

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 1 de 14

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 01	
Hora: 9:30 am	Fecha: 28 de octubre de 2025
Lugar:	Regional Antioquía ICBF- Auditorio
Dependencia que Convoca:	Centro zonal Sur Oriente
Proceso:	Primera infancia
Objetivo:	Desarrollar la Mesa Pública del centro zonal Sur Oriente
Agenda: • Saludos • Apertura por coordinación • Exposiciones sobre nutrición en el ICBF • Casos exitosos • Ronda de preguntas • Cierre	
Desarrollo: Inicia la mesa pública del centro zonal Sur Oriente con la apertura de la profesional Lina Beatriz Ochoa García perteneciente al grupo de Primera Infancia del centro zonal, donde explica que se cuenta con una hoja donde los asistentes a la mesa podrán formular sus preguntas con respecto a los temas tratados y las mismas serán respondidas al estar finalizando la reunión. Posteriormente la coordinadora del Centro Zonal la doctora Karen Linet Giraldo da la bienvenida a los asistentes con las siguientes palabras: “Bienvenido todos los asistentes a este espacio de mesa pública, se espera contar con toda la participación, que el espacio no se vea como un espacio magistral, si no como un espacio de enriquecimiento de doble vía, de que se pueda generar una adecuada conversación en torno al tema que se va a tratar que la misma ciudadanía elegido y que esta en el marco de la nutrición. De ahí la importancia de contextualizarse sobre la entidad. Bienestar Familiar es una entidad pública descentralizada que inicio desde el año 1968 con la ley 75 y es así como en la actualidad se cuenta con 33 Regionales y 218 centros zonales. Para poder llegar a la mesa pública se realizó una encuesta en un formulario forms que fue compartida a través de diferentes medios digitales. El año anterior hubo 122 respuestas y para esta vigencia se logró obtener 132 encuestas de las cuales participo la ciudadanía general y algunos de los funcionarios de la entidad. El resultado de la encuesta arrojó el interés por la nutrición. Interviene la compañera Lady Johana Herrera Cañola quien explica el objetivo de este servicio, de esta modalidad... es precisamente mejorar el estado nutricional de la población objetivo, en este caso, mujeres o personas gestantes y niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, menores de 5 años. Este servicio se desarrolló en el año 2024 con 6. 500 cupos a nivel nacional, en todos los departamentos. No obstante, no se implementó en todos los municipios una priorización para este servicio.	

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 2 de 14

Entonces, se desarrolló en 145 municipios y el departamento de Antioquia, que es el que nos compete, se desarrolló el año inmediatamente anterior en Urabá, específicamente en Vigía Fuerte, Murindó, Mutatá y en el Nordeste, Amalfi, Segovia, Remedios.

Inicialmente, cuando este programa inició en el año 2019 con el pilotaje, se realizó en municipios PDE. No en todos los municipios PD, pero se hizo una priorización de los mismos. Se arrancó con 450 cupos en Antioquia, luego posteriormente 600, luego 900, y el año inmediatamente anterior con 300, porque estos cambios con el nuevo Plan Nacional de Desarrollo se le cambió mucho el enfoque y los operadores fueron cajas de compensación familiar o Hospitales. Para hacer una atención intersectorial y enfocada mucho desde el sector salud, para poder desarrollar acciones integrales con nuestros niños y niñas y mujeres gestantes.

No solo se hizo una transformación y una adaptación del modelo según el Plan Nacional de Desarrollo con su línea de alimentación, sino que también los servicios de la dirección de nutrición, que son transversales a todos los servicios de primera infancia, también tuvieron unos cambios. ¿Cuáles son esos cambios? La modalidad Mil Días para Cambiar el Mundo, que ya para el presente año, no se llama así. El nombre del servicio es el Servicio Integrado de Atención y Prevención a la Desnutrición o Recuperación Nutricional en el Hogar. Estos servicios se desarrollaban en tres servicios. Estos tres servicios eran: unidad de búsqueda activa, centros de recuperación nutricional, los cuales no los tenemos en Antioquia, los teníamos en Córdoba, en Michina, en Guajira, especialmente en Chocó y en Medellín se tenían esos centros de recuperación, eran para niños ya identificados con desnutrición aguda; todo ello estaba al servicio de prevención, que era mil días, que solo era para niños con riesgo. La unidad de búsqueda activa, que también se desarrollaba especialmente en La Guajira, era la identificación de esos niños, ya fuese con riesgo o con desnutrición, y su respectiva derivación al sector salud o a estos diferentes programas, incluidos los otros servicios de primera infancia. Entonces, era identificar a nuestra población y poder ubicarla en alguno de los servicios que ofrece ICBF.

En Antioquia el servicio integrado de atención y prevención ya es fusionado, esto quiere decir, que ya en la misma modalidad se puede tener niños y niñas con desnutrición, niños y niñas con riesgo de desnutrición y mujeres gestantes con malnutrición por exceso y por déficit. Aunque se habla del 2024 y de la modalidad mil días que solo era para prevención, es importante socializar que ya en este momento es atención y prevención.

La resolución 100 del 2024 por la cual se dictan disposiciones sobre la planeación integral de salud. Es decir, que estos servicios o esta modalidad se realiza en conjunto con las sanciones intersectoriales, es importante hablar del plan de desaceleración de la mortalidad por desnutrición y de las zonas de recuperación nutricional. Las zonas de recuperación nutricional en Antioquia son tres.

Estas zonas de recuperación nutricional están ubicadas en tres municipios del Bajo Cauca Antioqueño y ocho municipios del Urabá Antioquia. Es en esos municipios donde se viene desarrollando esta modalidad. Es decir, que el Centro Zonal Sur Oriente, y específicamente en Medellín, no hay este servicio.

Se habla del sistema CIVIGILA, que es donde se carga el evento 113, la desnutrición aguda, el ICBF este año ya empezó a alimentar este sistema, ya todos los servicios del ICBF deben de aportar a este sistema. Esto ayuda a que las atenciones puedan ser más rápidas, en qué se está aportando esas estadísticas y que podemos articularnos con el sector salud para que se pueda dar una atención oportuna e integrar a los casos que identifiquen con desnutrición. Se resalta que obviamente hay una concordancia con lo antes mencionado de las zonas de recuperación, son las más afectadas las zonas de las subregiones de Bajo Cauca, Urabá y Valle de Aburrá.

Finalmente, la funcionaria termina la socialización de la modalidad Mil Días para Cambiar el Mundo, y concluye con que esta modalidad es extramural o era extramural, la cual se desarrollaba con unos equipos de atención interdisciplinarios y brindaba un paquete alimentario. El ABN y unas acciones intersectoriales para brindar a la familia y a los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición.

La nutricionista del centro zonal Martha Gutiérrez expone los avances en materia de nutrición que ha realizado el grupo de primera infancia del centro zonal para esto se refiere al segundo boletín de seguimiento nutricional que se hizo a finales de junio. El mismo decía que se encontraron 19 niños con desnutrición aguda moderada o severa. La evolución de los mismos fue la siguiente:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 3 de 14

El 15% continuó con la nutrición aguda, moderada o severa. El 31% pasó a riesgo, o sea que mejoró su estado nutricional. Esto equivale más o menos a 6 niños. El 39% entró en estado nutricional adecuado, lo cual representaría 7 niños y el 15% pasó a obesidad.

Para mejorar el estado nutricional de los niños, hay que recordar que la entidad les está ofreciendo un 70% de los requerimientos nutricionales diarios. El 30% lo debe garantizar la familia. Y en ese 15%, el 70% se está dando 15 gramos de alimento de alto valor nutricional que contribuye a mejorar ese estado nutricional de los niños. Se sabe que el alimento de alto valor nutricional es un alimento maravilloso, que está demostrado que cumple con todos los requerimientos que los niños necesitan para crecer sanos y fuertes. Entonces, se debe utilizar muy bien ese producto.

Finalizando la intervención se toma la palabra para empezar a hablar de algunos casos exitosos que día a día se ven en la entidad, empezando por el expuesto por la compañera Marcela Muñoz García psicóloga adscrita al centro zonal Sur Oriente, ella comparte experiencia exitosa que tuvo dentro de la defensoría con un chico que fue 4 meses, que estuvo hospitalizado por bronquiolitis aguda moderada y desnutrición aguda moderada. El niño tenía como antecedente tres ingresos hospitalización por desnutrición, sin mejoría significativa de su peso y estado de salud. Como factores de riesgo para el desarrollo integral del niño se identificaron los siguientes:

El niño ingresó de manera tardía a los controles prenatales. Según el carnet, la madre solamente asistió a cinco controles.

Tenía un periodo intergenésico corto y la madre tuvo bajo peso durante el embarazo. Se estableció como diagnóstico por medicina general retardo del desarrollo debido a desnutrición.

También hubo una alteración en la comunicación interauricular.

El diagnóstico establecido por pediatría fue desnutrición proteico-calórica leve, bronquiolitis aguda no especificada y las tres hospitalizaciones sin mejoría significativa de su estado de salud.

A nivel de factores de vulnerabilidad, se identificó como equipo interdisciplinario, ausencia de un entorno protector, negligencia en el cuidado, incumplimiento de roles parentales. El niño no contaba con reconocimiento legal por parte del padre biológico, se identificaron falencias en el acompañamiento del niño, una madre con pocas herramientas respecto al cuidado, falta de conciencia por parte de la familia respecto al estado de salud física y mental del niño. Inestabilidad laboral, económica y habitacional, inseguridad alimentaria y ausencia de redes de apoyo idóneas.

El niño fue ubicado en el hogar sustituto de Corporación Pan en marzo del 2024. Al momento del ingreso, el niño contaba con un peso corporal de 5.8 kilogramos; 64.5 centímetros de estatura, clasificados en una desnutrición aguda moderada. No contaba con soportes de atenciones en los programas de promoción y mantenimiento de la salud y además tenía pendientes atenciones por nutrición y pediatría.

La reunificación familiar del niño tuvo lugar en marzo de este año.

Los logros que se obtuvieron durante el proceso administrativo de restablecimiento de derechos fueron los siguientes. El niño regresó con un peso corporal de 8.2 kilogramos, 77.3 centímetros de estatura. Tuvo ganancia de peso y talla mes a mes, que fueron identificados durante los seguimientos que realizó tanto la nutricionista del operador como la profesional en nutrición que nos acompañaba a nosotros en la defensoría en ese momento. El niño, a la fecha, debido al hecho de que ya se realizó seguimiento posterior a la reunificación, cuenta con muy buen consumo de alimentos. Consume de todo tipo de alimentos de todos los grupos, los acepta sin ningún problema, no hay intolerancia, rechazos ni alergias. Está sano, activo físicamente, en condiciones favorables, con cabello abundante y brillante.

Ya le están saliendo sus dientes. Actualmente continúa consumiendo pediazú como complemento a su alimentación diaria. El niño asiste a terapias físicas y ocupacionales semanalmente, además de controles en IEP una vez al mes, controles por neurología pediátrica y ortopedia. Se han identificado avances significativos en su desarrollo.

El último seguimiento que realizó posterior a la reunificación fue el 28 de julio de 2025, y lo que identifico es que hay un cumplimiento a cabalidad de los compromisos que se establecieron durante el par. El niño continúa con adecuados hábitos de alimentación, sigue aumentando en su peso corporal y estatura, continúa asistiendo a las terapias físicas. tenía control por pediatría programado para agosto y pues atenciones pendientes estaban con audiología y otras ayudas diagnósticas, una audiología, terapia ocupacional y una ecografía y además está diciendo a buen comienzo.

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 4 de 14

Entonces, teniendo en cuenta lo mencionado, desde la Defensoría de Familia, en cabeza de la doctora Jasmid, se realiza el cierre del proceso del niño el 5 de agosto de este año.

Otro caso exitoso fue el expuesto por la compañera Erika Edilma Castrillón y la nutricionista Arianny López sobre una menor indígena, pero primero inician con una pequeña contextualización sobre porque el centro zonal Sur Oriente atiende una gran cantidad de población indígena; pues, cuenta con la cobertura de las comunas 10, comuna 8 y San Antonio de Prado, y las demás comunas que se conocen, como la 9 y la 11. Lo que sucede es que en la comuna 10 hay un asentamiento específico de población emberá katío, en la Comuna 8 tenemos asentamientos de población en emberá Chamí y también hay algunas familias en emberá katío. En el corregimiento de San Antonio de Prado, hay población indígena del pueblo emperador. Esto hace que el centro zonal tenga una atención específica a la población indígena. Aparte de esto, también está la cobertura del Hospital San Vicente de Paul, que es un hospital con misionalidad de atención especial a la población indígena.

El caso en específico, es de una menor perteneciente al pueblo Emberá eyabida. Este caso llegó en el año 2024, el año pasado, en el mes de septiembre, una niña que presentaba un cuadro que, desde el punto de vista médico, era un caso de obstrucción grave. No obstante, la familia consideraba que la niña tenía un maleficio, toda esta situación asociada a su creencia, a sus prácticas culturales, hizo que la situación de salud fuera cada vez más grave.

Inicialmente, las comunidades indígenas siempre acuden a lo que ellos llaman el médico tradicional o jaibaná, como consecuencia la niña estuvo un largo periodo, unas cuatro semanas, en un tratamiento con este médico tradicional, y en eso, él médico tradicional no tuvo las herramientas para resolver esta situación y, entonces, esto hizo que posteriormente la familia acudiera a un centro hospitalario y de ahí fue trasladada a San Vicente.

Cuando la niña ingresa al servicio de urgencias en el hospital San Vicente, se diagnostica con un tipo grave de desnutrición que se denomina desnutrición tipo kwashiorkor. Esta se caracteriza por una ingesta deficiente de proteínas, aunque la ingesta de calorías es adecuada. Físicamente, hay edema en rostro, abdomen, pies y manos. Entonces aparentemente se veía gordita, por eso la familia no creía que la niña estuviera desnutrida porque la veía gordita, pero en realidad estaba edematizada. Este tipo de desnutrición se da principalmente en niños pequeños y poblaciones con extrema pobreza, precisamente por ese acceso limitado a los alimentos, fuente de proteínas de alto valor nutricional como en el caso de la niña indígena. Su cultura alimentaria está basada principalmente en consumir plátano, maíz, frijol, ñame y piña.

No se consumía lácteos y muy poquito huevo, entonces se vio que, además de su cultura, también es por el límite que hay para acceder a esos alimentos económicamente y hasta geográficamente, lo que finalmente desembocó en que la niña llegara en esa situación tan grave.

En este tipo de desnutrición se presenta edema también el cabello es escaso, débil, quebradizo, pierde color, anímicamente es irritable, es somnoliento, presenta fatiga y también el sistema inmune se debilita, entonces en el caso de la niña también tenía una grave infección. Además del manejo alimentario para la recuperación nutricional, requirió manejo con antibióticos para solucionar el tema de las infecciones. También empezaba a presentar manchitas en la piel y por eso su familia indígena decía que tenía piel de sapo, lo que para ellos representaba un maleficio.

La antropóloga intervino y explica que el maleficio, pues, como lo considera la comunidad, se llama piel de sapo, entonces precisamente coincide mucho con las características que la compañera explico.

Todo esto nos invitó a pensarnos en una estrategia más pedagógica para poder abordar la familia, porque también encontramos una barrera incluso en el hospital, el hospital hace el reporte. No obstante, hacen el reporte porque consideran que es importante establecer la ruta, pero siempre señalando que hay un vínculo muy fuerte entre madre e hija y no querían que se presentara como la separación, porque indudablemente la niña tenía que entrar a protección, porque en su territorio no iban a haber condiciones. Incluso pensando en el centro hospitalario de Frontino, tampoco tenían las condiciones para el tratamiento.

Este caso es considerado exitoso desde la articulación con la autoridad tradicional indígena, porque dentro de los procesos administrativos de restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes indígenas, es importante esa vinculación, o sea, que no sea solamente el defensor de familia o comisaría, sino que también es importante que la autoridad tradicional indígena se vincule. Y aquí entonces se puede hablar de que también es exitoso porque se buscó, pues, a la gobernadora, quien de una manera muy consciente empezó a entender y a comprender la situación que se estaba presentando y ella efectivamente fue quien habló con la familia para que pudieran, pues, comprender la magnitud de la situación de salud y atender la solicitud de que la niña entrara a protección. En el momento la niña se encuentra con el operador, superarse.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 5 de 14

En este momento tiene dos años, ya cumplió los dos añitos recientemente y continúa en el tratamiento. Posterior al tema de la reunificación, estamos planteando nuevamente esta articulación con la autoridad tradicional y la vinculación a estos programas que tanto Gobernación como las unidades móviles del Instituto cuentan en el territorio.

Se expone otro caso exitoso, pero, esta vez por la nutricionista Marlene, que no habla de un menor llamado Martín, residente del barrio Enciso, en la ciudad de Medellín. Actualmente, se encuentra bajo el cuidado de la corporación Asociación Unión y Progreso, en el Hogar Infantil La Unión.

Desde el año anterior, el niño presenta diagnóstico de desnutrición. Al asumir el caso a inicios del presente año, se revisaron los seguimientos nutricionales registrados en la plataforma “Cuéntame”, los cuales mostraban avances poco significativos, sin cambios relevantes en peso ni estatura. Esto impedía que el niño progresara en los indicadores nutricionales esperados.

Se inició un proceso de acompañamiento integral, en el que participaron tanto la madre comunitaria como la madre biológica. El niño cuenta con afiliación a EPS Segura, por lo que se gestionó una nueva remisión médica. A partir de entonces, la EPS comenzó a citarlo mensualmente, lo que permitió un seguimiento más riguroso de su estado nutricional y una evaluación sistémica más detallada.

Los exámenes médicos realizados indicaron que no existían alteraciones sistémicas ni hormonales que explicaran la desnutrición. En julio del presente año, se evidenció un avance significativo: el niño pasó de estar en canal de desnutrición a estar en riesgo de desnutrición. Este progreso también se reflejó en la disminución de enfermedades infecciosas recurrentes, lo cual había sido un factor limitante en su recuperación.

La Asociación Unión y Progreso cuenta con un protocolo de atención enfocado en el acompañamiento tanto en el hogar comunitario como en el entorno familiar. Se documentaron todos los exámenes pertinentes para descartar causas sistémicas de la desnutrición. A partir de estos resultados, se inició un proceso de educación nutricional dirigido a los cuidadores, con el fin de fortalecer las prácticas alimentarias y de salud en el hogar.

Dado que las raciones alimentarias en el hogar comunitario están previamente establecidas, se implementó una estrategia de refuerzo nutricional consistente en duplicar la porción de proteína ofrecida al menor. Asimismo, se aumentó la cantidad de preparaciones con suplemento nutricional, con el objetivo de favorecer la ganancia de peso.

En el entorno familiar, se sensibilizó a la madre sobre la importancia de priorizar alimentos con alto contenido proteico. Se identificó una deficiencia en la frecuencia y calidad de las comidas en el hogar, lo cual afectaba el cumplimiento del 30% de la carga nutricional que debía ser cubierta en casa. Por esta razón, se diseñó un plan de acción con la familia, en el que se comprometieron a establecer horarios definidos y a ofrecer alimentos específicos en cada comida.

Se observó que, como ocurre en muchos casos de desnutrición o riesgo nutricional, el menor presentaba pérdida de apetito. Ante esta situación, se implementaron estrategias de estimulación del apetito tanto en el hogar comunitario como en el entorno familiar. Estas incluyeron la creación de ambientes tranquilos y agradables durante la alimentación, ya que se evidenció que la madre experimentaba altos niveles de ansiedad al momento de alimentar al niño, lo cual influía negativamente en la aceptación de los alimentos.

El equipo interdisciplinario brindó acompañamiento emocional a la madre, con el fin de reducir su angustia y promover un entorno más favorable para la alimentación del menor.

Se identificaron posibles deficiencias en las prácticas de higiene durante la preparación de alimentos en el hogar, lo que podría haber contribuido a episodios recurrentes de enfermedades diarreicas. En respuesta, se implementó un plan de choque con la madre, en el que se brindaron recomendaciones prácticas para mejorar la manipulación y preparación de alimentos, reduciendo así los riesgos de contaminación.

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 6 de 14

Se promovió la participación activa de la madre en los procesos alimentarios del hogar comunitario, con el fin de que pudiera observar directamente las porciones, cantidades y formas de presentación de los alimentos. Esto permitió replicar en casa las prácticas exitosas del entorno institucional, facilitando la aceptación del menor hacia los alimentos.

Durante la primera semana de octubre, el niño presentó un episodio de enfermedad respiratoria. A pesar de ello, no se evidenció pérdida de peso, lo cual representa un avance significativo en su proceso de recuperación. Actualmente, Martín continúa en condición de riesgo nutricional, pero con indicadores en ascenso y muy próximos a alcanzar niveles adecuados.

El principal desafío actual es mejorar el indicador de talla para la edad, dado que el menor presenta también desnutrición crónica. No obstante, se ha observado un progreso importante en su crecimiento. En el hogar comunitario, Martín ya no requiere asistencias especiales, consume los alimentos con agrado y no presenta signos físicos visibles de desnutrición. El caso de Martín continúa siendo un reto institucional, pero los avances alcanzados hasta la fecha reflejan el impacto positivo del acompañamiento integral y la articulación entre el hogar comunitario y la familia.

Llegando a la sesión de pregunta, un asistente plantea una consulta relacionada con la vigencia del contrato actual, el cual está establecido hasta el 15 de noviembre. La pregunta central gira en torno a las acciones previstas para garantizar la continuidad en la prestación del servicio a partir de esa fecha.

La supervisora del Centro Zonal informa que el equipo local participa en el seguimiento a la ejecución de los contratos, pero aclara que el proceso de contratación y sus respectivas adiciones son competencia del área regional de contratación.

Actualmente, la Dirección Regional de Antioquía, a través del Grupo Interno de Trabajo de Prevención (anteriormente denominado Grupo Ciclos de Vida), está realizando ajustes presupuestales y gestionando el recaudo de recursos provenientes de unidades que han sido cerradas. Estas acciones tienen como objetivo asegurar la disponibilidad de fondos para formalizar el contrato que dará continuidad al servicio después del 15 de noviembre.

Se reconoce que este proceso depende directamente del equipo regional, por lo que se mantiene la expectativa de que se logre concretar la contratación en los tiempos requeridos. La meta es garantizar que los niños continúen recibiendo atención sin interrupciones.

Se formuló la siguiente inquietud: ¿Qué acciones deben tomarse cuando un niño es identificado con riesgo de desnutrición? ¿Cada unidad puede definir libremente su estrategia de recuperación o existe una directriz institucional?

La profesional Marta intervino para aclarar que sí existe un protocolo establecido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para el manejo de casos de desnutrición aguda, moderada o severa. Este protocolo contempla:

- Seguimiento quincenal del niño.
- Toma de medidas antropométricas periódicas.
- Elaboración de un plan de trabajo con la familia.
- Intervención directa en el hogar comunitario o infantil.
- Remisión al sector salud por parte de la nutricionista responsable.
- Verificación de atención médica, entrega de fórmula nutricional y cumplimiento del esquema de salud.

La orientación está contenida en el componente de salud y nutrición del Estándar 15, así como en las guías de soberanía alimentaria y nutricional. Estas establecen que, ante un riesgo de desnutrición aguda, se deben implementar estrategias de vigilancia y monitoreo para evitar que dicho riesgo se materialice.

El seguimiento incluye:

- Evaluación antropométrica para definir el nivel de riesgo.
- Identificación de posibles causas como inseguridad alimentaria.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 7 de 14

- Revisión de la ingesta alimentaria en el hogar y en el entorno institucional.
- Educación alimentaria dirigida a la familia.
- Revisión del esquema de salud del menor.
- Análisis del caso como estudio individualizado por el equipo interdisciplinario (psicosocial, nutrición, salud).

Se destacó que algunos niños se encuentran en una condición límite (“borderline”), donde una pérdida leve de peso (100–200 gramos) puede desencadenar desnutrición. En estos casos, se recomienda remitir al sector salud de manera preventiva, especialmente si el niño presenta síntomas leves como gripa o disminución del apetito.

Se aclaró que la atención por parte del sector salud está regulada por la Resolución 2350, la cual aplica únicamente cuando la desnutrición ya se ha materializado. Por tanto, es fundamental actuar desde el riesgo para evitar que se llegue a esa condición.

Cada unidad puede implementar estrategias desde su quehacer profesional para intervenir el caso, siempre en articulación con el equipo de supervisión del contrato y el ICBF, quienes pueden evaluar la necesidad de acciones adicionales o apoyo institucional.

Se plantea la inquietud sobre qué ocurre con los niños o niñas que presentan desnutrición aguda grave una vez finaliza el contrato de atención o durante el periodo de vacaciones en diciembre.

A esto la respuesta es que la principal directriz institucional es asegurar que ningún caso de desnutrición infantil quede sin seguimiento, especialmente en contextos de cierre de contratos o interrupciones en la atención.

Es indispensable que la activación de ruta se realice de manera efectiva. Esto implica no solo la remisión del niño o niña a entidades como el Punto de Salud (PS), la Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB), la Unidad Prestadora de Servicios (UPS) o la Secretaría de Salud, sino también la verificación de que el menor haya quedado formalmente vinculado al ente territorial correspondiente para garantizar la continuidad del seguimiento.

Es indispensable que la activación de ruta se realice de manera efectiva. Esto implica no solo la remisión del niño o niña a entidades como el Punto de Salud (PS), la Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB), la Unidad Prestadora de Servicios (UPS) o la Secretaría de Salud, sino también la verificación de que el menor haya quedado formalmente vinculado al ente territorial correspondiente para garantizar la continuidad del seguimiento.

Lo siguiente es que solicita aclaración sobre los criterios y el proceso que se realiza para vincular a niños y niñas a la estrategia de recuperación nutricional.

El principal y único requisito para la vinculación a la estrategia es el estado nutricional del menor. A partir de las labores de focalización, acciones de búsqueda activa y actividades de vigilancia comunitaria, se identifica a los niños que presentan riesgo de desnutrición aguda, moderada o severa, o que ya cuentan con un diagnóstico confirmado. Esta identificación se realiza mediante la evaluación antropométrica.

Los casos pueden ser remitidos por diversas fuentes, tales como:

- Defensorías de familia
- Entes territoriales
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)
- Sistema de Vigilancia en Salud Pública (CIVIGILA)

Adicionalmente, se realiza un cruce de información para identificar qué niños están incluidos en la oferta de primera infancia y cuáles no están cubiertos por otros programas, especialmente en municipios donde el ICBF tiene presencia.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 8 de 14

Además del estado nutricional, se establece como criterio que los niños y niñas tengan menos de cinco años, conforme a lo estipulado en la resolución vigente que regula la atención nutricional en esta población.

Se agrupan dos preguntas relacionadas con la articulación institucional en el abordaje de la desnutrición infantil:

- ¿Cómo se articulan las entidades que hacen parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) en las estrategias de recuperación nutricional lideradas por el ICBF?
- ¿Cómo se articulan actualmente los programas de primera infancia del ICBF con la estrategia Buen Comienzo para disminuir la desnutrición infantil en Medellín y Antioquia?

A esto la señora coordinadora responde la inquietud planteada explicando que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) mantiene una articulación constante con la estrategia Buen Comienzo, en la cual también participa activamente. Esta articulación se formaliza mediante la Mesa de Protección, que se reúne cada dos meses y en la que participan representantes de Buen Comienzo y del ICBF de todos los centros zonales.

Durante estas mesas se presentan casos relacionados con vulneración de derechos y situaciones de desnutrición infantil, lo que permite focalizar la atención y coordinar acciones con el componente de salud, garantizando una respuesta integral.

Las entidades que conforman el SNBF se articulan en torno a la atención de casos de desnutrición infantil, reconociendo que esta problemática puede tener múltiples causas: económicas, culturales, orgánicas o sociales. En este contexto, el primer actor convocado para la valoración de los casos es el sector salud, encargado de realizar pruebas especializadas que permitan identificar el origen de la desnutrición.

Una vez se establece el diagnóstico, se activa la articulación entre los programas de recuperación nutricional del ICBF, la estrategia Buen Comienzo y la oferta institucional de la Alcaldía, con el fin de garantizar una atención integral y sostenida.

Se destaca la importancia de la articulación intersectorial para abordar la desnutrición infantil desde una perspectiva integral, evitando enfoques reduccionistas y promoviendo la corresponsabilidad entre los actores del SNBF, el sector salud y los programas territoriales.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) mantiene una articulación activa con la estrategia Buen Comienzo, en el marco del convenio establecido con el Distrito de Medellín. A través de este convenio, se comparten aproximadamente 18.000 cupos para la atención de primera infancia.

La articulación se fortalece mediante mesas de trabajo periódicas, como la Mesa de Protección, en la que participan representantes de Buen Comienzo y del ICBF de todos los centros zonales. En estas mesas se exponen casos de vulneración de derechos y situaciones de desnutrición infantil, lo que permite focalizar la atención y coordinar acciones con el sector salud.

El ICBF, junto con la Alcaldía de Medellín y la supervisión del convenio, ha venido desarrollando mapeos territoriales para identificar la presencia institucional en las distintas zonas de la ciudad. Se reconoce que Medellín es una ciudad receptora de población migrante y desplazada, especialmente en zonas periféricas y laderas, donde la infraestructura de Buen Comienzo no siempre logra cubrir la demanda.

En estos casos, los hogares comunitarios se convierten en una solución efectiva, ya que permiten llegar a zonas más distantes mediante la atención en casas de madres comunitarias. Se busca que las asociaciones con presencia territorial participen activamente en este proceso, informando sobre necesidades específicas en sectores como Villatina, Santa Cecilia y otras zonas vulnerables.

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 9 de 14

Desde el ICBF se plantea la necesidad de mayor flexibilidad para reprogramar o reabrir unidades de atención en función de las necesidades territoriales. La meta es garantizar que los servicios lleguen a los niños y niñas que más lo requieren, evitando duplicidades y optimizando la cobertura.

Durante el año anterior, se realizó una articulación con la Secretaría de Salud de Medellín para implementar el servicio “Nutrir para Crecer – Nutrir para Sanar, Sanar para Crecer”. Esta iniciativa se desarrolló en conjunto con los cuatro centros zonales del ICBF, compartiendo datos epidemiológicos y casos priorizados.

Además, se participa en la Mesa de Nutrición del Distrito, donde el Grupo Interno de Trabajo y Prevención del ICBF presenta información registrada en el sistema Cuéntame, boletines nutricionales, y casos remitidos entre entidades. Se identifican usuarios sin cobertura ni aseguramiento en salud, y se emiten alertas a los centros zonales y operadores para activar acciones específicas.

A nivel departamental, se implementa el Plan de Desaceleración de la Mortalidad por Desnutrición, liderado por el Ministerio de Salud en 12 departamentos, incluido Antioquia. En este territorio, la Secretaría Seccional de Salud coordina el plan, con participación activa del ICBF en 13 líneas de acción que incluyen cobertura, inclusión, educación nutricional, gobernanza y articulación.

Cada tres meses se realiza una evaluación del avance del plan. El compromiso institucional es que al menos el 80% de los niños y niñas con diagnóstico de desnutrición estén vinculados a programas del ICBF, Buen Comienzo u otras ofertas de educación inicial. Actualmente, se ha alcanzado una cobertura superior al 69%, con la mayoría de los casos atendidos por el ICBF.

Adicionalmente, cada semana se realiza un comité territorial de seguimiento a la nutrición, los días jueves. En este espacio se priorizan los casos reportados en CIVIGILA, se convoca a las EAPB y a los entes territoriales, y se discuten acciones específicas para cada caso. Se reitera que el registro en CIVIGILA es una herramienta clave para garantizar el seguimiento de los niños y niñas, especialmente en contextos de cierre de contratos.

Sobre la pregunta que indaga sobre la información de las estrategias que se están implementando actualmente en Medellín para captar casos de desnutrición en población indígena migrante, la antropóloga Erika, responde lo siguiente:

Desde la Alcaldía de Medellín se han establecido varias instancias para atender a la población indígena, especialmente en contextos de migración:

- Gerencia Étnica: Encargada de coordinar acciones específicas para comunidades indígenas.
- Unidad de Niñez: Cuenta con equipos especializados en atención a población indígena infantil.
- Programa “Nutrir para Sanar, Sanar para Crecer”: Vinculado a la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos, este programa atiende casos de desnutrición en población vulnerable, incluyendo comunidades indígenas.

Cuando se identifica que un caso no puede ser abordado únicamente desde el entorno familiar, se realiza la remisión al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), desde donde el equipo de protección activa las verificaciones de derechos correspondientes.

Existe una modalidad específica de Buen Comienzo para la atención de población indígena. En esta modalidad se reciben niños indígenas, así como niños no indígenas que habitan en sectores como Iquité. El programa cuenta con docentes capacitados para atender esta población y con un componente nutricional adaptado parcialmente a sus prácticas culturales.

No obstante, se reconoce que aún existen desafíos en la adecuación cultural de la atención nutricional. Por ejemplo, el consumo de proteínas no es habitual en algunas comunidades indígenas, por lo que el programa busca incorporar alimentos que respeten sus costumbres, al tiempo que refuerzan los componentes nutricionales necesarios para su desarrollo.

La articulación entre las diferentes instancias —Gerencia Étnica, Unidad de Niñez, programas de nutrición, Buen Comienzo e ICBF— permite avanzar en la identificación y atención de casos de desnutrición en población indígena migrante. Sin embargo,

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 10 de 14

se destaca la necesidad de continuar fortaleciendo el enfoque intercultural en las estrategias nutricionales para garantizar una atención pertinente y efectiva.

Al cierre de la jornada, se compartieron algunas de las opiniones recogidas por los participantes, las cuales serán tabuladas, analizadas y tenidas en cuenta para la proyección de metas en la próxima vigencia institucional.

Los aportes reflejan un mayor reconocimiento por parte de las familias y niños usuarios hacia la labor del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). No obstante, se identifican áreas de mejora, especialmente en:

- Fortalecimiento de procesos como activación de rutas, alimentación y calidad en la atención.
- Mayor inversión de recursos.
- Visibilización y promoción de los servicios en los territorios.
- Ampliación de los contratos de operadores para garantizar continuidad en los procesos.
- Cualificación de profesionales y madres comunitarias.
- Socialización constante de los requisitos de acceso a los servicios.

Se recordó que la página web del ICBF es de acceso público y contiene información actualizada sobre programas, modalidades y acciones territoriales. Además, se invitó a los asistentes a acercarse a las unidades de servicio, donde se publican acciones y se desarrollan ejercicios de control social abiertos a la comunidad. Estos espacios permiten conocer de manera cercana las inversiones, procesos contractuales y dinámicas de atención.

En el caso de los programas de protección, aunque son más reservados, existen mecanismos para acceder a información a través de las páginas web de los operadores, las cuales son amigables y permiten conocer cómo vincularse y aportar al bienestar de los niños y niñas atendidos.

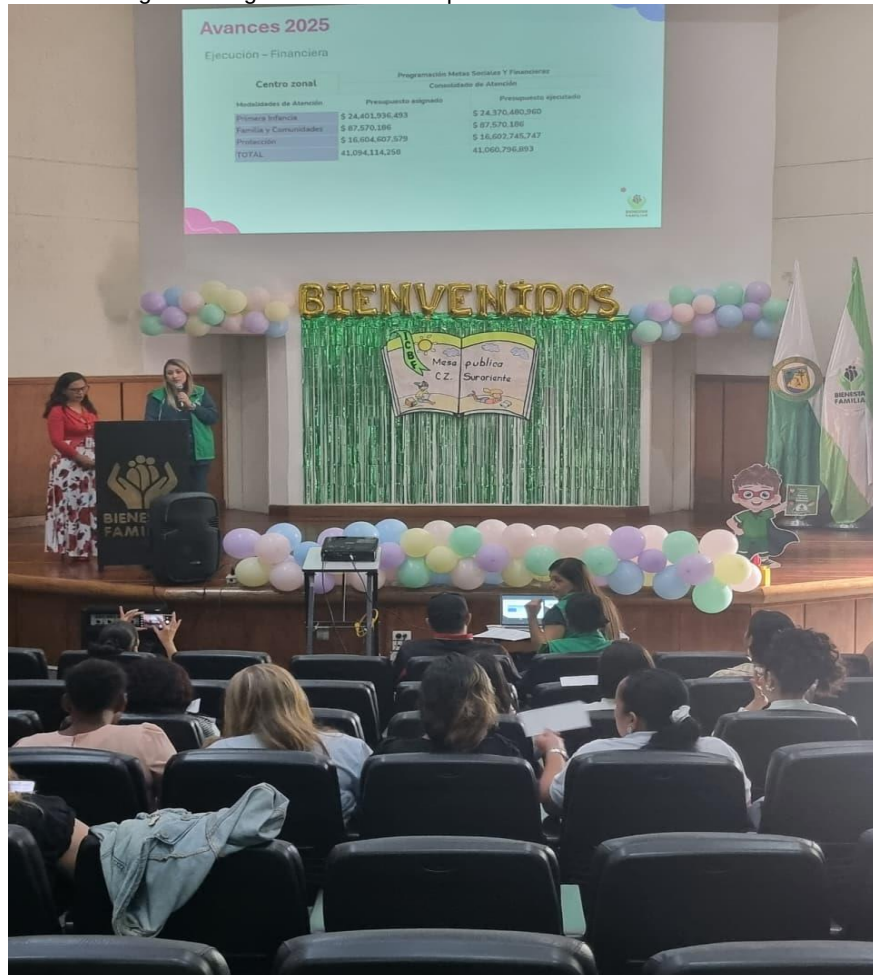
Se reiteró que las líneas de atención del ICBF están disponibles las 24 horas. Aunque el número 018-1091-8080 puede ser difícil de recordar, se enfatizó que el número 141 es de fácil acceso y permite reportar situaciones de vulneración, fallas en la prestación del servicio, así como enviar felicitaciones y comentarios positivos que contribuyen al mejoramiento continuo.

La presencia de los asistentes fue valorada como un estímulo significativo. Se agradeció profundamente cada uno de los aportes escritos, los cuales serán insumo valioso para el proceso institucional que continúa.

La jornada concluyó con el acompañamiento de la coordinadora, quien realizó el cierre oficial del encuentro.

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 11 de 14

Se anexa registro fotográfico de la mesa pública del Centro Zonal Sur Oriente.



¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 12 de 14



¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 13 de 14



Decisiones: N/A

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9.P1.MI	31/05/2024
		Versión 10	Página 14 de 14

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol		Fechas
FIRMA ASISTENTES			
Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	Verónica Penagos Restrepo		

Nota 1: las instrucciones de diligenciamiento deben ser borradas luego de la elaboración del acta.

Nota 2: si es necesario, el F8.P1.MI Formato Listado de Asistentes, puede ser anexado a este documento, diligenciado con el registro de todos los participantes a la reunión; para reuniones virtuales; dicho formato (F8.P1.MI) puede ser reemplazado parcial o totalmente por el registro tomado de la asistencia a la reunión virtual, de acuerdo con el P1.MI Procedimiento Elaboración y Control de Documentos.

Nota 3: la tabla “Firma Asistentes” y demás campos y apartes de este formato no se modifican ni se eliminan en ningún caso.