el Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños

PÚBLICA

y niñas de 0 a 59 meses de edad. Para remitir al sector salud se deberá tener en cuenta el Anexo Ruta de Remisión a Salud y el Formato Único de Remisión a Salud -FUR[66] vigentes.

6. Si durante el proceso de atención, la niña o niño no ha logrado la ganancia de peso esperada, es necesario realizar un estudio de caso y según las condiciones particulares evidenciadas, se deberá remitir a una IPS para su atención; mientras que, si la ganancia de peso es adecuada, se programará visita familiar y seguimiento periódico que no exceda los 30 días entre visita y visita.
7. Cuando la niña o niño cumpla los 6 meses de edad, garantizando que tenga peso adecuado para la talla, deberá ser vinculado a una modalidad de Primera Infancia, para lo cual el equipo interdisciplinario, previamente (idealmente 3 meses antes de ese momento), debe gestionar su vinculación, de tal manera que cuando transcurra este tiempo, ingrese de manera prioritaria a un servicio de educación inicial de acuerdo con la oferta disponible en el territorio. También podrá gestionarse la vinculación de su familia a una modalidad de atención familiar.

### 5.2.3.2 Esquema de atención para niñas y niños de 6 a 59 meses

En este esquema se cuenta con acciones diferenciadas para las niñas y niños según su estado nutricional.
Las niñas y niños entre 6 y 59 meses que ingresan con riesgo de desnutrición aguda serán atendidos bajo las acciones contempladas en la Fase de Mejoramiento. Una vez logran el mejoramiento de su estado nutricional, se atienden según las acciones contempladas en la Fase de Mantenimiento.

Las acciones planteadas en este esquema tienen como objetivo, orientar a la familia para que haya una introducción adecuada de la alimentación complementaria acompañada de la lactancia materna hasta los 2 años o más, asegurar los procesos de educación alimentaria y nutricional en torno a la alimentación familiar, mantener un adecuado peso para la talla, prevenir la desnutrición y fortalecer la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en la niña y niño menor de 5 años.

A continuación, se desarrollan las acciones del esquema en sus dos fases.

**Fase de mejoramiento**

1. Cuando ingresan los usuarios a la modalidad, realizar la valoración nutricional incluyendo evaluación y orientación frente a la alimentación complementaria, así como el suministro y adecuado uso del ALC (cuando presenta riesgo de desnutrición) y seguimiento al consumo de la FTLC (cuando presenta desnutrición aguda moderada o severa), con el fin de mejorar el estado nutricional de la niña o niño. Teniendo en cuenta que el deterioro del estado nutricional a esta edad requiere una atención inmediata, a partir del ingreso y máximo durante los primeros 5 días posteriores al mismo, se debe realizar la entrega del ALC a la niña o niño con riesgo de desnutrición aguda[67].
2. Explicar al usuario y su familia el objetivo de la atención y las acciones a desarrollar.

[66] Formato que hace parte del Lineamiento Técnico Administrativo de la Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición.
[67] La EAS deberá disponer desde la etapa de alistamiento, del Alimento Listo para el Consumo, para entrega a las niñas y niños con riesgo de desnutrición aguda.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PUBLICA

3. Diligenciar el Formato de Autorización de ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo y apertura de carpeta individual.
4. Realizar la caracterización familiar, así como la identificación de factores de Riesgo y Protectores (para zonas dispersas se podrá programar máximo durante los primeros 30 días a partir del ingreso).
5. Establecer compromisos por parte del usuario y sus familias.
6. Entre los 8 a 15 siguientes de entregado el ALC, los gestores comunitarios, previa orientación por parte del profesional en nutrición y auxiliar de enfermería, deberá realizar seguimiento al consumo adecuado del ALC, al Perímetro Braquial y seguimiento a los compromisos establecidos por la familia.
7. Los gestores comunitarios deberán remitir un informe de lo evidenciado en la visita a los profesionales del equipo interdisciplinario para que se realicen los ajustes pertinentes. A los 30 días de atención, el profesional en nutrición y los auxiliares de enfermería, deberán realizar visita familiar para llevar a cabo el seguimiento del estado nutricional, orientación en el adecuado suministro de la alimentación según la edad y seguimiento a los compromisos establecidos con la familia.
8. Elaboración del Plan de Atención y Acompañamiento individual y familiar (primer mes de atención).

Si durante el seguimiento a los 30 días de atención, la niña o niño no mejoró su estado nutricional, es necesario realizar un estudio de caso y según las condiciones particulares evidenciadas, remitir a salud. Si logró el mejoramiento del estado nutricional, pasa a la fase de mantenimiento de la atención.

**Nota 15:** Los niños que presentan desnutrición aguda y que están recibiendo el tratamiento por parte de salud con el suministro de la FTLC, podrán recibir la RFPP como parte del manejo integrado de la desnutrición aguda, considerándose a partir de la transición entre el suministro de la FTLC en forma exclusiva y la alimentación familiar, cuando la valoración médica y nutricional evidencie franca mejoría del estado de salud y nutrición de los niños y niñas[68]. En el caso en que se brinde la RFPP, el equipo deberá realizar el seguimiento al consumo y aprovechamiento de los alimentos de la ración por parte del niño.

**Fase de mantenimiento**

Inicia inmediatamente después de que se logra el mejoramiento del estado nutricional descrito en la fase de mejoramiento y consiste en:

1. Desde el mejoramiento del estado nutricional, que puede tardar aproximadamente entre 30 y 60 días de atención y durante el tiempo de atención, se debe realizar mensualmente seguimiento nutricional, consejería en lactancia materna y alimentación complementaria (niñas y niños de 6 a 24 meses) y entrega de RFPP que incluye Bienestarina Más®, con el

[68] De acuerdo con lo establecido en el Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad, Ministerio de Salud y Protección Social.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

fin que se mantenga el adecuado estado nutricional y continúe la tendencia de ganancia de peso, de una manera controlada.
2. La atención del usuario en la modalidad se debe garantizar durante 4 meses, sin embargo, desde el mismo momento de ingreso, el equipo interdisciplinario debe gestionar la vinculación a otras modalidades de atención de primera infancia, de tal manera que cuando transcurra el tiempo de atención, y el niño o niña haya mejorado su estado nutricional y por tanto egrese de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, ingrese de manera prioritaria a un servicio de educación inicial.
3. El usuario y su familia debe participar en los encuentros grupales.
4. Seguimiento a los compromisos establecidos desde los diferentes componentes.

### 5.2.4 Seguimiento

A continuación, se brindan orientaciones y herramientas que el talento humano debe tener en cuenta para llevar a cabo el seguimiento y acompañamiento a los usuarios y sus familias, con el fin de visibilizar los avances o retrocesos en el desarrollo de las acciones consignadas en el plan de atención y acompañamiento individual y familiar.

#### 5.2.4.1 Herramientas para realizar seguimiento

Dentro de las herramientas con las que cuenta el equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo para realizar seguimiento se encuentran la cartelera de compromisos, los estudios de caso y el grupo de apoyo y fortalecimiento a la gestación y la lactancia materna.

##### 5.2.4.1.1 Cartelera de compromisos

Con el fin de realizar el seguimiento a las acciones establecidas en el plan de atención y acompañamiento individual y familiar, se acordará con las familias un lugar en donde pueda ubicar la cartelera para visualizarla de forma permanente. El seguimiento a los compromisos plasmados en la cartelera lo realizará todo el talento humano de la modalidad. A partir de lo evidenciado, de ser necesario, se realizarán ajustes y generación de nuevos compromisos relacionados con el plan de atención y acompañamiento individual y familiar.

Esta herramienta permitirá que las familias tengan presente los compromisos y servirá para que el talento humano realice el seguimiento de los mismos; de esta forma, al egreso de la niña, niño o mujer gestante se contará con un panorama final de atención, evidenciando los logros obtenidos de las familias y mejoramiento o transformación de factores de riesgo asociados a la desnutrición en factores protectores.

##### 5.2.4.1.2 Estudios de caso

Los estudios de caso se deben realizar mensualmente a partir de la identificación de niñas, niños y mujeres gestantes que no presentan mejora en el estado nutricional, así como aquellos en quienes los factores de riesgo identificados no han mejorado, determinando las razones y el plan a seguir para que el mejoramiento del elemento identificado se logre fortalecer en el menor tiempo posible.

PÚBLICA

El resumen del estudio de caso y las acciones a seguir, deberán registrarse en la carpeta de cada usuario, firmado por los integrantes del equipo interdisciplinario.

El estudio de caso debe ser enviado formalmente por el Coordinador de la UDS al Supervisor del Contrato del ICBF, siguiendo las indicaciones establecidas por la supervisión, para el seguimiento y coordinación interinstitucional si se requiere. Así mismo, los estudios de caso y las acciones implementadas por el equipo interdisciplinario para el mejoramiento del estado nutricional del beneficiario, deberán ser socializados en los comités técnicos operativos.

Adicionalmente, se deben contemplar las siguientes condiciones que podrían ameritar la realización del estudio de caso y posible activación de rutas de atención:

- Cuando se denuncie o detecte una situación de maltrato físico o psicológico, violencia sexual o de trabajo infantil.
- Cuando se detecte una situación de violencia intrafamiliar
- Cuando se requiera intervención de otras entidades del Estado y aunque el equipo ha realizado las gestiones no se logra respuesta, para esto, se deberán remitir las evidencias de las acciones adelantadas.

En el caso del niño con desnutrición aguda que esté siendo atendido por el equipo interdisciplinario de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, considerando que ya está recibiendo el tratamiento con la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo suministrada por salud, en caso de evidenciar que no presenta mejoría, deberá ser remitido a salud para verificación de la situación y se brinde el manejo médico correspondiente.

**Nota 16:** Cabe precisar que, frente a cualquier presunta vulneración, amenaza o inobservancia, se debe activar inmediatamente la ruta de protección y en paralelo iniciar la estructuración del estudio de caso.

### 5.2.4.1.3 Grupo de apoyo y fortalecimiento a la gestación y la lactancia materna

Para las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia de niñas y niños menores de 6 meses atendidos en la modalidad, el equipo interdisciplinario debe establecer encuentros con periodicidad mensual, diferentes a los encuentros grupales desarrollados en la etapa de planeación, cuya duración media será de 2 horas, en los cuales se ofrecerá un apoyo especializado que les ayude a iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna y cuidados del bebé, así como a prevenir dificultades derivadas de la lactancia y a superarlas cuando se presenten.

En este grupo de apoyo se ofrecerá consejería a las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, algunas de las temáticas que se pueden abordar son las siguientes:

- Alimentación saludable durante la gestación.
- Alimentación saludable durante la lactancia materna.
- Práctica adecuada de la lactancia materna (beneficios, técnicas de amamantamiento, extracción conservación).



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

- Creencias y verdades acerca de la lactancia materna.
- Relactancia
- Introducción adecuada de la alimentación complementaria (GABAS).
- Señales de hambre y saciedad, alimentación perceptiva, juego activo.
- Signos de alarma en la gestación, importancia de los controles prenatales.
- Cambios emocionales.
- Cuidados del recién nacido.
- Normatividad colombiana existente para promover, proteger y favorecer la práctica de lactancia materna
- Apoyo de la familia para asegurar una lactancia materna exitosa.
- Anticoncepción-Planificación familiar.
- Prevención del embarazo adolescente y subsecuente.

Las anteriores temáticas serán abordadas por todo el equipo interdisciplinario de acuerdo con sus competencias, con el liderazgo del profesional en nutrición y el auxiliar de enfermería, para lo cual deberá elaborar un documento que contenga la programación de las actividades a realizar en el grupo de apoyo, que incluya mínimo objetivos, metodología y programación.

Así mismo, en los territorios donde sea posible, el equipo deberá realizar procesos de coordinación involucrando a los gestores de salud y las instituciones de salud Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) para articular los grupos de apoyo comunitarios de Lactancia materna.

### 5.2.4.2 Acciones para realizar el seguimiento

Dentro de las acciones para realizar seguimiento al interior de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, se deben tener en cuenta la selección del usuario líder, la gestión institucional, el seguimiento de la evolución del estado nutricional de los usuarios atendidos. Adicionalmente, se brindan orientaciones para realizar seguimiento al niño con desnutrición aguda que recibe FTLC.

#### 5.2.4.2.1 Selección de usuario líder de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo

Con el fin de generar procesos de corresponsabilidad y veeduría ciudadana en torno al desarrollo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, por cada punto de encuentro se seleccionará de forma voluntaria una persona usuaria o integrante de las familias partícipe de la modalidad como líder. La persona seleccionada será la representante de todas las familias que se encuentran en un punto determinado, siendo la canalizadora de todas las inquietudes, inconformidades, dudas y estará en constante comunicación con la EAS y de ser necesario con el Centro Zonal y Regional. Para tal fin, durante los primeros encuentros grupales se deben promover acciones que permitan que los usuarios y sus familias se conozcan y así mismo se postulen como posibles candidatos para posteriormente realizar la respectiva selección del usuario líder.

Esta persona permitirá que la modalidad cuente con un seguimiento desde la mirada y percepción de los usuarios y sus familias; de igual manera, contribuirá a canalizar inquietudes, dudas, quejas, propuestas y sugerencias relacionadas con la ejecución de la modalidad.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

#### 5.2.4.2.2 Gestión institucional

La gestión institucional permite realizar articulaciones con los diferentes agentes del SNBF para la gestión de atenciones dirigidas a la garantía de los derechos, acorde con las necesidades y factores de riesgo identificados en los usuarios y sus familias; el equipo interdisciplinario realizará la remisión y acompañamiento necesarios según el caso. Si al realizar seguimiento de la remisión se evidencia que la entidad correspondiente no ha atendido la solicitud, se remite por inobservancia a las autoridades competentes activando la ruta de articulación con protección.

Lo anterior implica realizar articulaciones con entidades territoriales que oferten diferentes servicios y atenciones para primera infancia, por ejemplo, se puede incentivar visitas a las salas de lectura, bibliotecas o ludotecas, espacios de recreación, escenarios culturales y artísticos, entre otros; para ello, los integrantes del equipo interdisciplinario deberán socializar a las familias los diferentes programas que existen en el territorio dirigidos a la primera infancia y promover (y gestionar) su participación-vinculación.

Es importante aquí fortalecer las capacidades de autogestión en las familias para que sean ellas quienes por iniciativa propia realicen acercamiento con las diferentes entidades.

#### 5.2.4.2.3 Seguimiento de la evolución del estado nutricional

El seguimiento al estado nutricional requiere de la toma de peso y talla mínimo mensual, por parte del profesional en nutrición, la realización del análisis y su respectivo registro en el formato establecido por el ICBF y en el sistema de información correspondiente (al cual se deberá cargar la información con periodicidad mensual). El realizar seguimiento a los indicadores peso para la talla y talla para la edad, permite generar alertas tempranas, ya que las niñas y niños menores de 5 años con muy bajas tallas y pesos, son aquellos donde se registra la mayor mortalidad infantil[69].

Para el seguimiento de la evolución del estado nutricional debe tenerse en cuenta los indicadores iniciales de la valoración nutricional, los signos clínicos de la desnutrición y todos aquellos parámetros usados en la valoración, para poder tener una trazabilidad de su evolución. El análisis debe generar recomendaciones, orientaciones y acciones específicas para cada niña, niño, mujer gestante y su familia.

**Nota 17:** Para el seguimiento a la evolución del peso y la talla, el profesional en nutrición debe diligenciar las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para los indicadores P/T y T/E para las niñas y los niños o IMC/EG para las mujeres gestantes. Debe diligenciar una gráfica por cada usuario y realizar el seguimiento dando continuidad sobre la misma, para evidenciar la evolución del estado nutricional; para ello, se cuenta con el anexo técnico Gráfica de los patrones de crecimiento. Estas gráficas deben incluirse en la carpeta de cada usuario.

El equipo interdisciplinario deberá realizar seguimiento al usuario para verificar la evolución del estado nutricional así:

[69] Organización Panamericana de la Salud, 1999.



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

**Tabla No. 8.** Acciones y frecuencia para la realización de seguimiento a las acciones relacionadas con alimentación y nutrición

| REALIZAR SEGUIMIENTO A | FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO | LÍDER DEL SEGUIMIENTO |
|---|---|---|
| La adecuada práctica de la lactancia materna y alimentación complementaria | Cada mes | Entre el nutricionista y el auxiliar de enfermería |
| | Mínimo cada quince días | Gestor comunitario |
| Estado nutricional | Cada mes | Nutricionista |
| Consumo adecuado del Alimento Listo para el Consumo | Cada mes | Entre el nutricionista y el auxiliar de enfermería |
| | Mínimo cada quince días | Gestor comunitario |
| Consumo adecuado de la RFPP, los AAVN y de la alimentación familiar | Cada mes | Entre el nutricionista y el auxiliar de enfermería |
| | Mínimo cada quince días | Gestor comunitario |

### 5.2.4.2.4 Seguimiento al niño con desnutrición aguda que recibe FTLC

Para que el seguimiento y acompañamiento al niño con desnutrición aguda que recibe FTLC -tratamiento instaurado por salud- sea más efectivo, el equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo deberá estar informado de la dosis prescrita a cada niño. Es importante tener presente que dicho acompañamiento de ninguna forma reemplaza el seguimiento al tratamiento de la desnutrición, que según lo establece la Resolución 5406 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, es responsabilidad de los prestadores de salud. El acompañamiento incluye las siguientes preguntas, que deberán realizarse a los padres o cuidadores del menor de 5 años:

- Después de haber sido atendido por la IPS ¿Le formularon algún medicamento para tratar la desnutrición de (nombre del niño)?
- En caso de ser afirmativa la respuesta, se debe indagar: ¿El niño lo está consumiendo? (SI o NO).
- Si la respuesta es SI, se puede preguntar: ¿Cada cuánto? ¿En qué cantidad? ¿Hace cuánto tiempo?
- Si la respuesta es NO, se debe indagar las razones por las cuales no lo está consumiendo: ¿Por qué no se lo ha suministrado?, ¿Consumió este tratamiento por algún tiempo?
- Si el acompañamiento se realiza en el hogar, es importante verificar la prescripción médica y la cantidad disponible de la FTLC. Para ello se puede identificar cuántos sobres le formularon al niño y cuántos sobres quedan a la fecha de la visita.
- También se deberá indagar si el niño que está recibiendo la FTLC ha presentado algún tipo de intolerancia o molestia que haya causado síntomas de tipo gastrointestinal o alergia.

Cuando el equipo interdisciplinario identifique que un niño en tratamiento nutricional (instaurado por salud) no está consumiendo la FTLC en la dosis prescrita o presenta algún evento que pueda afectar o interrumpir su adecuado consumo, de manera inmediata o en el menor tiempo posible debe informar (y remitir) a la IPS correspondiente.

PÚBLICA

## 5.3 Egreso

Esta etapa comprende el fin de la atención y el tránsito a otros servicios del ICBF (u oferta de servicios disponible desde el Ente Territorial) o retiro del usuario**.**

El egreso de las niñas y los niños se dará cuando se haya completado la atención de acuerdo con el tipo de beneficiario, así:

- Las niñas y niños menores de 5 años identificados, cuando han sido atendidos durante 4 meses desde el momento de su ingreso, momento en el cual, el indicador peso para la talla debe ser mayor a -1 DE, y el equipo interdisciplinario deberá haber gestionado un cupo en los servicios de educación inicial u otra oferta institucional que promueva la seguridad alimentaria y nutricional desde otros sectores, con el fin de brindar continuidad a las atenciones iniciadas en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

- Las niñas y niños hijos de las mujeres gestantes identificadas y atendidas en la modalidad, cuando cumplen 6 meses de edad y su estado nutricional en el indicador peso para la talla es adecuado -indicador P/T debe ser mayor a -1 DE. Para este momento, el equipo interdisciplinario deberá haber gestionado un cupo en los servicios de educación inicial u otra oferta institucional que promueva la seguridad alimentaria y nutricional desde otros sectores.

Para el egreso se recomienda tener en cuenta que las familias cuenten con un análisis de las condiciones del hogar y se hayan logrado modificaciones y compromisos familiares, con el fin de disminuir el riesgo de recaída de su estado nutricional.

En los casos en donde se evidencie reincidencia de un niño o una niña menor de 5 años que presente deterioro nutricional, después de haber egresado de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo con un estado nutricional adecuado, se verificará con la familia las razones que conllevaron a esta situación, determinando si el niño, al egreso del servicio, fue vinculado y atendido por otra oferta disponible en el territorio, y en caso contrario, se analizarán las condiciones en el hogar que ocasionaron el deterioro. Verificado ello, y teniendo como base las acciones y atenciones definidas en la primera intervención, se reingresará a la modalidad, haciendo corresponsable a la familia, y tomando las medidas a que haya lugar cuando se defina la necesidad y pertinencia de activar rutas complementarias, que propendan por la garantía de los derechos de los niños y las niñas

**Entrega de Kit “alimentación complementaria en familia”**

Reconociendo la importancia que tiene la adecuada introducción de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de vida, y con el fin de motivar a las familias para que realicen un proceso adecuado de ablactación, que favorezca el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, la EAS deberá entregar un kit de egreso para todos los usuarios que cumplan 6 meses de edad, hijos de

PÚBLICA

las mujeres gestantes atendidas en la modalidad, que incluya para cada niño los siguientes elementos[70]:

- Su primer plato
- Su primer vaso
- Su primera cuchara
- Babero de silicona
- Ruleta alimentación complementaria de ICBF “Menús saludables para niños y niñas de 6 a 24 meses”
- Cartilla “mi plato un arcoíris divertido de sabores”.

Desde el equipo interdisciplinario se brindará todo el acompañamiento y educación a la madre, el padre y la familia, en el uso adecuado de cada uno de estos elementos, que permita al niño o a la niña que cumple 6 meses, iniciar la alimentación complementaria de manera adecuada y que le permita continuar con un estado nutricional adecuado.

**Nota 18:** De acuerdo con la idiosincrasia, pertenencia a grupo étnico o tradiciones de la población atendida, se podrán realizar adaptaciones de los elementos del kit “alimentación complementaria en familia” que responda a las necesidades de las familias y su contexto cultural, manteniendo el objetivo sobre el cual se realiza esta entrega en el momento de egreso del niño o la niña de la modalidad.

**Otras situaciones en las que se puede considerar egreso**

- La familia manifieste retiro voluntario, para lo cual se dejará constancia por escrito en la carpeta del usuario con la respectiva firma del padre, madre, cuidador o usuaria para el caso de las mujeres gestantes. Teniendo en cuenta la particularidad de la situación y luego de realizar un estudio de caso se determinará la necesidad o no de aplicar la Ruta de remisión a modalidades de protección del ICBF.

- La familia cambie de lugar de residencia y en este lugar la EAS no tenga atención. En este caso se realizará articulación con la Regional o Centro Zonal, para verificar si en el nuevo lugar de residencia se implementa la modalidad y remitir el caso para continuar con la atención.

- Cuando ingrese a una medida de protección institucional PARD (acorde con lo establecido en la ruta correspondiente).

- Cuando la medida de protección establece la ubicación del usuario en un hogar sustituto y el niño se encuentre en fase de mejoramiento, se debe continuar con el suministro del ALC bajo la supervisión y suministro de la madre sustituta. Al terminar esta fase y logrando la recuperación del estado nutricional se dará egreso al usuario.

[70] Las características técnicas de cada uno de los elementos que conforman el kit “alimentación complementaria en familia” se presentan en el anexo técnico correspondiente y que hace parte de este documento.



PÚBLICA

- Si se pierde contacto con la familia o si el usuario se retira sin haber culminado la atención, en este caso se informará al supervisor del contrato. Si se presume que la mujer gestante, niña o niño se encuentra en vulneración o amenaza de sus derechos, se activará la ruta de protección del ICBF. En los casos de inobservancia de derechos, la autoridad administrativa competente deberá movilizar a las entidades que conforman el SNBF, dictando las órdenes específicas para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Adicionalmente se deben realizar las siguientes acciones con el usuario y su familia:

- Preparar a la niña, niño y su familia para este momento, esto implica tener un diálogo referente al cambio, al nuevo lugar y condiciones de atención que tendrán ellos.
- Informar a las familias sobre los servicios de educación inicial que se encuentran en el territorio, para que éstas, de acuerdo con sus intereses y necesidades, seleccionen la mejor opción para la continuidad en la atención de las niñas y los niños.
- Se hace necesario hacer seguimiento por parte de los gestores comunitarios a la vinculación de la niña o el niño a la modalidad de educación inicial.

Al egreso de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, la EAS en articulación con el ICBF, debe gestionar el ingreso de la niña o niño a modalidades de educación inicial. En los niños y niñas menores de 5 años que son identificados y atendidos, el trámite para la gestión del cupo iniciará desde el mismo momento de ingreso (teniendo en cuenta que la atención para este usuario en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo es de 4 meses); para el niño nacido, hijo de la mujer gestante identificada y atendida, el trámite para la gestión del cupo se realizará antes de que cumpla 3 meses de edad (teniendo en cuenta que la atención en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo para este usuario y su madre, es hasta que cumple 6 meses de edad). Para ello, se debe diligenciar el formato operativo “Remisión de usuarios egresados de las modalidades de nutrición a servicios de educación inicial”.

Las carpetas que contienen la información de la atención de los usuarios que egresan de la modalidad, se deben conservar en el archivo del ICBF, mínimo por un período de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención (5 años en el archivo de gestión[71], 15 en el archivo central[72]), conforme a la normatividad vigente[73].

La custodia de las carpetas está a cargo de la EAS, mientras se encuentre en funcionamiento, de presentarse un cambio de Entidad, debe realizarse entrega formal de las mismas, debidamente inventariadas, foliadas, en presencia del ICBF y dejando acta de constancia de entrega. En caso de cierre definitivo de la UDS, deberán entregarse formalmente las carpetas al supervisor del contrato.

[71] El Archivo de gestión es aquel donde reposan las carpetas de los usuarios activos y de los usuarios que han sido atendidos en los últimos cinco años contados a partir de su última atención.
[72] El Archivo Central es aquel donde reposan las carpetas de los usuarios que fueron atendidos, transcurridos 5 años desde la última atención.
[73] Resolución No. 1995 del 08 de Julio de 1999, Ministerio de Salud de Colombia.



PÚBLICA

# 6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

## 6.1 Seguimiento

### 6.1.1 Comités Técnicos Operativos

El comité técnico operativo será creado para coordinar acciones y hacer seguimiento técnico, administrativo y financiero al contrato, y establecer los procesos y procedimientos requeridos para la adecuada prestación del servicio.

Los comités estarán conformados por el supervisor del contrato de la modalidad, el referente técnico que apoya técnicamente la modalidad del Centro Zonal o la Regional y por parte de las EAS el representante legal o su delegado. En calidad de invitados podrán asistir las personas que el comité considere necesarias, para la verificación de los servicios o asuntos a tratar.

Los comités técnicos operativos deberán sesionar al menos una (1) vez cada mes, para el seguimiento de la atención prestada, o de forma extraordinaria en caso que se requiera.

Funciones del comité técnico operativo

- Evaluar periódicamente el plan de trabajo de actividades y efectuar los ajustes que considere necesarios e impartir las recomendaciones e instrucciones correspondientes.
- Realizar seguimiento a la evolución de la modalidad, identificando los aspectos que generan dificultades e implementando los correctivos del caso.
- Reunirse mensualmente o cuando las circunstancias lo exijan.
- Llevar un registro de las decisiones tomadas en cada una de las reuniones de Comité (actas).
- Analizar, concertar y recomendar al supervisor del contrato, respecto de las decisiones que afecten el normal funcionamiento de la modalidad.
- Solicitar a la Dirección de Nutrición apoyo técnico en la toma de decisiones, cuando estas no están claramente definidas en el manual Operativo de la Modalidad, no obstante, todas las actuaciones del comité deberán constar en el expediente contractual.

### 6.1.2 Visitas de supervisión

La supervisión es la verificación al cumplimiento de cada uno de los compromisos definidos en los contratos y del Manual Operativo y su Lineamiento, los cuales hacen parte integral de la contratación. Este proceso está a cargo de los supervisores del contrato a nivel regional o zonal, según corresponda.

PUBLICA

La supervisión se realiza a través de la verificación de la documentación que la EAS debe entregar al ICBF y de visitas aleatorias a las familias en sus lugares de residencia y a los puntos de atención; como evidencia de esta última, se deben aplicar los documentos que se definan para tal fin.

En caso de no cumplimiento a cabalidad del Manual Operativo o del contrato suscrito, el supervisor solicitará las acciones pertinentes y que considere para subsanar -o responder ante- la situación encontrada.

Para el ejercicio de la supervisión, el supervisor del contrato tendrá en cuenta lo establecido en la "Guía del supervisor de contratos y convenios suscritos por el ICBF" vigente, y demás documentos que la modifiquen, sustituyan o adicionen.

### 6.1.3 Encuestas de satisfacción

La EAS deberá determinar un mecanismo para conocer la percepción del usuario frente a la prestación del servicio, de acuerdo con la obligación contractual asociada a esta actividad.

Para el diseño metodológico que se establezca, se tendrá en cuenta que las variables que se determinen irán orientadas a evaluar la calidad y oportunidad en la atención, el acompañamiento por parte del equipo interdisciplinario y del ICBF, la claridad en la información suministrada a los usuarios y las expectativas frente a la prestación del servicio.

## 6.2 Mejoramiento: Asistencia técnica

La asistencia técnica según Clauson (2007) se define como todas aquellas acciones encaminadas a brindar ayuda y orientación a una o varias partes interesadas que tienen la necesidad de resolver una problemática de su quehacer diario, con el fin de fortalecer sus competencias para que puedan generar estrategias que les permita encontrar la solución correcta.

En ese orden de ideas, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) concibe la asistencia técnica como una estrategia permanente de asesoría y acompañamiento que tiene como fin fortalecer el conocimiento, competencias y habilidades de las partes interesadas así como, la generación de conocimiento como práctica participativa orientado a la transformación social en temas relacionados con el quehacer del Instituto, a su vez promover el funcionamiento e interacción eficaz del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) y la mejora continua de la gestión institucional y la calidad del Servicio Público de Bienestar Familiar (SPBF).[74]

Este proceso se debe realizar desde los diferentes niveles del ICBF, Nacional, Regional y Zonal y está dirigido al talento humano de la EAS y a los colaboradores del ICBF, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas para prestar el servicio de calidad de acuerdo con los lineamientos y manuales operativos. La asistencia técnica puede realizarse:

[74] Guía para el desarrollo de la asistencia técnica en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2019



PÚBLICA

- **Presencial en la Unidad de Servicio:** actividad realizada en los puntos de atención a usuarios o en el espacio administrativo de la EAS, basada en los procesos efectivamente realizados, con apoyo de la documentación existente y la observación de prácticas desarrolladas en la atención a usuarios.

- **Virtual:** actividad realizada sobre aspectos específicos relacionados con la operación, a través de apoyos audiovisuales remotos como video o teleconferencias, correo electrónico, mensajería instantánea, etc.

De toda asistencia técnica, debe existir un acta donde se relacione las acciones realizadas, temas tratados, los procesos evidenciados, los aspectos por mejorar, las recomendaciones y los compromisos. Se debe contar con el listado de los asistentes.

Al inicio de la operación, los profesionales del ICBF deberán realizar asistencia técnica sobre el manual operativo, el sistema de información definido por el ICBF, las obligaciones contractuales, frecuencia de reporte de información, la oferta institucional del ICBF, entre otros aspectos necesarios para la adecuada implementación de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, teniendo en cuenta que la asistencia técnica se debe realizar de manera constante.

### 6.3 Sistema de Gestión

Un Sistema Integrado de Gestión se entiende como un conjunto de elementos relacionados que permiten direccionar y ejecutar actividades para transformar entradas en resultados, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los requisitos de las partes interesadas de una empresa u organización. El Sistema Integrado de Gestión - SIGE del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF es una herramienta gerencial la cual tiene el propósito de promover y facilitar la mejora continua en la gestión del ICBF, orientada a garantizar el desarrollo del modelo que parte de la planeación estratégica de la entidad y se despliega a través de sus procesos de manera que se fortalezca, la calidad, la gestión ambiental, la seguridad y salud en el trabajo y la seguridad de la información, en el marco de la mejora de los resultados de los servicios ofertados a la primera infancia, niñez, adolescencia y juventud y sus familias.

Está compuesto por 4 Ejes principales, los cuales cuentan con políticas y estrategias definidas, y el propósito de cada uno, se describe en forma general a continuación:

- Eje de Calidad.
- Eje Ambiental.
- Eje de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Eje de Seguridad de la Información.

**Eje Calidad:**

Tiene como propósito promover la mejora continua en la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar, a través de la operación de los procesos en todos los niveles de la organización, con base en la norma NTC ISO 9001:2015 y el Decreto 1499 de 2017: *"Por medio del cual se*



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

*modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015*" armonizando el Sistema de Gestión de Calidad con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), siendo este el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

**Eje Ambiental:**

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con presencia a nivel nacional, consciente de la mejora continua y de su compromiso con la protección del medio ambiente, promueve la implementación de buenas prácticas ambientales, cumple los requisitos legales y otros, previene la contaminación y controla los aspectos ambientales asociados a la generación de residuos y consumo de los recursos agua, energía y papel, teniendo en cuenta las partes interesadas; para con ello contribuir al bienestar de los Niños, Niñas, Adolescentes, Familias y Colaboradores del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Se basa en la norma NTC ISO 14001:2015, Sistema de Gestión Ambiental.

**Eje de Seguridad y Salud en el Trabajo:**

El propósito principal es prevenir y disminuir los incidentes, accidentes, lesiones y enfermedades laborales, a través de la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, respondiendo a las necesidades y requisitos de los colaboradores y partes interesadas, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015. 'Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo' Resolución 0312 de 201: por la cual se establecen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes" y la norma OHSAS: 18001:2007 Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional, para la cual el ICBF está en proceso de transición a la norma NTC ISO 45001:2018.

**Eje de Seguridad de la Información:**

Implementar acciones para proteger, preservar y administrar la integridad, confidencialidad, disponibilidad y autenticidad de la información, así como la seguridad digital y la gestión de la continuidad de la operación, conforme al mapa de procesos y en cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios, previniendo incidentes mediante la gestión de riesgos integrales en seguridad y privacidad de la información y seguridad digital. Lo anterior, con base en la norma NTC ISO 27001:2013.

Cada uno de los ejes anteriormente mencionados, cuenta con una política definida, la cual puede ser consultada en la página web del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los beneficiarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con el fin de establecer los criterios para la prestación del servicio de los operadores y/o contratistas de las estrategias y programas misionales, el Instituto Colombiano de Bienestar

Familiar incluye en los contratos de aporte o convenios, las obligaciones contractuales asociadas al Sistema Integrado de Gestión y en concordancia con los requisitos legales y otros requisitos.

Las obligaciones contractuales asociadas al Sistema Integrado de Gestión, como se mencionó anteriormente, aplican para contratos de aporte o convenios y pueden cambiar de acuerdo con el tipo de servicio que se esté contratando. Cada eje del Sistema Integrado de Gestión contiene sus propias obligaciones y para su supervisión el supervisor se podrá apoyar en el Profesional y/o Referente enlace de cada uno de los ejes, con el fin de despejar cualquier duda o inquietud que puedan surgir durante la vigencia del contrato y/o convenio con relación a las evidencias y soportes que garanticen el cumplimento de la respectiva obligación; así como para la retroalimentación que requiera el operador y/o contratista para el entendimiento y cumplimiento de estas.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ha construido y publicado documentos de apoyo tanto para colaboradores, así como para Entidades Administradoras de Servicio y el público en general, con el objetivo de brindar herramientas para conocer y aplicar las obligaciones contractuales que son de obligatorio cumplimiento en el marco de la celebración de contratos de aporte o convenios, y pueden encontrarse para consulta en la dirección relacionada, en el proceso respectivo:

- Guía para la Adquisición de Bienes y Servicios de Calidad. Proceso de Adquisición de Bienes y Servicios – Contratación del ICBF.
- Cartilla para la implementación del Sistema Integrado de Gestión en la Prestación del Servicio de los programas Misionales. Proceso de Direccionamiento Estratégico del ICBF.

### 6.4 Sistema de información

El Sistema de Información definido por el ICBF, incluye, además del módulo para el ingreso de la información del usuario, otro para ingresar la información antropométrica y realizar el procesamiento y análisis de la información de manera individual, e incluir otra información transversal que permite una complementariedad del registro como grupo étnico, discapacidad, víctima del conflicto, etc.; en este sentido, se debe registrar la totalidad de la información de manera oportuna, completa y de calidad.

El ingreso de información al aplicativo definido por el ICBF es responsabilidad tanto de la EAS como del ICBF así:

**Tabla No. 9**. Responsables y frecuencia de registro de información en el sistema de información definido por el ICBF.

| RESPONSABLE | INFORMACIÓN | FRECUENCIA DE REGISTRO |
|---|---|---|
| Regional ICBF | Entidad Administradora de Servicio - EAS<br>Contrato – vigencia<br>Asociar Contrato – EAS<br>Modalidad o Servicio | Cada vez que se inicia un contrato.<br>Es importante que cuando se realice una adición a un contrato, el referente Regional del ICBF la registre en la aplicación dentro de los primeros diez (10) días posteriores a la fecha fin del contrato principal. |
| Entidad Administradora de Servicio -EAS | Unidades de Servicio<br>Asociar UDS - Contrato<br>Talento humano | Cada vez que se inicia un contrato.<br>Es importante verificar la información de Representante legal, Entidad Contratista e informar a la Regional del ICBF si es correcta o si debe actualizarse algún ítem. |



PÚBLICA

| RESPONSABLE | INFORMACIÓN | FRECUENCIA DE REGISTRO |
|---|---|---|
| | Usuario<br>Datos generales<br>Salud y Nutrición<br>Información Antropométrica* | Mensual<br>Garantizar que la información registrada en el sistema de información sea veraz, completa, exacta, actualizada, real y comprobable. |

*La información antropométrica que se registra por usuario, corresponde a cada uno de los seguimientos realizados. El usuario tendrá un registro al ingreso que equivale a la primera toma y así se realizará de forma mensual durante toda la atención. Tener en cuenta que no se debe registrar más de una toma mensual. Idealmente, el tiempo que debe oscilar entre toma y toma debe ser de 30 ± 5 días.

Los datos relacionados con la gestión familiar deberán ser registrados en el módulo del componente social del sistema de información definido por el ICBF, el cual se diligenciará con base en la información obtenida a través de los instrumentos de recolección primaria establecidos para el levantamiento de la misma, en el marco de la prestación del servicio.

Desde el ICBF, se obtendrán los reportes de los sistemas de información que permitan verificar el cumplimiento de la EAS en relación con registro completo, oportuno y de calidad de la información de los usuarios atendidos. Ésta se constituye en el principal insumo para el cálculo de los indicadores de resultado de la modalidad y los análisis poblacionales.

### 6.5 Evaluación y monitoreo de la gestión

Los resultados de la operación de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo se medirán periódicamente mediante los siguientes indicadores[75]:

**Mujeres Gestantes**

Porcentaje de mujeres con bajo peso en periodo de gestación, que logran ganar peso de forma adecuada de acuerdo con sus semanas de edad gestacional.

Este indicador tiene como objetivo evaluar el efecto de la atención en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, sobre la ganancia de peso y estado nutricional de las mujeres gestantes que ingresan con bajo peso para la edad gestacional, luego de una intervención de mínimo 4 meses.

La línea de base para este indicador es de 86,1%, que corresponde al resultado obtenido al cierre de la vigencia 2019, frente al porcentaje de mujeres gestantes atendidas en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo que lograron ganar peso de forma adecuada de acuerdo con sus semanas de edad gestacional.

**Niños y Niñas menores de 5 años**

Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años atendidos que mejoran su estado nutricional.

Este indicador tiene como objetivo evaluar el efecto de la atención en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo sobre el estado nutricional de los niños menores de 5 años que ingresan con

[75] Las hojas de vida de estos indicadores se encuentran disponibles en la consulta SIMEI de la Intranet de ICBF.



PÚBLICA

riesgo de desnutrición aguda, representado en el indicador peso para la talla, luego de una intervención comprendida entre 60 y 120 días.

La línea de base para este indicador es de 90,2%, que corresponde al resultado obtenido al cierre de la vigencia 2019, frente al porcentaje de niñas y niños menores de 5 años atendidos en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo que lograron mejorar su estado nutricional a partir de las intervenciones realizadas durante su atención en la modalidad.

**Usuarios atendidos**

Número de niñas, niños y mujeres gestantes atendidos en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

Este indicador tiene como objetivo conocer el número de usuarios, representados en niñas y niños menores de 5 años y mujeres gestantes que reciben atención a través de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, en los diferentes cortes establecidos.

La línea de base para este indicador es de 30.877 que corresponde al número de usuarios -entre mujeres gestantes con bajo peso y niñas y niños menores de 5 años con riesgo de desnutrición aguda, atendidos durante la vigencia 2019 en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

### 6.6 Requisitos de operación

De conformidad con lo establecido en la Ley 7 de enero 24 de 1979, *"Por la cual se dictan normas para la protección de la niñez, se establece el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se reorganiza el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones"*[76], en su artículo 21, numeral 9, se dispuso que "El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar tendrá entre sus funciones "(...) Celebrar contratos con personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, nacionales o internacionales para el manejo de sus campañas, de los establecimientos destinados a sus programas y en general para el desarrollo de su objetivo".

Del mismo modo, el Decreto Único Reglamentario 1084 de 2015 , en sus artículos 2.4.3.2.5 al 2.4.3.2.11, atendiendo la naturaleza especial del servicio público de bienestar familiar, consagró de manera expresa las facultades del ICBF para la contratación con Instituciones de Utilidad Pública o Social de reconocida solvencia moral y técnica, dando preferencia a las más antiguas y que hayan sobresalido por sus méritos y dotes administrativos. Cuando no se pueda celebrar contratos con Instituciones sin ánimo de lucro, se suscribirán con personas naturales de reconocida solvencia moral.

De otro lado, el Decreto - Ley 2150 de 1995, proferido con base en facultades otorgadas mediante la Ley 190 del mismo año, más conocida como "estatuto anticorrupción", en su artículo 122, estableció que para la prestación del servicio de bienestar familiar se podrán celebrar directamente los contratos con entidades sin ánimo de lucro del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

[76] Modificada por el Artículo 8 de la Ley 89 de 1988 y, reglamentada por el Decreto 2388 de 1979, compilado en el Decreto Único Reglamentario 1084 de 2015.



PÚBLICA

## 6.7 Costos

Desde la Dirección de Abastecimiento se realiza la actualización del estudio de costos de la modalidad para la prevención de la desnutrición '1.000 días para cambiar el mundo', de manera diferenciada y según las necesidades y especificidades de cada una de las regiones. A partir de los resultados de este estudio se generan las estructuras de costos que se componen por costos fijos y costos variables.

### Costos fijos

Son aquellos que durante el proceso de atención se ejecutan según lo establecido en la estructura de costos, independientemente del número de usuarios atendidos. Para la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, se consideran costos fijos: dotación, talento humano y comunicaciones.

### Dotación

La estructura de costos de la modalidad incluye el valor asociado a cada uno de los elementos de dotación inicial requeridos antes del inicio del funcionamiento del servicio. La EAS debe adquirir estos elementos teniendo en cuenta las características definidas para cada uno desde el ICBF. Este rubro se asigna para las Unidades de Servicio nuevas y debe ser ejecutado durante el primer mes de atención.

Cuando una UDS es antigua y viene de una vigencia anterior, se asigna el rubro correspondiente a reposición de dotación que equivale al 10% del valor total de la dotación. Este rubro se debe utilizar para reemplazar los elementos de dotación deteriorados o para realizar mantenimiento a aquellos que lo requieran. El rubro de reposición de dotación se asigna una vez al año con el inicio de cada vigencia, para que se ejecute, idealmente, durante el primer mes del año de acuerdo con las necesidades.

### Talento Humano

De conformidad con los perfiles mínimos requeridos para la prestación del servicio, se cuantificó el costo del componente de talento humano tomando como referencia la tabla de salarios básicos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) calculándose en sus honorarios los factores prestacionales exigidos por ley. El factor prestacional calculado incluye seguridad social (salud, pensión y ARL), prestaciones sociales (auxilio de cesantías, intereses de cesantías y prima legal), vacaciones y parafiscales (SENA, ICBF y Caja de Compensación).

El rubro asociado a este concepto se presenta como honorarios para cada uno de los perfiles que integran el equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo. La EAS, en el momento de realizar la contratación de talento humano, debe garantizar que el tipo de servicio que presta cada persona sea de dedicación exclusiva, teniendo en cuenta las características de operación de la modalidad.

PUBLICA

## Comunicaciones

Este rubro contempla un plan con minutos ilimitados y datos suficientes que permita el intercambio de información vía telefónica o correo electrónico entre los gestores, profesionales y técnicos. El valor se asigna mensualmente y se debe ejecutar con esta misma periodicidad.

## Costos variables

Son aquellos que durante el proceso de atención se ejecutan de manera proporcional a la cantidad de usuarios atendidos. En la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo se consideran costos variables: Complemento Alimentario (Alimento Listo para el Consumo -ALC y Raciones Familiares Para Preparar -RFPP), transporte del talento humano, papelería, kit de alimentación complementaria y gastos administrativos.

## Complemento Alimentario

Dentro de la estructura de costos de la modalidad se incluye el valor de los complementos alimentarios, la necesidad, de acuerdo con las condiciones y requerimientos de cada uno de los usuarios.

El rubro asociado a complemento alimentario puede ser utilizado para la compra del Alimento Listo para el Consumo -ALC, el cual debe ser suministrado a niñas y niños entre 6 y 59 meses con riesgo de desnutrición aguda, de acuerdo con sus necesidades nutricionales o para la compra de Raciones Familiares para Preparar RFPP (tipo mujer gestante y tipo niño de 6 a 59 meses), las cuales están conformadas por los alimentos que se suministran a los niños que se encuentran con clasificación nutricional de peso adecuado para la talla, a aquellos que presentan desnutrición aguda y se encuentran en tratamiento con la FTLC suministrada desde el sector salud y a las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia de niños menores de 6 meses.

Los alimentos que conforman la RFPP se suministran de acuerdo con las cantidades y presentaciones estipuladas por el ICBF[77] (en este rubro no se incluyen los costos asociados a los AAVN producidos por el ICBF). El costo de cada ración incluye los valores asociados a transporte de los mismos (incluyendo alistamiento, embalaje y almacenamiento) y empaque secundario (incluyendo el envío de este a los puntos de entrega).

## Transporte del Talento Humano

Corresponde a los gastos justificados en los que se incurra dentro de la operación de la modalidad. El valor se estima por las visitas que debe realizar cada profesional, auxiliar o gestor comunitario a los hogares de los usuarios, a los lugares en donde se llevan a cabo los encuentros grupales y como rubro necesario para realizar la focalización y búsqueda activa. Este valor se asigna mensualmente y se debe ejecutar con la misma periodicidad de acuerdo con el número de usuarios realmente atendidos.

[77] La información de los alimentos, cantidades y presentaciones se encuentra en el anexo técnico disponible en https://www.icbf.gov.co/misionales/promocion-y-prevencion/nutricion



PÚBLICA

**Papelería**

Contempla los materiales necesarios para el desarrollo de las actividades educativas con las familias de los usuarios, tanto en las visitas al hogar como en los encuentros grupales. El rubro se asigna mensualmente y se debe ejecutar con la misma periodicidad de acuerdo con el número de usuarios realmente atendidos.

**Kit 'alimentación complementaria en familia'**

Contempla los elementos que se entregan a los usuarios que cumplen 6 meses (hijos de las mujeres gestantes atendidas en la modalidad) y egresan del servicio. Estos incluyen: una cuchara, un plato, un vaso, un babero de silicona, la ruleta alimentación complementaria de ICBF "Menús saludables para niños y niñas de 6 a 24 meses" y la cartilla "mi plato un arcoíris divertido de sabores" del ICBF.

**Gastos administrativos**

Este concepto representa los costos administrativos e impuestos derivados de la operación de la modalidad, cuyo cálculo se cuantificó a partir de los estados financieros de las organizaciones que brindan estos servicios al ICBF, determinándose el porcentaje de administración de acuerdo con las cuentas de ingresos operacionales y de los gastos operaciones, calculándose así el porcentaje de participación de los gastos respecto de los ingresos operaciones. Por tanto, en el estimativo, aparte de haberse considerado dentro del modelo de estudio de costos la mayoría de los gastos administrativos, no se tuvo en cuenta de manera independiente el porcentaje de imprevistos, ya que este se asumió inmerso dentro del porcentaje de costos administrativos. Este valor se ejecuta con periodicidad mensual y se autoriza de acuerdo con el número de usuarios realmente atendidos.

## 6.8 Pago a las EAS[78]

Con el fin de contar con la información necesaria para la revisión del cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de las EAS, a continuación, se describe la información mínima que el supervisor del contrato y el apoyo a la supervisión debe verificar dentro de la operación, la cual deberá ser entregada dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes de atención, con periodicidad mensual:

- Cargue de la información de beneficiario y de las tomas de seguimiento nutricional, de los usuarios atendidos, con calidad del 100%, registrados en el Sistema de Información definido por el ICBF, con la respectiva información de georreferenciación.
- Cargue de la información correspondiente al componente social en el módulo dispuesto para tal fin, en el sistema de información definido por el ICBF.
- Soporte de focalización de usuarios, formato establecido por el ICBF.
- Ficha de ingreso de usuarios, formato establecido por el ICBF.
- Soporte de entrega de la complementación alimentaria: RFPP, AAVN y ALC.

[78] Debe tener en cuenta la reglamentación vigente, entre ellas las resoluciones No. 3333-2015, 2926-2015 y 0366-2013.



PÚBLICA

- Informe de casos remitidos al sector salud y seguimiento con los respectivos soportes de las remisiones efectuadas en el mes, formato establecido por el ICBF.
- Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de educación inicial, formato establecido por el ICBF.
- Cumplimiento del pago de seguridad social en salud, pensiones y ARL, del talento humano contratado por la EAS para la modalidad.
- Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil.
- Copia del certificado de pago al equipo interdisciplinario.

Adicionalmente, se deberá entregar en medio magnético los soportes para facilitar la revisión por parte del supervisor del contrato y el apoyo a la supervisión.

**Nota 19:** El ICBF establecerá el formato para realizar el seguimiento financiero. Dicho formato debe ser tenido en cuenta para la elaboración de la certificación para pago.

## 7. RELACIÓN DE ANEXOS

| CÓDIGO | NOMBRE |
|---|---|
| A1.MO7.PP | Anexo Orientaciones para la Toma de Circunferencia Media de Brazo |
| A2.MO7.PP | Anexo Georreferenciación y GPS |
| A3.MO7.PP | Anexo Requisitos de Empaque Secundario de la Ración Familiar para Preparar |
| A4.MO7.PP | Anexo Composición nutricional de los alimentos que conforman las raciones, recomendaciones para su conformación, AAVN, Alimento Listo para el Consumo y fichas técnicas |
| A5.MO7.PP | Anexo Ruta de Remisión a Salud, para la atención a la desnutrición aguda de niñas y niños menores de cinco años, atendidos en los servicios del ICBF |
| A6.MO7.PP | Anexo Ruta Remisión EPAD a Modalidades de Protección Transversal |
| A9.MO7.PP | Anexo Funciones a desarrollar por parte del Talento Humano de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo |
| A11.MO7.PP | Anexo Características técnicas de los elementos que conforman el kit “alimentación complementaria en familia” |

## 8. RELACIÓN DE FORMATOS

| CÓDIGO | NOMBRE |
|---|---|
| F1.MO7.PP | Formato operativo focalización |
| F2.MO7.PP | Formato operativo autorización y ficha de ingreso |
| F3.MO7.PP | Formato operativo Plan de Intervención Individualizada |
| F4.MO7.PP | Formato Entrega de RFPP AAVN y Alimento Listo para el Consumo ALC |
| F5.MO7.PP | Formato operativo caracterización familiar |
| F6.MO7.PP | Formato operativo Plan de Acompañamiento Familiar |
| F7.MO7.PP | Formato egreso y remisión a modalidades de educación inicial |
| F9.MO7.PP | Formato operativo seguimiento gestores comunitarios |
| F10.MO7.PP | Formato operativo seguimiento estado de salud |
| F16.MO7.PP | Formato Proveedores de Alimentos |
| F17.MO7.PP | Formato informe casos de mortalidad por desnutrición en la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo |

PÚBLICA

## 9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Adicionalmente, el ICBF cuenta con documentos de apoyo al funcionamiento de los programas misionales, los cuales deben mantenerse como documentos de consulta para la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, en su versión publicada en la página web del ICBF y deben ser socializados con la EAS al inicio del contrato y cuando se considere necesario:

- Guía Técnica y Operativa del Sistema de Seguimiento Nutricional.
- Guía Técnica para la Metrología aplicable a los programas de los Procesos Misionales del ICBF.
- Guía Técnica del Componente de Alimentación y Nutrición para los Programas y Proyectos Misionales del ICBF.
- Guía Técnica del Componente de Alimentación y Nutrición para la Población con Discapacidad.
- Guía de Almacenamiento Bodegas Alimentos de Alto Valor Nutricional.
- Guía de Gestión de Bienes – Dirección Administrativa, Grupo de Gestión de Bienes/ Grupo de Almacén e inventarios ICBF – 2016.
- Procedimiento Ruta de Remisión EPAD a modalidades Integrales de Primera Infancia.

## 10. LISTA DE TABLAS

**Tabla No. 1**. Talento Humano necesario para la ejecución de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.
**Tabla No. 2**. Elementos de dotación por cada UDS para la implementación de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.
**Tabla No. 3**. Signos clínicos de la desnutrición aguda severa.
**Tabla No. 4**. Esquema de complementación alimentaria y nutricional de niñas y niños menores de 5 años.
**Tabla No. 5**. Distribución por intercambios. Ración Familiar para Preparar para niñas y niños de 6 a 59 meses. Usuario lactante entre 6 y 11 meses.
**Tabla No. 6**. Distribución por intercambios. Ración Familiar para Preparar para niñas y niños de 6 a 59 meses. Usuario niño-niña entre 12 y 59 meses.
**Tabla No. 7**. Distribución por intercambios. Ración Familiar para Preparar mujer gestante y madre en periodo de lactancia (niño menor de 6 meses)
**Tabla No. 8.** Acciones y frecuencia para la realización de seguimiento a las acciones relacionadas con alimentación y nutrición
**Tabla No. 9**. Responsables y frecuencia de registro de información en el sistema de información definido por el ICBF.

PÚBLICA

## 11. CONTROL DE CAMBIOS

| Fecha | Versión | Descripción del Cambio |
|---|---|---|
| 04/06/2019 | Versión 6.0, MO7.PP | Se actualizó y reorganizó el documento. Se actualizaron los conceptos asociados con las generalidades, incorporando justificación, objeto del manual, alcance, definiciones y siglas.<br>Se ajustan los objetivos de la modalidad.<br>Se ajustó uno de los perfiles dentro de los integrantes del talento humano.<br>Se actualizaron los conceptos asociados con las etapas del proceso de atención.<br>Se incorporan las acciones de 'promoción de prácticas saludables para el cuidado materno infantil en entornos saludables' en el componente de hábitos de estilo de vida saludable.<br>Se amplió el contenido relacionado con las acciones de 'educación alimentaria y nutricional - EAN' y de 'promoción y fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna'.<br>Se ajustó el componente de complementación alimentaria, con la actualización del contenido relacionado con 'Ración Familiar para Preparar -RFPP'.<br>Se actualiza el contenido de la etapa de egreso incorporando un nuevo ítem alusivo a la 'entrega del kit de alimentación complementaria en familia'<br>Se restructuró lo relacionado con los aspectos administrativos.<br>Se actualiza lo relacionado con mejoramiento: asistencia técnica.<br>Se reestructura las orientaciones para el cumplimiento del sistema de gestión, se describe en forma general cada Eje (Calidad, Eje Ambiental, Eje de Seguridad y Salud en el Trabajo, Eje de Seguridad de la Información).<br>Se incluyen y describen los requisitos de operación<br>Se ajustó lo relacionado con costos. |
| 21/05/2019 | Versión 5.0, MO7.PP | Se actualizaron las generalidades (población a atender, el número de usuarios, la duración de la atención), el talento humano, los componentes de atención y se precisan aspectos en lo descrito para las etapas de alistamiento, desarrollo y egreso. Adicionalmente se actualiza la información relacionada con los indicadores. |
| 06/04/2018 | Versión 4.0, MO7.PP | Se incluyeron aclaraciones sobre el suministro del Alimento Listo para el Consumo para niñas y niños con desnutrición aguda.<br>Se amplían orientaciones relacionadas con la población a atender, numeral 1.4.<br>Se realizaron ajustes respecto a la entrega de la Ración Familiar para Preparar a las familias.<br>Se realizaron ajustes en Educación Alimentaria y Nutricional-EAN, numeral 4.3.5.<br>Se realizaron ajustes en Plan de atención y acompañamiento individual y familiar, numeral 4.3.1. |
| | Versión 3.0, MO7.PP | Debido a los ajustes realizados en focalización, priorización territorial y esquemas de atención, además del fortalecimiento en el componente pedagógico y precisiones de la atención nutricional a la luz de la normatividad vigente (resolución 5406 de 2015 MSPS), fue necesario actualizar el manual operativo que hace parte del lineamiento técnico administrativo estrategia de atención y prevención a la desnutrición aprobado mediante resolución 12822 de 2016. El manual ya fue aprobado por la subdirección general y este contempla las recomendaciones realizadas por parte de las regionales y misionales. |
| 29/09/2017 | Versión 2.0, MO7.PP | Numeral 2.1.3. Complementación alimentaria y nutricional.<br>Se incluyen las acciones complementarias para las niñas y niños con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda de Primera Infancia.<br>Se incluyen anexos técnicos y formatos. |
| 14/12/2016 | Versión 1.0 | La Dirección de Nutrición avanzó de manera articulada con la Dirección de Primera Infancia y el acompañamiento de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia CIPI en la definición de acciones complementarias relacionadas con el proceso educativo en los primeros 1.000 días de vida, las cuales se desarrollarán en el hogar en el marco del proceso de cuidado y crianza y que junto con la adecuada alimentación y nutrición contribuyen al desarrollo integral de las niñas y niños, objetivo primordial de la modalidad. Dichas acciones serán pioneras en el país en la atención de las niñas y los niños en esta etapa vital y contaron con el acompañamiento del sector educativo durante el mes de diciembre de 2016. Por lo anterior, se hace necesario realizar el ajuste al actual Manual Operativo y sus anexos con el fin de incorporar las nuevas atenciones y los dos perfiles (coordinador y pedagogo) que se adicionaron para la adecuada ejecución. |

PÚBLICA