



**Misión Permanente de Colombia ante las Naciones Unidas
y otros Organismos Internacionales**
República de Colombia

**Prosperidad
para todos**

DCHONU No. 22

La Misión Permanente de Colombia ante la Oficina de las Naciones Unidas y los Organismos Internacionales con sede en Ginebra saluda muy atentamente a la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos con ocasión de remitir la respuesta del Estado colombiano a la solicitud de información sobre Mortalidad y Morbilidad infantil desde un enfoque de derechos humanos, realizada mediante nota de referencia OHCHR/RRDD/HRESI Section/derechos de los niños del pasado 22 de noviembre, y en seguimiento a lo establecido en la Resolución 24/11 del Consejo de Derechos Humanos.

La Misión Permanente de Colombia ante la Oficina de las Naciones Unidas y los Organismos Internacionales con sede en Ginebra se vale de la oportunidad para reiterar a la Unidad Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos las seguridades de su más alta y distinguida consideración.

Ginebra, 13 de enero de 2014



A la Honorable
**OFICINA DE LA ALTA COMISIONADA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS
DERECHOS HUMANOS**
Ginebra



Libertad y Orden

Informe Nacional Sobre los avances en la reducción de la Mortalidad y Morbilidad Infantil

Ministerio de Relaciones Exteriores – República de Colombia
Dirección de Asuntos Económicos, Sociales y Ambientales

A continuación Colombia proporciona información sobre los avances a nivel nacional en la reducción de la mortalidad y morbilidad infantil. Lo anterior, en el marco de la resolución 24/11 del Consejo de Derechos Humanos.

1. ¿Ha desarrollado su gobierno una política, estrategia o plan nacional destinado a la reducción de la mortalidad y morbilidad de los niños menores de cinco años? Proporcione información sobre las disposiciones que aseguran una atención específica a las necesidades de desarrollo y salud de los niños más desfavorecidos y vulnerables y a las intervenciones y prestaciones de servicios para estos niños.

El gobierno nacional adoptó en marzo del año 2008, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (a través del documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES 113 del 31 de marzo de 2008), en la cual se identificaron los principales problemas que afronta el sector en términos de disponibilidad y acceso a los alimentos de la canasta básica, consumo y aprovechamiento biológico, calidad e inocuidad, y finalmente, las falencias en la institucionalidad. En este sentido, dicha política tiene como Objetivo General garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad.

La política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, en su Línea No. 5, *Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable*, establece *articular la seguridad alimentaria y nutricional como componente del Sistema de Protección Social, y con las acciones prioritarias en salud pública que buscan mejorar la situación nutricional de la población, especialmente de los grupos más vulnerables, como los niños y niñas (primera infancia, infancia y adolescencia), mujeres gestantes, madres en lactancia, adultos mayores, desplazados y grupos étnicos.*

En esta misma línea de Política, se estipula el fortalecimiento y creación de nuevos Centros de Recuperación Nutricional, como una estrategia de choque y de impacto en los departamentos que por su situación lo ameriten; así, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ha venido incursionando además de los Centros en otras modalidades de atención para los problemas de Desnutrición Infantil como son:

- **Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario:** Es una modalidad de atención para la recuperación nutricional de los niños menores de cinco años, que se realiza en el medio familiar y comunitario, de la población afectada por desnutrición, que se encuentran ubicadas en zonas rurales dispersas, de difícil acceso con débil oferta institucional, situaciones socioculturales diferenciales, mediante la participación de gestores comunitarios en seguridad alimentaria, quienes previamente capacitados y con el acompañamiento y asesoría de un equipo profesionales interdisciplinario, realizan acciones terapéuticas, de promoción y prevención en salud y nutrición con el apoyo de la comunidad y las instituciones del Sistema Nacional de Bienestar Familiar - SNBF.
- **Recuperación Nutricional Ambulatoria:** Modalidad de atención para los niños y niñas menores de cinco años con desnutrición, mediante seguimiento nutricional, complementación alimentaria y acciones de educación alimentaria y nutricional a la familia, con el fin de promover hábitos de alimentación adecuada, y lograr el mejoramiento de su estado nutricional partiendo del compromiso de la familia, la comunidad y el

estado. En ésta modalidad de atención, el suministro de alimentos se realiza mediante dos estrategias: Ración Preparada y Ración para Preparar ó Paquete Alimentario.

- Centros de Nutrición y Vida: Es una estrategia donde se desarrollan acciones que contribuyen a brindar una atención integral a los niños y las niñas menores de 5 años, con altos índices de inseguridad alimentaria de zonas de alta vulnerabilidad, cuyo objetivo es brindar una atención integral a los niños y las niñas menores de 5 años, con altos índices de inseguridad alimentaria de zonas de alta vulnerabilidad, mediante acciones de salud, nutrición y educativas para los niños sus familias. Las principales actividades realizadas se basan en focalización de los niños y niñas menores de 5 años, y su atención contempla un componente nutricional, componente de atención en salud, componente educativo y componente comunitario.
- Panga (lancha) Móvil: Atención a los niños y las niñas y sus familias con alta vulnerabilidad e inseguridad alimentaria ubicadas a las riveras de los ríos, con difícil acceso vehicular y/o aéreo, a través de equipos interdisciplinarios.

De manera adicional, en el CONPES 140 de 2011 (Modificación a CONPES social 91 del 14 de junio de 2005: "metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio -2015"), se reestructuraron las metas y estrategias de Colombia para el logro de dichos objetivos. Las metas nacionales para erradicar el hambre fueron reducir a 2.6 por ciento los niños menores de cinco años con desnutrición global y reducir a 7.5 por ciento las personas que están por debajo del consumo de energía mínima alimentaria; algunas de las estrategias fijadas fueron el mantenimiento de un plan de alimentación y nutrición para prevenir la desnutrición infantil, y desarrollar e implementar una política de seguridad alimentaria.

Adicionalmente el Ministerio de Protección Social – MSPS, emite directrices para la gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI para las entidades territoriales del orden departamental, distrital, municipal, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud-IPS, los profesionales que ofrecen el servicio de vacunación y demás actores y sectores relacionados con el control de las enfermedades inmunoprevenibles.

2. ¿Se recaban datos sobre el estado de salud de los niños menores de cinco años, incluyendo información sobre los grupos desfavorecidos y vulnerables? Indicar como son utilizados estos datos en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, programas y servicios relacionados con la morbilidad en menores de cinco años.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar cuenta con el Sistema de Seguimiento Nutricional –SSN que aporta datos de salud y nutrición de los beneficiarios de las diferentes modalidades de atención, que a su vez permiten diagnosticar el estado nutricional de los usuarios de los programas y hacerles un seguimiento sistemático durante el periodo de tiempo en el cual son sujetos de la intervención alimentaria ofrecida en cada programa. Siendo, el Sistema de Seguimiento Nutricional un proceso de evaluación sistemática de los beneficiarios de los programas de apoyo alimentario, implica presentar los resultados en el corto y mediano plazo, con el propósito de aplicar las acciones correctivas y ajustes necesarios en la ejecución de las intervenciones, a fin de alcanzar los objetivos propuestos dentro de cada una de ellas; de esta manera al obtener los análisis respectivos se plantean planes de intervención con acciones concretas a nivel individual y de los programas encaminadas a mejorar o prevenir el deterioro del estado nutricional de dicha población.

Además, a través del Ministerio de Salud y Prosperidad Social se tiene en cuenta el comportamiento epidemiológico de las enfermedades con mayor incidencia en la salud de la población en general, con especial énfasis en la infantil. Además, con el objeto de cumplir con los Objetivos del Milenio, se introdujeron las nuevas vacunas, contra el neumococo, contra rotavirus y contra hepatitis A, basados en estudios de costo efectividad de las vacunas, y teniendo en cuenta nuestra morbi-mortalidad.

3. Indique que mecanismos de coordinación, supervisión y reparación existen para garantizar la aplicación efectiva del plan, estrategia o acción nacional. Proporcionar información sobre cómo estos mecanismos garantizan la transparencia, así como la participación de todos los interesados incluidas las instituciones nacionales de Derechos Humanos, la sociedad civil y la comunidad.

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONPES 113 DE 2008), sugiere una estructura institucional especial, debido a la magnitud y alcance de la política. En este sentido, se expide el Decreto 2055 del 04 de junio de 2009, que crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN, la cual tiene a cargo la coordinación y seguimiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PSAN-, siendo instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados en el desarrollo de la misma; en este decreto se estipula la conformación de la CISAN por 10 entidades nacionales (ministerios e institutos), sus funciones y la creación de una Secretaría Técnica encargada de articular las políticas, iniciativas y acciones técnicas que surjan en la Comisión, entre ésta y las entidades que la integran.

Del mismo modo, la rama legislativa del Estado expide la Ley 1355 del 14 de octubre de 2009 (por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención), y en sus artículos 15, 16 y 17 estipula que la CISAN será la máxima autoridad rectora, máxima instancia estatal de dirección, coordinación y seguimiento interinstitucional, de articulación de políticas y programas y de seguimiento a los compromisos de cada uno de los actores de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia; también define 9 entidades nacionales (ministerios e institutos) y la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición como miembros¹ de la CISAN y estipula varias funciones para la misma. Se debe aclarar que la CISAN estará presidida de manera rotativa por los Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural y de la Salud y Protección Social, para periodos de dos (2) años.

4. Indique cómo los determinantes de la salud como el agua potable y salubre, el saneamiento, una nutrición segura y adecuada, una vivienda adecuada, condiciones ambientales saludables y la igualdad de género se tienen en cuenta en la prevención de la mortalidad y morbilidad infantil.

En CISAN directiva del 17 de diciembre de 2012 se aprueba el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PNSAN 2012-2019- como una de las herramientas programáticas de la Política (CONPES 113 de 2008); dicho plan se gesta como un conjunto de objetivos, metas, estrategias y acciones propuestos por el Estado Colombiano, en un marco de corresponsabilidad con la sociedad civil, que tienen por objeto: 1) proteger a la población de las contingencias que conllevan a situaciones indeseables y socialmente inadmisibles como el hambre y la alimentación inadecuada; 2) asegurar a la población el acceso a los alimentos en forma oportuna, adecuada y de calidad; y 3) lograr la integración, articulación y coordinación de las diferentes intervenciones intersectoriales e interinstitucionales. Así, dado que procura garantizar un acuerdo social, la Política y el Plan de SAN se enmarcan dentro de la política social del Estado y, como parte de ésta, conforman la política integral de desarrollo y protección social.

¹ Miembros de la CISAN: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Comercio Industria y Turismo, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Territorial; Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio, Departamento Nacional de Planeación, Departamento para la Prosperidad Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Colombiano de Desarrollo Rural, Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición.

El Plan tendrá como horizonte de ejecución el periodo 2012-2019, tiempo en el cual deberá articularse programática y presupuestalmente con los diferentes planes de desarrollo de la Nación y de las entidades territoriales. En este sentido, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio incluye como acciones concretas:

- Incorporar a la infraestructura de acueducto a por lo menos 5,9 millones de nuevos habitantes urbanos a una solución de abastecimiento de agua.
- Incorporar 7,7 millones de habitantes a una solución de alcantarillado urbano.

Del mismo modo, el ICBF en los diferentes programas de atención a la primera infancia y niñez y adolescencia, con componente alimentaria y nutricional, desarrolla diferentes acciones educativas en higiene y hábitos saludables e implementa las Buenas Prácticas de Manufactura en los servicios de alimentación de cada programa, lo anterior de acuerdo a lo establecido en el Decreto 3075 de 1997 (en el cual están contenidas las disposiciones que regulan todas las actividades y prácticas generales de higiene en la manipulación, preparación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte y distribución de alimentos para consumo humano, con el objeto de garantizar que los productos se fabriquen en condiciones sanitarias adecuadas y se disminuyan los riesgos inherentes a la producción) y la Resolución 2674 de 2013 (la cual tiene por objeto establecer los requisitos sanitarios que deben cumplir las personas naturales y/o jurídicas que ejercen actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte, distribución y comercialización de alimentos y materias primas de alimentos y los requisitos para la notificación, permiso o registro sanitario de los alimentos, según el riesgo en salud pública, con el fin de proteger la vida y la salud de las personas) y las demás normas que modifiquen, actualicen o deroguen las anteriores.

En las modalidades de Recuperación Nutricional del ICBF, los procesos educativos se centran en las 13 Prácticas Clave, desarrolladas en un ejercicio de condensación de las estrategias AIEPI, IAMI y entornos saludables, donde las Prácticas Clave No. 1: *"Agua potable para consumo, uso en la preparación de alimentos y aseo personal"*, No. 3: *"Lavado de manos con agua y jabón para manipulación y consumo de alimentos y después de realizar necesidades fisiológicas"* y No. 3: *"Ambiente limpio en la vivienda, adecuado manejo de excretas, aguas residuales y residuos sólidos"*, son ejes centrales en la prevención y tratamiento de situaciones de riesgo y desnutrición infantil.

Igualmente, se ha gestionado con otras entidades el suministro de filtros de agua para las modalidades de la estrategia de recuperación con el fin de contribuir a la prevención de las enfermedades transmitidas por el inadecuado uso del agua; en la actualidad se tiene programado la entrega de filtros en las comunidades indígenas de Quipará y Juindur del municipio de Riosucio del departamento del Chocó en el marco de Carta de Intención con OXFAM e ICBF.

5. ¿Cómo se han incorporado los Derechos Humanos en la planificación e implementación de la cobertura universal de servicios de salud primaria para los niños? En particular, proporciones información sobre cómo los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud han sido incorporados.

En Colombia, la jurisprudencia² de la Corte Constitucional establece que la salud, según el artículo 49 de la Carta Política, tiene una doble connotación por tratarse de un derecho constitucional y servicio público. En tal sentido, todas las personas deben poder acceder al servicio de salud y al Estado le corresponde organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Desde 2009, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), mediante los Acuerdos 004 y 011 de 2009 unificó el Plan Obligatorio de Salud –POS– para los niños, niñas y adolescentes de todos los estratos sociales,

² Al respecto, se pueden consultar las sentencias C-577 de 1995, C-1204 de 2000, T-036 de 2004, T-924 de 2004 y T-1182 de 2008

beneficiando a 15.838.549 niños(as) y adolescentes en el país, entre 0 y 17 años de edad³. Asimismo, en mayo de 2012 se expidió el Acuerdo 31 de la CRES, mediante el cual se agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del POS para los niños y niñas menores de 18 años, y el cual debe prestarse por parte de las Empresas Promotoras de Salud, garantizando la complementariedad de las acciones del POS vigente con las acciones individuales o colectivas de otros planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este contexto, se establecieron como ciclos vitales los siguientes: 1) Prenatal a menores de 6 años; 2) de 6 a menores de 14 años; c) de 14 a menores de 18 años. A continuación, se presentan las medidas adoptadas para el primer ciclo vital Tomando en consideración que el estudio se basa en la mortalidad y morbilidad prevenibles en niños menores de 5 años, a continuación se presentan algunas de las medidas adoptadas para el primer ciclo vital:

- **Atención Prenatal:** el Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las tecnologías en salud, que puedan requerirse para cualquier atención en salud, ambulatoria o de internación, por la especialidad médica que sea necesaria, en el proceso de gestación, parto y puerperio en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.
- **Atención de la Morbilidad Neonatal:** el recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el POS, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud.
- **Programas de Detección Temprana:** el POS vigente cubre la atención en programas para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo y de la agudeza visual, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados.
- **Atención a Hijos de Madres VIH Positivas:** los hijos de madres VIH positivas tienen derecho a las tecnologías contenidas en el POS, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH-Sida es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/Sida adoptada oficialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Ahora bien, con el propósito de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en cuanto a reducir la mortalidad materna e infantil, el Ministerio de Salud ha impulsado el Modelo de Vigilancia a la Morbilidad Materna Extrema, como herramienta metodológica que ha asistido técnicamente a las Sociedades Científicas del país. Igualmente, se diseñó e implementó el modelo de seguridad clínica para la atención obstétrica de emergencia, los diagramas de flujo y se ha dotado con insumos críticos para el manejo de las principales emergencias obstétricas a los servicios de salud.

Por otra parte, los criterios de disponibilidad, accesibilidad y calidad en los servicios de salud se han incorporado desde el Ministerio de Salud y Protección Social teniendo en cuenta que es fundamental garantizar las coberturas útiles de vacunación en la población menor de 6 años, en los 1102 municipios y 20 corregimientos, con el fin de disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacunas. En ese sentido, a través del PAI se ha implementado estrategias que incluyen entre otros, la diversidad étnica, cultural y geográfica del país. Asegurándose que en cada municipio se realice la visita del personal vacunador de al menos tres veces al año, a las zonas rurales y a las zonas urbanas marginadas en las que se encuentra la población más vulnerable. En cada territorio, dependiendo de la cultura existente en la zona, se plantean estrategias de comunicación y promoción del programa en lenguas propias, para mayor y fácil acceso a las comunidades. Igualmente en los sectores indígenas los vacunadores, son de las mismas comunidades, capacitados como promotores de salud o auxiliares de enfermería con experiencia en vacunación.

³ El 33% corresponde a niños en la primera infancia (0 y 5 años), 34% de infancia (6 y 11 años) y 33% adolescentes (entre 12 y 17 años).

