



Plan de Acción Institucional para la
promoción, protección y apoyo

**de la Lactancia Humana: familiar, comunitaria
y diversa y la Alimentación Complementaria**

Gustavo Francisco Petro Urrego
Presidente de la República de Colombia

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Astrid Eliana Cáceres Cárdenas
Directora General

Adriana Velásquez Lasprilla
Subdirectora General

Salvador Rincón Santos
Rubén Ernesto Orjuela Agudelo
Juana Hersilia Moya Díaz
Dirección de Nutrición

Coordinación Editorial
Betty Leonor Monzón Cifuentes
Jefe de Oficina Asesora de Comunicaciones
Grupo de imagen corporativa

Equipo Técnico de la Dirección de Nutrición y participantes de las Mesas Técnicas del Convenio
Jackeline Adame Ochoa, Ana Marcela Gómez Medina, Guicela Gutierrez Aponte, Olga Rosaura Varona Girón, Diego Armando Barrios Mesa, Diana Madeleyn Castro Cubillos, Karen Natally Rodríguez Murcia, Samuel Andrés Prada Gómez, Claudia Liliana Ochoa Contreras, Rubén Ernesto Orjuela Agudelo.

Equipo de trabajo en territorio
Jackeline Adame Ochoa, Guicela Gutierrez Aponte, Olga Rosaura Varona Girón, Karen Natally Rodríguez Murcia, Diego Armando Barrios Mesa, Samuel Andrés Prada Gómez, Claudia Liliana Ochoa Contreras, Diana Madeleyn Castro Cubillos, César Augusto Mora Ariza (Regional Guanía), Daniela Alejandra Acosta Delgado (Regional Cauca), Osmany Camargo Galindo (Centro Zonal Usme), Kelvis Casas Perea (Centro Zonal Quibdó), Diana Natali Zambrano Urrego (Centro Zonal Bosa), Olga Fabiola Moreno Godoy (Regional Bogotá), María Alejandra Ardila (Centro Zonal Manaure), Yuliana Cuellar Beltrán (Regional Meta).

Universidad de Antioquia

Rector
Jhon Jairo Arboleda Céspedes

Director Escuela de Nutrición y Dietética
Sergio Salvador Alzate Mejía

Coordinadora del Programa de Extensión
Paula Andrea Valencia Marín

Equipo de trabajo en territorio
Sara María Cano Bedoya, Valentina Naranjo Delgado, Tania Marcela Cerón Restrepo, Maritza Cartagena, Valerie Nicole Guerrero González, Lady Sorany Moncada Franco, Jorge Andrés Colorado Vélez, Abrahán Mendoza Ríos, Cristian Upegui Vergara, Cristian Moncaleano Ortiz, Valeria Urán Sierra, John Carmona Calderín, Sarah Lucía Ortiz Calderón i,ii, Valerin Saurith López, Juan Manuel Rivera Pérez, Isabel Cristina Correa Mesa, Paula Andrea Giraldo Sánchez iv, v, Esperanza Cerón Villaquirán, Gustavo Cediél Giraldo i,ii, Eliana María Pérez Tamayo ,ii, Diego Alejandro Gaitán Charry i,ii, Mariana Carvajal Serna.

Consultor en Planeación Prospectiva
Guillermo León Moreno Soto

Esta publicación es producto del Convenio Interadministrativo No. 01019342024 de 2024 suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Universidad de Antioquia.

Los contenidos son responsabilidad de las entidades participantes.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Diseño y diagramación

Samuel Andrés Prada Gómez

Universidad de Antioquia

Apoyo a la Co-coordinación

Yuly Snit Olarte Cañas, Daniela Atehortúa Ruiz,
Silvia Liliana Correa Cartagena, Mariana Carvajal
Serna, Mariana López Franco.

Equipo Técnico científico Lactancia Humana

Diana Marcela Rico Piñeros, Daniela Montana
Jiménez, Angela Tatiana Meneses González.

Gestión de datos Cualitativos Atlas - ti

Mónica Londoño Martínez

Gerencia de sistemas de información en salud

Juan Camilo Betancur Arboleda

Equipo general de comunicaciones

Sergio Agudelo Valencia, Maria Camila García
Parada.

Diseño y diagramación

Sergio Agudelo Valencia

Ilustradora

Solangy Trejos Sánchez

Esta publicación es producto del Convenio Interadministrativo No. 01019342024 de 2024 suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Universidad de Antioquia.

Los contenidos son responsabilidad de las entidades participantes.

Universidad de Antioquia

Corrección de estilo

Lina Marcela Velásquez Patignoc

Co - coordinación

Grupo de Investigación Saberes Alimentarios (SAL), Universidad de Antioquia*

Gustavo Cediél Giraldoi,ii, Eliana María Pérez Tamayoii,iii, Diego Alejandro Gaitán Charryi,ii

-
- i Profesor vinculado, Escuela de Nutrición y Dietética.
ii Grupo de investigación Saberes Alimentarios -SAL-, Universidad de Antioquia, UdeA, calle 70 #52-21 Medellín, Colombia.
iii Profesora vinculada, Facultad Nacional de Salud Pública.
iv Profesora ocasional, Escuela de Nutrición y Dietética.
v Grupo de Investigación Interdisciplinaria en Educación para la Salud y Educación Nutrición, Universidad de Antioquia, UdeA, calle 70 #52-21 Medellín, Colombia.

Esta publicación es producto del Convenio Interadministrativo No. 01019342024 de 2024 suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Universidad de Antioquia.

Los contenidos son responsabilidad de las entidades participantes.

Edición

Noviembre 2025

Participantes



Andina Sur:

Maritza Salazar - Maestra , Nelly Mumcuc - Apoyo psicosocial , Dora Edilma Cuetochoambo - S.P. Alimentos , Gloria Pardo - S.P. Alimentos , Ingrid Yamiled Castro - Dinamizadora cultural , Jenny Marleny Pardo - Dinamizadora cultural , Melida Achicue Collo - Dinamizadora pedagógica , María Leonilde Tengueno - S.P. Alimentos , Lorena Collo Medina - Apoyo psicosocial , Gloria Medina Pencue - Coordinadora mujeres , Carlos Daniel Peña Isaza - Unidad de salud , Blanca Nieves Velasco - Indígena, Heidy Johana Lozada - Coordinadora pedagógica , Nini Yohana Aley - M.C Riochiquito , Ventura Mesa - Delegado , Yenny Viviana Baicue - Coordinadora lenguas , Andrés Andrade - Nutricionista , Emilia Liz Muchicon - Transformadora , Leidy Yobana Perdomo - Apoyo en salud , Daniela Portillo - Nutricionista , Cristina Pete - Participante , Diana Camero Silva - Secretaría de cultura, Dora Patricia Julián - Apoyo en salud , Jeraldin Achipiz - Auxiliar de enfermería , Miller Alarcón - Indígena, María Erminda Aley Lucumy - Apoyo en salud , Vanessa Alejandra Marentes Lemus - Apoyo en salud , Marleni Apio - Apoyo en salud , Hugo Castro Ramos - Nasa, Lina Paola Pardo - Auxiliar de enfermería , Yolanda Tunubala Rojas - Madre, Sara Alejandra Vanegas - Comisaría de familia , Ana Violet Vargas - Representante , Huver Gildaumer Suns - Afrocolombiana , Liliana Chamorro - Madre de familia hogar infantil , Francly Lorena Otela Velasco - Apoyo en salud , Gissel Daniela Cueto-cue Mulcuc - Comisaría de familia , Maria Fernanda Collo - Directora Hogar Infantil Tierradentro , Adela Peña - Cocinera , Angelina - Cocinera , Edelina Peña - Manipuladora , José Reinel Fince - Coordinadora ancestral , Sandra Magaly Puche - Administración, Janet Milena Tocoche - Coordinadora pedagógica , Gersain - Transformador, Jesús Angel Andela - Transformador , Gladis Velasco - Coordinadora familia , Francly Restrepo - Psicóloga, Antonella Tenorio - Nasa, Alba María Cauyo - Transformadora, Yesli Ceron - Niña, Jhon Fernando Gutierrez - Indígena, Yulie Tatiana - Cocinera, Flor Marina - Cocinera, José Achicue - Indígena, Daniel Achicue - Niño, María Beatriz Aniceto - Indígena, Claudia Lorena Mopán - Nutricionista, Leidys López - Nutricionista, Javier Martínez - Padre, Laura Suan -ICBF.

Amazónica:

Wilson Deno - Indígena, Eresmo Aragon - Indígena, Fredy Dacosta - Indígena, Freider Dacosta - Indígena, Yusneidy Dacosta - Indígena, Yulissa Millariz - Indígena, Damaris Rebrando - Indígena, Yolanda Ventura - Indígena, Diliana Lino - Indígena, David Camico - Indígena, Marta Yavinape - Indígena, Alfredo Evaristo - Indígena, Alex Camico - Indígena, Marin Gonzalo Camico - Indígena, Robinson Camico - Indígena, Yune Yavinape - Indígena, Joel Yavinape - Indígena, Martha Lebrando - Indígena, Delicia Rodriguez - Indígena, María Dacosta - Indígena, Elia Traquio - Indígena, Neymar Traquio - Indígena, Rossmery Camico - Indígena, Andres Gonzalez - Indígena, Jasdeily Ventura - Indígena, Gerardo Rodríguez - Padre, Adriana Silva - Mamá, Jairo Deno - Padre, Juan Silva - Padre, Julio Silva - Padre, Senaida Guarulla - Madre comunitaria, Adilio Camico - Capitán , Felipe Silva - Capitán , Lilia Ebaristo - Madre comunitaria, Neila Silva - Niña , Eduardo Flórez - Niño, Christian Rodríguez - Niño , Yordi Silva - Niño , Lebryan Silva - Niño, María Auxiliadora Dagma - Madre , Yesid Candido - Indígena, Ana Rodríguez - Indígena, Breisman Silva - Indígena, Lesyan Silva - Indígena, Luz Silva - Indígena, José Ebaristo - Indígena, Daison Silva - Indígena, Mario Silva - Indígena, Eliecer Silva - Indígena, Neria Silva - Indígena, Yutsy Camico - Curripaco, Erasmo Aragou - Curripaco, José Julio Evaristo - Curripaco, Leyson Camico - Curripaco, Yerson Camico Evaristo - Curripaco, Elkin Camico Evaristo - Curripaco, Frank Gonzalez - Yeral , Yulis Guinare - Curripaco, Marvin Ziloe - Curripaco, Niza Noraliz - Curripaco, Evangelista Rosemilda - Yeral , Escarla Rojas - Curripaco, Lian Caleth - Curripaco, Rosmery Camico - Curripaco, Merlyn Gonzales - Curripaco, Uriel Martin Evaristo - Curripaco, Marielis Camico - Curripaco, Yorleny Camico - Curripaco, Yonier Camico - Curripaco, Yeny Camico - Curripaco, Marcia Camico - Curripaco, Lilia Camico Yabinape - Curripaco, Laura Yarumare - Yeral , Olwer Deno - Curripaco, Everto Deno - Curripaco, Martha Yabinape - Curripaco, Germán Evaristo - Curripaco, Darsy Evaristo - Curripaco, Roberta A Baltazar - Yeral , Leomar A Erake - Curripaco, Yelitza Deno - Curripaco, Marcela Deno

- Curripaco, Alcira Cedeño - Curripaco, Carolina Placido - Curripaco, Fabiola Sandoval - Curripaco, Rosangela Sandoval - Curripaco, Verónica Pereira - Curripaco, Mayerly Camico - Curripaco, Everton Camico - Curripaco, Luz Marina Camico - Curripaco, Clemilda Aragua - Yeral, Emiliana Agagao - Yeral, Giver Meregildo - Curripaco Wendy Gomez - Curripaco Gilier Meregildo - Curripaco, Julian Yavinape - Curripaco, Gabriela Yavinape - Curripaco, Meyson Martinez - Curripaco, Juan Ismael Camico - Curripaco, Jose Yavinape - Curripaco, Yoni Yavinape - Curripaco. Feiner Yavinape - Curripaco, Monica Pereira - Curripaco, Albeiro Yavinape - Curripaco, Roberto Deno Yavinape - Curripaco, Juan Carlos Camico - Curripaco, Desiderio Camico - Curripaco, Mercedes Evangelista - Yeral, Alfredo Eraquio - Curripaco, Edinson Silva - Curripaco, Ricardo Yarumare - Yeral, Myriam Camico - Curripaco, Natalia Camico - Curripaco.

Costa y Sabana Caribe:

Jose Olidan Arpushana - Comunidad, Kelly Galván - Comunidad, Lisbeth Arpushana - Comunidad, Lisbeth Arpushana - Comunidad, Yalediys Conedo Benthán - Comunidad, Kelly Rodríguez - Comunidad, Rita Elena Pana Ipuana - Comunidad, Sandra Aguilar - Comunidad, Ineira Epinayú - Comunidad, María Eugenia Uriana - Comunidad, Ever de Jesús Epinayú - Comunidad, Pablo Rosado Meza - Comunidad, Tomasita Epieyú - Comunidad, Jaider Jose Epinayú - Comunidad, Yordana Rosado - Comunidad, Liliana Epieyú Rosado - Comunidad, Leonor Rosado - Comunidad, Patricia Rosado - Comunidad, Nolis Ipuana - Comunidad, Flor Meza - Comunidad, Juan Rosado - Comunidad, Dora Luz - Comunidad, Lina Rosado - Comunidad, Rosaniris Rosado Florez - Agente educativo, Eucebio Martínez - Pescador, Roxana Meza - Cocinera, Tania Galván - Autoridad, Ana Gómez - Docente, Kelly Galván - IBCF, Julio Rosado - Autoridad, Fabio Martínez - Comunidad, Carlos Rubio - Comunidad, Lia Epieyú - Niña, Carla Rosado - Niña, María Rosado - Comunidad, Volei Epieyú - Ama de casa, Leidys Epieyú - Comunidad, Dora Miranda - Comunidad, Grina Pushaina - Ama de casa, Marilyn Rosado - Comunidad, Lorena Rosado - Comunidad, Sergio Rosado - Niño, Ana Lucía Meza - Niña, Sarai Rosado - Niña, Guti Aguilar - Ama de casa, Shareth Rosado - Niña, Brailen Epieyú - Niña, Lisbeth Epieyú - Niña, Shaile Epieyú - Niña, Shair Epieyú - Niña, Dana Rosado - Niña, Nayara Rosado - Niña, Clanta Rosado - Ama de casa, Yoinerson Uriana - Niño, Yosana Uriana - Niña, John Uriana - Niño, Luis Rosado - Comunidad, Yonerson Uriana - Comunidad, Luis Epieyú - Comunidad, Ludis Epieyú - Comunidad, Remi Epieyú - Niño, Erika Rosado - Niña, Edgar Rosado - Comunidad, Yensi Rosado - Comunidad, Francia Flores - Ama de casa, Yane Rosado - Comunidad, Bunkwanimun Torres - Madre, Guney Maya - Madre lactante, Zari Kunkumu - Agricultor, Gunawia Torres - Madre, Ana Torres - Cocinera tradicional, Hermenegildo Izquierdo - Médico, Zarey Izquierdo - Madre lactante, Gunawia Izquierdo - Indígena arhuaco, Alcira Izquierdo - Cocinera tradicional, Zarwawiku Izquierdo - Líder, Apolinar Izquierdo - Agricultor, Kankwinaku - Indígena arhuaco, Kiwia Izquierdo - Indígena arhuaco, Miguel - Indígena arhuaco, Kanseya - Indígena arhuaco, Duaringumo Izquierdo - Agricultor, Víctor Mejía - Agricultor, Paula Izquierdo - Niña, Atiquibia Izquierdo - Adolescente, Natalia Izquierdo - Niña, Atisegnek Izquierdo - Niña, Atigundibba Izquierdo - Niña, Fabian David Martínez - Niño, Daniris Yaret Niño - Artesana, Ledis Omaira Ortiz - Presidenta JAC, Miriam Sofia Guettelewa - Madre, Generoso Martínez - Representante, Luz Clemencia Suarez - Representante JAC, Dael Nireth Robles - Niño, Darelvis Karina Montero - Madre, Karina Tatiana Montero - Niña, Aru Klabin Izquierdo - Niño, Senith Torres - Madre, Jesika Guevara - Niña, Joel Guevara - Niño, Yarith Guevara - Niña, Diana Luz Robles - Artesana, Yulieth Villazon - Artesana, Valery Sofia Pérez - Niña, Gabrieles Torres - Artesana, Endrina Florido - Madre, Mayerlin Sierra - Indígena arhuaco, Ardrihelhys Florido - Niña, Yarelis Montero - Madre, Olga Lucia Carrillo - Artesana, Analdo Bolaño - Representante cabildo, Kelly Cantillo - Artesana, Ruth Ester Torres - Artesana, Derina Ester Mindiola - Artesana, Deiber Gutiérrez - Niño, Francia Mindiola - Madre, Leslys Edith Jiménez - Madre, Danith María Arias - Madre, Zaider Stiven Arias - Niño, Ingris Cáceres - Artesana, Neidis Judith Arias - Artesana, María Juanna Arias - Niña, Laura Ramos - Adolescente, Zulma Carrillo Maestre - Líder, Lorenjis Alvarado - Líder, Apolinar Bolaño - Médico, Rodríguez - Familia, Nelcy Quiroz - Representante comité de discapacidad, Tania Lorena Quintero - Campesina, Nora Alba Quintero - Comité

de discapacidad, Erika Paola Rodríguez - Madre, Alan Joe Rodríguez - Hijo, Gabriela Caraballo - Madre de familia, Rodrigo Caraballo - Hijo, Miguel Castro - Padre de familia, Juan Pablo Ortegón - Hijo, Cristina Hernández - Cocinera.

Cundiboyacense:

Elizabeth Grijalba - Madre Lactante, Mabel García Grijalba - Otra, Isabella García - Otra, Leydi Niño Mahecha - Madre, Evangeline Tejedor - Otra, Samuel Tejedor - Otra, Guillermo Ramírez O - Programa E.I.R, Paola Andrea Ramirez - Programa E.I.R, Angye Tatiana Carreño - Madre, Martin Ricardo Tarrifa - Otro, Rosalvina Snabrio Quiroz - Madre comunitaria, Beatriz Jiménez - Rep. Legal, Claudia Marcela Niño - Madre familia, A. Vanessa Calderon - Otro, Rosa H Carabuena Quiroz - Madre familia, Sara Valentina Otegón - Otro, Lucy Herminda Cruz - Madre familia, María Juliana Bautista Londoño - Otro, Maria Alicia Gutiérrez - Madre comunitaria, Yeison Betancur Londoño - Padre familia, Mychel Sofía Betancur - Otro, Ana Milena Gutiérrez - Madre familia, Anny Valeria Nausal G - Otro, Nydia Liliana Quito - Madre comunitaria, Deisy Yaneth Gómez - Madre familia, Dana Lucía Trochez - Otro, Maribel Dayana Quijano - Madre familia, Dulce María Betancur - Otro, Zulma Montero Montero - Madre familia, Emely Luciana Mozo - Otro, Claudia Marcela Cuchanga - Madre familia, Juan David Cuchanga - Otro, Carol Lizeth Tellez - Madre familia, Flor Edilma Numpaque - Madre familia, Cristian Mateo Yanquen - Otro, Juan José Yanquen - Otro, Sonia Rocío Fagua - Madre comunitaria, Daniela Medina - Madre familia, Ana Judith Benítez - Madre comunitaria, Nidia Montero Numpaque - Madre comunitaria, Olga Lucia Quintero - Rep. Legal, Blanca Fabiola Montero - Madre comunitaria, Hilda Nieve Coy - Rep. Legal, madres comunitaria, Clara María Piracoca - Madre familia, Carmen Luz Ruiz - Ancestral, María Alejandra A - Niña, Maribel Polido - Comité de discapacidad, Zoilo Quiroz - Comité de discapacidad, José Guillermo Fagua - Comité de discapacidad, Nepomuseno Amaya - Comité de discapacidad, Alix Alfonso Rodríguez - Familia, Nelcy Quiroz - Representante comité de discapacidad, Tania Lorena Quintero - Campesina, Nora Alba Quintero - Comité de discapacidad, Erika Paola Rodríguez - Madre, Alan Joe Rodríguez - Hijo, Gabriela Caraballo - Madre de familia, Rodrigo Caraballo - Hijo, Miguel Castro - Padre de familia, Juan Pablo Ortegón - Hijo, Cristina Hernández - Cocinera, Ana Celia Hernández Barón -Cocinera.

Distrito Capital:

Lina Cerón Bernal - ONG, Maritza Jiménez - Coordinadora DINF, Laura Pinzón - CDI, Claudia Ochoa - ICBF, Diego Barrios - ICBF, Osmany Camargo - ICBF, Ana Tilde Molin - Campesina, Emily Luciana Martínez - Hija, Yudy López Peralta - Madre, Laura González - Delegada política ICBF, María Alarcón - Asivru, Caroligh Martínez - Fun. Atrapasueños, Esperanza Arisa - Representante F. Atrapasueños, Sandra Wazorna - Fun. Atrapasueños, Xiomara Carrillo - Fun. Atrapasueño, Stiven Martín Barras - Fun. Atrapasueños, Miguel Ángel Soto - Fun. Atrapasueño, Diana Marcela Suarez - Profesional social Atrapasueños, Ahixa Prieto - Coordinadora DINF, Natalia Flórez - Asociación Asofet, Olga Moreno Godoy - GACVN ICBF, Carolina Suarez - Madre Comunitaria, Cecilia Sánchez - Madre Comunitaria, Erika González - Madre Comunitaria, Daniela Suarez - Fundación Social Crecer, Karen Rodríguez - ICBF, Christian Cely - Subdirección ICBF, Marlen Suan - Asociación Sueños del Mañana, Jimmy Perilla - Asociación Asofet, Tatiana Molina Guio - As. Asivro, Vanessa Arizaga - As. Asofet, Melany Diaz M - Otro, Luz Dary Diaz - Campesina, Juan de Jesús Torrez - Indígena, Claudia Olaya - Madre Lideresa, Yenny Ortiz - Presidenta de Junta de Acción Comunal, Alejandra Niño - Sociedad Civil fian Colombia, Diana Zambrano - ICBF, Estefanía Cristiano - Madre, María Ortiz - Representante Pueblo ROM Gitano, Isabel Velandia - Madre, Danelly Romero M - Madre, Maribel Rico Villamil - Madre Comunitaria, Leidy Binder Murcia - Madre Comunitaria, Yanneth Barahona - Representante Huertas Urbanas, Julio Salazar Caseres - Representante Huertas Urbanas, Teresa Quicazan - Líder de Huertas, David Henao - Gobernador Cabildo Indígena Muisca, Jorge Gaitán Charry - Padre, Elena Neuta - Cabildo Muisca Bosa, Vannesa Rodríguez - Madre, María Carolina Pimienta - Madre, Flor Angela Quintero - Representante Colpro, Martha Jiménez - Representante Legal

ICBF, Diana Otavo - Cajar, Gloria Quintero - IBFAN, Edna Moreno - IBFAN, Karen Dayanna Solorzano - Otro, Bertha Romero - Madre Comunitaria.

Eje Cafetero:

Robinso Jiupa - Líder comunitario, Dirne Guasiruma N - Agricultor, Reinaldo Guasiruma N - Médico tradicional, Anatilde Gonzalez N - Líder comunitario, María Rubely Guasiruma N - Ama de casa, Jose Robinson Nariguia - Líder comunitario, Jenny Palacio Chicoma - Ama de casa, Angela Caisales - Líder comunitario, Dulce Maria Giupa G - Estudiante, Gianna Andrea Giupa - Menor de edad, Marisol Giupa Palacio - Estudiante, Leandro de Jesús Giupa Palacio - Estudiante, Yenci Luciana Palacio P - Niña, María Yanet Guasiruma - Artesana, Deivy Nicolas Guasiruma - Estudiante, Camila Guatiqui Jiupa - Estudiante, Jhojan de Jesus Guatiqui - Estudiante, Carlos Guatiqui - Personal de salud, Luz Orfendey Jiupa G - Artesana, Dora Alicia Queragama - Artesana, Flora Inés Murillo Bateza - Artesana, Yennyfer Caballero - Nutricionista CRN, Dolly Guasiruma Zamora - Artesana, Emanuel Guasiruma A - Estudiante, Mia Isabel Guasiruma A - Menor de edad, María Elisa Sintua Murillo - Manipuladora de alimentos santa cecilia, Luz Nelly Chamarra - Artesana y cocinera, Luz Elena Querogama - Ama de casa, Amilvia Sintua - Ama de casa, Juan Pablo Querogama - Menor de edad, Willian Querogama - Menor de edad, Jakser Jiupa - Estudiante, Dayron Giupa - Conductor, Angely Jiupa - Artesana, Ermelina Aisama N - Ama de casa, Mariana Cheche Arce - Artesana, Herlinda Nengasave - Artesana, Ordilia Naturo Rpo - Artesana, Erika Queragama - Artesana, Diana Renteria - Enfermera CRN, María Cristina Mosquera M - Campesina, Yisela Mosquera Murillo - Madre, Mari Luz Mosquera Diaz - Ama de casa, Leidy Maryuri Córdoba - Profesora, Daniel Machado Mosquera - Estudiante, Darwin Montoya Mosquera - Estudiante, Sharon Estefany Mosquera - Niña, Aylin Celeste Gómez - Niña, Daniela Ardila Montes - Ama de casa, Antonela Tascon Ardila - Niña, María Miriam Murillo Renteria - Ama de casa, Doinic Mosquera Murillo - Niño, Martha Lucía Murillo Mosquera - Lideresa comunitaria, Deicy Tunay - Niña, Fran Antoni Queragama - Niño, Yisa Queragama - Niña, Doralba Borocuara - Niña, Cristian Mamundi - Niña, Yalis Borocuara - Niña, Enrique Neguita - Estudiante, Yasni Neguita - Niña, Maria Menveragamas - Artesana, Alba Rosa Arce - Artesana, Cindy Nembaregama - Niña, Yermin Nembaregama - Niño, Hermilda Arce - Estudiante, Ana Elba Nayasa - Artesana, Johana Nembaregama - Niña, María Lucila Nayasa - Artesana, Paula Andra Nembaregama - Niña, Emilce Queragama - Artesana, Isabelina Arce - Artesana, Ander Queragama - Niño, Miriam Nembaregama - Artesana, Lian Estua - Niño, Dilan Estua - Niño, Luz Alida Nembaregama - Niña, Hanison Nembaregama - Niño, Luz Dary Borocuara - Artesana, Blanca Nembaregama - Artesana, Jhon Nariquiasa - Niño, Juan Namundia - Líder, Ana Rosa Queragama - Artesana, Maria A Nariquiasa - Niña, Jhon R Nariquiasa - Niño, Maria Y Nariquiasa - Niña, Claudia Nembaregama - Estudiante, Nelly Nengarabe - Artesana, Jhon James Nembaregama - Niño, Carolina Nariquiasa - Ama de casa, Harold Nariquiasa - Niño, Alfonso González - Agricultor, Luis Ferney Nengarabe - Niño, Carlina Baniama - Agricultora, Darnely Nembaregama - Niña, Idelina Nariquiasa - Agricultora, Isabela Arce - Niña, Danilo Arce - Niño, Matilde Murí - Ama de casa, Ana Querágama - Artesana, Kael Nariquiasa - Niño, Clara Inés Nembaregama - Ama de casa, Elisa Nengarabe - Artesana, Adaluz Restrepo - Niña, Irlan Restrepo - Niño, Clara Restrepo - Artesana, Ana Maria Queragama - Estudiante, Diana Queragama - Niña, Erika Arce - Niña, Zorania Mamundia - Niña, María Alejandra Mamundia - Niña, Adriana P Machado - Delegada JAC, Ana Teresa Rentería - Ama de casa, Virgelina Maturana - Oficios varios, Diana Patricia Lloreda - Oficios varios, Liceth Perea Maturana - Ama de casa, Dilan Lloreda Perea - Niño, Miriam Murillo - Ama de casa, Dominic Mosquera - Niño, María Concepción Torres - Ama de casa, Leonise Zapata - Ama de casa, María Cenaida Torres - Ama de casa, Luz Delia Nayasa - Ama de casa, Ian Smith Machado - Niño, Yolanda Rentería - Ama de casa, Ramiro Muñoz - Campesino, Leidy Diana Arenas - Campesina, Juan Esteban Grajales - Niño, Angela Medina - Independiente, Marleny Carmona - Campesina, María Dennis Jiménez - Ama de casa, Martha Carmona - Campesina, Luz Elena Bermudez - Campesina, Aida Medina Torres - Ama de casa, Antony Mosquera - Niño, Haren Mosquera - Estudiante, Jacob Villamil - Niño, Jenny Lloreda R - Oficios varios, Emily Rentería - Niña, Margarita Macha-

Ama de casa, Sofía Mena Machado - Niña, Lorany Maturana - Niña, Ana Delfa Roa - Minera, Ama de Casa, Juan José Mosquera - Niño, María Rosario Mosquera - Ama de casa, Yirlian Machado - Estudiante, Bertha Murillo - Comerciante.

Insular:

Marga Eugenia Archbold Taylor - Comunidad , Lucía María Livingston Henry - Comunidad , Ligia Watson - Comunidad , Vilma Henry Duffis - Comunidad , Rosalina Pepita Britton - Comunidad , Kiara Perdomo - Comunidad , Loyola Henry Gordon - Comunidad , Maverick Hudson - Estudiante , Ines Ward - Comunidad , David Wriugh - Comunidad , Jhan Carlos Betancour Brett - Contratista , Jenis - Comunidad , Soraida Williams Pomare - Otra , Ilva Inetti Jay Davis - Otra , Sobeida Hawkins - SFSC, Amariani Macias - SFSC, Teysha Liz Biscaino - SFSC, Zoila B - Ancestral , Lodesca Indiana Livingston Steele - Ancestral , Neila Gordon - Ancestral , Brigitte Christopher - Ancestral , Julet Hooker - Ancestral , Braulio Sjogreen - Docente , Matricia Archbold - Raizal, Lina Archbold - Nutricionista , Mistymay Livingston - Promotora , Wilifred Howard - ICBF , Perfilia Henry - Comunidad , Erick Duffis - Comunidad , Tania - Raizal, Neijy Britton - Raizal, Vicente Archbold - Raizal, Walter Bent - Raizal, Edilia Antonio - Raizal, Emily Bernard - Raizal, Audette - Raizal, Ilba Archbold - Trabajo social, Liz Maria Rodríguez - Secretaría de cultura, Wilda Oneill - Raizal, Liviana Fernández - Desarrollo social, Florencia Wright - ICBF , Lidia del Pilar - ICBF , Ana Sjogreen - Desarrollo social, Jorge Robinson - ICBF , Wilma - Desarrollo social.

Litoral Pacífico y Chocó:

Carlito Panels - Maestro comunitario, Yovany Dumazó - Maestro comunitario, Wimar Chartis - Estudiante, Alveiro Pareso Tapi - Maestro comunitario, Matildo Tapi Charí - Político organizativo, Manuel Marino Pareso - Maestro comunitario, Delio Pareso Tapi - Gobernador, Gilberto Pareso - Secretario, Moralino Pareso - Maestro comunitario, Florentino Pareso - Agricultor, Cresencio Tumayo - Agricultor, Manuela Bugamá - Ama de casa, Moreira Tubay B - Estudiante, Cera de Gonzalez - Cocinera, Elvira Dogarías - Cocinera, María Lote Pareso - Agricultora, Florinda Pareso - Tejedora, Edelmira Chajita - Estudiante, Maret Chajita - Niña, Maritza Bugama P - Estudiante, Lisara Sapia C - Estudiante, Juliana Ura P - Ama de casa, José Celata D - Niña, Maria Pareso - Ama de casa, Alonso Tapi - Agricultor, Eulalio Pacheco - Fiscal, Emir Pacheco - Estudiante, Sally Pareso - Agricultora, Paola Pacheco - Niña, Elena Pareso - Agricultora, Elenita Pareso - Niña, Berceci Pareso - Niña, Edil Pareso - Niño, Hornaldo Pareso - Agricultor, Hector Dumarazó C - Alguacil, Florencio Tunay - Maestro comunitario, Mariano Pareso - Estudiante, Guillermo Pareso - Sin definir , Albeiro Pareso - Estudiante, Yilmar Dumazó - Maestro comunitario, Maradona Dumazó - Secretario, Wilson Pareso - Maestro comunitario, César Jaizan P - Maestro comunitario, Orlandina Chaitu - Maestro comunitario, Luis Fernando Jaizan - Estudiante, Digna Pareso - Agricultora, Jater Pareso - Niño, Araelisa Borja - Cocinera, Karina Maturana - Estudiante, Fanny Luz del Carmen Perea - Curandera, Eufasira Perea - Partera, Elian Mosquera - Estudiante, Emily Caicedo - Estudiante, Emanuel Perea - Estudiante, Carlos Perea - Oficios varios, Harrison Allin R - Auxiliar de enfermería, Mercedes Rodriguez - Partera, Gregoria Reo Renteria - Partera, Geisy Liseth Cordoba - Estudiante, Anyelina Palomeque - Estudiante, Servelio Renteria - Representante legal, Argemiro Salamandra - Secretaria de cultura, Bertha Suleidy Perea Cuesta - Gestora de salud, Neivy Giselly Perea - Estudiante, Leydy Serna Maturana - Oficios varios, Stephania Mena Mosquera - Periodista, Francisca Serna - Mediadora cultural, Lexith Renteria Cuesta - Enlace alcaldía, Flor Maria Renteria - Oficios varios, Marivis Palacios - Estudiante, Yarleidys Cuesta - Cocinera, Sherazade Lemus - Estudiante, Manuela Dumazó - Oficios varios, Mesi Charrero - Niño, Yeison Charero - Niño, Almencia Tapi - Oficios varios, Carmen Dumazó - Gestante, Faustico Dumazó - Agricultor, Nalia Dumazó Chajito - Oficios varios, Clinger Charrero - Agricultor, Sanger Aeda - Docente , Jairo Dumazo - Agricultor, Enrique Tapi Tapi - Lider, Fabiano Charrero - Lider, Edgar Dumazó - Líder de guardia, Elías Dumazó - Guardia, Juan Rumaldo Tapi - Agricultor, Heiner Ibania Dumazo - Docente , Antonio Charrero - Gobernador, Luz Meri Jaisaba - Oficios varios, Criseldina Ibania - Oficios varios, Edith Tapi Tapi

- Oficios varios, Patricia Charrera - Oficios varios, Leiner Ibania - Niña, Cecilia González - Oficios varios, Herminda Dumazó - Oficios varios, Zoraya Charrero - Oficios varios, Melida Charrero - Oficios varios, Yuliza Charrero - Oficios varios, Nelvia Dumazo - Oficios varios, Luciana Dagoni - Oficios varios, Juan Pablo Charrera - Niño, Margarita Bugama - Oficios varios, Celina Tapi Oleda - Oficios varios, Eucilio Oleda Tapi - Agricultor, Abelardo Jaisaba - Agricultor, Florentino Charrero - Lider, Sherazae Maturana - Niña, Rasa Iris Cuesta - Ama de casa, Jesusa Cuesta - Ama de casa, Yurledis Arias - Ama de casa, Mauricio Dumazó - Oficios varios, Yenily Liseth Ramos - Niña, Anderson Borja - Líder, Edgardo Lloreda - Oficios varios, Petronila Rentería - Ama de casa, Lucio Antonio Castro - Oficios varios, Kelvis Casas - Referente de Sist. ICBF, Julia Elena Muriel - Ama de casa.

Llanera:

César González - Asociación pescadores , Elizabeth Roa - Asociación agroindustrial de mujeres , Diana Barbosa - Asociación agroindustrial de mujeres , Rodrigo Villamil - O, Yheimy Rodríguez - Asociación de mujeres , Paola Patiño - Madre, Andrea Trujillo - Asociación agropecuaria , Luisa Cárdenas - Madre comunitaria , Jimena Cuneme - Madre comunitaria , Tatiana Martínez - Madre comunitaria , Rosalba Medina - Madre comunitaria , Nubia López - Asociación Merecures , Alejandra Moreno - Asociación Productores Merecures , Eulices Valencia - Asocolono , Yuliana Delgado - Plataforma de jóvenes , Doris Sánchez - , Neila - , Jimena Buila - NNA , Pablo López - Plataforma juventud, Jhon Sebastián Vega - Plataforma municipal juventud, Tamara Rey - NNA, Laura Herrera - Joven , Heidy Méndez - NNA , Angie Karina - Agrovima , Héctor Patiño - Agrovima , Karen Ladino - NNA , Yuri Patiño - Presidenta CMJ , Leisy Patiño - Niña , Omar Patiño - Enlace de asociación productores , Edna Bermúdez - Enlace de infancia , Valeria Moreno - Estudiante , María Ariza - Estudiante , Valeria Castro - Estudiante , Brayan Barrera - Niño, Marcos Nieto - Pescadores AGAPAC, Mayerly López - JAC Comerciante , Maira Rivera - Cocinera , Melisa Rubio - Cocinera , Araceli Rivera - Madre, Yuli Ladino - Cocinera , Yeferson Valencia - Niño, Valentín Ducuara - ASOCARAPORE , Mónica Méndez - Asociación de pescadores , Roselia Mentran - Jiw, Yuri Andrea Cuellar - Jiw, Angel Cuellar - Jiw, Franci Cuellar - Jiw, Paola Melendes - Jiw, Rosa Saldaña - Jiw, Anita Gutierrez - Jiw, Maria Parra Espit - Jiw, Araceli Saldaña - Jiw, Yadira Saldaña - Jiw, Nancy Patiño - Jiw, Rosalba Segura - Jiw, Marina Melendez - Jiw, Talia Rodriguez - Jiw, Kenny Martinez - Jiw, Yolán Perez - Jiw, Alejandro Cuellar - Jiw, Hernando Melendez - Jiw, Diana Cuellar - Jiw, Yancy Gonzalez - Jiw, Isabel Suarez - Jiw, Marisol Restrepo - Jiw, Yeraldine Aguilera - Jiw, Floralba Diaz - Jiw, Maria Parra - Jiw, Milta Valencia - Jiw, Dalia Valencia - Jiw, Karina Martinez - Jiw, Angie Ceballos - Jiw, Britney Cuellar - Jiw, Edward Suarez - Jiw, Jeiner Castillo - Jiw, Dover Cuellar - Jiw, Jailen Perez - Jiw, Ivan Arroyave - Jiw, Edwin Rodriguez - Jiw, Jilson Castillo - Jiw, Juan Garcia - Jiw, Deiner Martinez - Jiw, Joan Ceballos - Jiw, James Patiño - Jiw, Nelson Perez - Jiw, Katerine Villar - Concejo de juntas, Yimmy Rivera - Brigadista, Nora Cardenas - Brigadista, Lilian Vera Torres - Delegada de Asoppas, Yuliana Cuellar - ICBF , Alexander Charry - Asoc. Asopez, Frankin Navoa - Enlace Joven todes, Lady Yolani Beltran - secretaria de concejo, Luz Montaña - Asomujerem, Michelle Peña - Directiva Asocolonos, Wilson Guerrero - Registraduria, Jhon Alexander Numpay - secretaria de gobierno, Yury Aldana - Tekoa, Nina Rodríguez - Educar Condomidores.

Magdalena Medio:

Liseth Colón - Ama de casa, Kaleth David Colón - Niño, Saudys Fonseca J - Estudiante, Andrea Jiménez - Independiente, Yarlenis Fernández - Ama de casa, Adhara Fernández - Niña, Yargeli Ozuna - Gestante, Yormary Payarez - Docente, Yuralis Fonseca - Enfermera, Roquelina Lara C - Auxiliar de enfermería, Dailis Campuzano - Bibliotecaria, Dayana Hernandez - Coordinadora CDI, Wendy Jiménez - Secretaria educación, cultura y deporte, Angela Ravelo - Docente, Margarita Jiménez - Jefe de control interno, Tatiana Pinto P - Psicóloga, Sofía Guerrero - Trabajadora social, Aury Sierra B - Referente de discapacidad, María Beatriz Meza - Psicóloga, Yadira Sánchez - Auxiliar de deportes, Jeynis Aguirre - Docente, Estefany Garcés - Auxiliar pedagógica, Naidud Campuzano - Apoyo nutricional, Gloria Barba M - Jefe de presupuesto,

Kellis Nuñez M - Docente, Amanda Jiménez - Matrona, Oladis Hernández - Matrona, Anllis Hernández - Matrona, Sol María Barba - Matrona, Dayanifer Barba - Manipuladora de alimentos, Diega Botero Jiménez - Oficios varios, Blanca Campuzano - Ama de casa, Gabriel Hernández - Agricultor, Michelle Barros - Ama de casa, Roselvis Celedón - Comerciante, Yuliana González - Ama de casa, Andrea Arroyo - Ama de casa, Yeiber Vergara A - Niño, Mari Gisel Posso - Ama de casa, Alirio José Jaraba - Niño, Wendy Vanesa MG - Ama de casa, Edelma Rosa Botero - Auxiliar pedagógica, Shirley Barba Bolazo - Auxiliar de servicios generales, Deicy Hoyos - Ama de casa, Liliana Montes - Auxiliar administrativa, Crismary Revenal - Estudiante, Gabriela Campo - Niña, Yanelda Barba - Ama de casa, Taira Jaraba - Niña, Deniris Conteras - Apoyo nutricional, Gisella Fonseca - Auxiliar pedagógica, Liliana Gómez - Auxiliar pedagógica, Emil Turizo - Sacerdote, Fidel Peña - Ingeniero civil, Margarita Jiménez - Vigilante, Enelda Paba Rico - Auxiliar pedagógica, Daniela Severiche - Agente educativo, Luz María Álvarez - Estudiante, Roiber Zayas - Coordinador de DIMF, Sonia Ruiz López - Representante legal, Jean Carlos Peña - Electromecánico, Norberto Ruiz - Contador, Elvira Barba - Ama de casa, Margarita Jiménez - O, Yesika Herrera - Auxiliar de enfermería, Yeikis Benavides - Niña, Dariana España - Niña, Juan Diego Jiménez - Niño, Sandra Medina - Ama de casa, Miguel Garces - Niño, Fátima Severiche - Ama de casa, Danna Vera - Niña, Daniela Álvarez - Ama de casa, Keylin Pirson - Niña, Wendy Mejía - Ama de casa, Gloribeth Romero - Ama de casa, Daniel Márquez - Niño, Hortencia Herrera - Ama de casa, Angel Fonseca - Niño, Rober Zapas - Coordinador, Jhon Fonseca - Psicólogo, Zoneida Hernández - Ama de casa, Yisel Jiménez - Referente SNBT.

Momposina y Mojana:

Emma Rodríguez - Ama de casa, Ruby Ruiz Rodríguez - Cocinera, Yannerys Rojas - Oficios varios, Rosmerys Ruiz R - Cocinera, Diana Guzmán H - Costurera, Delia Castro Torres - Lideresa, Darinel de Arco - Agricultor, Ruben Dario Taborda - Campesino, Jose Gabriel Zuñiga - Campesino, Lucy Patricia Sinistera - Manipuladora de alimentos, Rosmira Amanís - Ama de casa, José Perez - Campesino, María Elisa de Arco - Oficios varios, Era Luz Pérez - Campesino, Mayerlis Castro - Campesina, Pompilio Vargas - Asistente técnico agropecuario, Yennifer Lizcano - Estudiante, Isabel Cristina Zúñiga Pérez - Estudiante, Wendy Lizcano - Campesina, Jesús Guzmán - Estudiante, Neymar Guerrero - Estudiante, Yenni Tafor - Estudiante, Ivan Fernández - Docente, Kiara García - Estudiante, Camilo Baranoa - Estudiante, Alan Menese N - Estudiante, Mauren Torres - Estudiante, María José Durán - Estudiante, Elimar Durán - Estudiante, Abraham Rojas - Estudiante, Yargeli Arrieta - Estudiante, Wendy Guevara - Niña, Yessica Rico - Ama de casa, Doralis Guevara - Estudiante, Efren Guevara - Estudiante, Kimberly Guevara - Niña, Jana Guevara R - Niña, Shaila Mercado - Niña, Aldemar Guerrero - Estudiante, Jeis Taborda - Estudiante, Manuel de Arco - Campesino, Matilde Beltrán - Campesina, Norelis Tobar - Campesina, Neredith Tobar - Campesina, Jimmy Cardozo - Campesino, Fredy Ceballos - Campesino, Yeinis Montaña - Jefe oficina de la mujer, Erika Palomino - Jefe de víctimas alcaldía, Richar Ruz P - Campesino, Clemente Castro - Campesino, Eva Sandrí Acosta - Ama de casa, Carlos Ceballos - Agricultor, Lisbeth Ramos - Ama de casa, Eduardo Pérez - Agricultor, Amauris Castro - Agricultor, Fidel Castro Torres - Agricultor, Jhonatan Castro - Campesino, Harim Gales Bello - Estudiante, Neris Carvajal - Enfermera, Sara Alvarez Carvajal - Niña, Clarisa Luna Ramirez - Ama de casa, Olvedis Castro Luna - Campesino, Kiara Castro - Niña, Nohemith Castro - Estudiante, Santiago Gil - Estudiante, Lupercio Barragán - Independiente, Arlin Pinedas G - Coordinadora renta ciudadana, Rosneris Ruz P - Lideresa, Yesika Rico - Ama de casa, Waldir Tafor - Campesino, Yoicelis Calderón - Ama de casa, Bianca Ortega - Niña, Yorgelis Calderón - Niña, Manuel León A - Oficios varios, Jose Francisco Aparicio - Oficios varios, Luis Alberto Alvaríño - Oficios varios, Oscar Pacheco - Estudiante, Germán Lizcao - Campesino.

Tolima Grande:

Zaraida Noscue - Ama de casa, Luis Guetio - Niño, Mileidy Noscue - Artesana, Fabiola M - Ama de casa, Yudi Quitumbo - Ama de casa, Nelsi Quitumbo - Ama de casa, Romelia Medina - Artesana, Erika Elvira - Cuidadora, Ludivia Blanco - Ama de casa, Saturia G - Cuidadora, Alexandra R - N/A, Yicela Mosquera - Cuidadora, Herlinda P - Cuidadora, Hermelinda G - Coordinadora Artesanas, Cristian Camacho - N/A, Buneo Sacristian - N/A, Eduain Ipia - Gobernador, Taliana Ipia - Niña, María N - Lideresa Artesana, Ana Troches - Ama de casa, Mayerli Troches - Ama de casa, Ailda Dagua M - Ama de casa, Emilio Ipia - Médico ancestral, Héctor Quitumbo - Agricultor, Diego Hernández - Campesino, Luis E Ospina - Emisora comunitaria, Yuly Ramirez - N/A, Jenny Largo - N/A, Nestor M - Campesino, Adriana Rodriguez - Campesina, Yuileny Quitumbo - Ama de Casa, Elian Troches - Niño, Ernida Noscue - Ama de Casa, Yadira Quitumbo - Ama de casa, Yeiner Dagua - Niño, Dario Tombe - Agricultor, Valentina Mina - Niña, Reinaldo Noscue - Agricultor, Maria Ruth Tombe - Lideresa y coordinadora, Antonio Osnás - Líder, Norbey Noscue - Counero, Lorena Medina - Artesana, Arndoy Noscue - Coordinador de guardia, Alison Noscue - Niña, Francia Nene - Ama de casa, Marco Antonio Isaza - Agricultor, Venancio Chocué - Agricultor, Luz Marina Dagua - Ama de casa, Griselda Buitrago - Modista, Mileny Noscue - Ama de casa, Indelia Palomino - Agricultora, Angela Atillo - Ama de casa, Omar Salazar - Niño, Lina Troches - Ama de Casa, Yeison Noscue - Niño, Milena Noscue - Niña, María Quitumbo - Gobernante suplente, Eilyin Noscue - Niña, Rosnelia Medina - Artesana, Zuleima Tombe - Ama de casa, Danna Noscue - Niña, Duvan Chocué - Agricultor, Elkin N - N/A, Salangei S - N/A, Angelica Betancourt - N/A, Argenis Animero - Cuidadora.

Santanderes:

Yeni Pérez - Cocinera, Tatiana Ramírez - Cocinera, Eva Aguilar - Madre, Luz Galvis - CDI, Rubiela Claro - JAC, Yeimi Vega - JAC, David Vega - Niño, Darwin Claro - Niño, Kimberly Silva - Niña, Iam Silva - Niño, Franyeli Rivero - Niña, Evelio Pérez - Otro, Aidelina Rojas - Madre hogar comunitario, Margarita Quintero - Madre hogar comunitario, Blanca Rodríguez - CDI, Dioselina López - Cocinera, Luz Molina - Madre CDI, Rosa Molina - Madre CDI, José Pavón - Niño, Tatiana La Mar - Madre CDI, Diana Quintero - JAC, Karen Quintero - Madre, Sara Salomé Pérez - Niña, Milán Pérez - Niño, Keilor Quintero - Niño, Keiber Quintero - Niño, Rosabel Pacheco - Madre CDI, Angelica Guerrero - Madre y JAC, Robinson Toro - JAC, Katy Donado - Familias en Acción, Matías Toro - Niño, Luisa Guerrero - Madre, Luisa Girón - Madre, Neila Flórez - Madre CDI, Erica Roperio - CDI, Luis Sánchez - Líder comunal, Soreine Melo - Campesina, Liliana Pérez - Madre, Kely Pérez - Madre, Erika Duran - Piscicultor, Miguel Vaca - Asoc. Agro del Catatumbo, José Rodríguez - Agricultor, Yaine Barbosa - Control social, Andrea Posada - Madre, Yuri Leon - Madre, Julia Reyes - Madre, Martin Rincón - Agricultor, Leidy Salazar - Sector salud, María Isabel Ramírez Madre, Ana Contreras - Madre, Mónica Rodríguez - Madre, Nelsie Rodríguez - Madre, Wilfredo Guerrero - Coop Innovar, Mirley R - Madre, María Ascanio - Niña, Karilia Corrales - Coop Innovar, Nayindri González - Control social, Andri Amador - Madre, Milera Quintero - Fami, Yoany Montejo - Apoyo en salud, Yuritza Álvarez - Madre, Yuliana Julio - Madre, Dalixys Cañizares - Niña, Dailin Sandrido - Niña, María Victoria Ortiz - Niña, Ema Hoyos - Niña, Julián Pérez - Niño.

Contenido

Lista de tablas	14
Lista de figuras	15
Lista de abreviaturas	18
Glosario	20
Presentación.....	25
Metodología de la planeación prospectiva.....	27
Resultados de la planeación prospectiva: de lo teórico al proceso de construcción participativa	35
Recomendaciones finales para la implementación de las acciones del Plan de Acción ICBF en el marco del PDLMAC 2021-2030	139
Referencias.....	143

Lista de tablas

Tabla 1. Problemas fundamentales, factores de cambio y actores de cambio-Área lactancia humana.....	57
Tabla 2. Priorización de Factores de Cambio.....	62
Tabla 3. Análisis de contenido de azúcar, según etiquetado de fórmulas comerciales infantiles en Colombia.....	74
Tabla 4. Acciones de promoción mayormente referidas en los territorios.....	128
Tabla 5. Acciones de apoyo sentidas en las territorialidades alimentarias de Colombia como fundamentales.....	131
Tabla 6. Ubicación de acciones de protección y defensa en el Plan de Trabajo ICBF armonizado con PDLMAC.....	133

Lista de figuras

Figura 1. Diseño metodológico fundamentado en la Planeación Prospectiva.....	28
Figura 2. Evidencias de monitoreo del CICSLM.....	36
Figura 3. Evidencias de las prácticas comerciales de la industria que socavan la lactancia humana.....	37
Figura 4. Cooptación de profesionales de pediatría como estrategia de comercialización de las fórmulas comerciales infantiles.....	38
Figura 5. Inicio temprano de la lactancia materna.....	41
Figura 6. Intenciones de las embarazadas en cuanto a alimentación del lactante.....	41
Figura 7. Testimonios en favor de la leche condensada.....	45
Figura 8. Anuncio sobre sustitutivos de la leche materna a principios del siglo XX.....	47
Figura 9. Políticas públicas y acciones a favor de la lactancia en el periodo 1970-2010.....	51
Figura 10. Línea de tiempo de eventos/hitos históricos de la lactancia humana.....	55
Figura 11. Panorama competitivo de comercializadores de sucedáneos de la leche materna, distribución por empresas 2020.....	67
Figura 12. Tendencia en el indicador de lactancia materna exclusiva en Colombia.....	67
Figura 13. Lactancia materna continua al año y a los 2 años de edad, 2010-2015.....	68
Figura 14. Ventas de comida para bebés en Colombia.....	72
Figura 15. Distribución porcentual de la participación entre las distintas territorialidades – encuentro # 1.....	79
Figura 16. Participación por sexo en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias.....	80
Figura 17. Porcentajes de distribución de participantes según grupos de edad por territorialidad alimentaria – encuentro # 1.....	83
Figura 18. Proporción de participantes según su rol en la comunidad en los encuentros de diálogos de saberes en territorialidades alimentarias– encuentro # 1.....	85

Lista de figuras

Figura 19. Proporción de participantes según su rol en la comunidad y por territorialidad en los encuentros de diálogos de saberes – encuentro # 1	86
Figura 20. Distribución porcentual de la participación entre las distintas territorialidades – encuentro # 2	87
Figura 21. Participación por sexo en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 2	88
Figura 22. Participación por grupo de edad en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 2	91
Figura 23. Participación por tipo de actor en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 2	93
Figura 24. Participación por tipo de actor y territorialidad en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 2	95
Figura 25. Apertura del encuentro en Costa y Sabana Caribe-Pueblo Bello	96
Figura 26. Explicación del análisis, situación y factores de cambio en Momposina y Mojana Tiquisio	98
Figura 27. Tejido de saberes para alcanzar la salud alimentaria	99
Figura 28. Factores de cambio en formato de Abaco de Régnier para priorización	101
Figura 29. resultado de la priorización en el Amazonas La Guadalupe	101
Figura 30. Priorización en la matriz Costa y Sabana Caribe encuentro de Guajira Manaure	102
Figura 31. Priorización consolidada	104
Figura 32. Nube de palabras para propósitos con la lactancia materna a 2031	119
Figura 33. Conceptos más utilizados por exponer los propósitos en lactancia materna a 2031	120
Figura 34. Nube de palabras para propósitos con la lactancia materna a 2031	121

Lista de figuras

Figura 35. Nube de palabras para acciones a implementar.....	122
Figura 36. Conceptos más utilizados para exponer las acciones a implementar.....	123
Figura 37. Clasificación de las acciones o trayectorias a desarrollar.....	124
Figura 38. Nube de palabras de actores clave para la implementación de acciones.....	125
Figura 39. Conceptos más utilizados en relación con actores clave para la implementación de las acciones.....	125
Figura 40. Instituciones clave y estratégicas para la implementación de acciones.....	126
Figura 41. Acciones a implementar a corto, mediano y largo plazo según metodología IGO.....	137



Lista de abreviaturas

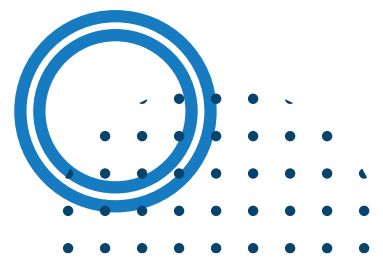
- BLH:** Banco de Leche Humana.
- BPM:** Buenas Prácticas de Manufactura.
- CICSLM:** Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. También se refiere a él la palabra Código.
- CIDH:** Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- CIDHA:** Comisión Intersectorial del Derecho Humano a la Alimentación.
- CIPI:** Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia.
- CPA:** Corporate Political Activity (Actividad Política Corporativa).
- DD.HH.:** Derechos Humanos.
- DNP:** Departamento Nacional de Planeación.
- ENDS:** Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
- ENSIN:** Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia.
- FAMI:** Estrategia Familia, Mujer e Infancia.
- FCI:** Fórmulas Comerciales Infantiles.
- GABA:** Guías Alimentarias Basadas en Alimentos.
- IAMI:** Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral.
- IBFAN:** International Baby Food Action Network (Red Mundial de Grupos pro-Alimentación Infantil).
- ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- IHAN:** Iniciativa de Hospital Amigo del Niño.
- LGBTIQ+:** Acrónimo compuesta por las iniciales de las palabras: Lesbianas, Gais, Bisexuales, Intersexuales y Trans (Transgénero, transexuales y travestis). El signo “+” denota otras posibilidades dentro del género.
- LLL:** Liga de La Leche.
- LM:** Lactancia Materna-Lactancia Humana.
- LME:** Lactancia Materna Exclusiva (definido hasta los 6 meses de edad).
- ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- OIT:** Organización Internacional de Trabajo.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- ONG:** Organización No Gubernamental.
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- PDET:** Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial.
- PCBU:** Productos Comestibles y Bebibles Ultraprocesados.
- PDLMAC:** Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.
- PPL:** Preparaciones en Polvo para Lactantes.
- PROFAMILIA:** Asociación Probienestar de la Familia Colombiana.
- SLM:** Sucedáneos de la Leche Materna.
- SNBF:** Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
- TLC:** Tratado de Libre Comercio.



UDEA: Universidad de Antioquia.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (siglas en inglés).

WABA: Alianza Mundial para la Acción de Lactancia Materna (siglas en inglés).





Glosario

Actividad política corporativa: conjunto integrado de actividades de una firma que tienen por objetivo la producción de políticas públicas favorables para la sobrevivencia económica y el éxito de esta.

Agente de salud: toda persona, profesional o no profesional, incluidos agentes voluntarios no remunerados, que trabaje en un servicio que dependa de un sistema de atención de salud.

Alimentación real: alimentación diversa, basada en alimentos e ingredientes naturales o mínimamente procesados, de la que se excluyen los productos comestibles ultraprocesados (PCU), en la que se reconocen como alimentos reales aquellos alimentos e ingredientes culinarios adquiridos de la naturaleza. Dichos alimentos e ingredientes, transformados en preparaciones culinarias y en alimentos procesados, han aportado identidad cultural y arraigo territorial a las poblaciones, configurando su corpus culinario (Ortiz Calderón, 2023).

Alimento real: se concibe como “alimentos reales” a aquellos alimentos e ingredientes culinarios adquiridos de la naturaleza, que han permitido la evolución antropológica desde lo biológico, social y cultural. Dichos alimentos e ingredientes, transformados en preparaciones culinarias y en alimentos procesados, han aportado identidad cultural y arraigo territorial a las poblaciones, configurando los universos culinarios y respetando el ecosistema en el que habitan y se desarrollan.

Alimento complementario: cualquier alimento, ya sea manufacturado o preparado localmente, que se considera adecuado para complementar la leche materna o las preparaciones para lactantes, cuando estas no sean suficientes para cubrir las necesidades nutricionales del bebé.

Banco de leche humana: se dedica a recolectar, analizar, almacenar, conservar y suministrar leche humana; además, suele realizar labores de investigación, educación, información, entrenamiento y asesoría relacionado con la lactancia materna. Por otra parte, se llama banco de leche también a las reservas preparadas con la propia leche de quien amamanta.

Biopedagogía: procesos educativos conectados con el entorno y la vida, centrados en aprendizajes significativos y contextualizados, que fomentan activamente la autonomía y el pensamiento crítico y fundamental.

Cabildeo: se refiere a la práctica de influir en las decisiones de los gobiernos o de las autoridades públicas, generalmente por parte de grupos de interés o individuos, para promover sus propios intereses. Es similar al término “lobby” en inglés. Esta actividad puede involucrar la comunicación directa con los legisladores, responsables de la toma de decisiones y/o funcionarios gubernamentales para proporcionarles datos y argumentos a favor o en contra de proyectos de ley o decisiones políticas específicas.



Comercialización: actividades de promoción, distribución, venta, publicidad, relaciones públicas y servicios de información relativos a un producto.

Conflicto de interés: son aquellas situaciones en las que el juicio de un sujeto, en lo relacionado con un interés primario para él o ella, y la integridad de sus acciones, tienden a estar indebidamente influenciadas por un interés secundario, el cual frecuentemente es de tipo económico o personal.


Cooptación: hace referencia a la acción de los actores que trabajan para persuadir a alguien a que piense o actúe de una manera determinada sobre un único conjunto de argumentos simbólicamente importantes que están en un campo determinado, con el fin de derivar conclusiones opuestas; es un término ampliamente utilizado para describir cualquier proceso en el que un sistema o movimiento social asimila su opuesto.

Educación para la salud alimentaria: desde el enfoque emanado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), denominado “Una Sola Salud”, e integrado también por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la Organización Mundial de Sanidad Animal y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente que incorpora en la definición de salud la interrelación medio ambiente, salud animal y humana, hemos adoptado en sintonía el concepto de salud alimentaria, en tanto la alimentación y nutrición, como componentes centrales en la determinación social de la salud, dependen en la formulación de políticas públicas, de la consideración de que los alimentos para ser garantía nutricional, se ofrezcan desde la salud de los suelos, las semillas hasta el consumo humano, pasando por toda la cadena para su producción, distribución y comercialización.

FAMI: Hogares comunitarios de bienestar que se encargan de atender a madres gestantes y lactantes, niñas y niños hasta los 2 años, enseñándoles a las familias buenas prácticas de cuidado y crianza.

Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral: estrategia de gestión para la atención integral de la población materna e infantil en las instituciones de salud.

Lactancia humana “Familiar, Comunitaria y Diversa”: es el primer acto de soberanía y autonomía alimentaria que contribuye al derecho a la alimentación de una forma natural, solidaria y sustentable, comprende las acciones por parte del ser humano en su estructura biopsicosocial, y surge como una manifestación multidimensional que trasciende lo biológico. Parte de la voluntad humana de querer lactar y está determinada por el contexto social, cultural y económico. Es una práctica que se encuentra arraigada en las tradiciones que transmiten saberes, conocimientos, costumbres y lazos afectivos entre generaciones, vínculos familiares y comunitarios en una unidad ecosistémica de supervivencia y de construcción de solidaridades.



Desde una perspectiva diferencial de derechos, la lactancia humana tiene incidencia directa en las políticas públicas, reconoce las particularidades, necesidades y expectativas de las mujeres y personas en período de lactancia, sus familias, comunidades y otros actores del contexto, promoviendo la igualdad, equidad y no discriminación. (ICBF, 2024)

LGBTIQ+: acrónimo que se utiliza para denominar a un colectivo cuya sexualidad no se corresponde con la hegemónica instituida por el binarismo sexo-genero. Esta designa colectivamente a los grupos poblacionales de mujeres lesbianas, hombres homosexuales, personas bisexuales, trans, intersex y queer. Esta sigla suele ir modificándose en la medida en que diferentes grupos se movilizan, por lo que se suele agregar un signo + al final.

Marketing: explora, crea y entrega valor para satisfacer las necesidades de un mercado objetivo con lucro. El marketing identifica necesidades y deseos no realizados. Define, mide y cuantifica el tamaño del mercado identificado y el lucro potencial.

Observación participante: es una técnica cualitativa de investigación que implica la recolección sistemática de datos que permitan comprender los fenómenos socioculturales a partir de la observación en el contexto natural en el que estos tienen lugar y mediante la participación del investigador en la vida cotidiana de los sujetos, con los que mantiene una relación directa y cercana.

Preparaciones para lactantes: todo sucedáneo de la leche materna preparado industrialmente, de conformidad con las normas aplicables del Codex Alimentarius, para satisfacer las necesidades nutricionales normales de los lactantes hasta la edad de 4 a 6 meses y adaptado a sus características fisiológicas.

Productos comestibles y bebibles ultraprocesados: son elaborados principalmente con ingredientes industriales, que normalmente contienen poco o ningún alimento entero. Estos productos se formulan en su mayor parte a partir de ingredientes industriales, y contienen poco o ningún alimento natural.

Publicidad: conjunto de estrategias de comunicación diseñadas para compartir una solución comercial con un público de posibles consumidores. A través de recursos visuales, sonoros o textuales, la publicidad busca atraer y captar la atención de las audiencias y convencerlas de adquirir un producto o servicio.

Salud alimentaria: Es un proceso interdependiente del ser vivo con su historia alimentaria ligada al territorio y al conjunto de relaciones sociales, económicas, políticas culturales y ambientales con las cuales ha coevolucionado y que se reflejan en el bienestar general en tanto componentes de la determinación social de la salud, de ninguna exclusiva manera dependiente de modelos estándar.



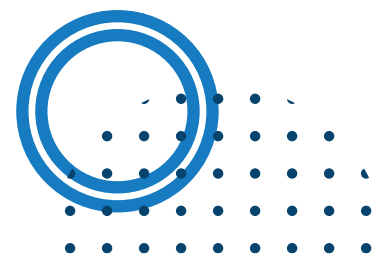
Soberanía alimentaria e hídrica: se asume como el derecho de los pueblos a alimentos nutritivos y culturalmente adecuados, accesibles, producidos de forma sostenible y ecológica, y su derecho a decidir su propio sistema alimentario y productivo, lo que ubica a aquellos que producen, distribuyen y consumen alimentos en el corazón de los sistemas y políticas alimentarias, por encima de las exigencias de los mercados y de las empresas. Defiende los intereses e incluye a las futuras generaciones. Ofrece una estrategia para resistir y dismantlar el comercio libre y corporativo y el régimen alimentario actual, y para encauzar los sistemas alimentarios, agrícolas, pastoriles y de pesca para que pasen a estar gestionados por los productores y productoras locales. Prioriza las economías locales y a los mercados locales y nacionales, y otorga el poder a los campesinos y a la agricultura familiar, la pesca artesanal y el pastoreo tradicional, y coloca la producción alimentaria, la distribución y el consumo sobre la base de la sostenibilidad medioambiental, social y económica.

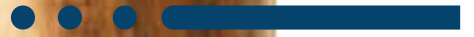
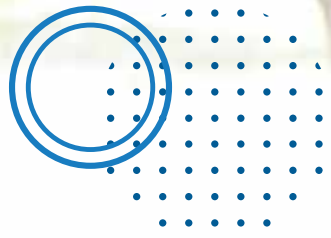
Promueve el comercio transparente, garantizando los ingresos dignos para todos los pueblos, y los derechos de los consumidores para controlar su propia alimentación y nutrición. Garantiza que los derechos de acceso y a la gestión de la tierra, los territorios, las aguas, las semillas, el ganado y la biodiversidad, estén en manos de aquellos que producen los alimentos. Supone nuevas relaciones sociales libres de opresión y desigualdades entre los hombres y mujeres, pueblos, grupos raciales, clases sociales y generaciones (FAO, 2007b).

En este sentido, proteger la vida, requiere proteger el agua, elemento fundamental para garantizar nuestro bienestar. Tener soberanía hídrica implica la capacidad de proporcionar agua en suficiente cantidad y calidad para satisfacer las necesidades agrícolas, de energía y consumo. Por esa razón, para garantizarla, además de pensar en las tuberías, plantas de tratamiento y demás infraestructura que permite llevar el agua hasta las ciudades, es fundamental preservar la integridad de los sistemas ambientales que son la fuente natural del agua.

Tratado de libre comercio: acuerdo regional o bilateral, a través del cual se establece una zona de libre comercio de bienes y servicios, en la que se eliminan aranceles. Se negocian con el propósito de ampliar el mercado de bienes y servicios entre los países participantes del mencionado acuerdo.

Territorialidades alimentarias: concebida como la suma y la consecuencia de aspectos ecosistémicos, agroalimentarios y socioculturales que dan vida, arraigo e identidad a los territorios. La territorialidad es la esencia alimentaria del territorio, implica esas prácticas y tradiciones culturales alrededor de la alimentación que dan sentido e identidad a ese espacio físico que se habita (Ortiz Calderón, 2023).





Tomada en campo, municipio Manaure (La Guajira).



Presentación

El presente documento contiene la propuesta de la lactancia humana: familiar, comunitaria y diversa y alimentación complementaria para implementar el Plan de Acción Institucional Nacional y de las 33 Regionales para la ejecución del PDLMAC 2021-2030 por el ICBF, enmarcado en acciones de promoción, protección y apoyo a la Lactancia Humana como primer acto de soberanía alimentaria territorializada y sin conflictos de interés y alimentación complementaria, estas con énfasis en el cumplimiento del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud.

Para la construcción de este plan de trabajo en el apartado del estado situacional se realizó un reconocimiento histórico de sucesos relacionados con la práctica de la lactancia humana y la alimentación infantil, a través de una ilación cronológica de hechos históricos relevantes y, en conjunto con una serie de imágenes, que retratan las estrategias del régimen corporativo en los dos últimos siglos, para la captación de amplios mercados, dirigidas a distintos sectores tales, como los trabajadores de la salud, las familias y la sociedad en general en una clara vulneración al Derecho humano a la alimentación y al Código de Sucesáneos.

De igual forma, en el documento se establecen los principales determinantes comerciales y sociales que afectan directamente la práctica de la lactancia humana; por cuanto se presenta el análisis de los factores relevantes y los factores de cambio más importantes que pueden ser elementos demarcadores en el futuro de su práctica y que son elementos transversales en el trabajo de campo que permitió la consolidación de las acciones identificadas desde los territorios para la construcción del plan de trabajo final.

También se presenta dentro del contenido las diferentes etapas del trabajo de recolección de información en las territorialidades alimentarias de Colombia que son el principal insumo para la co-construcción del plan de trabajo en la dinámica territorial que reconoce y celebra la diversidad y riqueza cultural, así como los saberes de las comunidades.

Posteriormente se presentan los resultados de la información recogida en las salidas de campo por categorías de análisis de acuerdo al reconocimiento de la concepción de la lactancia humana y alimentación infantil saludable y se consolida la propuesta de trabajo para el ICBF en el marco del Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación complementaria nacional con un especial énfasis en el ejercicio de la participación ciudadana como eje principal de la construcción en pro del ejercicio genuino de la gobernanza desde los territorios para la transformación de la lactancia humana familiar, comunitaria y diversa.



Tomada en campo, municipio Chivatá (Boyacá).



Metodología de la planeación prospectiva

El componente de lactancia humana, que se estructuró para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), se soporta en la participación activa con las colectividades humanas de las 13 territorialidades alimentarias definidas para la propuesta, de acuerdo al trabajo de campo desarrollado. En esencia, se busca generar reflexiones con los diferentes actores frente al futuro de la Educación para Salud Alimentaria en el país, teniendo en cuenta principios como el bien común, la soberanía alimentaria, la alimentación real y los derechos. La prospectiva como disciplina se caracteriza por los enfoques sistémicos, holísticos y de largo plazo con los que realiza el proceso de planeación, articulando el ICBF con las demás dinámicas territoriales del orden internacional, nacional, regional y municipal. Desde este enfoque, la prospectiva propone implementar diferentes técnicas que se caracterizan por ser de carácter participativo y de construcción social.

En este sentido, la prospectiva no debe considerarse únicamente como una herramienta o instrumento de trabajo, sino como una disciplina que fomenta el pensamiento, el debate y la modelización del futuro, a través de una variedad de métodos y técnicas de análisis que permiten monitorear los cambios presentes e intencionar apuestas de futuro. Su objetivo es provocar escenarios de reflexión, dialogo, co-construcción y gestionar el conocimiento con y entre los actores, fortaleciendo la capacidad y responsabilidad de sus miembros en la toma de decisiones que tienen repercusiones significativas en la lactancia humana y la alimentación infantil saludable; por lo tanto, busca movilizar a diversos actores sociales, comunitarios y redes sociales para generar visiones compartidas del futuro, orientar las estrategias a largo plazo y tomar decisiones estratégicas en el presente, teniendo en cuenta las condiciones y posibilidades locales, nacionales y globales (Medina et al., 2014).

La construcción social del futuro implica trabajar sobre una visión común, facilitando acuerdos fundamentales que sean comprensibles para todos los actores de las territorialidades, con miras al futuro de la lactancia humana, así como las prácticas de alimentación complementaria que incluyan alimentos reales, frescos, caseros y propios de la región encaminados a la soberanía alimentaria de los territorios desde el inicio de la vida.

El enfoque prospectivo-estratégico aborda tres momentos temporales: el pasado, el presente y el futuro, respondiendo a las interrogantes: ¿de dónde venimos?, ¿dónde estamos? y ¿a dónde deseamos y podemos ir? (Figura 1). Este enfoque requiere una ruta de lineamientos y estrategias claras que orienten su gestión. Así, los lineamientos y enfoques establecidos facilitan el desarrollo de escenarios futuros, asegurando que los actores involucrados respalden, gestionen y orienten sus esfuerzos en la misma dirección, con una visión a largo plazo que favorezca el funcionamiento de los procesos, bajo el imperativo de transformación y cambio que enfrentará la lactancia humana.

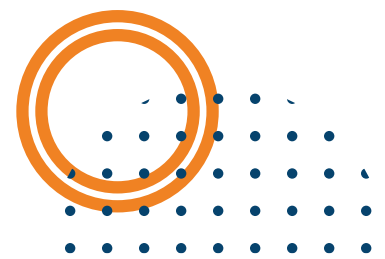
Figura 1. Diseño metodológico fundamentado en la planeación prospectiva.




Nota. Adaptado de Moreno Soto y Tejada, 2017, como se citó en Gobernación de Antioquia y Universidad de Antioquia, 2019).

Para contestar estas interrogantes, se consideró indispensable la inclusión de las colectividades del extenso territorio nacional, buscando la construcción conjunta y coherente con las realidades de las dinámicas de alimentación de las comunidades y los lugares que habitan, que apunten al logro colectivo del futuro alimentario que se desea. Con este objetivo en mente, el ICBF seleccionó 13 territorialidades de Colombia, en razón de tratarse de lugares que hacen parte de ciertos tejidos alimentarios comunes. De cada territorialidad se seleccionó el municipio en el que se presenta el mayor número de niñas y niños por cada mujer, estableciendo una metodología de co-construcción conjunta en el plan institucional para el ICBF de lactancia humana y alimentación complementaria en el marco del plan decenal nacional con enfoque de gobernanza territorial que visibilice genuinamente las voces y sentires en el contexto socio-cultural de Colombia.

En el proceso de territorialización y usando diversas herramientas pedagógicas, previa convocatoria comunitaria en la que participaron tanto beneficiarios de diversos programas del ICBF como de las organizaciones más representativas en cada una de las 13 territorialidades previamente definidas y concertadas, se lograron importantes niveles de participación, que no solo afirmaron nuestro trabajo, sino que además lo enriquecieron, dando cuenta de la imperiosa necesidad de efectuar cambios que fortalezcan en la práctica cotidiana el cuidado de la salud humana y ambiental.





El equipo de la Universidad de Antioquia (UDEA) desarrolló una propuesta metodológica básica, con la salvedad de que la misma estaba sujeta a ajustes y variaciones de acuerdo con las condiciones cambiantes que se pudiesen presentar a la llegada a los Municipios, que podían ir desde interrupciones de la energía eléctrica, hasta situaciones de orden público, como en efecto se presentó en el Municipio de Nátaga, donde no pudo desarrollarse el taller. Los apartados a continuación, explican fase a fase, la metodología de la planeación prospectiva, que se ha empleado hasta el momento para este proyecto, así como los resultados principales de su ejecución para el componente de lactancia humana y alimentación complementaria, desde el trabajo de recolección de información en fuentes secundarias, hasta el trabajo en territorio.

Fase 1: Estado Situacional

Retrospectiva y Línea de Tiempo

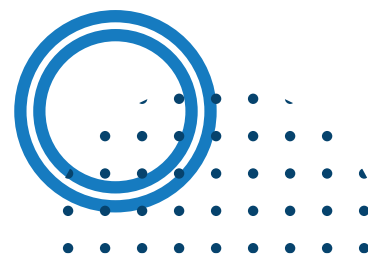
La retrospectiva se aborda mediante la identificación de eventos o hitos históricos que explican, de manera estructural, el estado actual de lactancia humana familiar, comunitaria y diversa y la alimentación complementaria, en relación con las territorialidades alimentarias-*Tejido de saberes*. Estos hitos han surgido a partir de rupturas paradigmáticas que, en su momento, generaron cambios sustanciales que permiten comprender la situación actual y proyectar posibles evoluciones futuras.

Como herramienta de investigación, se empleó la *línea del tiempo*, un recurso que representa gráficamente hitos o eventos históricos en periodos específicos. Este enfoque se vincula con las dimensiones Político, Económico/Financiero, Sociocultural, Tecnológico, Ecológico (ambiental-físico) y Legal-Administrativo (PESTEL), aportando un análisis del entorno desde una perspectiva multidimensional que articula dimensiones y temporalidades asincrónicas.

La construcción de la retrospectiva se basó en la información obtenida a través de la revisión documental, guiada por la pregunta: **¿Cuáles eventos o hitos del pasado han generado transformaciones en la lactancia humana y su relación con las territorialidades alimentarias —Tejido de saberes?**

Para su desarrollo, se plantearon tres pasos clave:

- 1. Identificación de eventos o hitos:** se registraron en una matriz, acompañados de su descripción y relacionados con el componente del *Tejido de Saberes para la Salud Alimentaria*, la dimensión pertinente y el factor estructurante asociado.
- 2. Construcción de la línea del tiempo:** los eventos o hitos se situaron en la línea del tiempo según su periodo y dimensión correspondiente.
- 3. Identificación de factores estructurantes:** se analizaron las conexiones e integraciones entre diversos eventos o hitos en el marco temporal y multidimensional de la línea del tiempo. Estos factores estructurantes, evolucionan posteriormente hacia factores de cambio, catalogados como tendencias, caracterizadas por su trayectoria histórica y su capacidad para explicar estructuralmente el pasado.





Diagnóstico Estratégico e Identificación de Problemas Públicos

La construcción del diagnóstico y la identificación de problemas públicos se llevó a cabo mediante la revisión de datos e información tanto cuantitativa como cualitativa, formulándose argumentos que permitieron determinar la ubicación y naturaleza de las problemáticas públicas relacionadas con la lactancia humana y su conexión con las territorialidades alimentarias — *Tejido de saberes*. Este proceso permitió generar una “fotografía” de la situación actual.

Como resultado, se obtuvo un diagnóstico de los problemas públicos, que servirá como punto de partida para iniciar un proceso de investigación orientado a identificar las cuestiones clave de las problemáticas a abordar. Durante la Fase 1, se buscó responder a las siguientes preguntas: ¿De dónde venimos? ¿Dónde estamos? ¿Cómo es el presente? ¿Cuáles son las principales características del presente? ¿Cuáles y cómo son las interacciones actuales?

Esta etapa implicó observar y reflexionar sobre las realidades alimentarias y nutricionales de las colectividades humanas, combinando una lectura del pasado con un diagnóstico del presente.

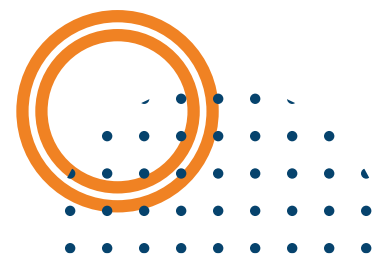
Fase 2: Formulación Estratégica

Identificación y Caracterización de Factores de Cambio

El análisis se desarrolló a partir de la revisión de datos e información cuantitativa y cualitativa, lo que permitió formular argumentos sólidos para ubicar las problemáticas públicas relacionadas con la **Lactancia Humana**. Este ejercicio dio como resultado una “fotografía” detallada de la situación actual, complementada por un análisis retrospectivo que identificó factores estructurantes que posteriormente se transformaron en factores de cambio.

En el marco de los ejercicios de prospectiva, los factores de cambio se conceptualizan como fenómenos actuales cuya evolución futura es incierta, pero que poseen un potencial significativo para generar impactos. Estos factores, caracterizados por su naturaleza multidimensional y sistémica, fueron identificados como elementos clave en la evolución o transformación de los *tejidos de saberes para la salud alimentaria* (Giraldo Arcila et al., 2014).

La identificación de estos factores se llevó a cabo utilizando los resultados del análisis retrospectivo, la delimitación de problemas públicos, el diagnóstico, el estudio de tendencias, las propuestas de transición y la lectura de directrices, entre otros insumos. Estos elementos se consolidaron como factores de cambio esenciales dentro de la propuesta metodológica, sirviendo como base para un análisis prospectivo orientado a los *tejidos de saberes para la salud alimentaria*.





Los factores de cambio fueron clasificados en dos categorías principales:

- **Tendencias:** se definieron como fenómenos verificables históricamente que han mostrado un comportamiento creciente o decreciente a lo largo del tiempo. Estas tendencias influyen de manera relevante en la evolución o involución de los *tejidos de saberes para la salud alimentaria* y, desde perspectivas tanto cuantitativas como cualitativas, explicaron estructuralmente el estado actual.
- **Hechos portadores de futuro:** se identificaron como fenómenos relacionados, de manera directa o indirecta, con los *tejidos de saberes para la salud alimentaria*. Aunque aún no se han potencializado ni se pueden verificar históricamente, presentan un alto potencial para provocar transformaciones significativas en el futuro.

Una vez identificados los factores de cambio, se procedió a su caracterización. Este proceso se sustentó principalmente en la revisión documental, y permitió conceptualizar y describir su situación actual mediante el análisis de datos cualitativos y cuantitativos. Además, se proyectaron posibles escenarios futuros para estos factores en relación con los *tejidos de saberes para la salud alimentaria*.

La caracterización buscó proporcionar a los actores involucrados una base sólida para la toma de decisiones informadas al momento de priorizar los factores de cambio. Asimismo, estableció un principio de realidad y un punto de consenso sobre cada uno de ellos, facilitando la construcción de un enfoque común hacia su gestión y aprovechamiento.

Priorización de Factores de Cambio

El proceso de priorización se llevó a cabo mediante el análisis de factores clave, con el objetivo de identificar aquellos que tienen una incidencia estructural significativa en los *tejidos de saberes para la salud alimentaria*, independientemente de las acciones que se implementen al respecto. Los resultados obtenidos de esta priorización constituyeron un insumo esencial para el análisis de actores, la construcción de escenarios y el diseño estratégico.

La técnica empleada para la priorización fue el Ábaco de Regnier, caracterizada por su enfoque participativo, donde los actores territoriales califican los factores utilizando los colores del semáforo (rojo, amarillo y verde). Esta metodología permite identificar propuestas que orienten el diseño de escenarios futuros dirigidos a fortalecer los *tejidos de saberes para la salud alimentaria*, integrando visiones, lineamientos y acciones coherentes mediante un análisis prospectivo relacional de los factores de cambio identificados.

La técnica se desarrolló como una reflexión colectiva sobre los factores de cambio, clasificándolos en tres niveles de prioridad: alta, media o baja. Este ejercicio se guio a partir de una lectura y explicación cuidadosa de cada factor, así como de una priorización grupal basada en la siguiente pregunta orientadora:



Una vez leídos los factores de cambio, indique: ¿Cuáles considera que son prioritarios para transitar hacia una apuesta de “tejidos de saberes para la salud alimentaria”?

- Tres factores de cambio con prioridad **alta-rojo (30 %)**.
- Cuatro factores de cambio con prioridad **media-amarillo (40 %)**.
- Tres factores de cambio con prioridad **baja-verde (30 %)**.

Pasos para la Priorización de los Factores de Cambio

Paso 1. Presentación y comprensión grupal de los factores de cambio: las y los participantes discutieron de manera grupal la caracterización de los factores de cambio para garantizar una comprensión compartida.

Paso 2. Priorización individual de los factores de cambio: tras la discusión inicial, cada participante dispuso de 10 minutos para revisar y organizar su priorización individual en una hoja que incluía todos los factores junto con un cuadro para registrar sus elecciones según las categorías establecidas.

Paso 3. Priorización grupal de los factores de cambio: basándose en las priorizaciones individuales, se consolidó una matriz grupal en un plóter. Cada participante colocó bolitas de colores (rojo, amarillo y verde) en el plóter según sus elecciones previas. A partir de este ejercicio, se generó un diálogo grupal para reflexionar sobre los resultados consolidados.

Paso 4. Cuantificación de las valoraciones por parte del facilitador: el facilitador o equipo técnico sumó las calificaciones asignadas a cada factor, utilizando los valores establecidos:

- **Rojo** (prioridad alta): 3 puntos.
- **Amarillo** (prioridad media): 2 puntos.
- **Verde** (prioridad baja): 1 punto.

Esta cuantificación permitió identificar los factores que concentraron las mayores calificaciones, destacando los prioritarios.

Paso 5. Diálogo grupal a partir de los resultados: en una plenaria, se presentó una matriz síntesis con los resultados de la priorización. Un relator anotó los aspectos más relevantes surgidos del análisis colectivo. Se profundizó en los factores con mayor calificación, destacando su importancia dentro del marco de los tejidos de saberes para la salud alimentaria y explorando las razones por las cuales fueron priorizados.

Este proceso permitió establecer consensos entre los actores participantes, facilitando la construcción de una visión compartida y fundamentada para el fortalecimiento estratégico de los tejidos de saberes para la salud alimentaria.



Fase 3: Diseño Estratégico

La fase del diseño estratégico tiene como objetivo establecer, de manera ordenada y coherente, los lineamientos estratégicos a partir de su proceso de definición y caracterización. Este proceso se fundamenta en una reflexión consciente sobre las brechas existentes entre la situación actual y el escenario apuesta a futuro. El diseño estratégico parte del propósito general y abarca la definición de los lineamientos estratégicos e iniciativas de programas o acciones. Para lo cual, se conceptualiza de la siguiente manera:

Propósito del componente: se trata de la visión que integra las aspiraciones del componente en una perspectiva hacia el año 2040. Es decir, es la apuesta máxima que se pretende alcanzar el componente para ese año, respondiendo de manera integral a la concreción de los principios, enfoques y demás elementos orientadores.

Caracterización del componente: es una descripción en términos estratégicos, considerando la situación actual y la proyección futura del componente.

Identificar acciones estratégicas a partir del diagnóstico: estas acciones deben responder directamente a las problemáticas públicas y articularse en el marco de los componentes estratégicos; por lo tanto, los problemas públicos se traducen en acciones concretas, como también la identificación de apuestas de futuro, teniendo como insumo los resultados de la priorización.

Programas asociados: los programas agrupan acciones relacionadas con el propósito común del lineamiento estratégico.



Tomada en campo municipio Tiquisio (Bolívar).



Resultados de la Planeación Prospectiva: de lo teórico al proceso de construcción participativa

A continuación, se muestran los resultados fase a fase, de la implementación de la planeación prospectiva, desde la recolección y análisis de información a través de fuentes secundarias (Fase 1: estado situacional), hasta la construcción participativa mediante los diálogos de saberes en las territorialidades alimentarias (Fase 2: formulación estratégica).

Fase 1: Estado Situacional

Retrospectiva y Línea de Tiempo

A pesar del consenso mundial sobre la necesidad de promover el amamantamiento como un bien común con implicaciones positivas en colectivo, la trayectoria entre el pasado y el presente está demarcada por el mercantilismo y el perfeccionamiento de las técnicas comerciales de venta y publicidad, lo que según menciona Brady (2012), se evidencia en el correspondiente descenso de las tasas de lactancia Humana (LH) en todo el mundo como resultado de la frágil regulación de la industria que en la actualidad tiene poder de magnitudes inimaginables y que, como sostienen Rollins et al., (2023) genera cada año una cifra nada despreciable de aproximadamente cincuenta y cinco mil millones de dólares cada año y cuyas prácticas socavan de manera sistemática las decisiones referentes a la alimentación de las niñas y los niños y ponen en riesgo la salud de las mujeres y de sus hijos, así como los derechos humanos de esta población.

Como se observa en la Figura 2, las diversas estrategias creadas para potenciar las ventas han incluido los servicios de salud como un escenario de promoción de productos a través de técnicas disfrazadas de información, de fácil acceso a las familias.

Figura 2. Evidencias de monitoreo del CICSLM.



Nota. Tomado de Protección de la salud infantil. Guía para los agentes de salud sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, por International Baby Food Action Network, (2010), <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ProteccionDeLaSaludInfantil.pdf>

Vallone (2009), retrata un poco más de cerca la influencia que ha ejercido la corporativización de la dieta, se puede evidenciar relatos que indican que hacia el año 1600 las recomendaciones médicas en Inglaterra hacían referencia a la promoción de la alimentación al pecho durante 2 años y sin horarios, “transformándose paulatinamente en recomendaciones con horarios rígidos en el 1900, en pleno auge de la Revolución Industrial”.

En la Figura 3, se retratan las estrategias publicitarias que resaltan los beneficios del uso de botellas “especializadas” para bebés, respaldando con mensajes sutiles los prejuicios frente al amamantamiento como una tarea difícil y poco deseada mientras que se representa la alimentación artificial como un “ideal” de la familia moderna que moldea las prácticas de compra e introducen a los bebés en modelos de dietas corporativas desde temprana edad.

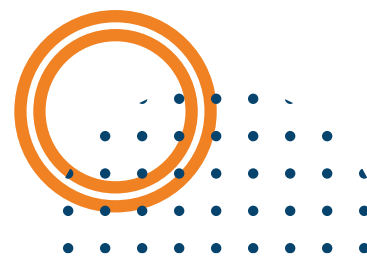


Figura 3. Evidencias de las prácticas comerciales de la industria que socavan la lactancia humana.



Nota. Tomado de Protección de la salud infantil. Guía para los agentes de salud sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, por International Baby Food Action Network, (2010), <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ProteccionDeLaSaludInfantil.pdf>

La aparición posterior de la pediatría en 1860 generaría eventualmente un escenario para la captación de familias gestantes y lactantes como consumidores potenciales de Fórmulas Comerciales Infantiles (FCI), a través de la estrategia de utilizar al personal médico para fines comerciales aprovechando la posición de poder y la confianza que genera en las personas su perfil profesional. Como se observa en la Figura 4, la aparición de nuevas teorías que proponen rutinas de alimentación cada vez más esquemáticas y controladas avaladas por las sociedades médicas, empiezan a trazar nuevos comportamientos en la crianza y siembran convenientemente dudas sobre la capacidad de amamantar. De acuerdo con Brady (2012), en 1867, la compañía NESTLÉ lanzó a la venta la primera FCI, esto sumado a la incorporación masiva de las mujeres a la fuerza laboral, produjo durante los siguientes 100 años dramáticas caídas en las tasas de amamantamiento como el descenso registrado en Suecia, donde la LH bajó de 88 % en 1944 a 30 % en 1970, situación relacionada directamente con la promoción de la industria de FCI a nivel mundial (International Baby Food Action Network (IBFAN), 2010).



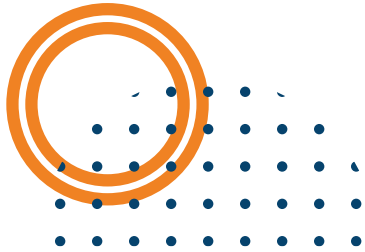
Figura 4. Cooptación de profesionales de pediatría como estrategia de comercialización de las fórmulas comerciales infantiles.



En Argentina, una conocida pediatra es utilizada para promover Vital Infantil 1 como la más segura fórmula que proporciona los nutrientes esenciales, las grasas fácilmente digeribles, etc.

Nota. Tomado de Protección de la salud infantil. Guía para los agentes de salud sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, por International Baby Food Action Network, (2010), <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ProteccionDeLaSaludInfantil.pdf>

A pesar del notable crecimiento de la industria alimentaria y de la capacidad para blindar sus campañas comerciales, la sociedad ha enfatizado la necesidad de descolonizar la alimentación infantil de las prácticas comerciales, logrando la mayor visibilidad en la década de los 80 en el siglo XX, a través de la promulgación del CICSLM (Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna) sancionado como una recomendación por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); sin embargo se limitó su accionar, debido a la influencia de la industria, que ejerció presiones económicas que finalmente incidieron en la fase de definición del articulado (OMS y FAO, 2007).



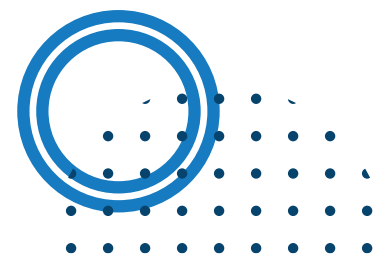


La regulación efectiva ha sido también objeto de varias publicaciones mundiales que mencionan la legislación como una de las acciones necesarias para el logro del ejercicio de los derechos de las mujeres y personas en capacidad de amamantar. De acuerdo con el Informe de Implementación del CICSLM de la OMS (2022) “se evidenció que uno de los grandes retos que se deben abordar para proporcionar condiciones que faciliten la práctica de la lactancia humana acorde a las intenciones de las familias y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS, es una reglamentación sin laxitud ni vacíos legales”.

Penetrar el campo de las FCI y de la industria de alimentos requiere detallar los riesgos que representa el uso de sus productos y, además, realizar análisis más allá del efecto de un nutriente o grupo de nutrientes particulares. Fundamentada en los beneficios que tiene el control de un nutriente en particular sin hablar del patrón alimentario en su conjunto. Según expresa Martens (2014), es importante mencionar que las acciones de cabildeo y cooptación por parte de estas compañías no son menores, sino, por el contrario, han sido consideradas como violaciones a los derechos humanos (DD.HH.), a lo que se adiciona que si bien las empresas multinacionales están sujetas a la jurisdicción de los gobiernos en cada país, el carácter global de estas empresas no ha sido acompañado de una coordinación de acciones por parte de los gobiernos ni de un conjunto de normas internacionalmente reconocidas o de un sistema de divulgación de información amplio suscitando así una zona legal internacional descubierta, lo cual ha limitado la promulgación regulaciones serias especialmente en lo concerniente al marketing.

El panorama nacional no ha sido ajeno a este fenómeno, adhiriéndose a los tratados de libre comercio-TLC, en la década de los años 90, los cuales acarrearón consigo además de la transición a dietas corporativas, los fenómenos de “cooperación” y las alianzas público-privadas con este tipo de industria en lugar de su regulación. En contraste, se ha contado con avances destinados al desarrollo de políticas públicas y acciones de reglamentación, como es el caso del Decreto 1397 (Ministerio de Salud, 1992), que no se ha alineado completamente a las disposiciones del Código de sucedáneos y no se constituye como una herramienta legal de protección real de la salud infantil, por su escaso alcance sancionatorio debido a que no tiene en cuenta las resoluciones posteriores de la AMS, cuya finalidad es actualizar el alcance del código a la luz de las nuevas técnicas de comercialización y publicidad de éstos PCUP.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Colombia (MinSalud) manifestaron que Colombia fue uno de los primeros países de la región en soslayar la regulación de las prácticas antiéticas de los SLM (Sucedáneos de la Leche Materna) a través de la expedición del Decreto 1220 de 1980, que reglamentó la “promoción, rótulos, empaques y envases de alimentos sustitutos y complementarios de la leche materna” (posteriormente derogado por el Decreto 1397 de 1992). En la actualidad, uno de los principales retos se relaciona con la concepción de la Política Pública de Lactancia Materna PDLMAC 2021–2030, en el marco de la Gran Alianza por la Niñez (DAPRE et al., 2021). En este contexto, se identifican diversos escenarios en los que pueden presentarse potenciales conflictos de interés que inciden en las acciones institucionales orientadas a fortalecer la lactancia humana. Esto ocurre, por ejemplo, cuando se desarrollan iniciativas educativas promovidas por el sector privado, como talleres de alimentación “saludable” mediante recetas dirigidas a familias con PCUP, que pueden conducir indirectamente a la promoción de determinadas marcas comerciales. De igual manera, se observa la participación del sector privado en procesos educativos e informativos



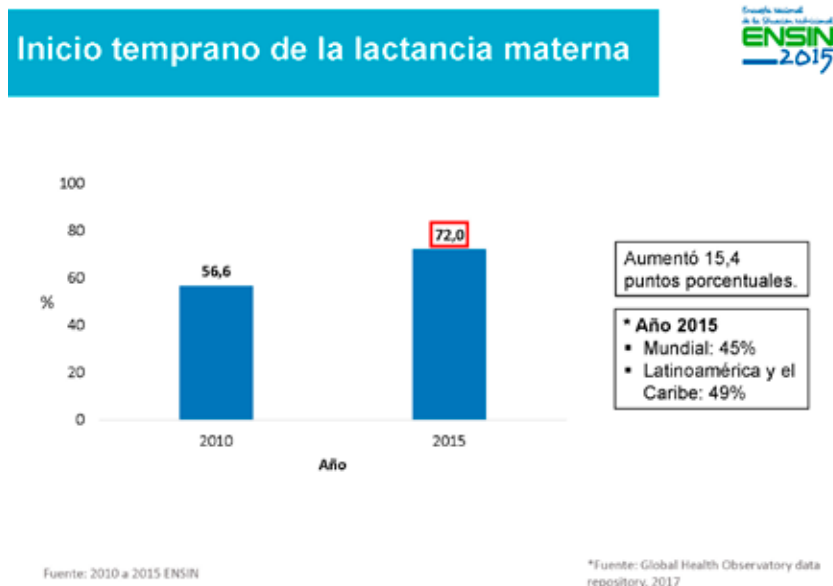
sobre lactancia, respaldados por aliados con reconocimiento en el mercado de productos incluidos en el Código de Sucedáneos, lo cual plantea la necesidad de revisar y fortalecer los mecanismos de regulación y articulación interinstitucional.

Como expone la Asociación Colombiana de Educación al Consumidor (2021), los conflictos de interés en el país, se manifiestan de igual manera, en las y los profesionales de la salud, que son captados a través de dádivas y beneficios, por estas industrias que impactan las políticas públicas desde su formulación e invierten gran cantidad de dinero con el fin de controlar y limitar su capacidad de acción.

Frente a la protección de la LH, los monitoreos permanentes de las prácticas de comercialización y publicidad de la industria de las FCI, constituyen una forma de denuncia de la sociedad civil respecto a la actuación abusiva de dichas multinacionales, así como de exigencia de regulación hacia las mismas. Aunque estas acciones iniciaron con fuerza en la década de 1990, con el financiamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, han sido vetadas y desfinanciadas, tal como se ha publicado en numerosos artículos académicos. Esto se debe a que estas empresas y grupos industriales afiliados participan en la Actividad Política Corporativa (CPA) para contrarrestar las inminentes amenazas regulatorias y evitar fomentar entornos de políticas públicas y legislaciones basadas en evidencia científica que impidan su comercialización y expansión en el mercado (Asociación Colombiana de Educación al Consumidor e IBFAN, 2021).

Como lo indican la OMS y la UNICEF (2022) en varias publicaciones académicas, se ha identificado que la amplia mayoría de las mujeres refieren su deseo de amamantar, pero durante su ejercicio encuentran obstáculos estrechamente relacionados con las prácticas de mercadeo de la industria de alimentos infantiles y con desestímulos lo que genera el inicio tardío del amamantamiento asociado a la administración de FCI en los hospitales (Figura 5), por lo que la mirada al futuro tiene especialmente como reto la estructuración y aplicación de medidas regulatorias de la publicidad indebida y la decodificación de mensajes de consumo a fin de estrechar el rango de acción del marketing implementado por dichas multinacionales (Figura 6).

Figura 5. Inicio temprano de la lactancia materna.



Nota. Tomado de Inicio de la lactancia materna según pertenencia étnica. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN), por Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (2015), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/documento-metodologico-ensin-2015.pdf>

Figura 6. Intenciones de las embarazadas en cuanto a alimentación del lactante.

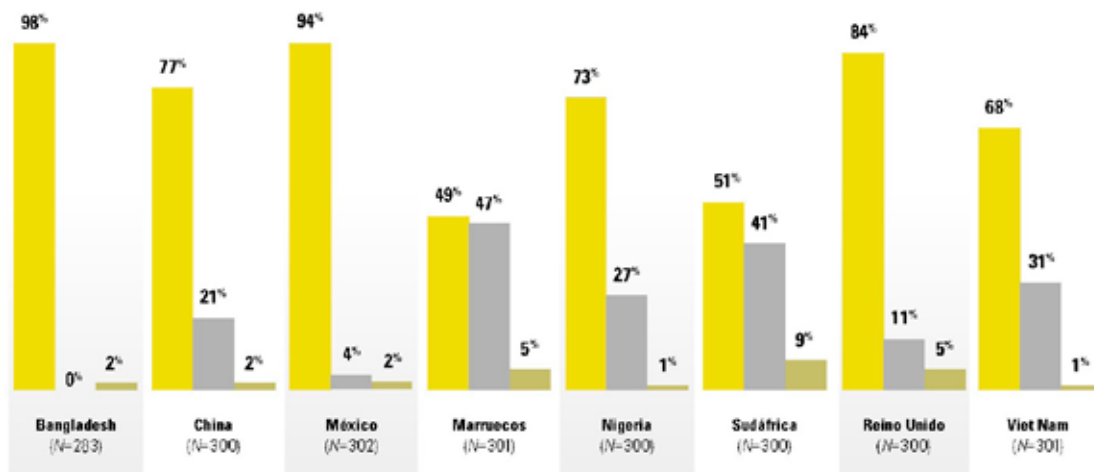
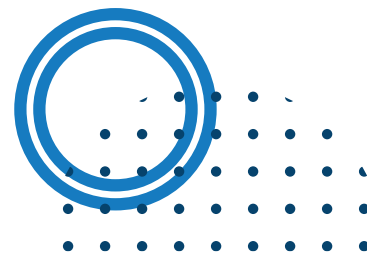



Figura 6. Intenciones de las embarazadas en cuanto a la alimentación del lactantes.

● Solo lactancia materna ● Solo con preparados para lactantes ● Combinación de lactancia materna y preparados para lactantes

Nota. Tomado de Cómo la comercialización de los preparados para lactantes influye en nuestras decisiones sobre la alimentación del lactante, por OMS y UNICEF, (2022), <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364681/9789240057609-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>





El ICBF ha promovido campañas, acciones y servicios desde el siglo XX a través de la creación de programas para la atención de familias gestantes y en periodo de lactancia como la estrategia FAMI (Estrategia Familia, Mujer e Infancia), en la actualidad continúa construyendo una línea técnica encaminada al fortalecimiento de los servidores públicos, colaboradores y profesionales de acompañamiento en los territorios, desarrollando anualmente planes de formación en LH y alimentación complementaria; sin embargo, vale la pena indagar la incorporación de metodologías que promuevan el diálogo humano y la reflexión para la transformación hacia una alimentación natural y el desestímulo del consumo de PCBU (OPS et al., 2013).

Las acciones dirigidas al desestímulo del uso de dietas corporativas y el fomento de alimentos reales más diversificados resultan determinantes en la transformación de las realidades de las niñas, niños y sus familias. Los múltiples riesgos asociados a la falta de amamantamiento, que por supuesto, están relacionados con los sistemas productivos y económicos más que con la decisión individual de su práctica, se han presentado en diversas fuentes de investigación y publicaciones de organismos internacionales, entre las que se destaca la contaminación intrínseca de las “Preparaciones en Polvo para Lactantes” (PPL), que alertan sobre la latente exposición a microorganismos patógenos en un escenario nacional sin aproximaciones jurídicas que prevengan o mitiguen estos peligros, ya que a la fecha no se han acogido las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS y FAO, 2007).

En este sentido, la falta de voluntad política para vencer las barreras estructurales y fomentar el éxito de la lactancia humana, depende del apoyo en todos los niveles y no debe ser individualizado o transferido a las mujeres y personas en periodo de lactancia, por lo que los gobiernos deben tomar la responsabilidad e invertir los recursos necesarios con cobertura universal y con participación de la sociedad civil para tal fin.

Para construir nuevos escenarios que propendan por el logro de condiciones dignas para las mujeres y familias en gestación o periodo de lactancia es necesario reconocer los factores sociales, culturales, políticos y especialmente económicos que obstaculizan su práctica y develar las transformaciones dialécticas y pragmáticas que pueden determinar un nuevo curso de acciones integradas y con enfoque de derechos que incluyan las nuevas perspectivas de género entre otras transformaciones sociales.

En cuanto a la alimentación complementaria, comprendida como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la LH y cuyo rango propuesto por la OPS está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la LM puede continuar hasta después de los 2 años (OPS, 2003), es determinante abordar en este contexto su práctica y determinantes.

Es importante mencionar que el inicio de la alimentación complementaria representa una oportunidad para la continuidad de prácticas asociadas a la salud integral y a la cultura alimentaria de los territorios que afianza una alimentación nutritiva con alimentos reales. Sin embargo, en la retrospectiva de las recomendaciones y prácticas asociadas a la introducción de alimentos se ha documentado que algunas guías al respecto son mucho más específicas de lo necesario en cuanto a temas como el orden de introducción de alimentos y las cantidades específicas de alimentos que debe recibir el lactante.



En el año 2018 la Organización No Gubernamental (ONG) española Justicia Alimentaria realizó su publicación “Mi primer veneno, la gran estafa de la alimentación infantil” (Justicia Alimentaria, 2018), que expone lo que se ha denominado como el mayor engaño de la historia. Este documento analiza la transición de un patrón de alimentación natural basado en preparaciones culinarias y cocinas tradicionales, hacia la introducción de alimentos para bebés promovidos por la industria de los alimentos. Esta industria propone una dieta blanda y “especial” proporcionada por el comercio, que aporta propiedades de salud y nutrición, desplazando así la alimentación familiar. La estrategia utilizada para promover y comercializar la línea “baby” es descrita como agresiva y sostenida, creando la falsa creencia entre los padres de que estos productos son superiores y específicamente diseñados para satisfacer las necesidades infantiles.

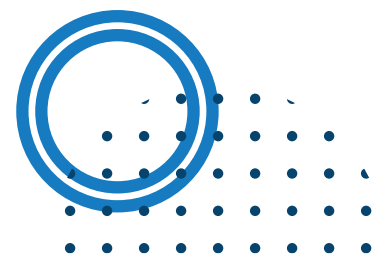
En este sentido, el CICSLM incorporó regulaciones para los alimentos complementarios dentro de su ámbito de aplicación. Sin embargo, la alimentación complementaria está siendo cada vez más comercializada, por lo que desplaza la lactancia y devalúa los alimentos autóctonos.


Descripción de Hitos Históricos

En la historicidad de la práctica de la lactancia humana convergen hechos de diferente índole y existen hitos que han modelado las transformaciones de su práctica y sus concepciones, por cuanto se hace necesario conocer algunos hechos históricos tanto a nivel internacional como nacional y ofrecer una visión general de su evolución a lo largo del tiempo. En esta revisión se tienen en cuenta distintos aspectos relacionados con dimensiones de interés como la ecológica-hábitat, económica-financiera, legal-administrativa, sociocultural, tecnológica-científica, académica-educativa y política.

Siglos XVII-XIX. En este periodo histórico comienzan los reportes sobre la práctica de amamantamiento sin ninguna especie de intervenciones medicalizadas, sino como un ejercicio libre de presiones sociales y comerciales. Vallone (2009), describía una LM sin horarios ni restricciones, es decir, que se llevaba a cabo con total libertad. Por lo anterior, el amamantamiento era un acto que no estaba intervenido por la industria, y representaba un escenario previo a la publicidad y comercialización de las FCI.

En la segunda mitad del siglo XVIII en el Reino de Gran Bretaña ocurrió la Revolución Industrial, que décadas después se extendió a gran parte del territorio de Europa Occidental y América Anglosajona. A lo largo de este periodo se llevó a cabo un conjunto de transformaciones económicas, tecnológicas y sociales, de las cuales, una de las más importantes fue el paso de una economía rural basada principalmente en la agricultura y el comercio, a una agricultura de carácter urbano, industrializada y mecanizada. La Revolución Industrial marcó un punto de inflexión crucial en la historia, ya que transformó e influyó en todos los aspectos de la vida cotidiana. En particular, tuvo un impacto significativo en la LH, debido a la incorporación masiva de mujeres al ámbito laboral, lo que se percibió como un obstáculo para el amamantamiento. Además, permitió la producción en masa de FCI y la expansión de su publicidad (Schwab, 2020).





Los cambios en la sociedad y los avances industriales generados en gran medida por la primera revolución industrial en Europa contribuyeron en la necesidad de buscar respuestas a situaciones como “la absoluta imposibilidad que tienen algunas mujeres de poder lactar a sus hijos...” Este problema en el estado actual de la ciencia aún no puede resolverse... Abriendo un nuevo capítulo en la búsqueda del sustituto ideal para la leche humana” (Boatella, 2009). A mediados del siglo XIX, numerosas personas se dedicaron a la creación de productos capaces de replicar las propiedades recién descubiertas de la leche humana, evitando generar daños en los bebés.

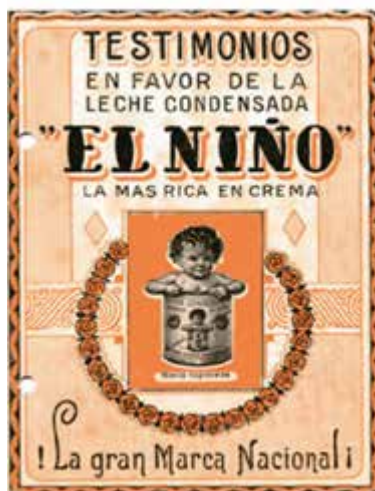
En la década de 1860 se inició la creación de distintos preparados nutricionales aptos para el consumo de los neonatos y lactantes, el primero en patentar una fórmula infantil fue el químico alemán Justus Von Liebig, en 1867, conocida como Liebig’s Infant Food que inicialmente fue líquida, pero por costos de producción fue reformulada haciendo un farináceo (Sanz Pérez, 2003). Simultáneamente el auxiliar farmacéutico de origen Alemán Henri Nestlé, quien se instaló en Vevey, Suiza en 1867 formuló y patentó la “Farine Lactée” (Nestlé Argentina, s.f.), el cual tuvo una gran acogida en la sociedad europea, ya que esta era promocionada como la solución para aquellos bebés que no podían ser alimentados por sus madres. La publicación de estas fórmulas dio lugar a la aparición (entre 1870 y fin de siglo) de numerosos productos semejantes, cuyos propietarios no dudaron en aprovechar la gran oportunidad de negocio que se abría.

El desarrollo de este tipo de productos se produjo, fundamentalmente, en Alemania (Liebig, Soxhlet), Reino Unido (Mellin, Benger, Hassal, Ridge, etc.), Estados Unidos (Hawley, Wagner, Hor-lick, etc.), Suiza (Nestlé) y Francia (Jacquemarie); en 1883 ya se habían patentado 27 productos en Estados Unidos (Boatella, 2009). Este suceso se dio justamente en un momento en el que la salud infantil estaba enfrentando amenazas debido a la industrialización, la medicalización del parto y la importancia del cuidado de estos. Como consecuencia, se dio lugar a la creación y mercantilización de los productos infantiles, incluyendo alimentos especializados para esta población, generando estrategias alrededor de la comercialización y publicidad de estos con la tardía inmersión y participación activa de la comunidad médica en el siglo XX, acrecentando los conflictos de interés por parte de la industria láctea. También se vio amenazada directamente la práctica de la LH, ya que, desde los inicios, los creadores de las fórmulas infantiles sostuvieron que “en el alimento que ingieren se encuentran los mismos ingredientes que en la leche materna...” (Boatella, 2009).

Vallone (2009) expuso otro suceso histórico que se considera relevante, y fue la publicación de la teoría del “Tanque de gasolina” en 1899, publicada por el padre de la pediatría norteamericana Emmett Holt, en la cual se oficializó la necesidad de alimentar a las y los bebés con horarios rígidos, gracias a una simple regla matemática, a los mágicos números: “10 minutos cada 4 horas”. De este modo se fue universalizando la famosa recomendación que funcionó a la perfección para bebés alimentados artificialmente, de donde (y a pesar de la incongruencia) se adoptó como normal lo anormal y se supuso que si un bebé daba signos de necesidad de alimento antes de las 3 o 4 horas “se había quedado con hambre”, con lo que la industria insertó mensajes que fueron transformando a través de juicios preformados, la comprensión de los comportamientos de los bebés.

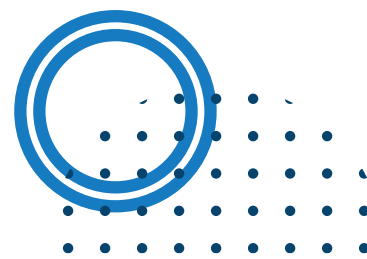
Como lo sugiere la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (2014) “La explosiva expansión de la alimentación artificial del lactante constituye el más vasto experimento realizado “in vivo” sin ninguna base de la experimentación y sin controles”, demostrado a través de una historia que evidencia, por ejemplo, el auge, como se observa en la Figura 7, de la famosa leche condensada azucarada que surge a finales de este siglo, convirtiéndose en una opción de preferencia de las mujeres occidentales que no daban pecho, lo cual, acarreó un cambio profundo en la salud de los bebés que no eran amamantados, provocando la movilización de numerosos académicos en todo el mundo; posturas como las del médico español Andrés Martínez Vargas, socio de la Academia de Medicina de Madrid, quien publicó un artículo en el que, al igual que varios de sus colegas, se enfocaba en la alimentación como aspecto esencial del desarrollo infantil. En este señaló la importancia de la LM y que se debía evitar la lactancia por medio de nodrizas, así como recurrir a la llamada lactancia artificial, debido a que, al igual que autoridades médicas de ese entonces como Bouchud, Fonssagrives o Steiner, se consideraba que la nutrición era un factor importante para el desarrollo del niño y estaba relacionada estrechamente con este (Alanis Rufino, 2021).


Figura 7. Testimonios en favor de la leche condensada.



Nota. Tomado de La Alimentación del Niño a través de la Historia, por Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, (2014), [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ramse.es/wordpress/wp-content/uploads/2022/05/Discurso-recepcio%CC%81n-Dr.-Argu%CC%88elles.pdf](https://ramse.es/wordpress/wp-content/uploads/2022/05/Discurso-recepcio%CC%81n-Dr.-Argu%CC%88elles.pdf)

En América, médicos como Manuel S. Iglesias y Joaquín G. Cosío hablarían, entre otras cosas, de la relación existente entre la mortalidad infantil en bebés y la mala alimentación. Estos médicos pensaban que en México no había tantos casos de la enfermedad como sucedía en Londres, París, Berlín, Viena o Nueva York, entre otras razones, porque la LM era más común entre las clases pobres, a diferencia de lo que ocurría en otras latitudes. Reconocían que la alimentación de esos niños muchas veces no era apropiada, pues se les daban alimentos difíciles de digerir, pero lo importante era que seguían recibiendo leche materna. En cambio, en las ciudades estadounidenses y europeas se estaba dando amplia cabida a los alimentos artificiales, que eran pobres en sustancias grasas y en albuminoides, lo que contribuía a la aparición del raquitismo (Alanis Rufino, 2021).





El biberón también ha jugado un papel determinante en las prácticas de alimentación y la sofisticación de ciertos elementos que, a su vez, determinan la relación del amamantamiento con la corporalidad. Al respecto se sabe que los pueblos primitivos asociaban el amamantamiento con atribuciones de salud, ante lo cual el Doctor Arguelles, en su documento de *La alimentación a través de la historia*, citaba que, durante muchos años, alimentar a un lactante sin la leche de su madre era tarea difícil y peligrosa, responsable en buena medida de las altas cifras de mortalidad infantil (Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, 2014).

Con relación a todos estos reportes socio antropológicos que recogen la relación con el cuerpo y las transformaciones de la concepción del amamantamiento se reportan también prácticas como el nodrizaje o “madres de leche” como una de las más antiguas y se reporta la creación de varias formas de artefactos que se pueden asociar a los biberones, que de acuerdo con los reportes, no fue demasiado generalizado en la sociedad, en parte porque la LM y el uso de las llamadas amas de cría o nodrizas tenían una gran popularidad y gran aceptación (Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, 2014).

Este utensilio tuvo una gran evolución, con reportes de que en los siglos XVI y XVII, en la España cervantina, en Castilla ya había biberones de cuero remojado y biberones de esponja, pasando por la botella de cristal con pezón de goma y los nuevos chupetes del siglo (Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, 2014).

Siglo XX. Comenzando el siglo XX se produjo un suceso que marcó historia en lo que respecta a la publicidad de todo tipo de productos y servicios, pues en los años de 1900, con la aparición de la radio y la televisión, las empresas tenían a disposición plataformas con las cuales podrían alcanzar audiencias más grandes que las de costumbre, de este modo, la publicidad se convirtió en una parte integral de la cultura popular (Pérez Martínez y Márquez Martínez, 2023) y por esta razón, las multinacionales comenzaron a invertir grandes cantidades de dinero en campañas publicitarias, entre ellas la industria de las FCI.

Como se representa en la Figura 8, los medios de comunicación han sido propulsores clave en el posicionamiento y naturalización de productos con poco o nulo soporte científico de las propiedades de salud que se les han atribuido para captar la atención del público en general.

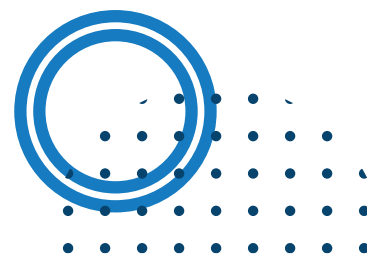
Figura 8. Anuncio sobre sustitutos de la leche materna a principios del siglo XX.




Nota. Tomado de *La Alimentación del Niño a través de la Historia*, por Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, (2014), [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ramse.es/wordpress/wp-content/uploads/2022/05/Discurso-recepcio%CC%81n-Dr.-Argu%CC%88elles.pdf](https://ramse.es/wordpress/wp-content/uploads/2022/05/Discurso-recepcio%CC%81n-Dr.-Argu%CC%88elles.pdf)

Por su parte en lo que concierne a lactancia humana, en este mismo año se creó el primer Banco de Leche en Viena, Austria, el cual estaba destinado a recolectar, analizar, almacenar, conservar y suministrar leche materna, además, se llevaban a cabo investigaciones, labores de educación, información, entrenamiento y asesoría en lo referente a la lactancia humana. Unos años más tarde se abrieron otros bancos de leche en distintas partes del mundo como en Boston, Buenos Aires y Río de Janeiro (Banc de Sang I Teixists, 2016; Organización de las Naciones Unidas, 2018; Torras, 2022).

Más tarde, en el año 1915 refiere Vallone (2009), que la Asociación Panamericana de Pediatría aprobó el ensayo de un nuevo producto en un grupo de bebés del Babies' Dispensary and Hospital de Cleveland. Este acto demostró entonces, que el sector médico presentaba conflictos de interés frente a las empresas farmacéuticas, además empezaron a hacerse dependientes de los consorcios lecheros en lo que respecta a información sobre alimentación infantil, de esta manera se comenzó a evidenciar la connivencia con los productores. Rojas- Mayorquín (2022), narra en su artículo una parte de la vida de Cicely Williams, pediatra destacada por sus aportes a la descripción de la desnutrición tipo Kwashiorkor, que en 1930 ofreció un elemento clave para entender el efecto negativo que tenía el destete abrupto, temprano e inadecuado en la infancia. En 1939, la industria de las FCI llevaba a cabo estrategias devastadoras e ilegales para promover el consumo de estos productos. Un ejemplo claro fueron las denuncias realizadas a la multinacional Nestlé, quien, a través de falsas enfermeras, se encargaba de persuadir a las madres y familias para ofrecer a sus bebés FCI en lugar de LM. Por este motivo, en el año 1939, en Singapur, Cicely impartió una conferencia llamada "Milk and Murder", con la cual señaló abiertamente por primera vez los intereses comerciales de ciertas empresas por encima de la salud infantil.





Dentro de los hitos que hoy son icónicos para la representación de nuevas miradas y concepciones de las intervenciones para la promoción de la lactancia humana, está la aparición de los grupos de apoyo madre a madre en 1956, (La Leche League International, 2023) y la creación de la Liga de la Leche (LLL), la cual se dio en Chicago (EE. UU.) debido a que siete mujeres querían brindar ayuda y apoyo a otras personas en temas de lactancia. Para esta época, en EE. UU., muchas prácticas tradicionales de LM ya no eran la norma. El sector más reconocido de la medicina no fomentaba el amamantamiento de los bebés, lo cual se reflejó en el detrimento de esta práctica. La LLL contó con el acompañamiento de médicos para problemas más complicados. En esos años, el apoyo se realizaba mediante cartas y se animaba a mujeres a alimentar a los bebés con leche humana, poniendo en cuestionamiento las actitudes del estamento médico hacia la LM. Siguiendo la línea de tiempo, otro hito sucede alrededor del año 1960, año en el cual, según Vallone (2009), el pediatra Derrick Jelliffe acuñó el nombre de “malnutrición comercio génica” como diagnóstico médico que utilizaría pocos años después como título de una publicación.

La historia de las políticas públicas y acciones de promoción, protección y defensa de la lactancia en Colombia se visibilizaron en la década de los años 70. Tal y como lo menciona la OPS, OMS y MinSalud (2013), para 1974 surgió el Primer Plan de Nutrición llamado “Programa Nacional de Educación Nutricional” el cual adelantó la primera “Campaña Nacional de Lactancia Materna”, este hecho tomó relevancia por ser la primera acción de promoción de la LM a través de medios de difusión como radio y televisión y se implementó la educación no formal y la educación nutricional formativa, dirigida a profesionales de la salud, promotores de salud y agentes comunitarios. La campaña contó con material educativo: afiches, manuales, rotafolios y audiovisuales en contenidos técnicos que hacían énfasis en fomentar la lactancia exclusiva de 4 a 6 meses, una alimentación complementaria adecuada y a prevenir la enfermedad diarreica.

Años más tarde, en 1979 se llevó a cabo una reunión técnica por parte de la OMS frente a la alimentación infantil, en la cual se evidenció un avance con el objetivo de empezar a regular la publicidad antiética y las técnicas de comercialización engañosa de los SLM con la realización de la versión preliminar del Código, hecho que Colombia adhirió a sus políticas públicas siendo uno de los primeros países de la región en acoger las recomendaciones internacionales por medio del Decreto 1220 de 1980, que reglamentó la “promoción, rótulos, empaques y envases de alimentos sustitutos y complementarios de la leche materna”. De esta manera se empezaron a crear las primeras normas para acoger el Código en Colombia.

Posteriormente, se dio en 1981 la aprobación del CICSML, herramienta considerada como la más consolidada del mundo para llevar a cabo la regulación de las FCI. En el año 1989 se realizó la Convención sobre los Derechos del Niño, hecho en el cual la UNICEF (2006), estipuló que la garantía de los derechos de las niñas y los niños es de carácter obligatorio para los Estados firmantes, también se convirtió en obligación adoptar medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la Convención. Luego, en 1990, en Florencia, Italia, se elaboró la Declaración de Innocenti, que fijó como metas operacionales designar un coordinador y establecer un comité nacional de lactancia materna, implementar en los servicios de maternidad los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”, garantizar el cumplimiento del CICSML y promover normas que protejan los derechos a la lactancia de las madres trabajadoras, estableciendo las condiciones adecuadas para su aplicación (OPS et al., 2013).



También se destaca en el país, que en el año 1984 se creó el Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo de la Infancia “SUPERVIVIR” 1984-1992. En el desarrollo del plan participaron entidades como el Ministerio de Educación y el ICBF y contó con la cooperación de la OPS/OMS y UNICEF. El plan involucró equipos de salud, líderes comunitarios y vigías de la salud y tuvo como propósito llevar a cabo acciones de educación en salud, dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, priorizando el fomento de la LM (OPS et al., 2013).

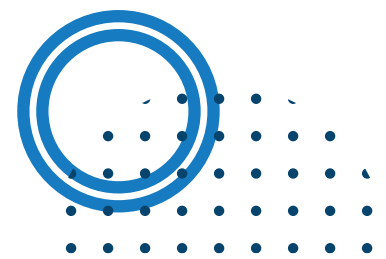
Más tarde, en 1986 se llevó a cabo la Encuesta de Demografía y Salud (Corporación Centro Regional de Población et al., 1986), la cual reveló detalles importantes sobre el porcentaje de mujeres que iniciaron la lactancia, el porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva (LME) y la duración promedio de la LM.


En los años noventa sucedió un hecho que inevitablemente marcó la historia de la humanidad: la llegada del Internet, como lo conocemos hoy en día. Gracias a este hecho, el marketing presentó una transformación importante, pues como se mencionó anteriormente, las empresas que hacían uso de la radio o de la televisión como medio de difusión de sus productos, ahora tenían la posibilidad de llegar a audiencias aún más grandes y alrededor del mundo a través de la web. Debido a esto, el marketing digital, con sus herramientas de segmentación y análisis de datos, se convirtió en una herramienta poderosa para las empresas, que conforma hoy en día uno de los aspectos más problemáticos de la venta y distribución de FCI y PCBU frente a la socavación de la LM, pues constituye un vacío legal que atenta contra la protección de esta práctica (Estrade Nieto et al., 2020).

En Colombia, en el mismo año, nació la estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral), una iniciativa que fue propuesta por la UNICEF y que tiene como objetivo motivar a las instituciones de salud a mejorar las prácticas de salud y nutrición materna e infantil, basándose en los principios de la universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión y responsabilidad social, propendiendo así por los derechos de la madre y el bebé y protegiendo la LM (Ministerio de Protección Social, 2016).

Aproximadamente en el año 1992, WABA (Alianza Mundial para la Acción de Lactancia Materna) y la OMS crearon la campaña “Semana de la Lactancia Materna”, la cual se celebra a nivel internacional del 1 al 7 de agosto de cada año. Esta campaña se lleva a cabo con la intención de crear conciencia y estimular la acción sobre temas relacionados con la LM. La OPS también se incluye en esta celebración con el fin de proteger, promover y apoyar el derecho a la LM en toda la Región de las Américas (OPS, s.f.).

Este mismo año, se creó en Colombia el Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna, en el que se estableció la implementación de los IHAN “Hospitales Amigos de los Niños”, la actualización de normas que protegen la LM y el cumplimiento del CICSLM (OPS et al., 2013). Esta fue la primera norma específica que se centró en la promoción de la LM en el país. Además, en este mismo año se emitió el Decreto 1397 (1992), la norma actual que tiene dispuesta el país para la regulación de la publicidad y comercialización de SLM. Sin embargo, no cuenta con sanciones y su alcance normativo y legislativo fue limitado. En 1997 se dio el segundo monitoreo financiado por el Ministerio de Salud, en esta ocasión no se encontraron





donaciones, ni muestras de SLM en las instituciones de salud, pero sí se hallaron incentivos financieros a los trabajadores de la salud y promoción en puntos de venta. IBFAN recomendó, nuevamente, al Ministerio de Salud, revisar el Decreto 1397 de 1992 y al INVIMA aplicar las medidas correctivas necesarias (OPS et al., 2013). Los resultados del monitoreo se socializaron en talleres de capacitación, eventos académicos y en la Semana Mundial de la Lactancia Materna (Ministerio de Salud, 1992).

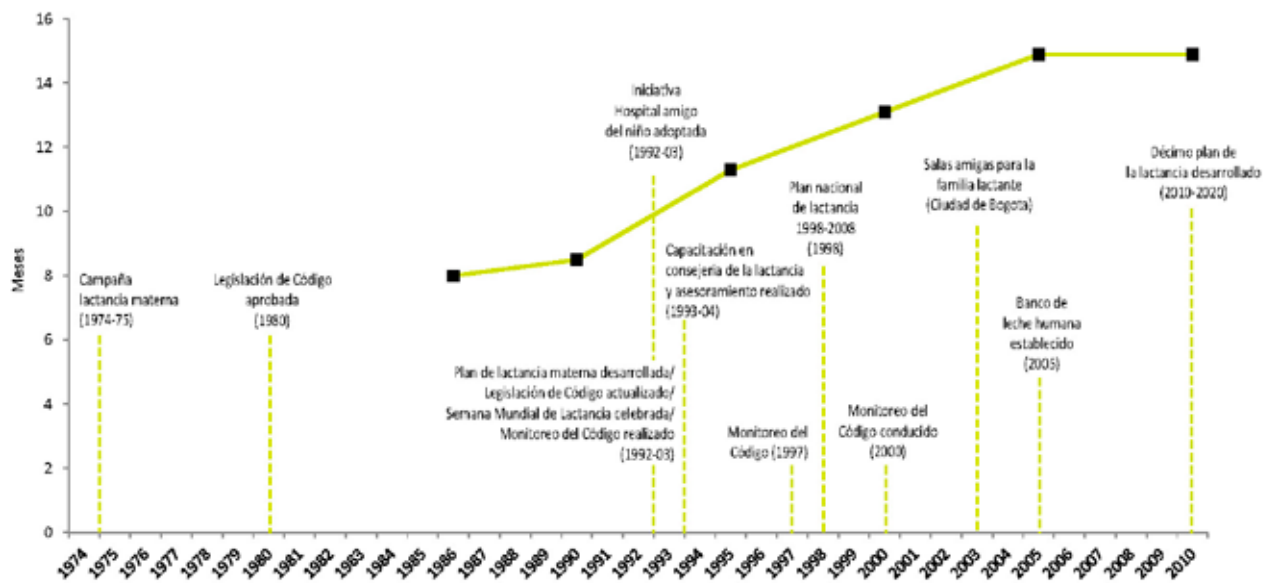
Siglo XXI. A principios de esta época, la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia, 2000), llevó a cabo en Colombia otra Encuesta de Demografía y Salud, la cual dejó evidenciado que había un amplio uso del biberón y bajas en las tasas de LM. En 2002, la OMS y UNICEF prepararon conjuntamente la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño con la intención de reavivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, en suma, en la propia supervivencia de los lactantes y las niñas y niños pequeños. Esta estrategia posicionó la LME durante los primeros 6 meses de vida como recomendación de salud pública mundial, afirmando que garantiza un crecimiento, desarrollo y salud óptimos y que a partir de ese momento los lactantes deben recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos, sin abandonar la LM hasta los 2 años o más. Sus objetivos buscan: sensibilizar a los gobiernos sobre los principales problemas que afectan la alimentación del lactante y del niño pequeño, aumentar el compromiso de todos y crear entornos propicios para que las madres y las familias refuercen habilidades para alcanzar una alimentación infantil óptima y puedan ponerlas en práctica (OMS, 2003).

Para el 2005 se realizó la Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia (ENSIN), la cual registró datos de las causas por las que se suspende tempranamente el amamantamiento, esta encuesta es importante porque evidenció el nivel de interferencia de la industria en las políticas públicas y en la toma de decisiones sobre alimentación infantil (Profamilia e ICBF, 2005).

Alrededor del año 2007, se aprobaron los Bancos de Leche Humana (BLH) como programa en la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno llevada a cabo en Chile. Su objetivo fue apoyar la implantación de por lo menos un BLH en cada país, capaz de actuar como núcleo de referencia de la Red Iberoamericana, además de servir de espacio para el intercambio del conocimiento y de tecnología del campo de la LM. Los BLH son estratégicos para lograr los ODS, especialmente para reducir la mortalidad infantil (Secretaría General Iberoamericana, 2007). Dos años más tarde, UNICEF y la OPS elaboraron un “Curso de Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño”, el cual tiene como objetivo que los participantes estén en capacidad de orientar y apoyar a las mujeres, para que apliquen las prácticas de alimentación recomendadas por la OMS/UNICEF para lactantes, niñas y niños pequeños, desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad, y que sean capaces de orientar a las madres infectadas con VIH, para que elijan y practiquen un método apropiado para alimentar a niñas y niños durante los primeros 2 años de vida (OMS, 2009).

En Colombia, en 2010, se elaboró el “Plan Decenal de Lactancia Materna: Amamantar Compromiso de Todos 2010-2020”, la segunda política decenal específica para la promoción, protección y defensa de la LM que busca el “compromiso de la sociedad en su conjunto, a partir de entender la LM como un imperativo público fundamental del bienestar y de las mejoras en la calidad de vida de los menores de 2 años de edad” (Ministerio de la Protección Social et al., 2010). Este conjunto de acciones muestra, la respuesta del país frente al panorama internacional y la evolución en el desarrollo de políticas públicas documentadas (Figura 9).

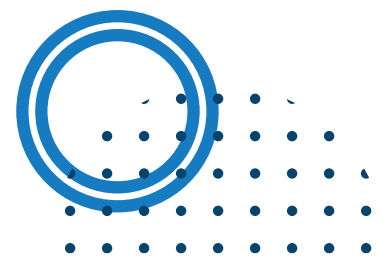
Figura 9. Políticas públicas y acciones a favor de la lactancia en el periodo 1970-2010.




Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010.

Nota. Tomado de Avances y retos de la lactancia materna Colombia, por OPS, (2013), <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49317/9789275317587-spa.pdf?sequence=1> yisAllowed=y

En el año 2011, en Colombia se inauguraron los primeros BLH, ubicados en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, Tolima y en el Hospital San Rafael de Fusagasugá, Cundinamarca. Este fue un suceso relevante, ya que, como se mencionó anteriormente, los BLH tienen como objetivo la supervivencia neonatal e infantil por medio de la promoción, protección y apoyo a la LM, e implementar dicha estrategia en el país fue un gran avance, pues como es sabido estos BLH permiten el procesamiento, control de calidad y suministro de la leche humana a los neonatos hospitalizados, lo que garantiza la seguridad alimentaria y nutricional del infante, contribuyendo así a la reducción de la desnutrición y morbilidad neonatal e infantil (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).





Años más tarde, Colombia avanzó en los convenios internacionales implementando la recomendación de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) a través de la promulgación de la Ley 1822 (2017), con una nueva licencia de maternidad en la que se ampliaron el número de semanas remuneradas a las que tenía derecho toda trabajadora en estado de embarazo en Colombia en sinergia con la Ley 1823 (2017), que hace obligatoria la creación de Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno Laboral. Este fue un avance en los derechos laborales de las familias en periodo de lactancia haciendo obligatorios los espacios de LM para las mujeres y personas en periodo de lactancia que trabajaran fuera del hogar, pues se buscaba garantizar las condiciones adecuadas para la extracción y conservación de la leche humana, bajo normas técnicas de seguridad, para luego transportarla al hogar y disponer de ella, para alimentar al bebé en ausencia temporal de la mujer o persona lactante.

Al siguiente año, entró en vigencia la Resolución 3280 de 2018, “por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para Población Materno Perinatal y se establecen las direcciones para su operación”(Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a), del mismo modo que se puso en funcionamiento la Resolución 2423 de 2018, “por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En el año 2020, se realizó una publicación en la cual se establecieron las orientaciones conceptuales, técnicas y operativas de la formación en Consejería en lactancia materna y alimentación complementaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Posteriormente se aplicó la Ley 2114 (2021), una nueva licencia de paternidad en la que se modifica parcialmente la licencia de maternidad en Colombia a través de la licencia parental flexible y compartida. Simultáneamente, se llevó a cabo el monitoreo al CICSLM en la pandemia por COVID 19, en el cual se denunciaron las prácticas antiéticas de la industria durante la pandemia como escenario propicio para fomentar el consumo de sus PCBU.

A su vez, durante este año se formuló el Plan Decenal de Lactancia Materna 2021–2030 (Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, 2021; Fundación Salutia, 2021), concebido como el marco de gestión para la formulación del plan de acción del ICBF en materia de lactancia. Este plan plantea alianzas interinstitucionales y público-privadas que, si bien buscan fortalecer la implementación de estrategias a nivel territorial, también requieren un análisis cuidadoso respecto a los posibles intereses concurrentes que puedan influir en el desarrollo de las acciones. El documento organiza un conjunto de intervenciones en cuatro líneas estratégicas, con un enfoque diferencial y territorial.

1. Gobernanza.
2. Atenciones integrales, integradas y complementarias.
3. Transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras.
4. Gestión del conocimiento.



Estas líneas estratégicas buscan promover, proteger y apoyar la práctica de LH y la adecuada alimentación complementaria, una apropiación real y colectiva en ambos sentidos, el fortalecimiento del posicionamiento político y su articulación multisectorial y la posibilidad de reforzar los procesos institucionales y sociales para gestionar el conocimiento y la innovación tanto para la LH, como para la alimentación complementaria.

Uno de los escenarios que facilitaron las alianzas público-privadas documentados en los últimos monitoreos del país fue el incumplimiento de los objetivos generales del PDLMAC 2010-2020 y la caída de las tasas de lactancia humana en el país, que dieron lugar a que a finales del año 2020, la Gran Alianza por la Nutrición, entre la Alta consejería Presidencial para la niñez y la adolescencia, la Fundación Éxito y la Fundación Salutia, iniciaran con el proceso de actualización del Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria (DAPRE et al., 2021).

En el año 2022, la OMS y UNICEF realizaron una serie de publicaciones sobre el marketing digital y su influencia en la alimentación infantil (OMS y UNICEF, 2022); la relevancia de este hito radica en que, por primera vez se publicaba este tipo de información, pues previamente no se contaba con investigación en el área del marketing y las nuevas tendencias de promoción de FCI y PCU en el ámbito digital. Finalmente, en el año 2023, *The Lancet* publicó una serie de artículos, en los que se documentaron las prácticas de publicidad y comercialización de las FCI. Esta serie de tres artículos describe las estrategias multifacéticas y altamente efectivas que utilizan los fabricantes de FCI para dirigirse a las familias, profesionales de la salud y responsables de las políticas públicas. Las dudosas prácticas de marketing de la industria, que violan el CICSLM, se ven agravadas por el cabildeo de los gobiernos, a menudo de forma encubierta a través de asociaciones comerciales y grupos de fachada, contra el fortalecimiento de las leyes de protección de la LM y el desafío a las normas alimentarias.

Cabe destacar que a partir de la firma de la Carta de Brasilia de 2005 (Organización Panamericana de la Salud (OPS) et al., 2005), Colombia se vinculó a la Red Latinoamericana de Bancos de Leche Humana, a través de acuerdos internacionales en los cuales se comprometió a trabajar por la LM. Desde 2009, el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), empezó a acuñar el término de lactancia humana. Este término no solamente se propuso desde las recomendaciones de los BLH, sino que también ha comenzado a utilizarse recientemente como una reivindicación de la promoción de la lactancia con un lenguaje neutral en la atención, la aplicación de conocimientos y prácticas para inducir la lactancia y la comprensión de que las personas cis y trans están embarazadas y pueden amamantar, si así lo desean (Bolissian et al., 2023). Socialmente, el protagonismo en la reproducción, creación y cuidado de las hijas e hijos sigue estando, en su mayor parte, asociado a las mujeres cis-heterosexuales. Sin embargo, con el auge de los derechos familiares adquiridos en la última década por la población LGBTQIA+, diferentes composiciones familiares comenzaron a legitimarse por ley.

Los avances sociales, legales y medicinales guiados por la discusión de género en los últimos años han contribuido al desplazamiento de cambios en el patrón heteronormativo y cisgénero, así como en el perfil de las personas que están embarazadas, amamantan y desempeñan un rol parental, por cuanto las exigencias de los colectivos LGTBIQ+ empiezan a denunciar la necesidad de transformar los servicios de salud y la asistencia de la lactancia de manera sexista y exclusiva para usuarias cisgénero, que puede estar





considerando que el cuerpo transgénero no se considera capaz de experimentar la lactancia. Así, si para quienes no rectificaron su registro civil, el reconocimiento de su identidad de género, paradójicamente, puede invisibilizar la necesidad de este tipo de cuidados.

Finalmente, en Colombia, en el año 2024 comienza a regir la Ley 2361 (2024) en la cual se establecen los lineamientos para la creación de la política pública de LM, alimentación complementaria y la promoción de BLH como componente anatómico.

Ahora bien, en la Figura 10, se representan los hitos históricos previamente expuestos, clasificados por factores estructurantes que revelan la evolución en el tiempo de temas particulares asociados todos a la LM a nivel nacional e internacional. La socavación de la práctica del amamantamiento relaciona el detrimento de esta práctica conforme avanza el tiempo, claramente asociado a la evolución de la industria de las FCI que gana mayor fuerza conforme la LM se configura desarraigada; por otra parte, se evidencia el nacimiento temprano de diferentes estrategias de promoción de la LH y posteriormente múltiples estrategias de regulación de la industria de FCI, como se mencionó anteriormente, aunque están presentes, no cuentan con la determinación necesaria para frenar el fenómeno del marketing y el marketing digital, lo que afecta con vehemencia la práctica de la lactancia humana.

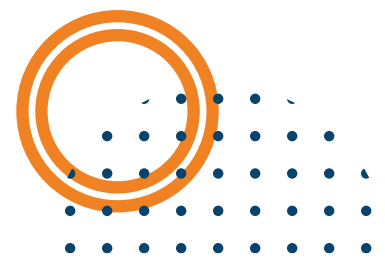


Figura 10. Línea de tiempo de eventos/hitos históricos de la lactancia humana

Periodo / marcador	PRÁCTICA DE AMAMANTAMIENTO	EVOLUCIÓN DEL MERCADO DE FÓRMULAS COMERCIALES INFANTILES	ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN DE FÓRMULAS COMERCIALES INFANTILES	ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LACTANCIA
Siglo XVII	Punto de partida de reportes de práctica LM natural a libre demanda.			
Siglo XIX	Evidencia de captura de los cuerpos por la ciencia e higienización en salud de prácticas reglamentarias.	Revolución Industrial. Inicio mercado de productos infantiles y tácticas de comercialización y publicidad. Nacimiento del Marketing.		
1910				1er. Banco de Leche Humana Viena (1900) Boston (1910) Buenos Aires (1921) Río de Janeiro (1943)
1930	Primeras manifestaciones de denuncia de prácticas antiéticas de la industria para promover consumo de FCI y desestimular LM.	Conflicto de interés de trabajadores de salud. Primeras asociaciones entre sociedades médico científicas con farmacéuticas.		
1950	Afirmaciones consecuencias poco saludables del consumo de PCUP.	Primera audiencia judicial contra Nestlé, devela prácticas antiéticas.		Nacimiento de La Liga de la Leche.
1970			Primer avance de regulación de publicidad antiética y técnicas de comercialización engañosas de SLM.	Primer plan de nutrición en el país "Programa Nacional de Educación Nutricional", primera "Campaña Nacional de Lactancia Materna".
1980			Decreto 1220 de 1980 "promoción, rótulos, empaques y envases de alimentos sustitutos y complementarios de la leche materna".	
1984-1992				Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo de la Infancia "SUPERVIVIR 1984-1992".
1990	Encuesta de demografía y salud.	Nacimiento del Marketing Digital.	Aprobación de CICSUM. Decreto 1397 regulación de la publicidad y comercialización SLM.	Convención de los derechos del niño obliga a priorizar acciones de protección y garantía de los derechos. Plan Nacional de apoyo a LM "Hospitales Amigos de los Niños"
2000	Encuesta de demografía y salud.	Gran Alianza por la niñez - Colombia.	Primer monitoreo al CICSUM en el país.	Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y del niño pequeño -ALNP Red Iberoamericana de BLH.
2010	Encuesta de demografía y salud.	Serie The Lancet con documentación de las prácticas de publicidad y FCI.	Segundo monitoreo al CICSUM en el país.	Curso de Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño UNICEF OPS Primeros BLH en Colombia. Plan Decenal de Lactancia Materna: Amamantar Compromiso de Todos" 2010-2020. Ley 1822 nueva licencia de maternidad. Ley 1823 Salas Amigas de la Familia Lactante.
2020			Monitoreo al CICSUM en pandemia COVID 19.	Lineamiento para formación en Consejería en LM y AC. Plan Decenal de lactancia materna 2021-2030. Ley 2114 nueva licencia de paternidad.
2030		Serie de publicaciones OMS sobre el marketing digital y su influencia en la alimentación infantil.		Ley 2306 Protección de maternidad y lactancia en espacio público y laboral. Ley 2361 Política pública de lactancia y bancos de leche humana. Ley 2458 Fortalecimiento de comunidad lactante.



Factores Relevantes

En la perspectiva de la determinación social en salud es necesario contextualizar la situación actual de la LH en relación con los factores que se han documentado o que se reconocen como especialmente influyentes en su práctica, en la revisión bibliográfica consultada que demarca el estado situacional de la práctica de la lactancia humana en Colombia y en el mundo, se destacan los siguientes factores relevantes:

- Existe documentación que evidencia la influencia directa del desarrollo de la industria láctea durante el siglo XIX y la aparición de las primeras FCI en la modificación de la práctica de la LH, así como las transformaciones de las decisiones en alimentación infantil con tecnificación de su producción en los siglos XX y XXI, y por tanto, su expansión comercial. La serie de publicaciones de The Lancet 2023 destacan el poder de la industria de las FCI para mercantilizar la alimentación de los lactantes y niños pequeños, influir en las políticas a nivel nacional e internacional de manera que crezcan y sostengan los mercados de FCI, y externalizar los costos sociales, ambientales y económicos de las FCI.
- Se han descrito las prácticas de comercialización y publicidad antiética de productos SLM a través de denuncias de la sociedad civil que han llevado a acuerdos y recomendaciones de la comunidad internacional para su regulación con normatividades débiles de poco alcance. En el caso de Colombia la alineación del Decreto 1397 de 1992 a la recomendación internacional, es según los informes de la OMS, de adherencia moderada con graves vacíos sancionatorios y de alcance, debido a que no acoge las resoluciones posteriores que actualizan las medidas de acuerdo con la evolución de las técnicas de mercadeo, por lo que se considera poco vinculante y de escaso alcance desde su formulación (Ministerio de Salud, 1992).
- Aunque se ha documentado el papel fundamental de las mujeres en la práctica de la lactancia, existe insuficiencia en la protección de los derechos de la maternidad en todo el mundo, especialmente para las mujeres con mayor escasez de recursos, por otra parte, existen retos ante los sistemas de poder biomédico y de género que niegan una atención centrada en las mujeres y con enfoques diferenciales que cobijan a toda la población en capacidad de amamantar. Los agentes de salud incluso alientan la influencia comercial y los conflictos de intereses que ofrecen dádivas, incentivos financieros, eventos académicos y otras actividades de cooptación.

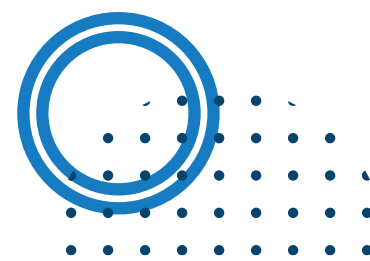
- Para la construcción social y la transformación de los determinantes multifactoriales de la lactancia humana se requieren medidas de apoyo en múltiples niveles, desde directivas legales y políticas hasta actitudes y valores sociales que desmitifican los mensajes engañosos de la industria. También se requiere relacionar las condiciones de trabajo y empleo de las mujeres y personas en periodo de lactancia y servicios de atención de la salud que promuevan el amamantamiento. Cuando se realizan intervenciones pertinentes de manera adecuada, las prácticas de LH responden y pueden mejorar rápidamente. Los mejores resultados se logran cuando las intervenciones se implementan simultáneamente a través de varios canales.

Definición de los problemas públicos fundamentales del área temática y determinación de los factores de cambio y actores de cambio

A partir del análisis realizado en retrospectiva frente a la evolución de la LM a lo largo de la historia reciente, se priorizan cuatro situaciones que constituyen los mayores ejes problémicos que en la actualidad rodean la práctica de lactancia humana (Tabla 1).

Tabla 1. Problemas fundamentales, factores de cambio y actores de cambio-área lactancia humana.

Problema público	Dimensión	Factores de cambio	Actores de cambio
Interferencia de la industria de alimentos en las esferas de decisión frente a la regulación de PCBU y sucedáneos de la leche humana.	Política-Legal	Replanteamiento de la práctica del amamantamiento desde la perspectiva médico-higienista hacia las propuestas de las revisiones bibliográficas más enfocadas al humanismo y a la garantía de los derechos, así como a la sustentabilidad.	Instancias de decisión política. ONG defensoras de DD.HH., sociedad civil y familias.
Publicidad y marketing antiético dirigido a familias en gestación y periodo de lactancia que genera aumento de los riesgos en salud.	Social-tecnológico	Plantear estrategias de monitoreo al código de sucedáneos y regulación de productos comerciales de líneas infantiles para promover el inicio de la alimentación complementaria con alimentos reales.	Profesionales de atención a primera infancia. Asociaciones médicas y cuerpos colegiados gremiales. Familias Entidades del SNBF.



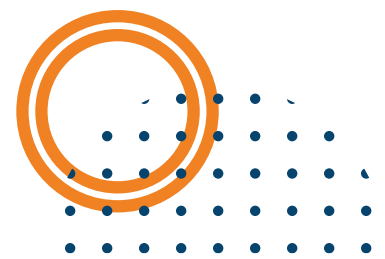



Problema público	Dimensión	Factores de cambio	Actores de cambio
Políticas y acciones educativas tradicionales basadas en la transmisión de conocimientos.	Educativa	Revisión de los contenidos de acciones educativas de promoción, protección y defensa de la lactancia humana, promoviendo escenarios de reflexión, diálogo de saberes y decodificación de los mensajes publicitarios de los productos comestibles ultraprocesados.	Profesionales de atención a primera infancia. Familias. Entidades del SNBF-Asociaciones científicas, médicas y cuerpos colegiados gremiales.
Invisibilización del enfoque diferencial y de género en la práctica de la lactancia humana	Sociocultural	Transformación de los conceptos de lactancia materna a humana con perspectiva de género que apuesten a menguar las inequidades históricas entre los roles de hombres y mujeres y con un enfoque de diversidad de identidad de género y sexual, así como a nuevas masculinidades no hegemónicas.	Profesionales de atención a primera infancia y familias. Agentes de salud, ONG de base comunitaria. Asociaciones de parteras y doulas.

Nota. Elaboración propia.

La Interferencia de la Industria de Alimentos en las esferas de decisión

De acuerdo con la numerosa evidencia documentada del impacto del régimen corporativo y su influencia nefasta en las decisiones sobre la lactancia humana, la alimentación infantil y finalmente en la salud colectiva que incluyen entre otras publicaciones la serie *The Lancet 2023*, los informes de las estrategias comerciales de ventas que vulneran los derechos humanos (Martens, J.2014), las documentaciones sobre tácticas antiéticas de publicidad y comercialización (OMS 2022). y el más reciente informe frente a Marketing digital (Hernández, M; Estrade, J; Jordan, S. 2020) entre otros por mencionar, la industria concentra un gran poderío económico, efectivo para mercantilizar la alimentación de los lactantes, niñas y niños pequeños, e influir en las políticas a nivel nacional e internacional de manera que crezcan y sostengan los mercados de las FCI y externalizar los costos sociales, ambientales y económicos de las mismas.





El poder sustancial de los actores corporativos y financieros con intereses privados para expandir los mercados de FCI se encuentra respaldado por el comercio global, de esta manera la inversión e instituciones financieras, se utilizan de diversas maneras para bloquear una regulación más efectiva del marketing de las FCI y la protección de la lactancia humana.

El cabildeo es una estrategia efectiva para evitar el cumplimiento de los acuerdos internacionales. A pesar de que se han planteado recomendaciones internacionales para evitar los conflictos de interés en todas las esferas, las tácticas de cooptación se hacen cada vez más visibles y eficaces, ya que influyen en el poder político y a su vez, las políticas crean o mitigan barreras estructurales para mejorar las prácticas de alimentación de lactantes, niñas y niños pequeños. Juntos, tipifican actividades del sector privado que pueden poner en detrimento la salud pública y ejemplifican los determinantes comerciales de la salud-enfermedad.

Publicidad y marketing antiético dirigido a familias: aumento de los riesgos en salud


Como se propone en la serie *The Lancet* de 2023, los sistemas económicos en que se desarrollan las sociedades actuales no reconocen el valor de la LH y del trabajo de cuidado, pero su falta de protección conlleva al deterioro de la calidad de vida, ya que además de causar daños a la salud física, nuevos análisis muestran la naturaleza extractiva de la industria de las FCI y cómo también contribuye a ampliar las desigualdades socioeconómicas y a producir considerables daños ambientales.

Existen preocupaciones internacionales por el potencial riesgo del uso de preparaciones en polvo para lactantes por cuanto la FAO y la OMS han referenciado los microorganismos TIPO A o de “alta evidencia de su presencia en los preparados” y su relación con la contaminación intrínseca, aunque hayan sido elaboradas cumpliendo con las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).

Sin embargo, la publicidad engañosa con un mal uso deliberado de las pruebas científicas está fomentando el consumo excesivo de dichos preparados en detrimento de la LH, al tiempo que disminuye la autoconfianza de las mujeres y personas en periodo de lactancia y explota con cinismo el instinto de los progenitores por querer lo mejor para sus hijas e hijos.

Políticas y acciones educativas tradicionales basadas en la transmisión de conocimientos

Tradicionalmente, las acciones que se han documentado en el tiempo para la promoción, protección y defensa de la LH han sido concebidas desde una visión biomédica e higienista que parte de la transmisión de conocimientos por parte de profesionales y personal de la salud, generalmente usan lenguajes técnicos sin enfoque territorial, ni enfoque diferencial, ni conceptualización de los determinantes sociales y comerciales que influyen en la práctica de la lactancia humana. Los diversos estudios y acercamientos a las prácticas de amamantamiento señalan la necesidad de particularizar las acciones partiendo de las representaciones corpóreas.



Existen numerosas revisiones que demuestran la eficacia de diferentes intervenciones entre las cuales se resalta la consejería en LM como una de las más efectivas, así como la conformación de los grupos de apoyo madre a madre que permiten la decodificación de los mensajes a un nivel personal y social.

La consejería en LM se ha propuesto como una iniciativa para promover la práctica de la LME durante los 6 primeros meses de vida. Esta es recomendada desde 1994 cuando se publicó la estrategia por parte de la OMS con miras a acompañar efectivamente a las familias en gestación y periodo de lactancia (Bueno y Teruya, 2004). Igualmente, la revisión de la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones de promoción de esta práctica en el mundo, muestra que las tasas y el tiempo de duración de la LM aumentan cuando las mujeres reciben consejería al respecto (Pinzón Villate et al., 2016).

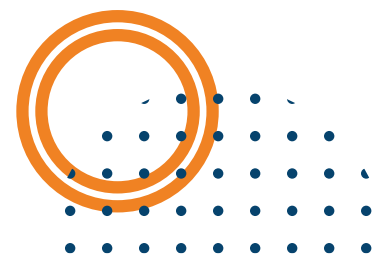
De la misma manera, la relevancia del apoyo cercano ha sido mencionado en numerosas revisiones y recomendaciones mundiales, por lo que varios países han desarrollado estrategias metodológicas y pedagógicas que promueven su conformación.

A grandes rasgos, estos escenarios son grupos de personas con necesidades afines que se reúnen periódicamente para compartir sus vivencias, saberes y generar conocimientos en lactancia humana y alimentación. Además, son espacios para intercambiar ideas e información con el fin de prevenir o solucionar dificultades que pueden surgir durante la gestación, la lactancia y la alimentación complementaria, con elementos de diálogo de saberes para apoyarse mutuamente, comprender o modificar ciertos conocimientos y hábitos para mejorar las prácticas en relación con la lactancia y la alimentación de sus bebés. Por ello, se promueve la comunicación y participación de todos los miembros, siendo estos espacios inclusivos, de respeto, atención y empatía (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2023).

Invisibilización de enfoque diferencial y de género en la práctica de la lactancia humana

Uno de los grandes retos que emergen en la actualidad es la transformación de los discursos hegemónicos frente a las tareas que se han asignado tradicionalmente a las mujeres y que han reiterado los ciclos de replicación de poder sobre el cuerpo de las mujeres, por cuanto las publicaciones serias han develado la necesidad de transformar las dialécticas y las acciones que se dirigen solamente al sector femenino para aumentar las tasas de lactancia. Se ha documentado muy recientemente la demanda que han hecho los sectores LGBTIQ+ frente a su capacidad y decisión de amamantar y su invisibilización en los programas higienistas que han movilizado el desarrollo de nuevos lenguajes que permitan conceptualizar la lactancia de forma inclusiva para todas las personas en periodo de lactancia.

Se ha evidenciado que la formación del personal en salud aún sigue estándares de abordaje heteronormativos, ignorando las políticas públicas en salud que insta a los actores del sistema de seguridad social en salud al abordaje desde el enfoque diferencial, y al mismo tiempo invisibiliza a las familias que no siguen esos estándares, lo que se refleja en la práctica profesional mediante el uso de expresiones y palabras no inclusivas, perjudicando la formación de vínculos y cuidados... (Bolissian et al., 2023) y aumentando las posibilidades del abandono de la práctica de forma abrupta y prematura.

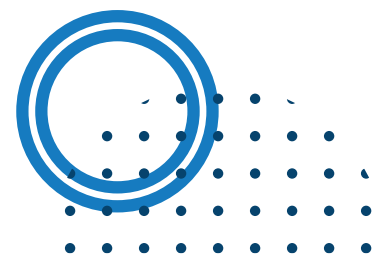




El enfoque de género propuesto para el componente de lactancia humana, como un hecho portador de futuro de gran relevancia para las nuevas acciones de educación, también plantea la reevaluación de los roles definidos como masculinos, así como la maternidad y la paternidad compartida, teniendo en cuenta las cargas laborales dentro y fuera del hogar y de crianza.

Dado los últimos consensos mundiales que buscan lenguajes y acciones más integrales y diversas es necesario reconocer que la gestación, el cuidado y la lactancia humana no son intrínsecos al género (femenino) y pueden ocurrir en familias no cis-heteronormativas, como la homoparentalidad femenina y la paternidad trans, es necesario repensar la biopolítica en el contexto de la lactancia humana, así como la atención de estas familias en los servicios de salud y en los servicios del ICBF.

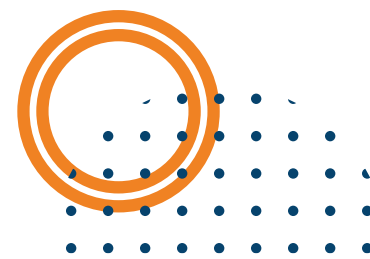
Acorde a los avances ejemplares de algunos países como Brasil en cuanto a la diversidad sexual y de género, la formulación e identificación con roles y funciones parentales comienza con la planificación reproductiva y/o familiar, lo que, en consecuencia, genera diferentes experiencias del proceso de concepción, embarazo, lactancia y crianza de las personas. En este sentido, las y los profesionales y los servicios del ICBF deben estar capacitados para atender las necesidades específicas de esta población. Algunos profesionales, por adherirse a conductas basadas en estándares heteronormativos, omiten a estas familias la posibilidad de recibir información frente a la inducción de la lactancia o imposibilitan la LM, privando a estas familias de tal experiencia y sus beneficios.



Caracterización de los factores de cambio

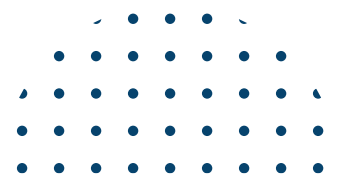
Tabla 2. Priorización de factores de cambio.

Factor de cambio	Caracterización
<p>1. Modelos educativos para la salud alimentaria</p>	<p>Los modelos educativos para la salud alimentaria se entienden como las estrategias pedagógicas y metodológicas que guían la enseñanza y el aprendizaje en torno a la alimentación y la salud. Estos modelos abarcan un conjunto de enfoques y prácticas que buscan promover una comprensión más profunda y crítica de las relaciones entre la alimentación, la cultura, la sociedad y el medio ambiente. En este sentido, una estrategia educativa para la salud alimentaria basada en un modelo biométrico constituye un factor de cambio en la sociedad al centrarse en el cuidado de la vida, la territorialización de los alimentos y la promoción de la soberanía alimentaria. Esta perspectiva dialógica reconoce la complejidad de los sistemas alimentarios y las múltiples dimensiones de la salud alimentaria, integrando la ética, la política y la pedagogía como ejes fundamentales para transformar la realidad social y ecológica.</p> <p>La situación actual en el campo de la educación alimentaria y nutricional está marcada por la predominancia de modelos tradicionales que tienden a simplificar la complejidad de los problemas alimentarios y de salud pública, estos modelos, influenciados por el nutricionismo, se centran en la transmisión de conocimientos especializados y en la promoción de cambios en los “estilos de vida”, a menudo de manera descontextualizada y sin considerar las realidades sociales, culturales y económicas que afectan las elecciones alimentarias (Díaz et al., 2010; Peñaranda C., 2020).</p> <p>Además, estas estrategias de educación alimentaria y nutricional utilizan un lenguaje medicalizado y transmisivo (Mozaffarian et al., 2018), lo que contribuye a perpetuar prácticas que, lejos de resolver los problemas de malnutrición, obesidad y enfermedades crónicas, han exacerbado estas problemáticas y han reforzado la reproducción de inequidades sociales. Un estudio realizado en 2013 por la FAO sobre Buenas Prácticas en los programas de Información, Comunicación y Educación Alimentaria y Nutricional en América del Sur (Red ICEAN, 2013), reveló que solo el 43,6 % de los programas participantes cumplían con los criterios establecidos como buenas prácticas en programas de educación alimentaria y nutricional (inclusión de diagnóstico, reconocimiento de necesidades y del otro como sujeto protagonista de su proceso educativo) (FAO, 2013). En Colombia, el porcentaje fue aún más bajo, alcanzando solo el 30 %, lo que indica que el 70 % de los programas de EAN no cumplen con los estándares de buenas prácticas ICEAN.</p> <p>Frente a esta problemática, se plantea la necesidad de transitar hacia modelos educativos más críticos, integrales y contextuales, que adopten un enfoque basado en la biopedagogía y desde la educación popular con pensamiento decolonial. Estos modelos deben centrarse en el cuidado de la vida, la territorialización de los alimentos y la promoción de la soberanía alimentaria, integrando la ética, la política y la pedagogía como ejes fundamentales. Al adoptar metodologías dialógicas y participativas, que reconozcan y valoren los saberes locales y tradicionales, se puede promover una educación que no solo informe, sino que empodere a las comunidades para que recuperen su autonomía y dignidad en los procesos alimentarios (OMS, 2023).</p>





Factor de cambio	Caracterización
<p>1. Modelos educativos para la salud alimentaria</p>	<p>Una perspectiva biométrica, en este contexto, cambiaría las cosas al alinearse con la construcción de paz (Cendales et al., 2019), entendida como un proceso de regeneración y cuidado del territorio, que fomente la justicia social y ecológica. En este sentido el modelo educativo de educación para la salud alimentaria propende por contribuir a la transformación estructural (desde lo micro a lo macro y viceversa) necesaria para garantizar la salud alimentaria y la sustentabilidad de la vida en el planeta, promoviendo subjetividades críticas y propositivas comprometidas con la justicia y el bienestar común.</p>
<p>2. Construcción de paz territorial</p>	<p>La construcción de paz como un factor de cambio social y para la salud alimentaria El conflicto armado latinoamericano ha generado cambios significativos en las poblaciones, puesto que el cierre de territorios y otras prácticas de violencia relacionadas son causales de que se transformen las prácticas alimentarias, las tradiciones, las formas de concebir y preparar los alimentos, la noción de la importancia del alimento para subsistencia e incluso las actividades económicas.</p> <p>En Colombia, históricamente los conflictos han generado una segregación y segmentación social que vulnera a las zonas periféricas y rurales, donde se presentan la mayor cantidad de víctimas civiles producto de los choques entre grupos legales e ilegales armados. Son muchas las acciones y tipos de violencias cometidas en contra de la población, una de las más frecuentes es el desplazamiento, que no es más que la expulsión involuntaria de los territorios en donde se han gestado la mayor parte de las tradiciones culturales, y generando incluso repercusiones negativas en los ecosistemas, fuentes hídricas, entre otros.</p> <p>Al analizar los mapas de Hambre cero de inseguridad alimentaria del DNP vs. los mapas de los municipios PDET y los de Hambre cero–Paz Total (Agencia de Renovación del Territorio, n.d.; DNP, 2023; ICBF y PMA, 2008), que identifican los territorios estratégicos para la consolidación de la paz por su vocación agrícola y en proceso de sustitución de cultivos ilícitos, es evidente que dichas zonas priorizadas coinciden en su mayoría con altos niveles de inseguridad alimentaria. Además, pese a que existen diferentes programas alimentarios desarrollados en el país, se presentan dificultades de cobertura y de pedagogía social, lo que incide en que no se mejoren las condiciones de salud alimentaria en las poblaciones y se siga vulnerando su derecho progresivo a la alimentación, como enuncia el Acuerdo de Paz de La Habana (Gobierno de Colombia y FARC-EP, 2016); sin contar con las que aún viven en proceso de conflicto por cuenta de otros grupos armados no desmovilizados resurgiendo en los territorios que quedaron sin control subversivo y en donde no hay una presencia estatal efectiva.</p> <p>Con eso y todo, según la Misión de Verificación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el proceso de paz y los proyectos en el marco del postconflicto han generado nuevas dinámicas en comunidades anteriormente aisladas y en situación de alta vulnerabilidad, consolidando oportunidades para desarrollar una nueva forma gestión de los recursos y acceso a los servicios que antes no tenían, por esto la necesidad de articular procesos emergentes que permitan generar un bienestar a la población, procurar la garantía de sus derechos y concebir la noción de una paz duradera e inclusiva (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2016).</p>



Factor de cambio	Caracterización
<p>2. Construcción de paz territorial</p>	<p>En el marco de los esfuerzos de diversos sectores para la construcción de paz, el enfoque territorial emerge como una apuesta de futuro al promover la sanación de nuestros ecosistemas, el respeto por los territorios, y la preservación de las costumbres y creencias de las comunidades. Este enfoque integra conocimientos científicos actuales, ajustados al contexto específico de cada comunidad, teniendo en cuenta las recomendaciones de los Nuevos Territorios de Paz implementados desde el inicio de las negociaciones hasta la etapa de postconflicto.</p> <p>Con esta propuesta de un plan de acción de LH y alimentación complementaria para el ICBF con enfoque territorial para la población colombiana, también estamos contribuyendo al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 16: “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles” (ONU, 2015a), y a su vez favorecer la implementación de una reforma rural integral, la reconciliación, el fortalecimiento de la asociatividad, y la promoción de economías más sociales, solidarias y populares (Parra Cortés, 2018).</p>
<p>3. Derecho a la alimentación</p>	<p>Del derecho humano a la alimentación al derecho a la alimentación</p> <p>En la actualidad, la crisis ambiental y la extinción masiva de especies nos obligan a replantear nuestra comprensión de los derechos. Los derechos humanos, en su doctrina clásica, ponen en el centro la dignidad humana (Galvis Ortiz, 2008), con lo cual evidencian su aproximación antropocéntrica. Lo anterior, ha demostrado ser insuficiente para abordar los desafíos que enfrentan nuestro planeta y sus habitantes no humanos. Además, favorece las visiones corporativistas y privatizadoras de la naturaleza, poniéndola a disposición de las necesidades humanas (entre estas la producción de alimentos) y contrasta con posiciones que consideran al medio ambiente como un bien común (Shiva, 2005).</p> <p>A nivel global y en respuesta a los asuntos de sostenibilidad medioambiental, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo celebrada en Río de Janeiro (ONU, 1992), declaró un plan de acción para el desarrollo sostenible. Se adoptaron principios sobre la protección ambiental, la participación de las comunidades y la cooperación internacional, destacando la importancia de equilibrar el crecimiento económico y la conservación.</p> <p>Posteriormente, en 2012 se llevó a cabo una nueva conferencia en Río y de allí derivó el Acuerdo Regional sobre el Acceso a la Información, la Participación Pública y el Acceso a la Justicia en Asuntos Ambientales en América Latina y el Caribe, denominado Acuerdo de Escazú (CEPAL, 2018). El acuerdo se aprobó en Colombia mediante la Ley 2273 (2022). En la misma vía, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático se acordaron medidas para combatir el cambio climático y disminuir las emisiones de carbono, con el objetivo de limitar el calentamiento global (ONU, 2015).</p> <p>Estas medidas, aunque importantes para la sostenibilidad del planeta y la subsistencia humana, continúan siendo antropocéntricas y desconocen la interdependencia entre seres humanos, especies y ecosistemas. Por lo tanto, se hace necesaria una nueva narrativa que incluya los derechos de la naturaleza. Al integrar estos derechos en nuestra legislación y políticas, podremos fomentar un enfoque holístico que promueva la conservación y valore la coexistencia y la armonía con el entorno. En este sentido las cartas constitucionales de Ecuador (2008), Bolivia (2009) y México (2017), reconocen a la naturaleza como sujeto de derecho.</p>




Factor de cambio	Caracterización
3.Derecho a la alimentación	<p>En Colombia, la carta constitucional no hace una declaración expresa de la naturaleza como sujeto de derecho. No obstante, en sus artículos reconoce el medio ambiente como un interés superior, un derecho exigible y su preservación como una obligación general. La Corte Constitucional, como interprete autorizado de la Constitución y moduladora de esta, fue quien profirió la primera sentencia nacional de reconocimiento en este sentido, en 2016, con la declaratoria del río Atrato como sujeto de derechos (T-622/16, 2016). Lo anterior propició otras declaraciones en relación con la Amazonía en 2018 (Sentencia STC-4360, 2018), el análisis del caso del Oso Chucho en 2020 (Sentencia SU016/20, 2020) y el río Ranchería en 2024, mediante Ley 2415 (2024).</p> <p>En términos de lo alimentario y nutricional, la visión antropocéntrica del derecho (derecho humano a la alimentación o nutrición) se refleja en el reconocimiento de la importancia de elementos como la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos; propios de la seguridad alimentaria (OPS, 2010).</p> <p>El enfoque del Derecho Humano a la Alimentación y Nutrición Adecuadas realiza una crítica a la visión corporativista y antropocéntrica del derecho a la alimentación, reconoce la importancia de las dimensiones simbólicas, culturales y espirituales del acto de alimentarse y de la soberanía y la autonomía alimentarias y, además, reconoce la universalidad del derecho (FIAN Colombia, 2021). Sin embargo, desde América Latina (y en relación con la determinación social de la salud) se propone una racionalidad ambiental que reconceptualiza la relación con la naturaleza, promoviendo derechos a la Madre Tierra y un enfoque ecológico (Ayama-Arias, 2020). Desde esta última perspectiva y en consonancia con la salud alimentaria y en fortalecimiento de la alimentación real, con enfoque territorial, es imperativo transitar del derecho humano a la alimentación al derecho a la alimentación.</p>

Nota. Elaboración propia.

Diagnóstico general del área temática

La lectura de este diagnóstico permite visualizar la situación actual de la práctica de la lactancia, sus determinantes sociales y comerciales y los hechos portadores de futuro para anticiparnos en algunos factores que pueden ser elementos clave para la transformación de la lactancia humana hacia la construcción holística del concepto de lactancia humana familiar, comunitaria y diversa; como un compromiso colectivo con protección del Estado y la sociedad.





Para visualizar las tendencias de la lactancia humana se citan en este apartado las cifras de la ENDS junto con las cifras de las ENSIN, en varios indicadores que se han evaluado durante las últimas décadas en Colombia, siendo las cifras más actuales las correspondientes al año 2015 (Profamilia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; ICBF, 2015).

En cuanto a la iniciación temprana de la lactancia en la primera hora de vida del bebé, la Amazonía y Orinoquía fueron las regiones del país con mayores tasas de LM en la primera hora de nacido (56,2 %), se destaca también la subregión Cauca y Nariño sin litoral (69,4 %) y el departamento del Casanare (71,3 %) (Profamilia e ICBF, 2005); para 2015, la cifra se reportó en 72 %, cifra con la cual Colombia superó la meta de mejorar el inicio temprano de la LM en al menos 70 %, establecida por la OMS y UNICEF (ICBF, 2015) (Figura 5).

Los datos recogidos sobre las áreas del país que presentan mejores comportamientos en el inicio de la lactancia son indicadores de importancia sobre la cultura y las prácticas alimentarias, incluyendo el amamantamiento, y se pueden relacionar con la interferencia de la industria en el concepto del cuerpo y de los roles asumidos durante la crianza. Los datos registrados por la ENDS muestran que entre los grupos indígenas es muy frecuente el inicio del amamantamiento durante la primera hora después del parto lo cual puede estar asociado, en contraposición con las prácticas obstétricas institucionalizadas y medicalizadas, que según lo reportado por Baker et al., 2023; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2023, en la serie *The Lancet* del año 2023, referencian que las niñas y niños nacidos en servicios hospitalarios reciben líquidos prelácteos con mayor frecuencia.

En cuanto al inicio de la lactancia humana, es determinante revisar las tendencias que influyen directamente en la instauración de esta práctica si la madre o persona lactante recibe un apoyo cercano y efectivo; sin embargo, luego de la pandemia por COVID-19 estas cifras de inicio no han sido cuantificadas, por lo que la situación actual puede haber desmejorado si se tiene en cuenta el auge de la industria de alimentos en el contexto de la emergencia sanitaria. Como lo demuestran Baker et al., 2023; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2023, en la serie de LM de *The Lancet*, la mayoría de los bebés recibe líquidos prelácteos, en especial en países de menores ingresos, ante lo cual el monitoreo del 2021 al CICSMLM en Colombia es un buen insumo para identificar las relaciones entre el inicio de la lactancia tras el parto. El informe del monitoreo confirma que las ventas de sucedáneos de la leche materna, en especial de los introducidos tempranamente, son en la actualidad uno de los negocios más prósperos en Colombia (Asociación Colombiana de Educación al Consumidor e IBFAN, 2021), con ventas anuales que superan los 725000 millones de pesos basados en los reportes de la revista Euromonitor International, 2020.

Según dicha firma, en el año 2019, la caída en las tasas de lactancia humana motivó a los fabricantes a continuar el desarrollo de fórmulas que pretenden imitar la leche humana. Las fórmulas de crecimiento líquidas tuvieron el mayor aumento de precio de venta al minorista con 11 % en 2019. Sin embargo, en términos generales, los precios al minorista de alimentos para bebés disminuyeron en 1 % durante el mismo año, con la empresa Nestlé de Colombia liderando en 2019 las ventas, tal como se puede observar en la Figura 11.

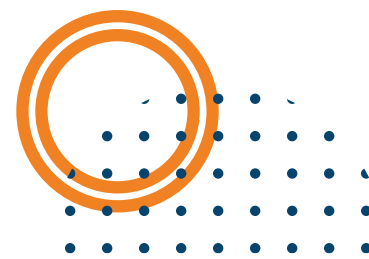
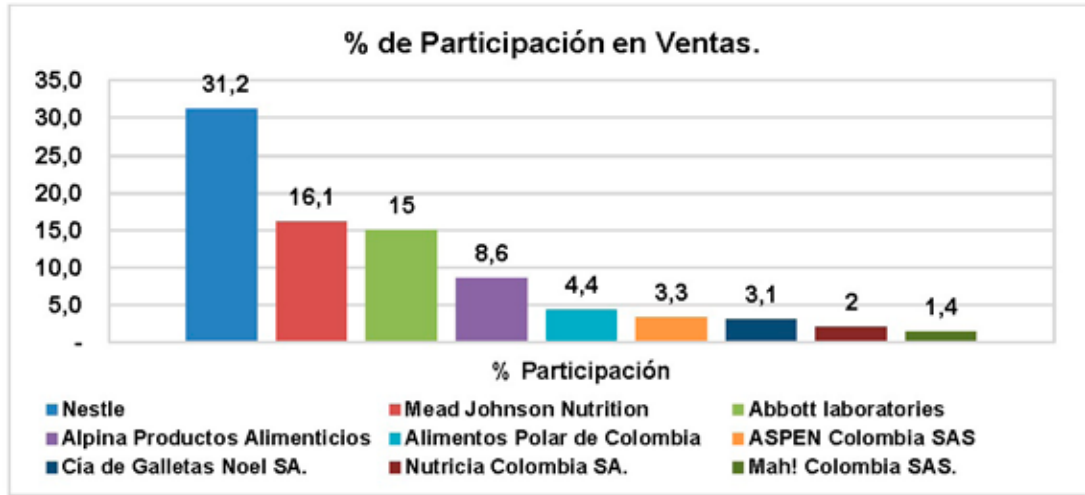


Figura 11. Panorama competitivo de comercializadores de sucedáneos de la leche materna, distribución por empresas 2020.



Nota. Tomado de 2020-2021 Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna. Colombia, por Asociación Colombiana de Educación al Consumidor Educar Consumidores e IBFAN, (2021), <https://educarconsumidores.org/wp-content/uploads/2021/05/Informe-monitoreo-al-CICSLM-Colombia-2021web.pdf>

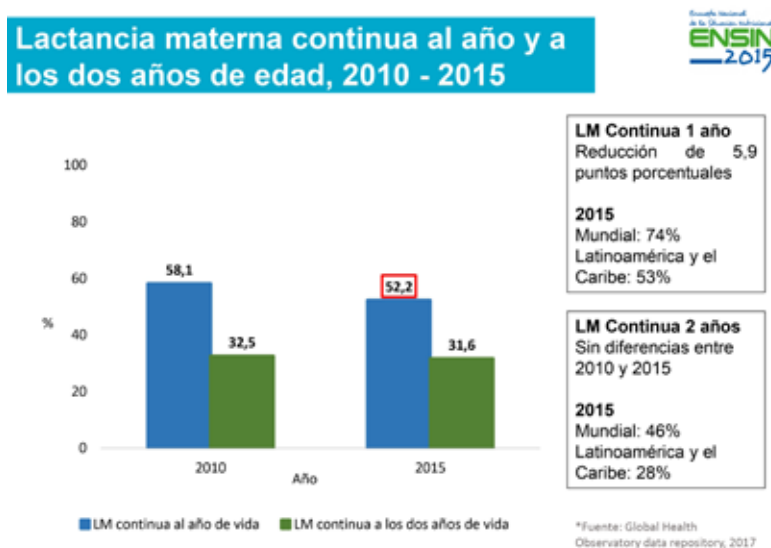
Además de este panorama desalentador para el inicio de la lactancia, la tendencia en el indicador de LME como de lactancia prolongada tienden al descenso (Figuras 12 y 13).

Figura 12. Tendencia en el indicador de lactancia materna exclusiva en Colombia.



Nota. Tomado de Encuesta Nacional de la Situación Nutricional-ENSIN 2015, por Profamilia, (2015), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/documento-metodologico-ensin-2015.pdf>


Figura 13. Lactancia materna continua al año y a los 2 años de edad, 2010-2015.



Nota. Tomado de Encuesta Nacional de la Situación Nutricional-ENSIN 2015, por Profamilia, (2015), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/documento-metodologico-ensin-2015.pdf>

En las diferentes mediciones de la LME y lactancia continuada, realizadas en Colombia, se evidencia que, de cada 10 niñas y niños, solamente 3 reciben leche humana de acuerdo con las recomendaciones internacionales. Aunque el país ha avanzado en las políticas de protección a la maternidad y cuenta con la ley 1822 (2017), que concede 18 semanas de licencia remunerada y la Ley 1823 (2017), que se implementa a través de la Resolución 2423 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), que hace obligatorias las Salas Amigas de la Familia Lactante, en Colombia una gran proporción de familias no cuenta con un contrato laboral formal y por lo que no todas las mujeres y personas en periodo de lactancia están cubiertas por estas normatividades.

En este sentido, es determinante reflexionar sobre las nuevas formas de legislar, que pueden estar determinadas por intereses en conflicto del sistema económico-político centrado en la producción de bienes y servicios que acoge parcialmente los derechos laborales, pero que simultáneamente aprueba el regreso al trabajo fuera del hogar en etapas tempranas de la licencia de maternidad, como es el caso de la nueva licencia de paternidad Ley 2114 (2021), que modifica la licencia de paternidad y paralelamente abre la ventada de oportunidad para regresar al trabajo desde la semana 12. Esto es para muchos un avance en las nuevas masculinidades no hegemónicas, ya que las 6 semanas restantes se pueden ceder al padre o la pareja y para otros es un retroceso en el tiempo de licencia para las madres.





Si bien los acercamientos normativos recientes incluyen acciones en el espacio público, como la Ley 2306 (2023), en cuyo artículo 2 expone “el derecho a la lactancia materna en el espacio público”, como en el trabajo, y menciona consideraciones especiales que antes no se habían tenido en cuenta como el caso de las mujeres o madres sustitutas que provisionan lactancia adoptiva, mencionando que tienen el derecho a amamantar a sus hijas e hijos en el espacio público, sin ningún tipo de discriminación. Otras normativas siguen siendo laxas y con alcance limitado, como es el caso del Decreto 1397 (Ministerio de Salud, 1992), que se encuentra en actualización por parte del Ministerio de Salud.

De acuerdo con el último monitoreo de CICSLM realizado durante la pandemia de COVID-19 las políticas de protección a la lactancia humana en Colombia, son débiles, lo cual ha permitido que los fabricantes y distribuidores de sucedáneos tengan plena libertad de usar una amplia gama de estrategias comerciales para incrementar el éxito económico de sus productos, sin importar que estas puedan, de forma directa, socavar la práctica de la lactancia humana, minar la confianza de las mujeres y personas en periodo de lactancia en sus cuerpos y en su capacidad para amamantar, crear presión al interior de las familias por la confusión que genera su información engañosa y generar conflictos de interés a las y los profesionales de la salud que atienden población maternoinfantil (Asociación Colombiana de Educación al Consumidor e IBFAN, 2021).

Entre los hallazgos del monitoreo del CICSLM realizado por la Asociación Colombiana de Educación al Consumidor e IBFAN (2021), se evidencian todas las estrategias descritas para aumentar las ventas y el consumo de sus productos en diversas esferas, entre las prácticas denunciadas se encontraron:

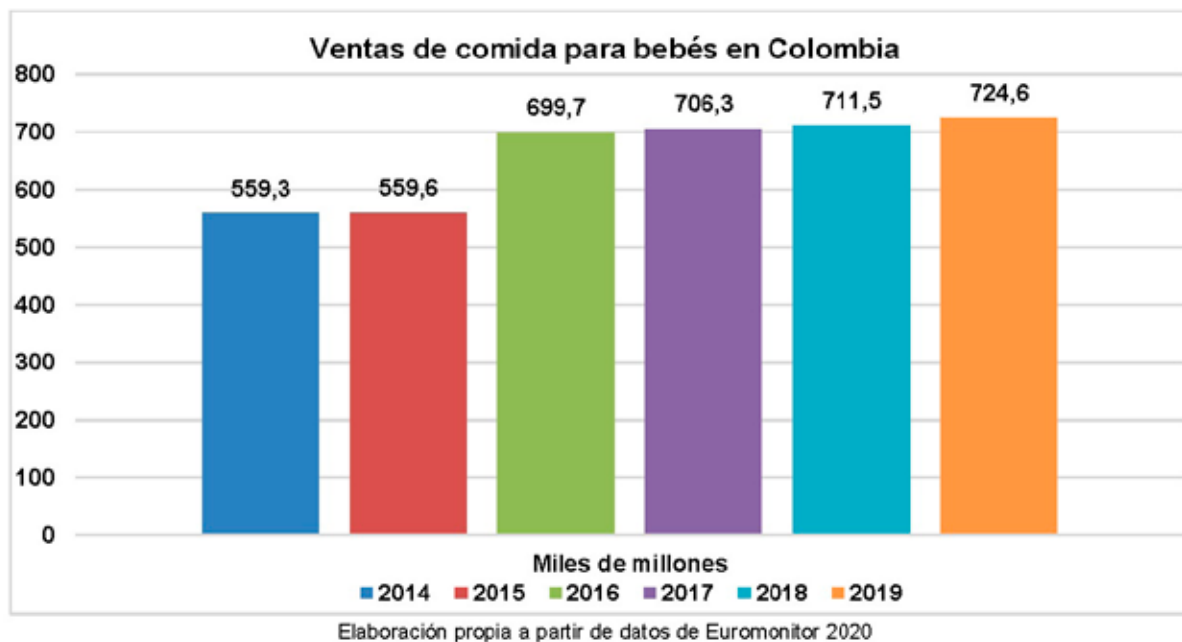
- El Gobierno Colombiano realizó alianzas público-privadas con conflicto de intereses, para atender temas de nutrición infantil, poniendo en riesgo la práctica de la lactancia humana y la alimentación saludable en la primera infancia.
- La pandemia COVID-19 fue utilizada por los fabricantes de sucedáneos de la leche materna como una oportunidad de promocionar sus productos, por medio de reuniones virtuales y donaciones a instituciones públicas y privadas.
- De las madres entrevistadas que ofrecen SLM a sus bebés, el 70,6 % fueron influenciadas por las y los profesionales de la salud para tomar la decisión de abandonar la lactancia humana exclusiva.
- El 17,1 % de las madres entrevistadas reportó haber recibido muestras de SLM por parte de profesionales de la salud.
- El 34,1 % de las madres entrevistadas recibió regalos o información por parte de las empresas en instituciones de salud e instituciones sociales.

- 
- Las y los profesionales de la salud son un factor determinante en el abandono de la lactancia humana exclusiva.
 - Las empresas tienen estrategias para generar en las y los profesionales de la salud conflictos de interés que favorecen el aumento de sus ventas, como, ofrecimiento de dádivas, cenas y viajes.
 - Las empresas fabricantes y distribuidoras de SLM patrocinan eventos científicos y gremiales y jornadas académicas a las y los profesionales de la salud como estrategia eficaz para posicionar estos productos.
 - Las etiquetas llamativas, descuentos a consumidores, exhibidor especial en espacios físicos y virtuales, regalos con la venta, ventas especiales y el uso de impulsores de producto en comercios y sitios de venta son las estrategias de publicidad utilizada por los SLM, para influir directa o indirectamente en la incorporación de alimentos diferentes de la leche humana.
 - El etiquetado de los SLM revisados usan textos que idealizan su uso y expresiones que inducen a error o a la creencia de que las cualidades de dichos productos superan a la leche humana.
 - Los diseños de las etiquetas tratan de crear en el consumidor, una relación del producto con la niñez, la maternidad y la crianza, como estrategia para idealizar su uso.
 - Continúan las prácticas de promoción cruzada entre productos con etiquetas casi idénticas en productos para la madre, fórmulas infantiles y preparados complementarios para lactantes, niñas y niños pequeños (fórmulas de seguimiento y fórmulas de crecimiento).
 - Existen alimentos complementarios que indican su uso a partir de los 4 meses de edad, desconociendo las recomendaciones internacionales de lactancia humana exclusiva y generando confusión entre los consumidores.
 - En la publicidad de los biberones y chupos se atribuyen propiedades tales como ser “anticólico”, haciéndolos atractivos para las mujeres y personas en periodo de lactancia, que tiende a idealizar el producto y causa confusión sobre las propiedades de este.
 - Existe una tendencia de cambiar su registro sanitario de fórmula infantil por uno de “Alimentos para propósitos médicos especiales (APME)”, lo cual les brinda por ley, unas condiciones de comercialización y publicidad diferentes.

- 
- En cuanto a los ingredientes utilizados, composición y análisis de las fórmulas incluidas en el monitoreo, se encontró que el 36 % no declaran sus contenidos de azúcares añadidos, lo cual impide una adecuada información al consumidor.
 - El 56 % de las FCI analizadas tienen exceso de azúcares añadidos.
 - Se siguen presentando incongruencias e información confusa frente al contenido de azúcares añadidos en la lista de ingredientes y la tabla nutricional.
 - Frente al contenido de grasas saturadas se encontró que la mitad de las fórmulas analizadas tienen exceso de grasas saturadas, provenientes principalmente del aceite de palma.
 - La falta de claridad en el etiquetado viola los derechos de los consumidores a obtener información clara, completa, comprensible y veraz que les permita tomar decisiones de consumo informadas.
 - El uso de la tecnología se ha expandido como la nueva forma de publicidad de los SLM a través de redes sociales, internet, aplicaciones para teléfono móvil, Facebook, WhatsApp e Instagram son las más utilizadas, donde los clubes para madres merecen una especial atención.

Al enfrentar las estrategias y mecanismos de comercialización con las cifras oficiales y estudios rigurosos realizados en Colombia, representados en la Figura 14 que recoge las cifras reportadas en el país respecto a las ventas de alimentos infantiles en Colombia es evidente que mientras la lactancia disminuye, las ventas de sucedáneos crecen a tasas que incluso superan las expectativas económicas de los fabricantes y distribuidores (Euromonitor International, 2020).

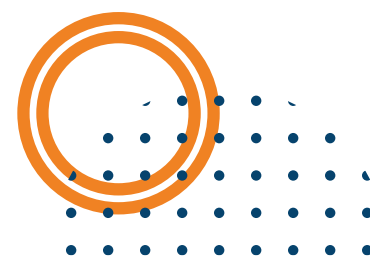
Figura 14. Ventas de comida para bebés en Colombia.




Nota. Tomado de 2020-2021 Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Colombia, por Asociación Colombiana de Educación al Consumidor Educar Consumidores e IBFAN, (2021), <https://educarconsumidores.org/wp-content/uploads/2021/05/Informe-monitoreo-al-CICSLM-Colombia-2021web.pdf>

En el país se evidencia que, en cuanto al consumo de sucedáneos de la leche materna, se encuentra parcialmente analizado en la ENSIN 2015, en donde se incluyeron algunas preguntas dirigidas a las madres, que dan luces sobre la situación en Colombia (ICBF, 2015). Según la ENDS (Profamilia, 2015), el 41,6 % de las madres recibió la recomendación de utilizar fórmulas infantiles. El 79,1 % de estas madres recibió dicha recomendación de un profesional de la salud, seguido en un 21,7 % por pariente/amigo/pareja. Asimismo, el 8,3 % de las madres reportó que recibió al menos una muestra gratuita de fórmula infantil, biberón o chupo, siendo un profesional de salud quien lo suministró el 65,5 % de las veces, seguido de parientes, amigos o pareja en un 12,6 %.

Recopilando también otros elementos asociados a la alimentación artificial, tanto el monitoreo del 2021 como la ENSIN 2015 reportan que el 50,8 % de las niñas y niños de 0 a 23 meses en Colombia fueron alimentados con biberón, asociado al uso de fórmulas comerciales y a todos los lucrativos implementos que se comercializan alrededor del destete y el desplazamiento del amamantamiento (ICBF, 2015).





Complementariamente a los reportes de estas prácticas que socavan la LM, la ENSIN 2015 informa que el 82,6 % de las niñas y niños menores de 6 meses que eran amamantados ya estaban consumiendo alimentos diferentes a la leche materna. Los resultados muestran que el 31,7 % recibió fórmula infantil en las 24 horas previas a la entrevista. De los bebés no amamantados, el 76,4 % recibía fórmula infantil, 24,8 % recibía “otros alimentos” (chocolates, compotas o condimentos), el 22,9 % consumía líquidos no lácteos y el 21,2 % se alimentaba con otros leches o productos lácteos. Estas cifras reflejan que las niñas y los niños menores de 6 meses consumen alimentos inapropiados para su edad (ICBF, 2015).

En correlación, frente al destete temprano y las causas de las bajas tasas de lactancia, es importante citar la ENSIN, donde menciona las siguientes razones del no amamantamiento: muerte del bebé, enfermedad de la madre o el niño, no le bajó la leche, el niño se rehusó, problemas de pezón y de succión del niño. Por otra parte, la encuesta reporta las dificultades más comunes con relación a la lactancia como son: afectaciones en el pezón, mastitis, problemas de succión del niño, rechazo por parte del niño, poca producción de leche, actividades laborales de la madre, y enfermedad de la madre entre otras (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2015).

Estos factores, que no han tenido otros reportes bibliográficos en el país representan un acercamiento a algunas situaciones comunes que enfrentan las mujeres y personas en periodo de lactancia y a su vez una revisión de los contenidos y metodologías de las acciones educativas que históricamente se han venido realizando, así como el ejercicio de la consejería en la lactancia, identificando que la mayoría de las situaciones podrían ser prevenidas. En Colombia el Ministerio de Salud emitió el lineamiento para la formación en Consejería en lactancia materna y alimentación complementaria; sin embargo, de acuerdo con algunas publicaciones del país y teniendo en cuenta los diferentes roles que desempeña la mujer y las personas en periodo de lactancia en la actualidad, existe ruptura entre la teoría y la práctica de la consejería en lactancia materna a nivel del entorno familiar y comunitario, dado por el poco acompañamiento que se da para facilitar esta práctica (Pinzón Villate et al., 2016).

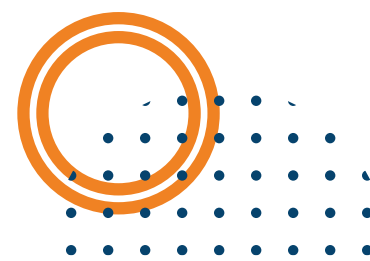
Según lo informado en la ENDS 2010 (Profamilia et al., 2011). Los principales lugares donde las mujeres recibieron capacitación sobre LM fueron: una institución de salud (91 %), el ICBF (4 %) y otros lugares tales como Profamilia, consultorio privado, etc. (5 %). En este informe se identificó que 70 % de las madres de niñas y niños menores de 5 años en los dos primeros días posparto, recibieron asesoría del personal de salud sobre cómo iniciar la LM; 50 % recibió capacitación principalmente sobre: beneficios de LM (98 %), posiciones adecuadas para amamantar (98 %), extracción manual de leche (90 %), inicio y duración de LM (90 %), dificultades durante el amamantamiento (81 %) y producción de LM (81 %).

Aunque las acciones de educación en lactancia humana deben estar lideradas por el sector salud, no debe interpretarse desde el sentido meramente biologicista y tradicional, si se quiere avanzar en la planeación de un futuro protector de los entornos donde se desarrolla la cotidianidad de las familias en gestación y periodo de lactancia que informen realmente sobre los riesgos de la alimentación artificial, el uso del biberón y el chupo, así como de una mirada reflexiva frente a los mensajes publicitarios de productos sucedáneos de la leche materna y alimentos complementarios. En este sentido, los monitoreos del etiquetado de las FCI han reportado los contenidos excesivos de azúcares en las fórmulas comercializadas en el país, como se observa en la Tabla 3, lo cual supone que su consumo expone a las niñas y los niños a

un riesgo alto de obesidad y que aunque algunas fórmulas analizadas no exceden la cantidad, contienen edulcorantes y otros componentes que nos son declarados, ya que no están obligadas a cumplir con el etiquetado frontal. Este hallazgo fue considerado en el último monitoreo como problemático, ya que viola los derechos de los consumidores a obtener información clara, completa, comprensible y veraz que les permita tomar decisiones de consumo informadas.

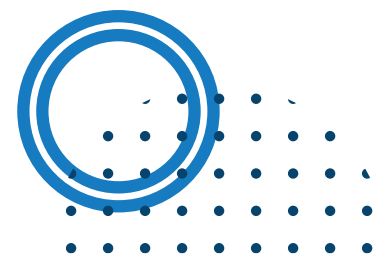
Tabla 3. Análisis de contenido de azúcar, según etiquetado de fórmulas comerciales infantiles en Colombia.

Empresa Laboratorio	Marca	Declara contenido de azúcares	Fuente de azúcares declarada	% Calorías provenientes de azúcares	Valoración según perfil de nutrientes OPS
Nestlé de Colombia SA	Baby Klim	Si	Lactosa	44,6	Cantidad excesiva de azúcar
Aspen Colombia SAS	S-26	Si	Lactosa	41,9	Cantidad excesiva de azúcar
Aspen Colombia SAS	S-26	Si	Lactosa	26,8	Cantidad excesiva de azúcar
Novamed SA	Nutriben	Si	Lactosa	43,2	
Nutricia Colombia	Nutrilón	Si	Sólidos de jarabe de maíz	6,4	-----
Nutricia Colombia	Neocate	Si	Sólidos de jarabe de maíz	3,8	-----





Empresa Laboratorio	Marca	Declara contenido de azúcares	Fuente de azúcares declarada	% Calorías provenientes de azúcares	Valoración según perfil de nutrientes OPS
Aspen Colombia SAS	Promil GOLD	Si	Lactosa	46,7	Cantidad excesiva de azúcar
Aspen Colombia SAS	Progress Gold 3	Si	Lactosa	52,6	Cantidad excesiva de azúcar
Mead Johnson Nutrition Colombia SA	Enfagrow promental 3	Si	Jarabe de maíz, Lactosa, maltodextrina	28,3	Cantidad excesiva de azúcar
Abbott Laboratories de Colombia SA	Similac total comfort 2	Si	Maltodextrina	11,5	Cantidad excesiva de azúcar
Nestlé de Colombia SA	Klim 1 +	Si	Jarabe de glucosa	40,0	Cantidad excesiva de azúcar
Nestlé de Colombia SA	KLIM NUTRI ADVANCE	Si	Maltodextrina	20,0	Cantidad excesiva de azúcar
Abbott Laboratories de Colombia SA	Pediasure	Si	Maltodextrina	19,8	Cantidad excesiva de azúcar
LafranCol Internacional S. A. S	Ensoy niños	Si	Jarabe de maíz, sucralosa, maltodextrina	27,8	Cantidad excesiva de azúcar
Nestlé de Colombia SA	Nan	No	Lactosa	-----	-----
Nestlé de Colombia SA	Nestógeno	No	Lactosa	-----	-----
Mah! Colombia SAS	Mah!	No	Lactosa	-----	-----
Alpina Productos Alimenticios SA	Alpina Baby	No	Lactosa	-----	-----
Abbott Laboratories de Colombia SA	Isomil	No	Sacarosa*	-----	-----
Laboratorio SIEGFRIED S. A. C.	Nutribaby	No	Maltodextrina, lactosa	-----	-----



Empresa Laboratorio	Marca	Declara contenido de azúcares	Fuente de azúcares declarada	% Calorías provenientes de azúcares	Valoración según perfil de nutrientes OPS
Mead Johnson Nutrition Colombia SA	PURAMINO	No	Jarabe de maíz	-----	-----
Laboratorios Ordesa, S. L., Ctra	Blemil plus 2	No	Maltodextrina	-----	-----
Nestlé de Colombia SA	Nestógeno 2	No	Jarabe de glucosa, suero dulce de leche	-----	-----

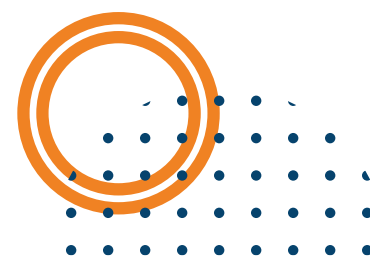
* A pesar de que en sus ingredientes se reporta sacarosa no lo discriminan en la tabla nutricional, impidiendo saber la cantidad de azúcares añadida que contiene.


Nota. Tomado de 2020-2021 Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Colombia, por Asociación Colombiana de Educación al Consumidor Educar Consumidores e IBFAN, (2021), <https://educarconsumidores.org/wp-content/uploads/2021/05/Informe-monitoreo-al-CICSLM-Colombia-2021web.pdf>

Se requiere de acciones especialmente de protección de la práctica de la lactancia ante las diversas presiones económicas y sociales que se visualizan de manera incipiente en las encuestas adelantadas por el país, por cuanto se hace necesario caracterizar y comprender las diferentes lactancias que se dan en el territorio para evitar la homogeneización de una sola práctica. La transformación de los conceptos de amamantamiento y cuerpo-territorio debe atravesar las apuestas políticas en sintonía de las determinaciones económicas y sociales de la salud.

Durante un tiempo, aún reciente, se impuso la moda de que la mujer no amamantara a su hija o hijo, bien por la aparición en el mercado de productos lácteos adaptados para asemejarse a la leche humana o bien la falsa idea de que la lactancia estropeaba la belleza de la mujer y la condenaba a una excesiva dependencia de su hijo en detrimento de su propia libertad para movimientos sociales y laborales (Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, 2014).

Para el caso de la alimentación complementaria se aplican los mismos principios de comercialización en el que prima la captación de consumidores, como lo plantea la ONG Justicia Alimentaria, en el rango de edad en que se ofrecen los alimentos complementarios la población objeto constituye una población muy vulnerable, ya que su alimentación depende totalmente de la decisión de las personas adultas, influenciadas por las y los profesionales de la salud, los medios de comunicación masiva y la industria procesadora de alimentos para niños lactantes (Justicia Alimentaria, 2018).





La alimentación complementaria es la ventana de oportunidad para la formación de hábitos y preferencias alimentarias por las niñas y los niños, que serán difíciles de modificar posteriormente, por lo que repercuten en su salud y nutrición actuales y futuras, por lo que es determinante el paso de la dieta con leche humana a una dieta diversificada con alimentos naturales y reales, de esta manera el bebé debe aprender a aceptar algunos de los nuevos alimentos que se le ofrecen para ampliar la gama de sabores (Justicia Alimentaria, 2018).

En esta etapa de los primeros años de vida, de acuerdo con las recomendaciones internacionales y las GABA para menores de 2 años (ICBF, 2018), se recomienda no adicionar endulzantes, azúcares ni sal de ningún tipo a los alimentos para las niñas y los niños, debe respetarse el sabor de los alimentos en su forma natural para que los lactantes aprendan a distinguir los sabores y a degustar los alimentos (Vásquez-Garibay & Romero-Velarde, 2008). Es decir, no solamente no hay evidencias que justifiquen el hecho de que haya que endulzar el alimento para conseguir la aceptación del lactante, sino que los sabores aprendidos durante esta etapa, sabores dulces o salados, perduran para el resto de la vida y pueden ser factores de riesgo para enfermedades como la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial (Justicia Alimentaria, 2018).

El negocio de la alimentación infantil, asociada a la alimentación complementaria, es mayúsculo. Con 1,6 millones de consumidores y la incorporación anual de 425.000 nuevos clientes, de acuerdo con lo citado por la ONG Justicia Alimentaria, destaca, tres grandes sectores: los derivados lácteos de sustitución, las harinas y cereales (las papillas) y los alimentos sólidos texturizados (los potitos). Sin dejar de lado los nuevos postres industriales, galletas, snacks y chocolates (Justicia Alimentaria, 2018).

Diversos estudios (Bloomgarden, 2004; Calvillo et al., 2013; Gidding et al., 2006; Kessler D., 2009), indican que el aumento de la prevalencia de obesidad y enfermedades no transmisibles en la infancia pueden relacionarse con la ingesta inadecuada de determinados compuestos denominados nutrientes críticos; sin embargo, la alimentación industrial infantil contiene grandes cantidades de estos nutrientes críticos, pero se publicita en los diferentes espacios a los que están expuestos las niñas y los niños y las familias como lo son la televisión, escuelas, comunidad, hospitales, jardines infantiles, parques sin importar que son poco nutritivos y generan dependencia en su consumo.

Es importante que se proteja a la población infantil de todo tipo de comercio y mercantilización de los productos sucedáneos de la leche materna y productos ultraprocesados, especialmente por los efectos negativos a la salud, enfatizando las acciones de salud alimentaria que van más allá de los riesgos de la adición de la sal y el azúcar dentro de la dieta de los más pequeños; y también mencionando los principios de alimentación perceptiva fomentados en el mundo, desmitificando la idea de que el bebé requiere una alimentación restrictiva y con alimentos sucedáneos.



Fase 2: Formulación Estratégica

Proceso de Construcción Participativa: Diálogo de Saberes en Territorialidades Alimentarias

La participación es un elemento fundamental en la formulación de estrategias orientadas a los tejidos de saberes para la salud alimentaria. Este principio se encuentra respaldado por la Constitución Política de Colombia (1991), particularmente en los Artículos 79 y 80, que destacan tanto el derecho de los ciudadanos a disfrutar de un ambiente sano como la importancia de la participación comunitaria en las decisiones que afectan el entorno.

En este contexto, se presentan los resultados del primer ejercicio de diálogo de saberes en las territorialidades alimentarias, llevado a cabo como parte de un proceso participativo. Este ejercicio incluyó la realización de 17 talleres en 14 municipios y 13 territorialidades, con la participación de 710 personas. Estos espacios representan escenarios clave para el intercambio de saberes y la construcción de acuerdos esenciales, orientados hacia el fortalecimiento de las acciones reconocidas por el territorio como determinantes para la visión de futuro de la lactancia humana que se proyecta en el plan de acción en concordancia con los problemas públicos identificados en el estado situacional del componente que se recoge en el diseño estratégico del presente documento.

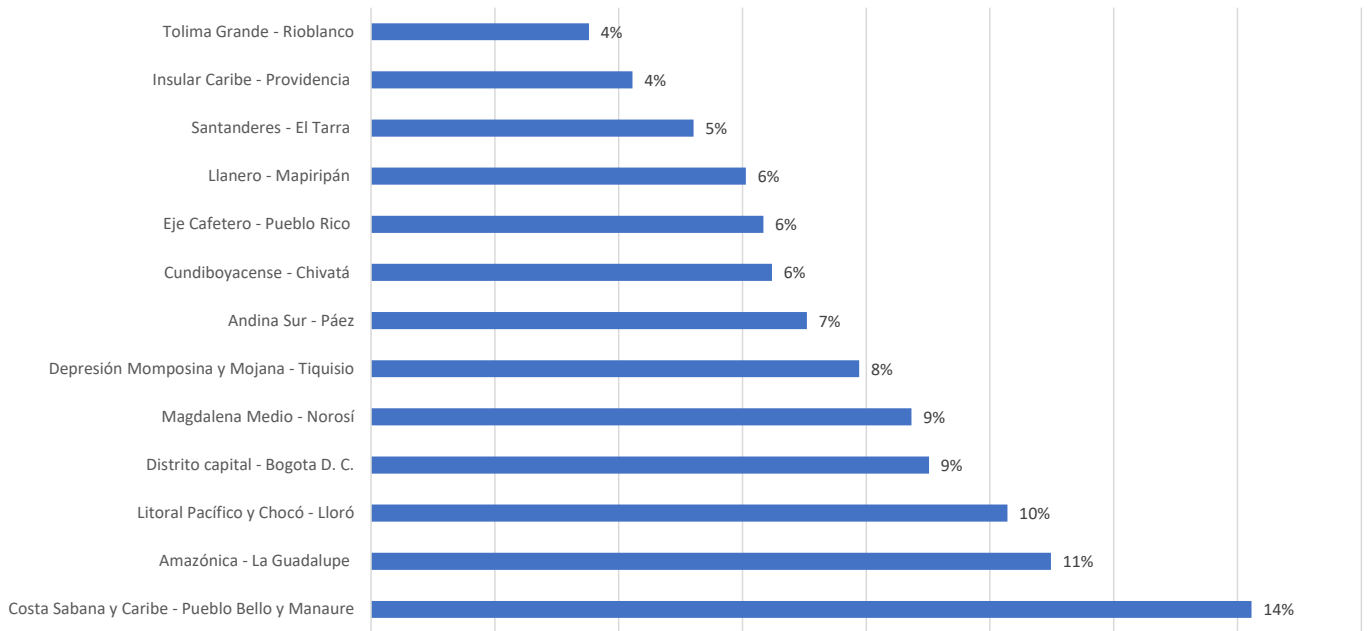
1. Análisis de la participación – encuentro # 1

La participación ciudadana es un proceso continuo y permanente que exige la corresponsabilidad de las y los actores involucrados en la toma de decisiones. Este enfoque busca avanzar hacia la construcción de tejidos de saberes para la salud alimentaria mediante políticas concertadas que fortalezcan la gobernanza y la gobernabilidad (Pérez, 2021). Además, este proceso debe caracterizarse por ser inclusivo, plural, efectivo e incidente, garantizando la representación y el impacto de las acciones colectivas.

En relación con la participación por territorialidades; en el primer encuentro de diálogos de saberes participaron un total de 710 sujetos de derechos. La territorialidad Costa Sabana y Caribe registró la mayor participación 101 personas, seguida de las territorialidades Amazónica - La Guadalupe registró 78 personas, seguida de Litoral Pacífico y Chocó - Lloró *73 (personas), Distrito Capital - Bogotá *64 (personas), Magdalena Medio – Norosí *62 (personas), Andina Sur - Páez y Momposina y Mojana - Tiquisio *50 y *56 (personas respectivamente). Otras territorialidades como Cundiboyacense - Chivatá *46 (personas), Eje Cafetero - Pueblo Rico *45 (personas), Llanera - Mapiripán *43 (personas), Santanderes - El Tarra *37 (personas), Insular Caribe - Providencia *30 (personas), y Tolima Grande – Rioblanco *25 (personas) también aportaron significativamente al proceso, destacando la diversidad de contextos y perspectivas en la construcción de los tejidos de saberes para la salud alimentaria como se muestra en la Figura 15.



Figura 15. Distribución porcentual de la participación entre las distintas territorialidades – encuentro # 1.



Nota. Elaboración propia.

1.1. Participación en las territorialidades por sexo – encuentro # 1

En el primer encuentro se contó con la participación total de 710 personas, de las cuales el 70% fueron mujeres. Este enfoque permitió contar con una representación en términos de género y la inclusión de diversos actores en el análisis y la construcción colectiva de estrategias relacionadas con la salud alimentaria. La participación predominante de mujeres se observó en todas las territorialidades como se muestra en el Mapa 1.

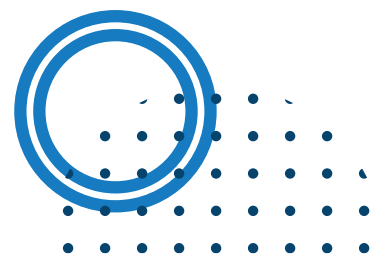
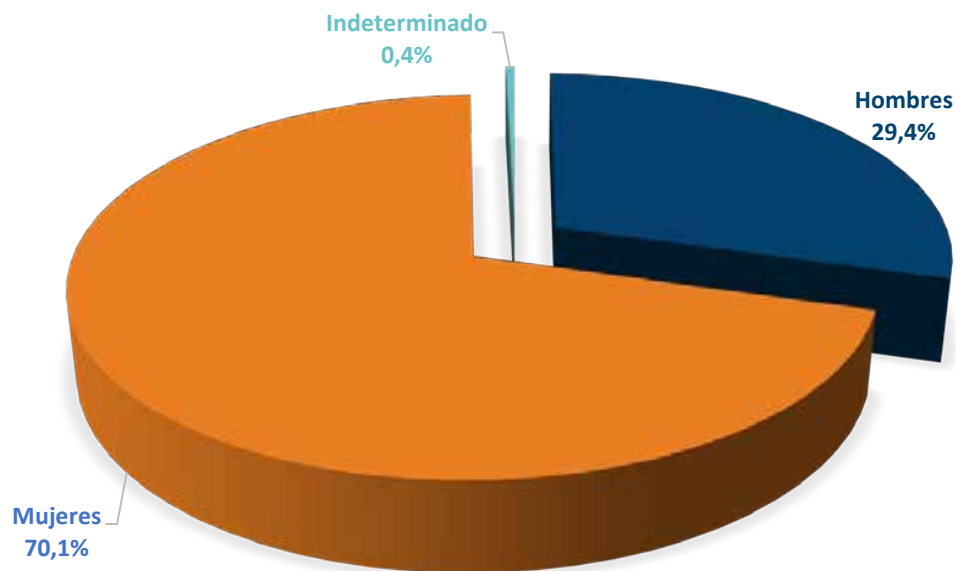
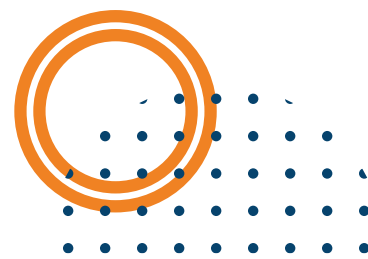


Figura 16. Participación por sexo en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 1.



Nota. Elaboración propia.



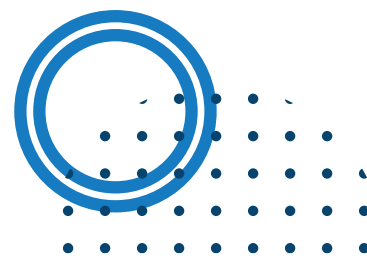
Mapa 1. Participación por sexo y territorialidad encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 1.



1 Insular Caribe - Providencia
 Mujer: 77%
 Hombre: 17%
 Indiferente: 7%

2 Costa Sabana y Caribe - Pueblo Bello y Manaure
 Mujer: 73%
 Hombre: 26%
 Indiferente: 1%

3 Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio
 Mujer: 61%
 Hombre: 39%



4 Santanderes - El Tarra
Mujer: 73%
Hombre: 27%

5 Magdalena Medio - Norosí
Mujer: 84%
Hombre: 16%

6 Litoral Pacífico y Chocó - Lloró
Mujer: 52%
Hombre: 48%

7 Eje Cafetero - Pueblo Rico
Mujer: 31%
Hombre: 69%

8 Cundiboyacense - Chivatá
Mujer: 83%
Hombre: 17%

9 Distrito capital - Bogotá D. C.
Mujer: 83%
Hombre: 17%

10 Tolima Grande - Rioblanco
Mujer: 60%
Hombre: 40%

11 Andina Sur - Páez
Mujer: 82%
Hombre: 18%

12 Llanero - Mapiripán
Mujer: 74%
Hombre: 26%

13 Amazónica - La Guadalupe
Mujer: 51%
Hombre: 49%

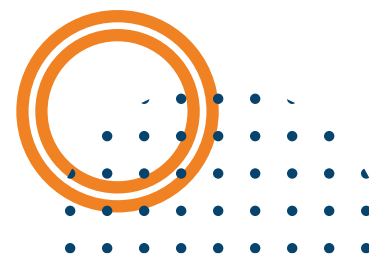
Nota. Elaboración propia.

1.2. Participación en las territorialidades por grupos de edad – encuentro # 1

En relación con la participación por grupos etarios, el 45 % (321 personas) de los y las asistentes, se encuentran en un rango de edad entre 29 y 55 años, el 24 % entre 14 y 28 años (174 personas). Este último dato resulta relevante, dado que evidencia la inclusión de adolescentes y jóvenes en el proceso participativo.

Respecto a la participación de niñas y niños (0-13 años), las mayores proporciones se registraron en los encuentros¹ de Momposina y Mojana-Tiquisio (38 %) (21 personas), Tolima Grande-Rioblanco (36 %) (9 personas), Eje Cafetero-Pueblo Rico (33 %) (15 personas), Cundiboyacense-Chivatá (33 %) (15 personas) y Santanderes-El Tarra (30 %) (11 personas).

En el grupo de adolescentes y jóvenes (14-28 años), las territorialidades con mayor representación fueron Costa y Sabana Caribe con los municipios de Manaure (48 %) (14 personas) en La Guajira y Pueblo Bello (40 %) (29 personas) en Cesar, Llanera-Mapiripán (40 %) (17 personas) y Magdalena Medio-Norosí (31 %) (19 personas).

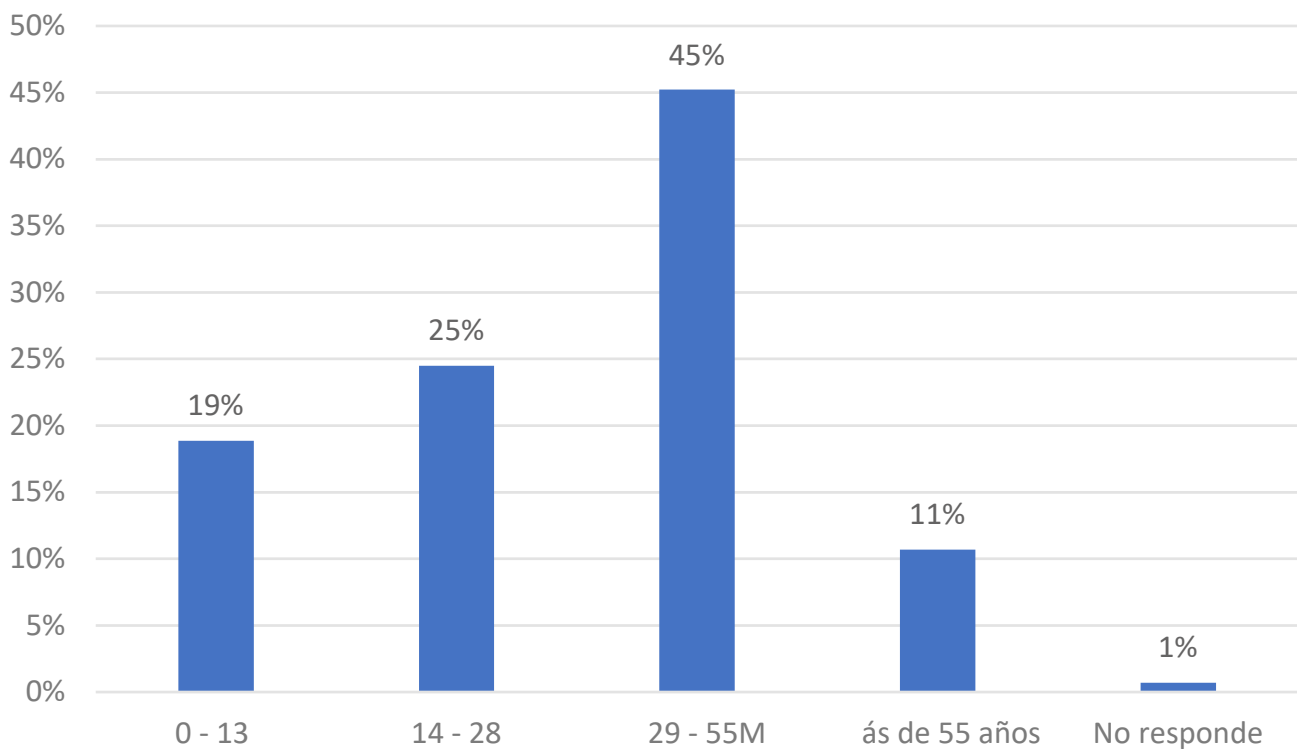




Por otro lado, el grupo de personas entre 29 y 55 años presentó mayor participación en las siguientes regiones² : Andina Sur - Páez (80 %) (40 personas), Magdalena Medio - Norosí (50 %) (31 personas), Distrito Capital - Bogotá (48 %) (31 personas), Santanderes - El Tarra (46 %) (17 personas), Eje Cafetero - Pueblo Rico (42 %) (19 personas), Costa y Sabana Caribe - Pueblo Bello (42 %) (30 personas), Pacífico y Chocó - Lloró (41 %) (30 personas) y Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio (41 %) (23 personas). Comparativamente, este grupo etario registró la mayor participación frente a los demás.

Finalmente, la representación de personas mayores de 55 años fue más destacada³ en Distrito Capital- Bogotá (23 %) (15 personas) y Litoral Pacífico y Chocó-Lloró (18 %) (13 personas). Sin embargo, este grupo etario mostró la menor presencia en comparación con los demás rangos de edad.

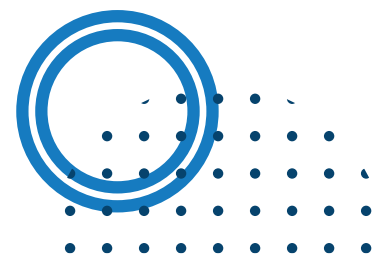
Figura 17. Porcentajes de distribución de participantes según grupos de edad por territorialidad alimentaria – encuentro # 1.

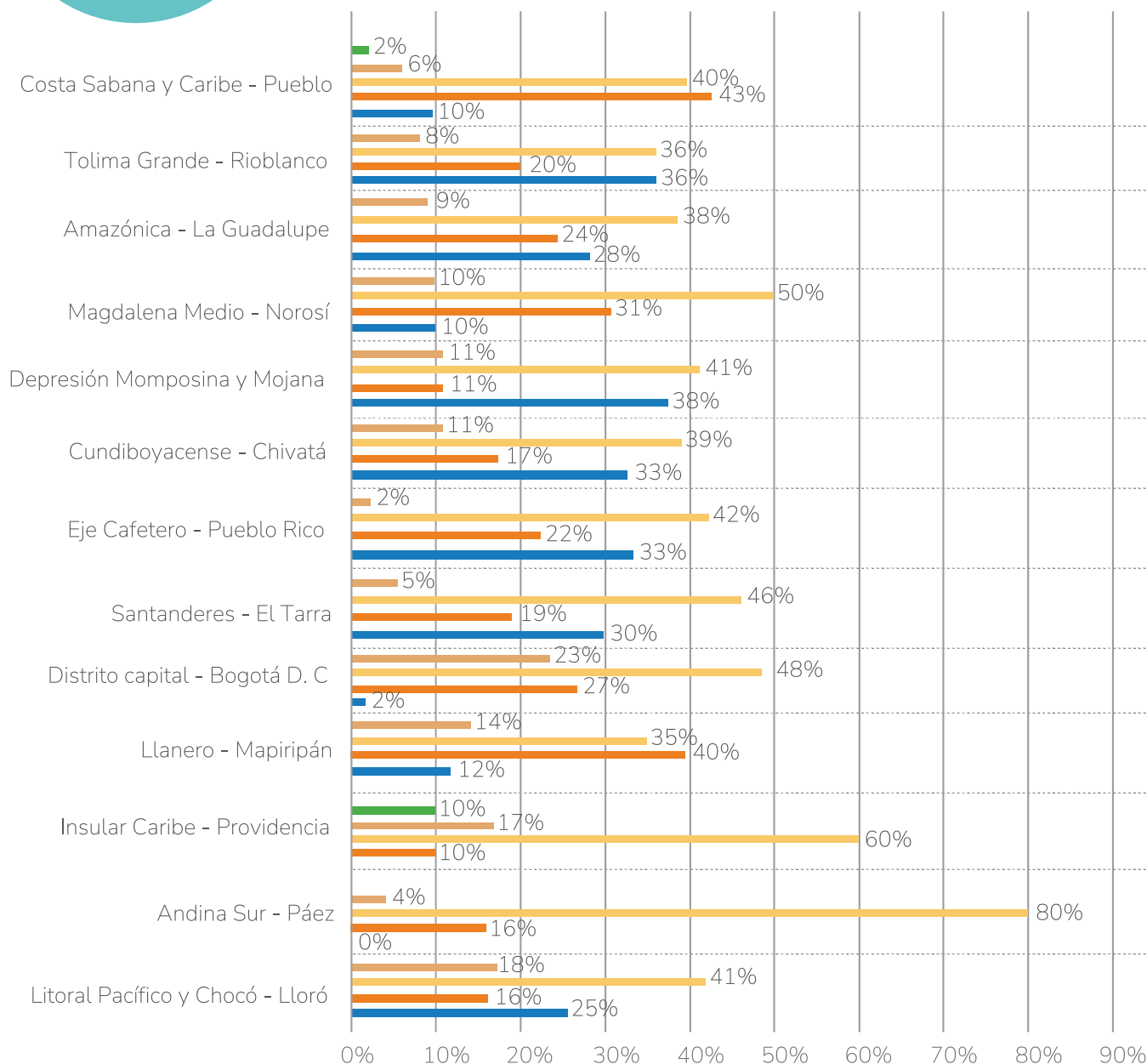


¹Este dato es comparado entre las y los participantes en cada taller y su porcentaje de participación con respecto a los otros grupos de edad.

²Este dato es comparado entre las y los participantes en cada taller y su porcentaje de participación con respecto a los otros grupos de edad.

³Este dato es comparado entre las y los participantes en cada taller y su porcentaje de participación con respecto a los otros grupos de edad.





Nota. Elaboración propia.

■ NR ■ Más de 55 años ■ 29 - 55 ■ 14 - 28 ■ 0 - 13

1.3. Participación en las territorialidades por tipo de actor – encuentro # 1

La participación en los encuentros estuvo conformada por actores representativos de diversos roles en sus comunidades. La mayor proporción corresponde a quienes desempeñan funciones dentro de los cabildos (26%) (184 personas), seguidos por integrantes de procesos organizativos de jóvenes, mujeres, organizaciones sociales y comunitarias (24%) (173 personas). Otros roles destacados incluyen cuidadoras o amas de casa (12%) (87 personas), estudiantes (8%) (55 personas), niñas y niños (8%) (57 personas), madres comunitarias (7%) (50 personas), agricultores y campesinas/os (6%) (46 personas), así como un grupo del 4% (31 personas) que manifestó desempeñarse como profesionales de la salud y otras profesiones.

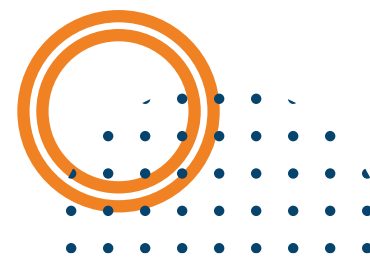
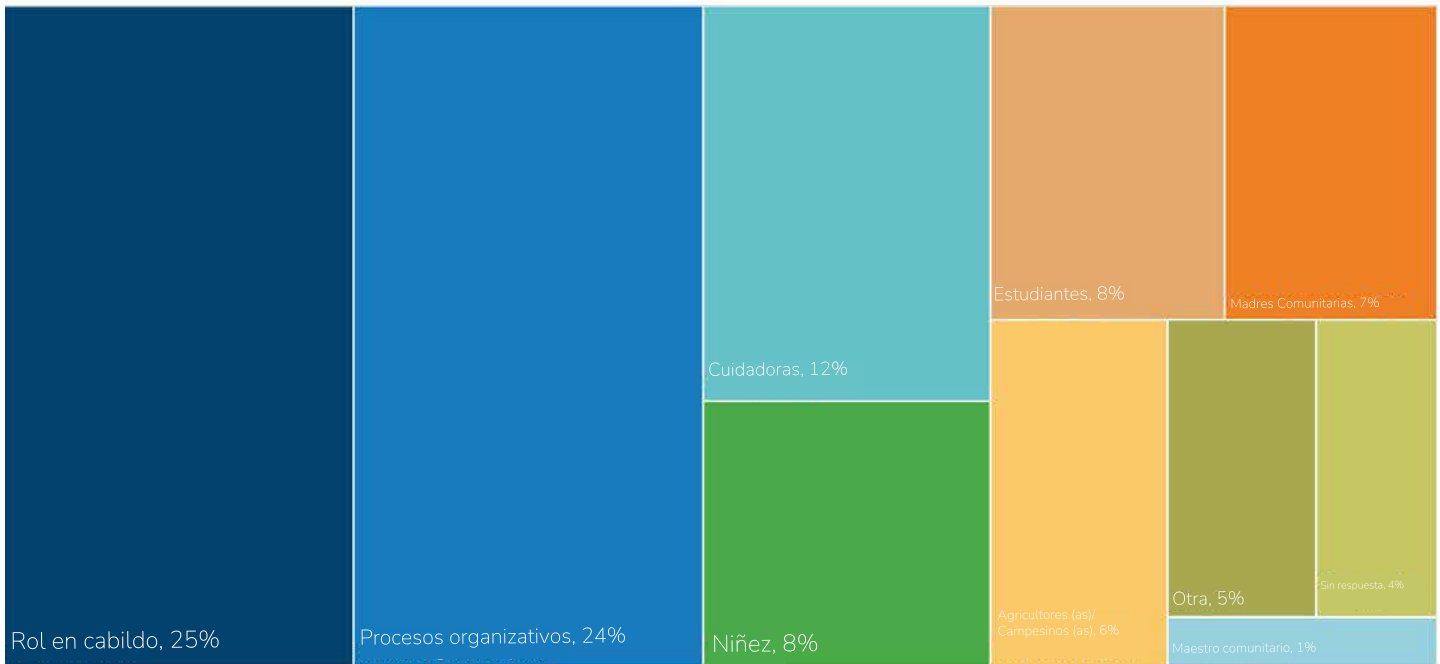




Figura 18. Proporción de participantes según su rol en la comunidad en los encuentros de diálogos de saberes en territorialidades alimentarias- encuentro # 1.

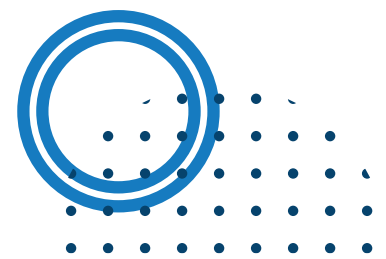


Nota. Elaboración propia.

La presencia de estudiantes fue más notable en las territorialidades Momposina y Mojana -Tiquisio (30%), Litoral Pacífico y Chocó - Lloró (25%) y Eje Cafetero - Pueblo Rico (20%). Otras territorialidades como Tolima Grande - Rioblanco (16%) y Magdalena Medio - Norosí (5%) reflejan niveles menores de participación estudiantil. El grupo de niñas y niños alcanzó el porcentaje más alto en las territorialidades de Santanderes - El Tarra (30%) y Tolima Grande - Rioblanco (28%). Las otras como Eje Cafetero - Pueblo Rico (11%) y Litoral Pacífico y Chocó - Lloró (10%) también muestran una participación moderada, mientras que Distrito Capital -Bogotá reportó solo un 2%.

Las cuidadoras desempeñan un papel esencial en las territorialidades Cundiboyacense - Chivatá (39%), Tolima Grande - Rioblanco (24%) y Costa y Sabana Caribe - Pueblo Bello (22%). Distrito Capital - Bogotá (13%) y Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio (13%) también cuentan con una representación significativa.

Los Agricultores(as) / Campesinos(as) tienen una alta representación en las territorialidades Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio (32%) y Tolima Grande - Rioblanco (16%). En Litoral Pacífico y Chocó - Lloró se registra un 11%, mientras que en Costa y Sabana Caribe - Pueblo Bello (17%) también muestra una contribución destacada.

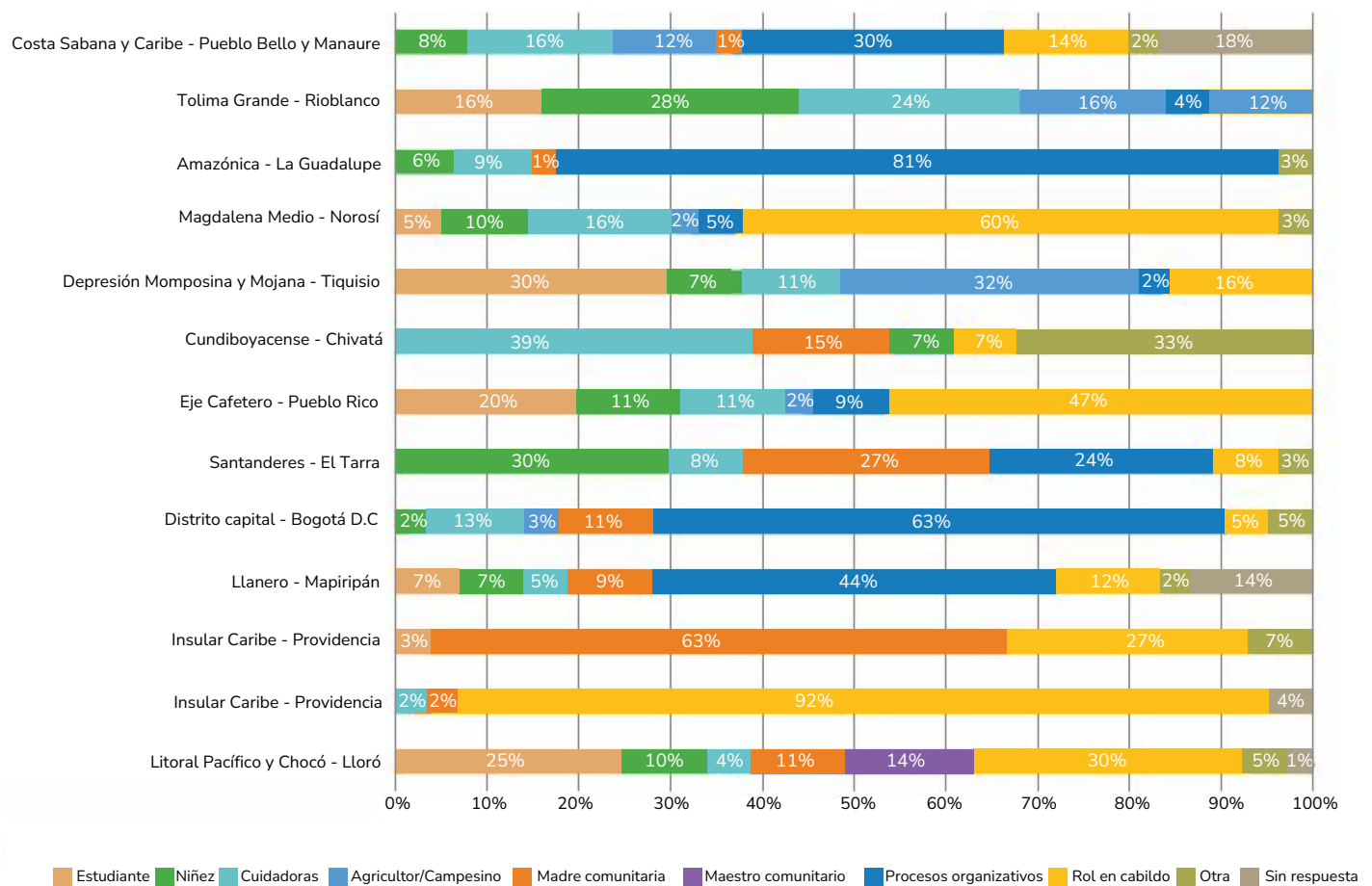


Con respecto a las Madres Comunitarias, Insular Caribe - Providencia lidera con el 63% de participación de madres comunitarias, seguido de Santanderes - El Tarra (27%) y Cundiboyacense - Chivatá (15%). Distrito Capital - Bogotá reporta un 11%, mientras que Llanera - Mapiripán alcanza el 9%.

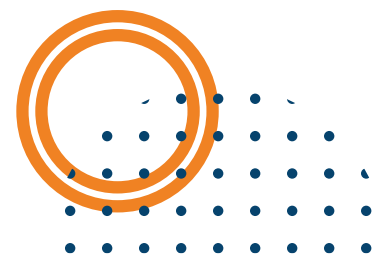
La participación de personas en procesos organizativos, se destaca Costa y Sabana Caribe - Manaure (86%) y Amazonas - La Guadalupe (81%). Distrito Capital - Bogotá (63%) y Llanera - Mapiripán (44%) también muestran altos niveles de participación.

Persona que cumplen algún rol en cabildo es sobresaliente en Andina Sur - Páez (92%), Magdalena Medio - Norosí (60%) y Litoral Pacífico y Chocó - Lloró (44%). Eje Cafetero - Pueblo Rico registra un 47%, mientras que en Insular Caribe - Providencia el 27% de las y los participantes desempeñan este rol.

Figura 19. Proporción de participantes según su rol en la comunidad y por territorialidad en los encuentros de diálogos de saberes – encuentro # 1.



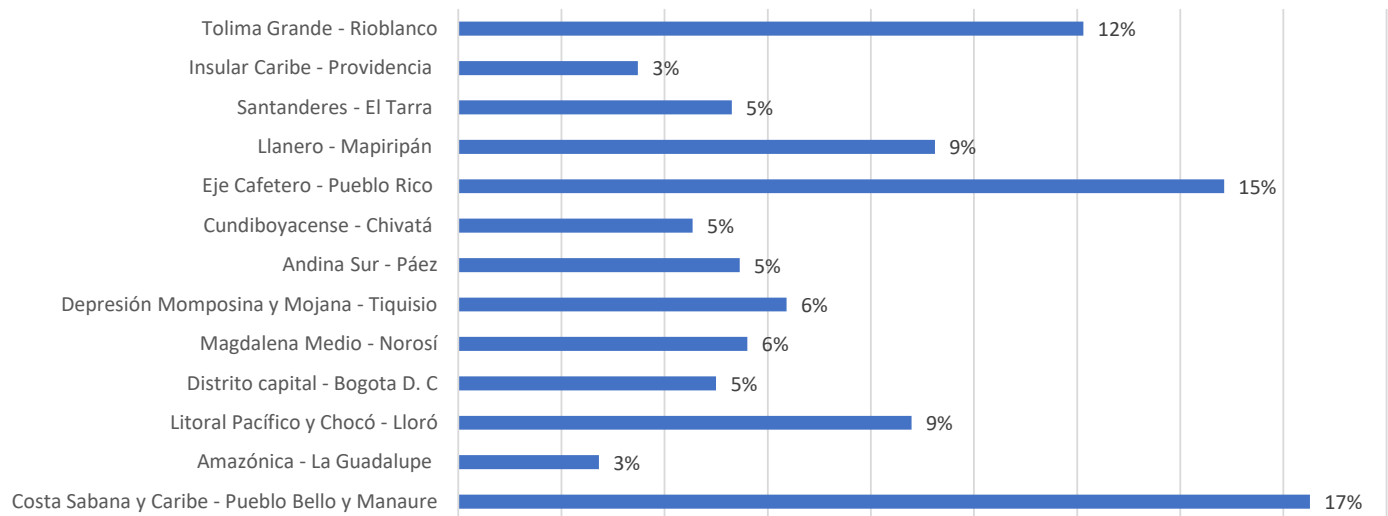
Nota. Elaboración propia.



Análisis de la participación – encuentro # 2

Durante el segundo encuentro de dialogo de saberes se contó con la participación de 660 personas. En relación con la participación por territorialidades, el segundo encuentro evidenció variaciones en la asistencia entre las distintas regiones. La territorialidad de Costa y Sabana Caribe - Manaure (45 personas), junto con Costa y Sabana Caribe - Pueblo Bello (64 personas) registro la mayor participación unidos los dos municipios, seguido por la territorialidad Eje Cafetero Pueblo Rico registró una participación (98 personas), seguida de Tolima Grande - Rioblanco (80 personas), Llanera Mapiripán (61 personas), Litoral Pacífico y Chocó - Lloró (58 personas), Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio (42 personas), Magdalena Medio - Norosí (37 personas), Andina Sur - Páez (36 personas), Santanderes - El Tarra (35 personas), Distrito Capital - Bogotá (33 personas), Cundiboyacense - Chivatá (30 personas), Insular Caribe - Providencia (23 personas) y Amazonas - La Guadalupe (18 personas).

Figura 20. Distribución porcentual de la participación entre las distintas territorialidades – encuentro # 2.



Nota. Elaboración propia.

2.1. Participación en las territorialidades por sexo – encuentro # 2

En el segundo encuentro se contó con la participación de 660 personas, de las cuales el 67% (445 personas) fueron mujeres y 32% (212) hombres. Este enfoque permitió contar con una representación en términos de género y la inclusión de diversos actores en el análisis y la construcción colectiva de estrategias relacionadas con la salud alimentaria.

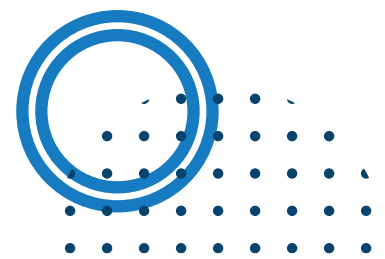
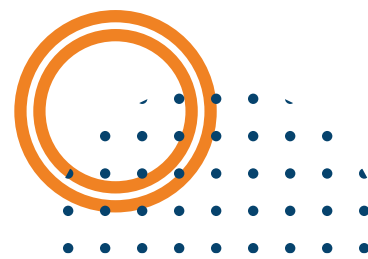


Figura 21. Participación por sexo en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 2.



Nota. Elaboración propia.



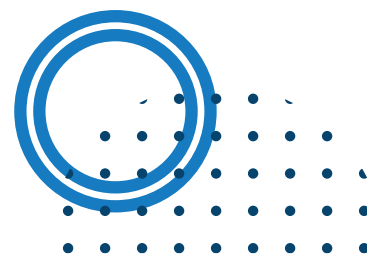
Mapa 2. Participación por sexo y territorialidad encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias - encuentro # 2.

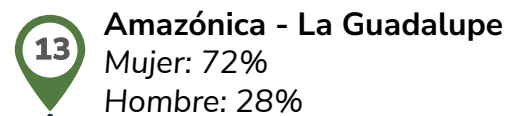
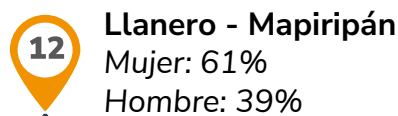
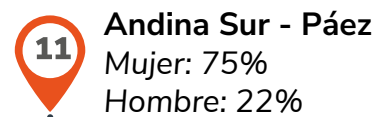
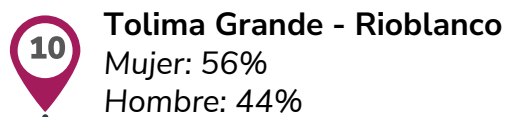
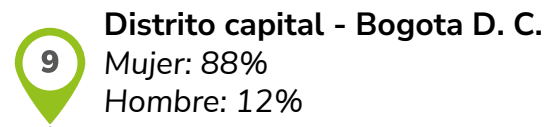
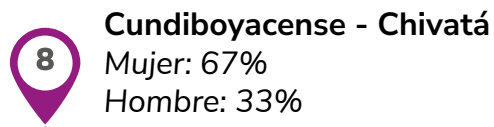
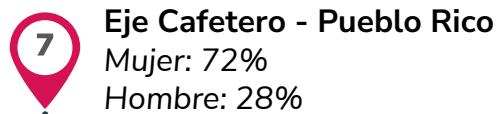
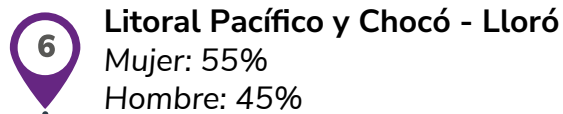
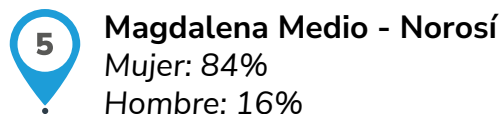
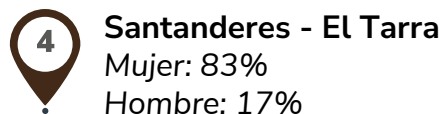


1 Insular Caribe - Providencia
 Mujer: 74%
 Hombre: 22%
 Indiferente: 4%

2 Costa Sabana y Caribe - Pueblo Bello y Manaure
 Mujer: 73%
 Hombre: 26%
 Indiferente: 1%

3 Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio
 Mujer: 52%
 Hombre: 48%

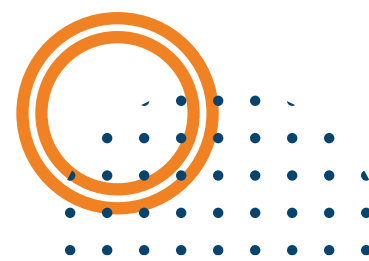




2.2. Participación en las territorialidades por grupos de edad – encuentro # 2

En relación con la participación por grupos etarios, el 64% de las y los asistentes se encuentra en un rango de edad entre los 14 y 55 años (495 personas) (38% (253 personas) entre 29 y 55 años, y 26% entre 14 y 28 años (173). Este último dato resulta relevante, dado que evidencia la inclusión de adolescentes y jóvenes en el proceso participativo.

Participación de la Niñez (0-13 años): la población infantil tiene una presencia destacada en varias regiones, especialmente en Eje Cafetero - Pueblo Rico (42%), Costa y Sabana Caribe - Manaure (40%) Costa y Sabana Caribe - Pueblo Bello (28%). También se observa una participación considerable en Cundiboyacense - Chivatá (30%) y Magdalena Medio - Norosí (24%). Estos datos sugieren que en estas regiones existe una importante población joven, lo que podría implicar la necesidad de programas enfocados en la infancia y educación inicial. Por otro lado, las territorialidades como Llanera - Mapiripán (3%) y Distrito Capital - Bogotá (3%) presentan una baja representación infantil.



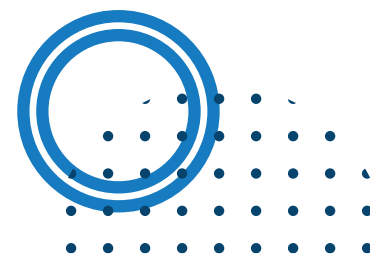
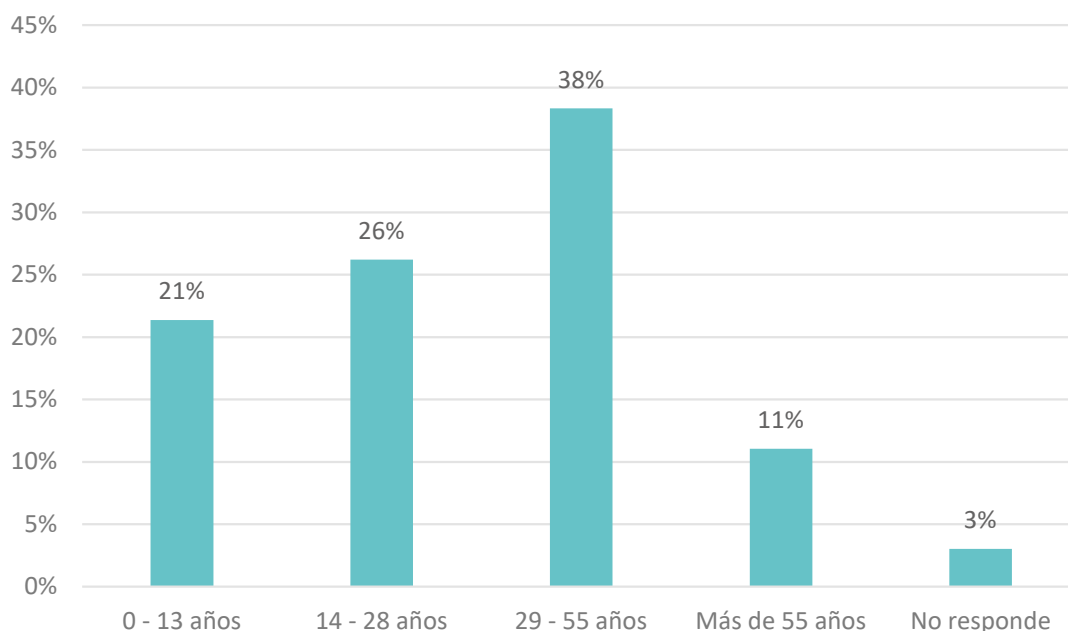


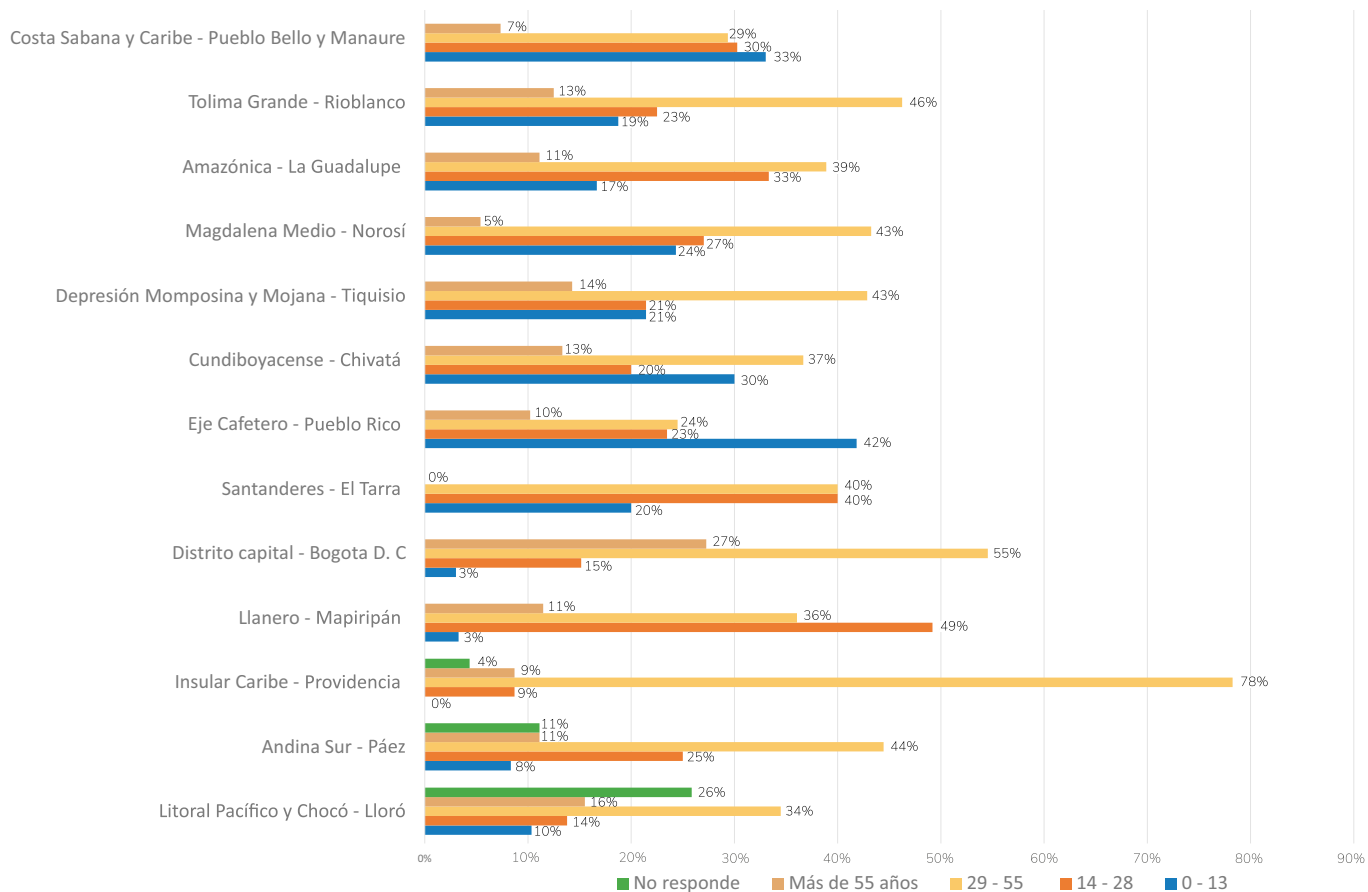
Juventud (14-28 años): el grupo juvenil tiene una mayor representación en Llanera - Mapiripán (49%) y Costa y Sabana Caribe - Manaure (47%). Asimismo, Santanderes - El Tarra (40%) y Amazonas - La Guadalupe (33%) muestran una participación relevante. En contraste, Insular Caribe - Providencia (9%) y Litoral Pacífico y Chocó - Lloró (14%) presentan los niveles más bajos en esta categoría. La alta participación juvenil en ciertas regiones puede indicar oportunidades para proyectos de desarrollo comunitario y liderazgo juvenil.

Adultos (29-55 años): los adultos constituyen el grupo etario más representativo en la mayoría de las territorialidades. Insular Caribe - Providencia sobresale con una participación del 78%, seguido por Distrito Capital - Bogotá (55%) y Andina Sur - Páez (44%). Territorialidades como Costa y Sabana Caribe - Pueblo Bello, Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio, y Magdalena Medio - Norosí presentan una participación del 42% al 43% en este rango etario. La marcada presencia de adultos puede reflejar una fuerza laboral estable y activa en estas zonas.

Adultos Mayores (más de 55 años): la población mayor tiene una representación significativa en Distrito Capital - Bogotá (27%) y Litoral Pacífico y Chocó - Lloró (16%). En otras territorialidades como Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio y Tolima Grande - Rioblanco, la participación ronda el 13-14%. Sin embargo, en regiones como Costa y Sabana Caribe - Manaure (2%) y Magdalena Medio - Norosí (5%), la presencia de adultos mayores es limitada. Esta distribución podría reflejar diferencias en la esperanza de vida y en las condiciones de salud entre las distintas territorialidades.

Figura 22. Participación por grupo de edad en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 2.





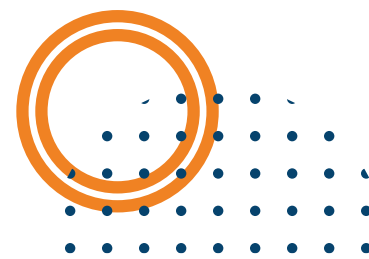
Nota. Elaboración propia.

2.3. Participación en las territorialidades por tipo de actor – encuentro # 2

El grupo más representativo corresponde a quienes participan en procesos organizativos (25%), seguido por aquellos que desempeñan un rol en cabildo (18%). Estos actores desempeñan un papel fundamental en la toma de decisiones y en la articulación de acciones colectivas.

Niños y niñas constituyen el 19% de las y los participantes, lo que resalta la importancia de incluir las voces de las generaciones más jóvenes en estos espacios de diálogo. Las cuidadoras, con un 17%, también tuvieron una presencia significativa, reflejando su papel central en la preservación de saberes y prácticas alimentarias dentro de los hogares y comunidades.

Las tejedoras, cuyo trabajo guarda una estrecha relación con la cultura y la identidad territorial, representan el 7% de las y los participantes, al igual que los agricultores y campesinos, quienes aportan sus conocimientos en torno a la producción de alimentos locales.

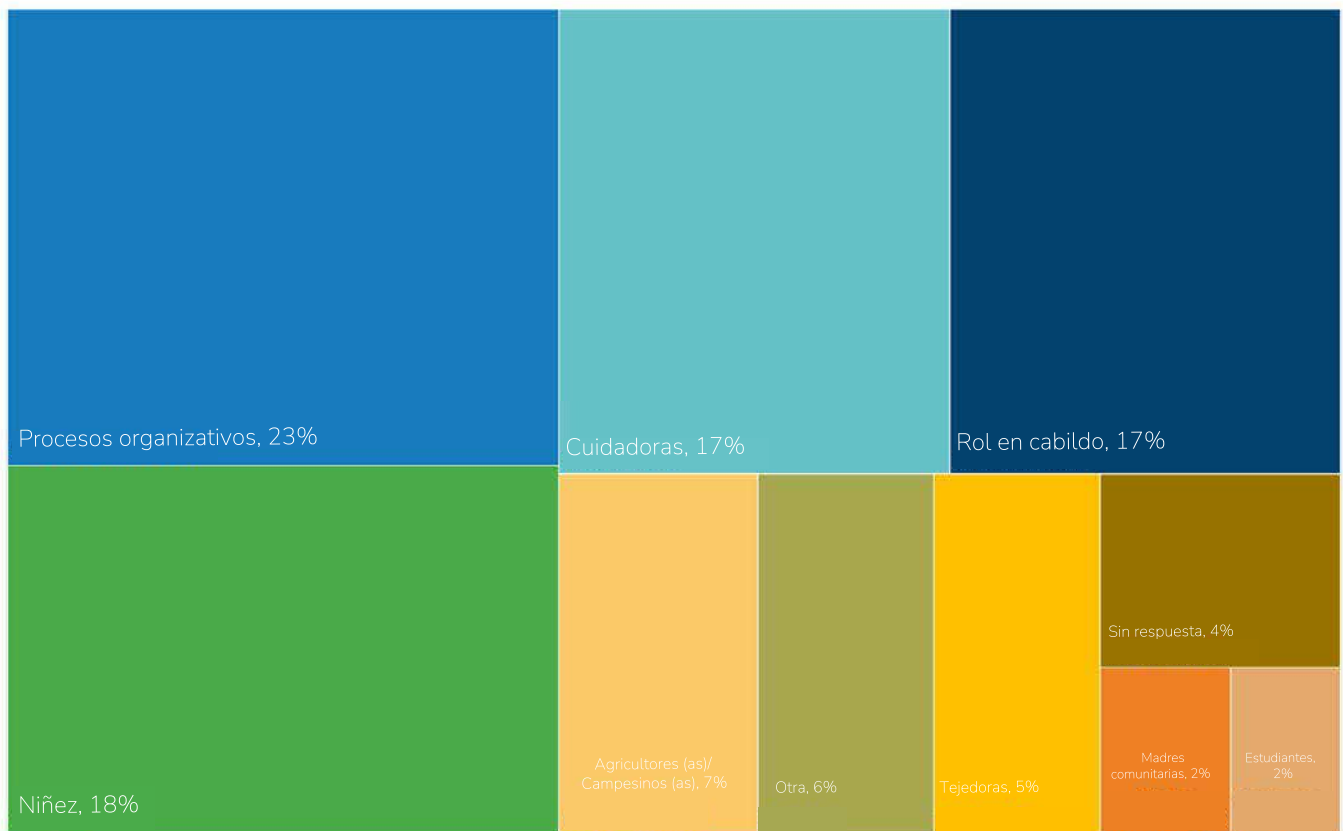




Por su parte, las madres comunitarias constituyen el 4% del total, desempeñando un papel vital en la formación y cuidado de la infancia. Los estudiantes y otras personas con ocupaciones diversas representan cada uno el 2% de la participación total, lo que indica una presencia moderada pero significativa de estos grupos en el proceso.

Este panorama refleja la riqueza y pluralidad de actores involucrados, lo que fortalece la construcción colectiva de soluciones en torno a la salud alimentaria y promueve una gobernanza más inclusiva y participativa.

Figura 23. Participación por tipo de actor en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 2.



Nota. Elaboración propia.





Con respecto a la participación por tipo de actor y territorialidad, se observa:

La presencia de estudiantes se refleja en Eje Cafetero - Pueblo Rico (6%) y Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio (12%), siendo estos los únicos municipios que reportan cifras concretas para este actor; el grupo de niños y niñas tiene una alta representación en Eje Cafetero - Pueblo Rico (43%), Costa y Sabana Caribe - Manaure (38%) y Pueblo Bello (30%). Cundiboyacense - Chivatá (30%) también muestra una participación significativa, mientras que en Tolima Grande - Rioblanco y Litoral Pacífico y Chocó - Lloró la niñez alcanza el 10%.

Las cuidadoras tienen una presencia destacada en Litoral Pacífico y Chocó - Lloró (48%), Magdalena Medio - Norosí (32%) y Cundiboyacense - Chivatá (27%). Otras regiones como Eje Cafetero - Pueblo Rico (20%) y Costa y Sabana Caribe - Manaure (29%) reflejan una participación moderada; el rol de tejedoras es significativo en Costa y Sabana Caribe - Pueblo Bello (28%), seguido por Eje Cafetero - Pueblo Rico (15%) y Tolima Grande - Rioblanco (13%); y las madres comunitarias tienen una mayor presencia en Santanderes - El Tarra (31%) y Tolima Grande - Rioblanco (14%), con una baja representación en Costa y Sabana Caribe - Pueblo Bello (2%) y Distrito Capital - Bogotá (3%).

La presencia de agricultores(as) / campesinos(as) es más notorio en Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio (33%) y Litoral Pacífico y Chocó - Lloró (17%). Distrito Capital - Bogotá y Santanderes - El Tarra muestran una menor representación (3% y 6%, respectivamente).

La participación de personas en procesos organizativos es sobresaliente en Llanera - Mapiripán (98%) y Distrito Capital - Bogotá (91%). Insular Caribe - Providencia (26%) y Costa y Sabana Caribe - Manaure (31%) también muestran altos niveles de involucramiento.

El rol en cabildos es predominante en Amazonas - La Guadalupe (100%), seguido de Andina Sur - Páez (50%) y Insular Caribe - Providencia (35%). Litoral Pacífico y Chocó - Lloró (22%) y Tolima Grande - Rioblanco (19%) también reflejan una participación considerable.

Otros roles relacionados con profesionales en la salud o personas con movilidad reducida, tienen una presencia importante en Insular Caribe - Providencia (39%) y Andina Sur - Páez (6%), mientras que en Costa y Sabana Caribe - Pueblo Bello, Distrito Capital - Bogotá y Depresión Momposina y Mojana - Tiquisio se observa una participación baja (3% y 2%).

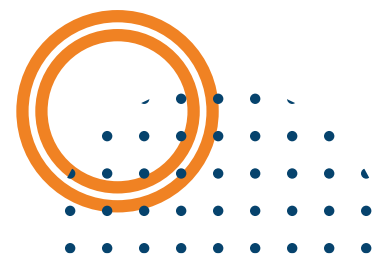
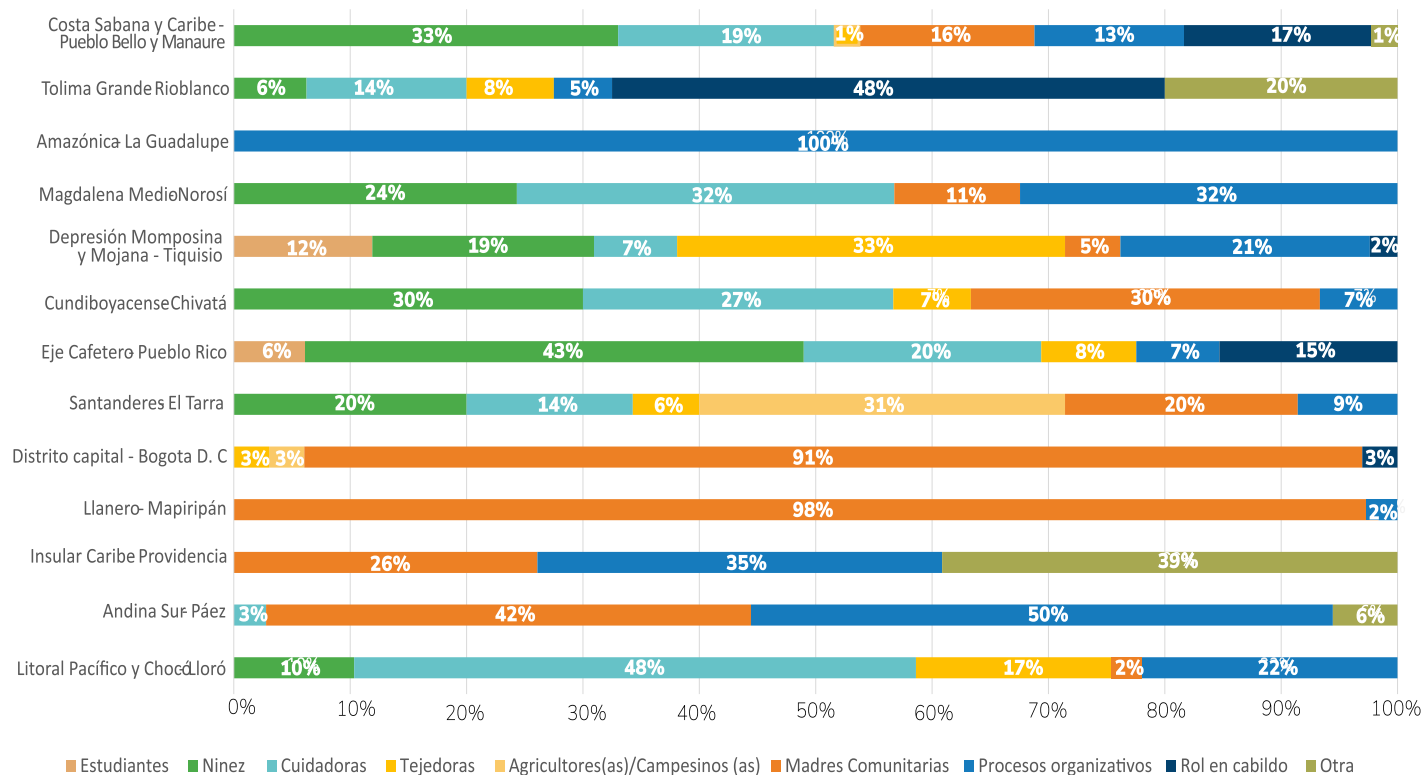


Figura 24. Participación por tipo de actor y territorialidad en los encuentros de diálogo de saberes en territorialidades alimentarias – encuentro # 2.



Nota. Elaboración propia.

Resultados del ejercicio de priorización de factores de cambio

Como se mencionó anteriormente, la técnica utilizada para la priorización de factores de cambio fue el Ábaco de Regnier; para llevar a cabo este proceso se vivieron tres momentos:

Momento 1. Apertura del Encuentro: la apertura del encuentro se llevó a cabo mediante un conjunto de actividades diseñadas para garantizar un inicio organizado y participativo. Previo al evento, se realizó un registro preliminar a través de llamadas de convocatoria, con el fin de asegurar la asistencia de las y los participantes convocados.

Al inicio del taller, se procedió al registro de asistencia, en el que se confirmó la participación de cada persona. Posteriormente, se instaló formalmente el taller, dando la bienvenida a los asistentes, presentando el orden del día y detallando las actividades previstas para el encuentro.

Como parte de la dinámica inicial, se solicitó a cada participante que se presentara, indicando su nombre, apellidos, lugar de residencia y el proceso social, comunitario o institucional al que pertenecía. A cada persona se le entregó una ficha bibliográfica con su nombre, la cual se colocó en un lugar visible para facilitar la identificación.

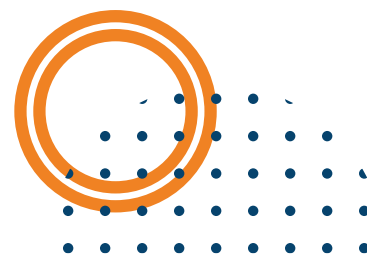
A continuación, se brindó un contexto general del proyecto, explicando sus objetivos y el alcance de la iniciativa. Asimismo, se presentó el formato de declaración de conflictos de interés, el cual fue diligenciado por los asistentes.

Seguidamente, se expuso el objetivo general y la metodología utilizada en la formulación de las apuestas de futuro en el marco de los tejidos de saberes para la salud alimentaria. Finalmente, se presentó un análisis situacional que abordó las principales problemáticas públicas relacionadas con este tema, proporcionando una base común para las actividades desarrolladas durante el taller (Figura 25).

Figura 25. Apertura del encuentro en Costa y Sabana Caribe-Pueblo Bello.



Nota. Registro fotográfico de encuentros en Costa y Sabana Caribe, Pueblo Bello.





Momento 2. Análisis Situacional y Explicación de los Factores de Cambio: a través de un diálogo fundamentado en la biopedagogía, centrado en la vida y el territorio, y utilizando la metodología del diálogo de saberes e ignorancias junto con la observación participante, se presentó el estado situacional. En esta dinámica, dos integrantes del equipo de la UDEA interpretaron a los personajes intervinientes, alternando sus actuaciones con preguntas dirigidas al público para fomentar la reflexión y el intercambio de ideas.

En cada territorialidad, se contextualizó la dinámica a partir de elementos propios como los alimentos, el lenguaje, la cultura y la identidad, entre otros aspectos. Este enfoque permitió adaptar la discusión a las particularidades de cada región, fortaleciendo el vínculo entre las y los participantes y los temas abordados.

- Hambre, inseguridad alimentaria y malnutrición.
- Carencia de una política de soberanía y territorialización alimentaria.
- Inequidades e interferencia en el acceso a la información, comunicación y educación alimentaria.
- Interferencia de la industria en la adopción e implementación de políticas públicas de salud alimentaria.
- Enfoques pedagógicos reduccionistas.

Esta metodología permitió articular una comprensión integral de las problemáticas, promoviendo el análisis crítico y participativo por parte de los asistentes (Figura 26).

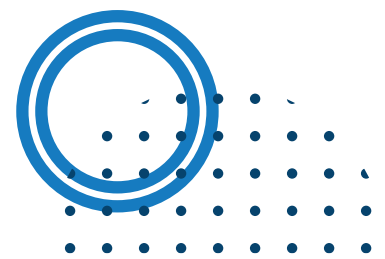




Figura 26. Explicación del análisis, situación y factores de cambio en Momposina y Mojana Tiquisio.



Nota. Registro fotográfico de encuentro en Depresión Momposina y Mojana, Tiquisio.

Siguiendo el mismo enfoque de la biopedagogía, centrado en la vida y el territorio, para la explicación de los factores de cambio se trabajó bajo la perspectiva de la semilla al cuerpo. Para el desarrollo del taller, se estableció por consenso la realización de un diálogo de saberes enfocado en el reconocimiento de los factores de cambio, y el enfoque biocéntrico de la salud alimentaria, considerando el círculo de la vida que abarca desde la semilla hasta el cuerpo.

En la Figura 27, se ilustra la propuesta de Tejido de saberes para alcanzar la salud alimentaria, las cinco estaciones diseñadas para la actividad.

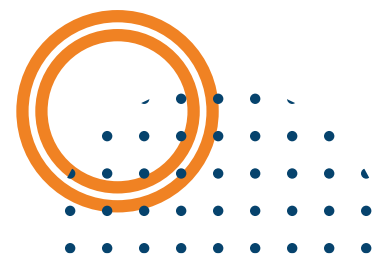


Figura 27. Tejido de saberes para alcanzar la salud alimentaria.

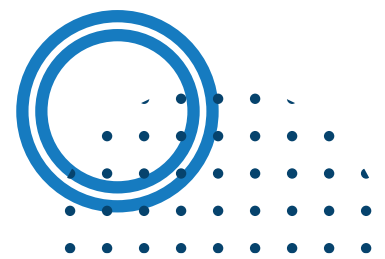



Nota. Elaboración propia.

Estación 1. Agua, Semillas y Tierra: esta estación se centró en identificar los elementos simbólicos del agua, las semillas y la tierra que representarán las territorialidades. En este escenario del círculo de la vida se discutieron tres factores de cambio: el Tejido de saberes para alcanzar la salud alimentaria, la gobernanza y la paz territorial y soberanía hídrica.

Estación 2. Lactancia: se abordó la lactancia como un acto central y simbólico de soberanía alimentaria. El factor de cambio explorado en el diálogo de saberes fue la lactancia humana.

Estación 3. Procesos Agroalimentarios: en esta estación, se identificaron elementos simbólicos relacionados con alimentos de identidad cultural en cada territorialidad. Se discutió sobre la producción y adquisición de alimentos necesarios en cada región, considerando los alimentos producidos y consumidos en el ejercicio de las preparaciones. Los factores de cambio abordados fueron la soberanía alimentaria y el derecho a la alimentación.





Estación 4. Preparaciones Culinarias: se utilizaron como elementos simbólicos preparaciones culinarias típicas de cada territorialidad, en línea con los alimentos producidos y consumidos. Este espacio permitió discutir sobre la importancia de la culinaria y las preparaciones ancestrales más comunes en cada territorio. El factor de cambio trabajado fue la decolonialidad.

Estación 5. Cuerpos: en la última estación, se cerró el círculo con la discusión sobre los cuerpos, destacando que no existe salud humana sin salud ambiental. Este diálogo subrayó la interacción entre el ser humano y la Madre Tierra como base para garantizar la salud alimentaria. En este escenario, los factores de cambio abordados fueron la determinación social y los modelos educativos.

Este taller permitió integrar elementos simbólicos, narrativas territoriales y reflexiones críticas, propiciando un análisis profundo de los factores esenciales para construir un enfoque integral de salud alimentaria.

Momento 3: Priorización de factores de cambio

La técnica empleada para la priorización fue el Ábaco de Regnier, caracterizada por su enfoque participativo, donde los actores territoriales califican los factores utilizando los colores del semáforo (rojo - alta prioridad, amarillo – mediana prioridad y verde – baja prioridad). Esta metodología permitió identificar propuestas que orienten el diseño de escenarios futuros dirigidos a fortalecer los tejidos de saberes para la salud alimentaria, integrando visiones, lineamientos y acciones coherentes mediante un análisis prospectivo relacional de los factores de cambio identificados.

La técnica se desarrolló como una reflexión colectiva sobre los factores de cambio, clasificándolos en tres niveles de prioridad: alta, media o baja. Este ejercicio se guio a partir de una lectura y explicación cuidadosa de cada factor y una priorización grupal basada en la siguiente pregunta orientadora:

Posterior a la comprensión del estado situación de los factores de cambio, se procede al proceso de priorización de manera individual teniendo presente la siguiente pregunta orientadora: ¿cuáles considera que son prioritarios para transitar hacia una apuesta de ‘tejidos de saberes para la salud alimentaria’?, cada participante únicamente podría priorizar:

- 3 factores de cambio con prioridad **alta – rojo (30%)**.
- 4 factores de cambio con prioridad **media – amarillo (40%)**.
- 3 factores de cambio con prioridad **baja – verde (30%)**.

Figura 28. Factores de cambio en formato de Abaco de Régnier para priorización.

Convenio No. 01019342024

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Escuela de Nutrición y Dietética

Taller de priorización de Factores de Cambio
"Tejidos de Saberes para la Salud Alimentaria".

BIENESTAR FAMILIAR

#	Factores de cambio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total	
1	Modelos educativos para la salud alimentaria																																
2	Construcción de paz territorial																																
3	Derecho a la alimentación																																
4	Determinación social de la alimentación																																
5	Soberanía alimentaria																																
6	Lactancia humana																																
7	Tejidos de saberes para la salud alimentaria																																
8	Gobernanza para la salud alimentaria																																
9	Decolonialidad de la salud alimentaria																																
10	Soberanía hídrica																																

Nota. Elaboración propia.

En la siguiente figura, se puede apreciar un ejemplo del resultado del ejercicio por cada territorialidad:

Figura 29. Resultado de la priorización en el Amazonas La Guadalupe.

Convenio No. 01019342024

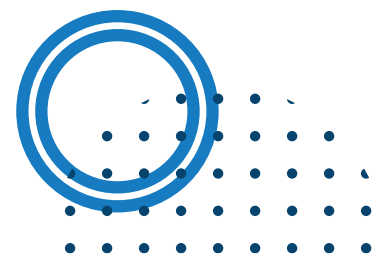
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Escuela de Nutrición y Dietética

Taller de priorización de Factores de Cambio
"Tejidos de Saberes para la Salud Alimentaria".

BIENESTAR FAMILIAR

#	Factores de cambio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total
1	Modelos educativos para la salud alimentaria	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	55
2	Construcción de paz territorial	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	50
3	Derecho a la alimentación	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	66
4	Determinación social de la alimentación	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	53
5	Soberanía alimentaria	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	59
6	Lactancia humana	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	58
7	Tejidos de saberes para la salud alimentaria	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	40
8	Gobernanza para la salud alimentaria	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	57
9	Decolonialidad de la salud alimentaria	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	50
10	Soberanía del agua	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	63

Nota. Encuentro en Amazonas La Guadalupe.

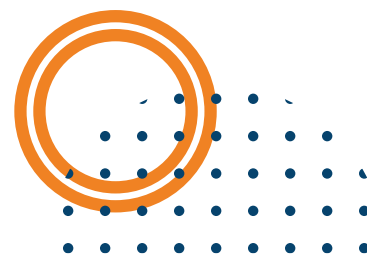


El trabajo por territorialidad consistía en un ejercicio de lectura colectiva y priorización individual para luego poner en común los acuerdos grupales en términos de interpretar los resultados de la priorización en relación con las colectividades humanas.

Figura 30. Priorización en la matriz Costa y Sabana Caribe encuentro en el Municipio de Manaure La Guajira.



Nota. Registro fotográfico encuentro en Costa y Sabana Caribe en Manaure, La Guajira.





Resultados consolidados de la priorización de factores de cambio

La siguiente matriz presenta el consolidado de los resultados obtenidos en los 17 talleres realizados en 14 municipios y 13 territorialidades, reflejando así la diversidad de contextos y realidades locales. En particular, las dos últimas columnas ofrecen una visión integral del análisis:

- **“Gran total”:** representa la suma de toda la información recopilada en los talleres, proporcionando un panorama general de la presencia de cada factor de cambio en los diferentes territorios.
- **Nivel de recurrencia con alta prioridad:** indica cuántas veces un factor de cambio fue clasificado como de alta prioridad en los distintos municipios y territorialidades, destacando así su relevancia en múltiples contextos.

Este enfoque permite visualizar no solo la frecuencia con la que ciertos factores emergen en la discusión, sino también la manera en que cada territorio y comunidad prioriza sus necesidades y desafíos de acuerdo con su identidad cultural, sus dinámicas sociales y sus particularidades económicas y ambientales.

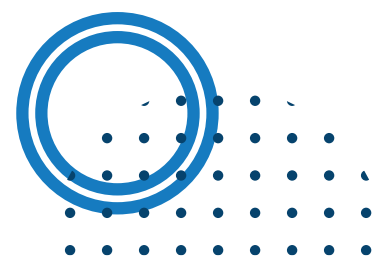
Es importante enfatizar que un valor elevado en la columna del “gran total” no implica necesariamente una mayor prioridad para un factor de cambio. Para una interpretación más precisa y con un enfoque territorial y cultural, se deben analizar ambos indicadores en conjunto. Solo así se podrá comprender cómo cada comunidad jerarquiza sus problemáticas y oportunidades de transformación, permitiendo una toma de decisiones más contextualizada y alineada con las realidades locales.

Prioridad alta:

En la matriz se observa que el factor de soberanía alimentaria obtuvo prioridad alta en 12 de los 17 talleres realizados, con un total de 898 puntos; el derecho a la alimentación alcanzó prioridad alta en 11 de los talleres, con una puntuación de 946 puntos; los modelos educativos para la salud alimentaria lograron prioridad alta en 9 de los talleres, con una puntuación de 905 puntos; la soberanía hídrica obtuvo prioridad alta en 9 de los talleres, con una puntuación de 888 puntos y la construcción de paz territorial obtuvo prioridad alta en 8 de los talleres, con un total de 931 puntos.

Prioridad media:

En la matriz se observa que el factor de gobernanza para la construcción de ciudadanía y justicia alimentarias con enfoque territorial, intercultural y de derechos obtuvo prioridad alta en 4 de los 17 talleres realizados, con un total de 827 puntos; y la determinación social de la alimentación obtuvo prioridad alta en 3 de los talleres, con una puntuación de 769 puntos.

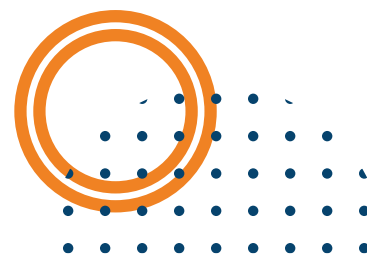


Prioridad baja:

Los tejidos de saberes para la salud alimentaria obtuvieron prioridad alta en 1 de los 17 talleres realizados (773 puntos); La lactancia humana (794 puntos), la decolonialidad de la salud alimentaria (717) puntos y los planes de vida (58 puntos, un factor de cambio que surgió en el taller del municipio de Páez) obtuvieron prioridad alta en 1 de los talleres realizados. Con respecto al factor de cambio de decolonialidad de la salud alimentaria obtuvo un puntaje de 712, sin embargo, no salió priorizado con alta prioridad en ningún territorio.

⁴Figura 31. Priorización consolidada.

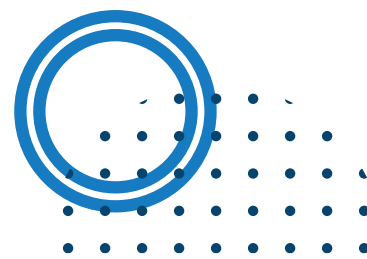
#	Factores de cambio	Lloró comunidad Afro	Lloró pueblos Indígenas	Pueblo Rico comunidad Afro	Pueblo Rico Pueblos Indígenas	Tarra Madres Beneficiarias	Páez Pueblos Indígenas	Chivatá Población Nativa	Providencia Raizales	Pueblo Bello Pueblos Indígenas y Madres Beneficiarias	Gallilea Pueblos Indígenas	Manauare Pueblos Indígenas	Tiquisno Víctimas del conflicto y migrantes venezolanos	Norosí Víctimas y Migrantes	Mapiripán Madres Beneficiarias	Bogotá/Usme Centro zonal	Bogotá/Bosa Casa Participación	Rioblanco /Tolima	Total	Nivel de recurrencia con alta prioridad
5	Soberanía alimentaria	34	80	26	47	45	47	51	55	60	59	51	70	90	51	40	45	47	898	12
3	Derecho a la alimentación	42	83	34	43	39	33	47	55	56	66	67	71	81	72	53	56	48	946	11
1	Modelos educativos para la salud alimentaria	41	56	26	53	45	39	50	49	57	55	55	73	102	60	46	44	54	905	9
10	Soberanía hídrica	33	52	27	46	44	36	57	30	65	63	50	64	102	65	56	52	46	888	9
2	Construcción de paz territorial	48	66	25	49	47	48	44	44	59	50	49	85	119	52	56	34	56	931	8
8	Gobernanza para la construcción de ciudadanía y justicia alimentarias con enfoque territorial, intercultural y de derechos	42	67	21	37	37	47	42	43	61	57	36	55	107	46	44	39	46	827	4
4	Determinación social de la alimentación	28	76	17	30	32	39	54	40	55	53	36	44	72	49	53	47	44	769	3
6	Lactancia humana	38	59	20	36	41	43	45	48	53	58	47	50	75	56	45	49	31	794	1
7	Tejidos de saberes para la salud alimentaria	29	74	26	32	40	37	45	41	47	50	46	53	79	47	42	38	47	773	1
11	Planes de vida						58												58	1
9	Decolonialidad de la salud alimentaria	25	65	17	27	30	35	43	35	47	50	43	55	73	44	45	37	41	712	0



#	Factores de cambio	Lloró comunidad Afro	Lloró comunidad Indígenas	Pueblo Rico comunidad Indígenas Afros	Pueblo Rico Indígenas	Tarra Madres Beneficiarias	Páez Pueblos Indígenas	Chivotá Población Nativa	Providencia Razales	Pueblo Bello Indígenas y Madres Beneficiarias	Gallilea Indígenas	Manare Indígenas	Tijipiá Víctimas del conflicto y migrantes venezolanos	Mapipán Madres Beneficiarias	Bogotá/Usme Centro zonal	Bogotá/Boa Casa Participación	Rio Blanco/ Tolima	Total	Nivel de recurrencia con alta prioridad	
5	Soberanía alimentaria	38	67	26	43	41	43	47	44	57	57	49	70	90	51	40	45	44	852	11
3	Derecho a la alimentación	42	76	26	47	45	47	51	49	60	60	51	71	81	72	53	56	40	936	10
1	Modelos educativos para la salud	48	83	34	53	47	58	57	55	65	66	67	73	102	60	46	44	55	1013	9
10	Soberanía jurídica	25	52	17	27	30	35	34	30	47	38	36	64	102	65	55	52	48	778	8
2	Soberanía territorial	42	80	27	49	45	48	54	55	61	63	55	85	119	52	56	34	50	975	7
8	Coherencia para la construcción de ciudadanía y justicia alimentarias con enfoque territorial, intercultural y de derechos	29	59	20	32	37	37	44	40	59	50	49	55	107	46	44	39	51	786	4
4	Determinación social de la alimentación	41	74	26	46	44	47	50	48	59	58	50	44	72	49	53	47	50	858	3
7	Tejidos de saberes para la salud	33	65	21	36	39	39	45	41	55	53	46	53	79	47	42	38	56	788	2
6	Lactancia humana	34	66	25	37	40	39	45	43	56	55	47	50	75	56	45	40	36	798	1
9	Decolonialidad de la salud alimentaria	28	56	17	30	32	36	43	35	47	50	36	55	73	44	45	37	53	717	1
11	Planes de vida						33											33	33	1

Nota. Elaboración propia a partir de los encuentros realizados.

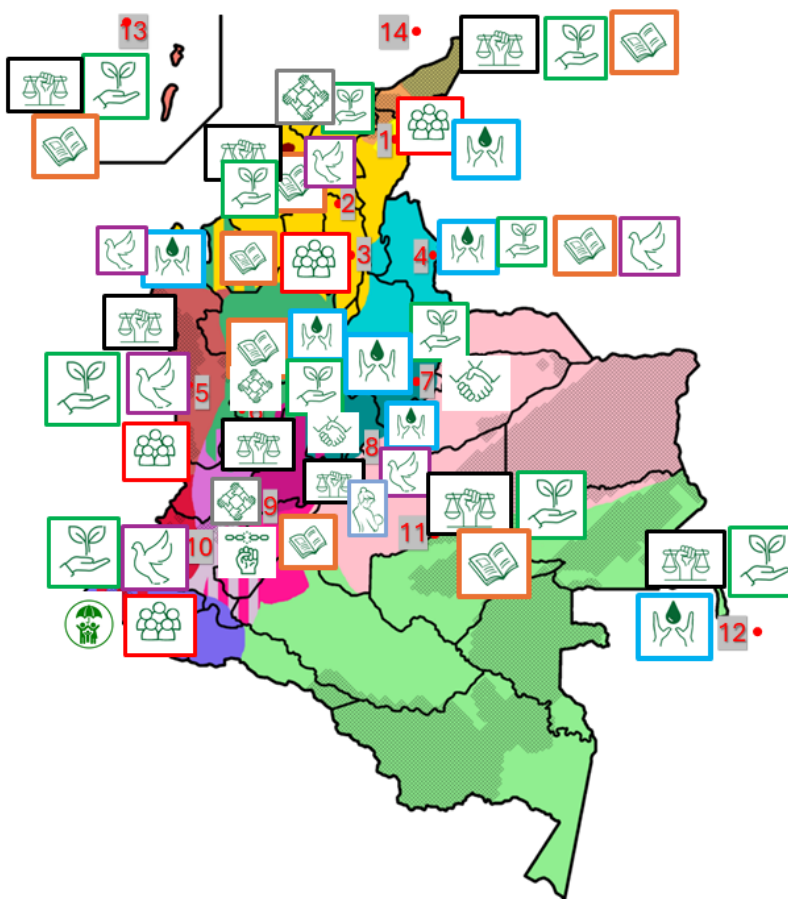
⁴Lectura de colores: rojo - alta prioridad, amarillo – mediana prioridad y verde – baja prioridad. Particularmente, el factor de cambio planes de vida emergió como factor nuevo en el municipio de Páez y obtuvo un 58 puntos, siendo el de mayor prioridad para este taller.



Mapa 3. factores de cambio con mayor prioridad por territorialidad.

1. Costa Sabana y Caribe
2. Depresión Momposina y Mojana
3. Magdalena Medio
4. Santanderes
5. Litoral Pacífico y Chocó
6. Eje Cafetero
7. Cundiboyacense
8. Distrito capital
9. Tolima Grande
10. Andina Sur
11. Llanero
12. Amazónica
13. Insular Caribe

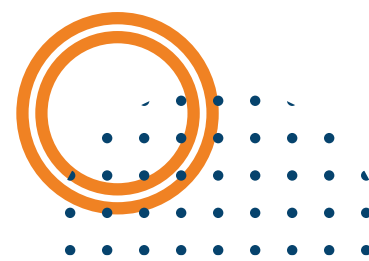
Factores de cambio	
Modelos educativos para la salud alimentaria	
Construcción de paz territorial	
Derecho a la alimentación	
Determinación social de la alimentación	
Soberanía alimentaria	
Lactancia humana	
Tejidos de saberes para la salud alimentaria	
Gobernanza para la construcción de ciudadanía y justicia alimentarias con enfoque territorial, intercultural y de derechos.	
Decolonialidad de la salud alimentaria	
Soberanía hídrica	
Planes de vida	




Nota. Elaboración propia.

Este ejercicio permitió una mirada más integral de las lecturas y experiencias de los actores territoriales con relación, permitiendo obtener una mirada más amplia para tener una perspectiva más amplia de los tejidos de saberes para la salud alimentaria, lo cual será fundamental para el diseño de estrategias territorializadas y otras con mirada nacional.

El siguiente mapa, ilustra los factores de mayor prioridad por cada territorialidad, permitiendo identificar apuestas de carácter regional, partiendo de la priorización realizada por las comunidades.





Este ejercicio permitió una mirada más integral de las lecturas y experiencias de los actores territoriales con relación, permitiendo obtener una mirada más amplia para tener una perspectiva más amplia de los tejidos de saberes para la salud alimentaria, lo cual será fundamental para el diseño de estrategias territorializadas y otras con mirada nacional.

El siguiente mapa, ilustra los factores de mayor prioridad por cada territorialidad, permitiendo identificar apuestas de carácter regional, partiendo de la priorización realizada por las comunidades.

Resultados del ejercicio colectivo para el diseño estratégico y de escenarios Lactancia Humana

El texto recopila las perspectivas de diversas comunidades de la siguiente manera: indígenas, afrocolombianas, room, campesinas, entre otras, sobre la lactancia humana para el año 2031. Se centra en mantener y fortalecer las prácticas tradicionales de lactancia, integrándolas con los avances científicos y el apoyo gubernamental. Las comunidades expresan la necesidad de políticas públicas que promuevan la lactancia, incluyendo aumentos en las licencias de maternidad, educación sobre mitos y realidades de la lactancia, y redes de apoyo comunitarias. Además, se enfatiza la importancia de garantizar la alimentación adecuada de las mujeres y personas en periodo de lactancia, combatir la publicidad engañosa de las fórmulas infantiles, y preservar los conocimientos ancestrales sobre el cuidado perinatal. En resumen, la construcción participativa de los diálogos de saberes evidencia la necesidad de articular la sabiduría tradicional con las necesidades actuales para asegurar una lactancia humana exitosa y equitativa para el futuro.

Temas claves

- Apoyo a la lactancia.
- Redes de apoyo.
- Educación sobre lactancia.
- Alimentación materna.
- Salud materna.

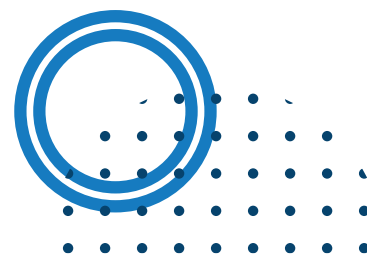
Apoyo y promoción de la lactancia materna

● **Continuar amamantando a niños y niñas:**

Se reafirma la importancia de mantener la lactancia humana como una práctica esencial, especialmente en comunidades indígenas donde representa un pilar de salud infantil y un legado cultural.

● **Crear y fortalecer grupos de apoyo:**

La creación de redes comunitarias de apoyo, integradas por parteras, mujeres indígenas y otros actores clave, busca acompañar a mujeres y personas en período de lactancia, compartir información veraz y realizar diálogos de saberes madre a madre, brindarles un espacio seguro para compartir experiencias.





- **Promover la educación sobre lactancia:**

Es fundamental comprender por diferentes sectores de la población sobre los beneficios de la lactancia, desmitificando creencias erróneas y enseñando técnicas adecuadas. Esto incluye a jóvenes, familias, personal médico y comunidades en general.

- **Mejorar la normativa y los espacios laborales:**

Se proponen políticas que amplíen las licencias de maternidad y paternidad, y se fomentan condiciones laborales favorables, como la habilitación de salas de lactancia en empresas y a nivel comunitario; para apoyar a mujeres y personas que trabajan fuera del hogar en periodo de lactancia.

Rescate y fortalecimiento de saberes ancestrales

- **Integrar los conocimientos tradicionales:**

La combinación de saberes ancestrales con avances científicos busca enriquecer las prácticas de lactancia y cuidado infantil, respetando las cosmovisiones de las comunidades.

- **Preservar las prácticas tradicionales:**

Se busca apoyar a las parteras y a los portadores del conocimiento ancestral, promoviendo su transmisión a nuevas generaciones para mantener vivas las prácticas culturales relacionadas con la crianza.

- **Utilizar alimentos propios del territorio:**

La incorporación de alimentos tradicionales en la alimentación complementaria de las y los bebés fortalece la soberanía alimentaria y conecta a las familias con su entorno, asegurando una nutrición adecuada y culturalmente significativa.

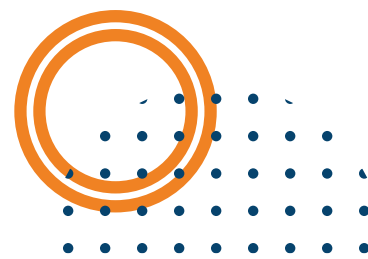
Acceso a recursos y servicios de salud

- **Mejorar la atención en salud:**

Garantizar un acceso de calidad a servicios médicos especializados en lactancia, apoyo psicológico para las mujeres y personas en periodo de lactancia y atención integral durante el embarazo, parto y posparto es prioritario.

- **Garantizar una alimentación adecuada:**

Se propone asegurar la provisión de alimentos nutritivos para las mujeres y personas en periodo de lactancia a través de instituciones como el ICBF, al tiempo que se apoya la agricultura familiar para fortalecer la seguridad alimentaria.





- **Crear bancos de leche:**

La implementación de bancos de leche humana a nivel municipal busca garantizar que los bebés que no puedan ser amamantados directamente tengan acceso a este recurso vital.

Participación de la familia y la comunidad

- **Involucrar a los hombres en la crianza:**

Se promueve la participación activa de los hombres en el proceso de crianza, alentándolos a co-construir un entorno favorecedor para la lactancia humana y compartir las responsabilidades del cuidado posparto.

- **Fortalecer las redes de apoyo:**


La creación y fortalecimiento de redes familiares y comunitarias es esencial para brindar un entorno protector y colaborativo que respalde a las mujeres y personas en periodo de lactancia.

Análisis de Contenido de Entrevistas y Talleres

Para conocer las percepciones, cotidianidades, sentires y necesidades de lactancia humana en los territorios, se diseñó una entrevista semiestructurada. Así como preguntas orientadoras para los conversatorios que incluyeron asuntos acerca de la concepción desde la cosmogonía de los pueblos pasando por la relación corpórea, así como las realidades de su práctica en cuanto a la duración, introducción de alimentos sólidos, uso del biberón y percepción de las comunidades sobre la alimentación artificial y el apoyo del entorno donde se desenvuelve la vida de las familias. Estas entrevistas se dirigieron especialmente a las familias, madres, padres, personas gestantes o en periodo de lactancia, sabedores, parteras y grupos que participan en el cuidado de las niñas y los niños.

Tanto las entrevistas individuales como las intervenciones de los diálogos de saberes grupales permitieron la construcción de los códigos y categorías para el análisis utilizando como recurso ATLAS.ti, un software especializado en el manejo y análisis de datos cualitativos que resultó fundamental para la organización y procesamiento de la información. Este programa permite gestionar grandes volúmenes de datos, creando un entorno que facilita la vinculación de fragmentos textuales a códigos específicos y la estructuración de categorías de análisis.

En el caso de este trabajo, la utilización del software fue clave por dos razones: primero, por la cantidad de información que se necesitaba analizar; y segundo, para codificar de manera eficiente los textos relacionados con el componente. Tanto en las entrevistas como en los diálogos de saberes, emergieron las categorías propuestas inicialmente en la entrevista semiestructurada relacionadas con:

- 
- a) La concepción de la práctica de la lactancia.
 - b) El uso del biberón y chupetes.
 - c) La alimentación artificial.
 - d) La introducción de alimentos sólidos.
 - e) Apoyo para lograr la continuidad del amamantamiento.

El proceso comenzó con una codificación abierta, donde se identificaron conceptos clave a partir de los documentos revisados. La codificación permitió organizar la información en grupos temáticos generales. ATLAS.ti facilitó el etiquetado de fragmentos textuales, asignando códigos que representaban las ideas más relevantes en torno a los objetivos de las entrevistas (Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 2002).

Transversalización por el Diálogo de Saberes. Todo el proceso metodológico fue transversalizado por el diálogo de saberes, entendido como una práctica de encuentro y construcción colectiva entre los diversos actores involucrados (Ghiso, 2000), esto permitió integrar conocimientos científicos, técnicos, locales y tradicionales en cada una de las fases del diseño prospectivo, enriqueciendo la identificación de factores de cambio, la priorización de variables y la construcción de escenarios futuros.

Al fomentar espacios participativos y deliberativos, el diálogo de saberes garantizó la inclusión de múltiples perspectivas, reconocimiento y valorización de los saberes propios de las comunidades.

Vale la pena mencionar que en el componente de lactancia humana se convocaron actores que cotidianamente viven de cerca las prácticas de alimentación infantil, como son:

- Familias en gestación y en periodo de lactancia.
- Parteras tradicionales del territorio.
- Médicos tradicionales de las comunidades y sabedores.
- Agentes educativos de primera infancia.

En muchos estudios estadísticos que buscan medir las tasas del amamantamiento se han obtenido datos numéricos, que si bien permiten el acercamiento a tendencias de su práctica no brindan elementos que permitan transformar las acciones educativas y de acompañamiento que se realizan como parte de las acciones programáticas de las entidades; sin embargo, y de acuerdo con los principios del convenio UDEA-ICBF se buscó indagar sobre los factores relevantes que las comunidades identifican como clave para su práctica encontrando:



Concepción de la lactancia

Entrevista Región Insular, Providencia

La lactancia es algo muy importante, primero porque la leche materna tiene todos los componentes que necesita un niño, desde el momento que nació, hasta los 9 o 12 meses que ya se va adjudicando otra alimentación. Pero es muy importante porque tiene hasta agua. No hay que darle ni agua a los niños recién nacidos; la leche materna tiene todo lo que necesita un niño. Y además, con la leche materna hay más contacto entre madres e hijos, más amor. Los bebés acá son amamantados, pero depende de las mamás. Hay niños que a los 6 meses ya no quieren más, otros a los 12, otros a los 18 meses.

Entrevista a Familia de la Comunidad Indígena Nasa (Páez, Cauca)

“Para mí la lactancia es como un vínculo que tenemos ella y yo, porque el primer vínculo que teníamos entre ella y yo era que ella estaba en mi vientre. El segundo ya pasó a que yo la amamanto y es una zona de seguridad para mi hija, para mí, porque cuando ella se enferma más que todo, pues, yo no le puedo dar de pronto en la comida de sal lo que le puedo dar también en la leche”.

Entrevista a parteras médicas tradicionales Chocó


Nosotros trabajamos con los remedios caseros. En primer lugar, usamos una yerba que se llama celidonia. Cuando la mujer está con dolor, le damos esa toma, Nosotros acostumbramos a darle chocolate con buena leche, cuando en realidad la leche no le baja la madre, entonces se le recomienda eso. También la mazamorra de maíz, también se puede tomar y, aparte de eso uno coge la peinilla y... con una peinilla, entonces inicia un masaje. Y hay una hierba que uno llama la lechera, y eso se cocina y también se le da a beber.

Entrevista región Andina Sur-Páez, Cauca

En el tema de los hombres y lactancia es que por usos y costumbre siempre las mujeres indígenas apoyamos ese tema, pero si los hombres, pues algunas porque algunas tienen esposo, hay otras madres solteras, pero si los hombres apoyan bastante en la lactancia materna, a los niños y a las mamitas, entonces el apoyo de ellos sería como económico, como haciendo la siembra de productos que pueda consumir la mujer para que le baje leche para el bebé, entonces independientemente de cómo sean ellos, están apoyando para el tema de la lactancia materna.

Entrevista a hombre líder de la comunidad Páez, Cauca

Nuestros mayores y nosotros la practicamos hasta el momento, es la preparatoria, cuando una mujer está en embarazo, entonces desde ahí se empieza a prepararnos. Por ejemplo, lo que le decía, si no tenemos frijol cachea empezar a sembrar frijol cachea, empezar a sembrar la papa wata, que son calientes, de lo caliente, yo estoy hablando de la parte fría, entonces todos esos productos se hacían y como siempre se cocinaba es con leña entonces toca es buscar la leña, y cuando la mujer ya tenía el bebé entonces para



tener el cuidado de la dieta de los cuarenta y dos días que nosotros hablamos entonces para estar con ella, pendiente de la mujer, o si no, ahí apoyan mucho nuestras mamás, mejor dicho las nueras cuidan es a las mamás, ha sido ese procedimiento, pero nosotros siempre estamos pendientes de ellas.

Discusión

Las voces manifestadas en las entrevistas permiten visualizar la importancia de la cultura de las comunidades en la práctica de la lactancia humana, manifestando la necesidad de que las acciones educativas recopilen las tradiciones reconocidas por cada pueblo en cuanto a las plantas, rituales, alimentos y cuidados, entre otras prácticas necesarias para el inicio y la continuación del amamantamiento.

De igual forma, se ratifica el concepto positivo que tienen las familias sobre el amamantamiento y la salud física, afectiva y con el ecosistema; sin embargo, se reconocen diferentes dificultades para su continuación más allá de los 18 meses.

Dentro de la concepción de su práctica es bien reconocido el papel de la pareja y de los cuidados que requiere una mujer o persona en periodo de lactancia, que ratifica la necesidad de trabajar su rescate con una perspectiva familiar, comunitaria y diversa.

Duración de la lactancia

Entrevista a familia de la comunidad indígena Nasa

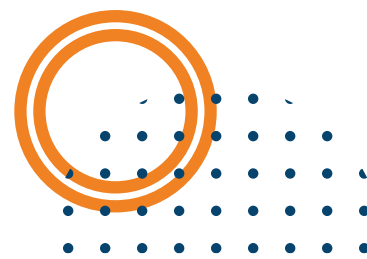
En nosotras varía la edad hasta la que ofrecemos, porque particularmente uno le da de amamantar hasta los 3 o 4 años, pero ahorita en estos tiempos ya se lacta al menos hasta los 2 años, eh, yo la verdad tengo pensado hasta que el cuerpo disminuya su producción... Anteriormente, lo hacían hasta los 3 a 4 años, ahorita, ya lo hacen hasta los 2 años porque desde la occidentalidad dicen que uno hasta los 2 años se puede lactar.


Entrevista a agente educativa Norosí, Bolívar

En lactancia sí que hemos tenido cambios por acá en la costa, ahí sí hemos tenido un salto enorme, anteriormente la alimentación de los chicos era el pecho, lo normal era que la mujer lo amamantaba. Entonces, ya últimamente sí, con la modernidad, el NAN y lo de las Tecno procesadoras, y las computas y ya todo lo moderno ya. Depende solamente de la capacidad económica que tenga la persona”.

Relatoría del diálogo de saberes de las comunidades afrodescendientes de los Consejos Comunitarios Santa Cecilia y Piedras de Pachichí

Se mencionó a las parteras como personas clave para la conservación tradicional de los saberes en torno a la lactancia. También se definió la lactancia como un acto muy grande de amor, por lo que se registraron en la cartografía los elementos clave que diferencian a la práctica de la lactancia en el pasado y en el





en la cartografía los elementos clave que diferencian a la práctica de la lactancia en el pasado y en el presente. Por ejemplo, refieren que, tradicionalmente, uno de los remedios caseros consumidos por las madres lactantes para aumentar la producción de leche materna es un preparado de cáscara de plátano con leche, al que también se le puede agregar cebada, maíz y canela.

En la plenaria, Daniela, como expositora del grupo, manifestó que “antes para producir más alimento se tomaba aguapanela con leche y agua de cáscara de plátano maduro con leche para producir más leche, bueno en el ahora... Pony malta con leche.”

De igual manera, se dialogó acerca de la duración de la lactancia total y los cambios en esta a lo largo del tiempo, frente a lo cual Daniela comentó “se daba lactancia materna de 3 a 5 años, ahora es de 4 a 10 o 11 meses porque los niños nos vuelven como un rejo (risas). Y si es mero complejo, antes las mamás se adelgazaban y era normal, para ellas era normal.”

Discusión

Un punto clave en el acercamiento a la práctica de la lactancia en Colombia implica reconocer la edad para ofrecer LME y continuada y los factores que influyen en el destete temprano para el acompañamiento efectivo y la toma de decisiones informadas por parte de las familias en pleno ejercicio de sus derechos. Es así como los testimonios citan el cambio en las relaciones con el cuerpo y el territorio como factores asociados en la decisión de continuar o no ofreciendo el pecho, pero en especial se resalta la publicidad y la comercialización de PCBU como presiones directas que inciden no solamente en el tipo de alimentos ofrecidos a las y los bebés sino también en el cambio del pensamiento sobre su cuerpo y la capacidad para amamantar.

Alimentación artificial, uso del biberón y chupo.


Entrevista región insular, Providencia

“Muchas mamás dicen que trabajan, entonces tienen que darle otra leche hasta que ellas lleguen a la casa, hay muchos que toman del biberón, tetero, pero igual, con el tetero, también toman leche materna”.

Entrevista región andina sur, familia Nasa

Mi compañero, pues, él no es indígena, sino occidental y él trataba mucho de mirar por internet cómo debía uno darle tete o en qué momento darle seno y qué debería comer para esos temas, el apoyo emocional fue bastante significativo. En mi parte, la alimentación y la parte emocional fueron un apoyo muy grande porque yo generaba leche y mi hija tomaba leche, pero se me botaba mucho, o sea, yo reunía los tarritos de leche porque ella no alcanzaba a consumir toda la leche. Entonces, yo reunía los tarritos de leche y me tocaba vaciarlos. Otra de la experiencia que nosotros tenemos es que la leche, nosotros no la podemos botar así en la tierra o cuando haya sol ni nada de eso, porque la leche se seca, entonces, solamente lo hacíamos a través del sifón o se echaban en los ríos.





El chupón desde un principio, nosotros con mi compañero no quisimos como implementarlo con mi bebé porque es sintético, no tiene algún calor humano, tampoco tiene un alimento que, digamos, que le va a suplir lo de la leche. También otro de los daños que sufría a partir de eso era que no tuviera esa conexión conmigo. Entonces, nosotros no implementamos el chupón. El tetero ya lo empezamos a implementar ya cuando cumplió 6 meses en adelante y ya le empezamos a generar lo que era las coladas más que todo con aguas, pues, la leche era muy pesada para ella. Entonces, nosotros en la cuestión del tetero, trabajamos solamente fue como coladas y aromáticas que se hacían con hierbabuena, pronto alivio, romero y planticas así que le ayudaban a ella a sacar el frío porque en ese tiempo dicen que uno absorbe mucho frío y por lo que mi parto fue en una clínica. Entonces, yo allá absorbí mucho frío y yo terminé incluso hinchada.

La leche de tarro puede ser un buen suplemento, nosotros con mi compañero también la integramos, pero ya fue mucho después, como a los 8 meses que yo pensé que no estaba siendo suficiente mi leche para darle de amamantar a mi hija. Entonces la pusimos, pero ella no fue tan receptiva porque ya estaba acostumbrada a lo que era el seno, la alimentación complementaria y porque la leche de tarro también tenía un sabor como a hierro, no sé, hay unas que vienen con exceso de hierro. Entonces, casi no fue tan receptiva, entonces, no le dimos más, solamente era como en función de ayudarla en su crecimiento y ya después la cortamos, no la utilizamos.

Relatoría del diálogo de saberes comunidades afrodescendientes de los Consejos Comunitarios Santa Cecilia y Piedras de Bachichí

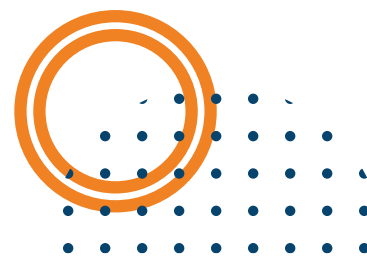
Una de las madres asistentes expresó “Yo tengo dos niñas, ellas son gemelas, y el médico les mandó una leche formulada después de los 3 meses en adelante, porque como eran prematuras, pues el alimento, pues del pecho no era como complemento. Y como eran dos, ya como al año, ya se la cambiamos, primero era la NAN1 y luego S26, así le fuimos cambiando”.

Discusión

Los relatos socializados en cuanto a la alimentación artificial y el uso del biberón y chupón fueron especialmente mencionados por las familias y actores convocados, entre los cuales se resalta el uso frecuente y cotidiano de las fórmulas, así como biberón y chupo, a pesar del saber popular frente a los beneficios y superioridad de la lactancia humana.

Las familias realizaron algunas asociaciones de su uso con recomendaciones de trabajadores de la salud y la “necesidad de su uso” relacionadas con la separación temporal de la madre y el bebé como única opción conocida para la continuación de la alimentación infantil.

Estos testimonios se pueden asociar de igual forma con los hallazgos de las publicaciones citadas en el estado situacional relacionados con la influencia de los mensajes de la industria de alimentos en las decisiones de compra de las familias, así como en la transformación de prácticas ancestrales y sustentables hacia la creación de necesidades de compra, gracias a la presión comercial que llega incluso a la Colombia profunda.





Alimentación complementaria

Entrevista a familia Nasa

Uno ya empieza a lactar lleva una dieta más variada, porque uno puede comer de todo, tomar de todo, pues, menos bebidas alcohólicas y nada de eso. En mi caso, se me facilitó mucho la alimentación complementaria porque ya era más fácil darle; ella por lo menos ahorita come todo: verduras, las habas, habichuelas y también come todo el tema del mexicano y sampayo. Ella casi no es de tomar como líquidos, sino de cosas sólidas. Entonces, toda esa cuestión ella la consume y hasta el momento no me ha rechazado ningún alimento.

Entrevista a agente educativa Norosí, Bolívar

Bueno, cuando antes se empezaba con las coladas naturales de acá. Básicamente, era con harina de maífu o harina de plátano. Esos eran los alimentos básicos que recibía el niño, algunos muy poco del cocimiento de los frijoles, porque nosotros hemos tenido desde hace mucho tiempo la influencia paisa, por las colonias que han llegado, entonces algunos de nosotros por el cocimiento de los frijoles, eso lo mezclaban con leche y también lo servían como tetero para los niños. Decían que era muy bueno, que curaba el estómago, pues cada cosa tiene sus propiedades, pero ahora se usan las compotas.

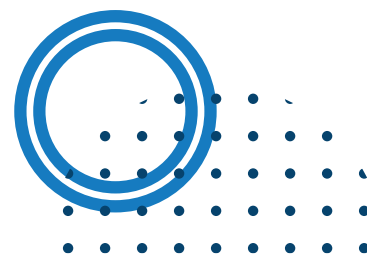
Entrevista a hombre líder de la comunidad Nasa


Lo más importante es que la mamá, siempre se le dice a la mamá que le dé el seno hasta los 6 meses, solamente a los 6 meses, y ya el otro proceso para los complementarios ya se hace un remedio que es darle caldito de frijol cache al niño, es como hacer curación, la parte digestiva, y cuando el niño ya empieza a comer de todo puede que reciba todas las comidas, pero no le va a hacer daño, entonces nosotros ahí jugamos un papel importante, por eso nosotros hablamos del petam, quiere decir dualidad, que si nosotros.

Relatoría del diálogo de saberes comunidades afrodescendientes de los Consejos Comunitarios Santa Cecilia y Piedras de Bachichí

En el grupo de lactancia participó Daniela, una madre lactante en compañía de su hija Antonella, quien, al momento de realizar el ejercicio de cartografía, estaba tomando en un biberón colada de avena. Entre otras cosas que le ofrece Daniela a la niña en el biberón también se mencionan la leche con aguapanela, leche entera y coladas.

En relación con la alimentación complementaria, las participantes comentaron que antes se hacían las compotas y coladas caseras, ahora se compran las compotas en tarro de la tienda. Asimismo, durante el ejercicio, las participantes compartieron otras recetas como el jugo de sábila con leche Klim, la limonada de limón con hierbabuena, el jugo de remolacha, el jugo de zapallo, la colada de maíz y la colada de plátano popocho. También se habló de la Bienestarina, y las participantes comentaron que la Bienestarina antes traía la leche incluida. Ahora las madres le agregan leche a la colada de Bienestarina porque sienten que sin leche no es tan buena.





Discusión

Al indagar en la esfera de la introducción de alimentos complementarios diferentes a la leche humana se puede observar claramente la transversalización de la soberanía alimentaria en las prácticas de alimentación desde el inicio de la vida, ilustrando el ofrecimiento de alimentos propios del territorio y de la cultura culinaria en algunos territorios, pero también la influencia comercial de los PCBU de venta en todos los lugares donde se desarrolló la avanzada de campo. Preocupantemente, en las voces recogidas se evidencia con gran fuerza la arremetida de compotas industrializadas y otros productos dirigidos a la alimentación en los primeros años de vida de las niñas y los niños.

Estrategias de apoyo

Entrevista a Familia Nasa, Páez Cauca

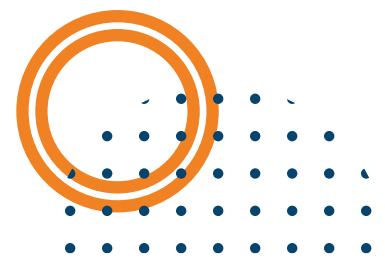
La verdad, acá en el territorio no hay programas de lactancia para nosotros, solamente desde la occidentalidad, pues, hacen como encuentros en articulación con la IPS y la ESE Tierradentro; a veces van y hacen encuentros con las mamitas y les explican cómo debe ser la lactancia materna y todas esas técnicas que le enseñan para dar de amamantar, pero en sí un grupo de lactantes no existe. Solamente existen programas de información de lactancia desde lo occidental.

Me gustaría agregar que de pronto dentro de la occidentalidad se pueda dar esa diferencia de atención, porque desde que yo ingresé al hospital eso fue traumático, ya que recibí esa violencia, o sea, era un momento que yo tenía mucho dolor y me daban ganas de pujar y a mí me dijeron que no podía pujar porque tenía uno de dilatación y mi compañero en el desespero, pues, llamó acá a mi familia que yo no podía avanzar y ellos desde el tema de la ancestralidad hicieron una armonización y demás, pero allá yo no estaba como recibiendo todo eso. Allá fue el tema de que mi compañero dijo que sí podía ingresar una partera para que me revisara y viera si había algún tema que de pronto no estuviera bien. Entonces, a mi compañero lo trataron de loco y le dijeron: usted está loco, cómo se le ocurre que va a llevar una partera, eso no es de esos temas. Incluso un tío me fue a visitar y dijo que sí se podía llevar la partera y le dijeron que no, fueron totalmente cerrados al tema, que alguien me fuera a ver, observar o hacerme un acompañamiento porque durante toda mi labor de parto no estuve acompañada. Entonces, no recibí como esa diferencialidad en tema de cuestión de cultura.

Relatoría del diálogo de saberes de las comunidades afrodescendientes de los Consejos Comunitarios Santa Cecilia y Piedras de Bachichí

Una de las asistentes expresó “Yo entiendo que es como escucharnos entre nosotros mismos, hablar y coordinar muchas cosas... es muy importante porque uno tiene que hablar y que lo escuchen a uno, y uno escuchar también, porque si yo hablo y a mí no hay quien me escuche, entonces no hay nada”.

La información recopilada permitió visualizar las esferas multidimensionales que se relacionan con la práctica de la lactancia, incluyendo de la semilla al cuerpo, así como el contexto familiar y comunitario.





Discusión

Entre los factores más relacionados con la continuación del amamantamiento se destacó el apoyo como un determinante esencial que puede observarse en todos los territorios, con elementos asociados al apoyo de actores como parteras y líderes de las comunidades, quienes son validados y reconocidos por las familias, lo cual resalta la necesidad de reformular los encuentros educativos transmisionistas por escenarios de diálogo permanente en el que las familias resaltan la necesidad de devolver la voz a las comunidades para ser escuchadas. Para resaltar entre las manifestaciones de las voces de las familias es determinante que las acciones de apoyo tengan un enfoque diferencial construido con las comunidades que permitan el reconocimiento de la cultura y los saberes propios.

Fase 3: Diseño Estratégico


Estrategia de Lactancia Humana: Plan de Acción para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Humana y a la Alimentación Complementaria para el ICBF

El PDLMAC es el marco de referencia de promoción, protección y apoyo a la lactancia humana, en el que el ICBF es un actor protagonista mencionado dentro del plan como una instancia de acompañamiento técnico junto con el del Ministerio de Salud y Protección Social (DAPRE et al., 2021). Asimismo, la entidad es un referente de promoción de la lactancia por su capacidad articuladora entre sectores, además de su misionalidad en el entorno comunitario y de su alcance en todo el territorio nacional.

Esta normativa colombiana está concebida como instrumento de política pública que orienta las intervenciones de protección de las niñas y los niños desde la gestación hasta los 2 años de vida, por medio de un conjunto de líneas estratégicas, productos y acciones, orientados a la mejor alimentación y nutrición disponible basada en la adecuada práctica de lactancia humana familiar, comunitaria y diversa y en una alimentación complementaria natural, saludable y culturalmente pertinente.

En este contexto cabe mencionar que aunque el PDLMAC 2021-2030 (DAPRE et al., 2021) es el punto de partida para la planeación de las acciones lideradas por ICBF en los diferentes niveles, se deben tener en cuenta las necesidades referidas en el territorio a través del trabajo de campo para fortalecer las acciones que se vienen adelantando y por tanto las propuestas mencionadas en el convenio ICBF-UDEA parten de la armonización entre las menciones del plan y lo recogido en el trabajo de campo.

A partir de esto se retoman los preceptos más importantes para la proyección de un plan institucional, que centra sus objetivos en la garantía de los derechos humanos, no solamente de las niñas y los niños sino también de los pueblos, las mujeres y personas en periodo de lactancia y sus familias, priorizando la voz priorizando la voz de Colombia con sus territorialidades partiendo desde los deseos, las necesidades, los saberes y las realidades recogidas en el territorio. Para hilar las realidades territoriales con las acciones propuestas por el PDLMAC (DAPRE et al., 2021). se hace necesario retomar las líneas estratégicas propuestas por este lineamiento nacional.

- 
1. Gobernanza.
 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias.
 3. Transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras.
 4. Gestión del conocimiento.

1. Gobernanza: la gobernanza en el marco de la lactancia humana: familiar, comunitaria y diversa contribuye a la garantía del derecho a la alimentación en sinergia con la salud planetaria y ecológica con el territorio, requiere ineludiblemente el ejercicio del poder popular alimentario y la participación territorial activa, es decir que se debe contar con la cooperación vinculante de las organizaciones y movimientos sociales en todo el territorio nacional para dar respuesta a las necesidades de la comunidad.

Para el ICBF esta línea estratégica se traduce en posicionar las necesidades sentidas recopiladas en el marco de este convenio en los territorios en las acciones transectoriales que lidera (CIPI y CIDHA) a través de las acciones adelantadas por el SNBF para el cumplimiento de los 4 resultados propuestos del PDLMAC 2021-2030 (DAPRE et al., 2021).

2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: esta línea se relaciona estrechamente con el proceso de “Educación para la Salud Alimentaria” implementando propuestas que fortalezcan la soberanía, justicia y ciudadanía alimentarias, promoviendo prácticas sustentables y conectando la cosmovisión propia de los pueblos, las prácticas de crianza y de cuidado con la lactancia humana. Convoca al ICBF a la reconceptualización de las acciones educativas en todas las misionales, promoviendo el abordaje de la lactancia humana y la alimentación infantil saludables desde el posicionamiento de los saberes ancestrales y procesos dialogados que rompan los esquemas hegemónicos de poder.

3. Transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras: esta línea estratégica convoca al ICBF a incluir acciones aterrizadas a las necesidades del territorio dando una respuesta a las realidades, particularidades y potencialidades de las niñas y los niños, así como a sus familias y la comunidad, partiendo de las voces de los territorios que han sido silenciadas por la imposición de los saberes occidentales, invisibilizando los saberes ancestrales y anteponiendo los intereses particulares de quienes diseñan la oferta programática de las atenciones.

Es importante mencionar que para el cumplimiento de las metas y la materialización de las acciones de promoción, protección y defensa a la lactancia humana y la alimentación complementaria saludable se debe partir de una clara postura de la entidad para evitar los intereses en conflicto incluyendo las alianzas público-privadas.

4. Gestión del conocimiento: el desarrollo estratégico y táctico de esta línea por parte del ICBF está enfocado a procesos de identificación, generación, preservación, uso, apropiación y transferencia del conocimiento con la comunidad beneficiaria de los distintos programas en articulación de alianzas libres de conflicto de interés con la academia, el Ministerio de Educación, las agremiaciones de profesionales y organizaciones de la sociedad civil que permita comprender las barreras, costumbres, prácticas, saberes,

dogmas, intervenciones, experiencias sobre los derechos a una alimentación y nutrición adecuada a partir de la lactancia humana y la alimentación complementaria saludable así como a la salud y al desarrollo integral de las niñas y los niños hasta sus 2 años de vida y de las mujeres y personas gestantes y en periodo de lactancia.

Informe de resultados de la Encuesta del Componente de Lactancia Humana. Análisis de Resultados

Pregunta 1: ¿Cómo se imaginan y se sueñan que la lactancia humana aporte a las apuestas de futuro para el año 2031?

En la Figura 32, se presenta la nube de palabras como resultado del proceso de análisis exploratorio cualitativo, y en la Figura 33, se presenta un diagrama con los conceptos más empleados por las y los participantes al momento de describir sus sueños y propósitos con la lactancia materna.

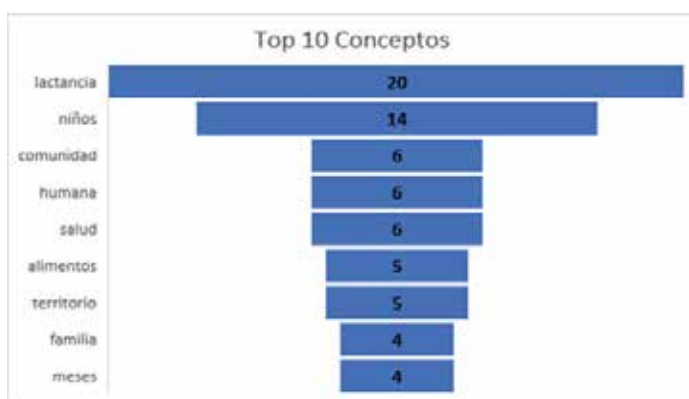
Figura 32. Nube de palabras para propósitos con la lactancia materna a 2031.



Nota. Elaboración propia.



Figura 33. Conceptos más utilizados por exponer los propósitos en lactancia materna a 2031.



Nota. Elaboración propia.

En las Figuras 32 y 33 se observa que, para referirse a las metas, propósitos y sueños con relación a la lactancia, los 5 conceptos más utilizados fueron lactancia, niños, comunidad, humana y salud. En el análisis cualitativo de los discursos de las y los usuarios, refieren que la promoción de la lactancia humana debe beneficiar principalmente a las niñas y los niños de los territorios, a través de la cual se garantice el derecho humano a la alimentación desde el inicio de la vida, relacionándola con la soberanía alimentaria de los territorios y la sustentabilidad del planeta. En la primera pregunta, es claro que en este proceso debe participar toda la familia y la comunidad como una responsabilidad colectiva.

En cuanto a las instituciones mencionadas en las voces de los actores participantes, se hizo especial referencia a las entidades de carácter nacional, departamental, regional, así como asociaciones territoriales como cabildos indígenas, médicos tradicionales, líderes comunitarios y parteras, que incluyen también prácticas de cuidado desde la gestación.

Por otra parte, entre los sentires de las y los participantes también se incluye el hecho de que la familia también es un actor crucial en este proceso, por lo que se resalta que el acompañamiento y el apoyo familiar serían cruciales para poder lograr la continuidad del amamantamiento. Finalmente, a través del concepto “meses”, se evidencia que las y los participantes tienen clara la duración de la LME y complementaria y están de acuerdo en que este tiempo debe cumplirse a cabalidad para que el proceso nutricional lleve el máximo beneficio.

En la Figura 34, se observa una red de relaciones semánticas entre los conceptos empleados por las y los participantes en la pregunta 1, relacionada con los propósitos de la lactancia humana para 2031. Haciendo un análisis semántico, las y los participantes consideran como fundamental el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los géneros, en los que se resalta la educación sexual y ubican la práctica del amamantamiento en el marco de las relaciones del cuerpo y las relaciones de pareja.

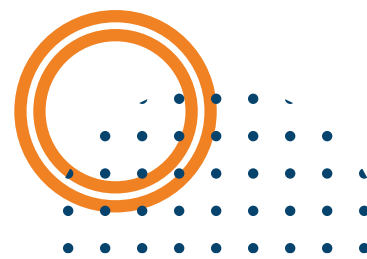
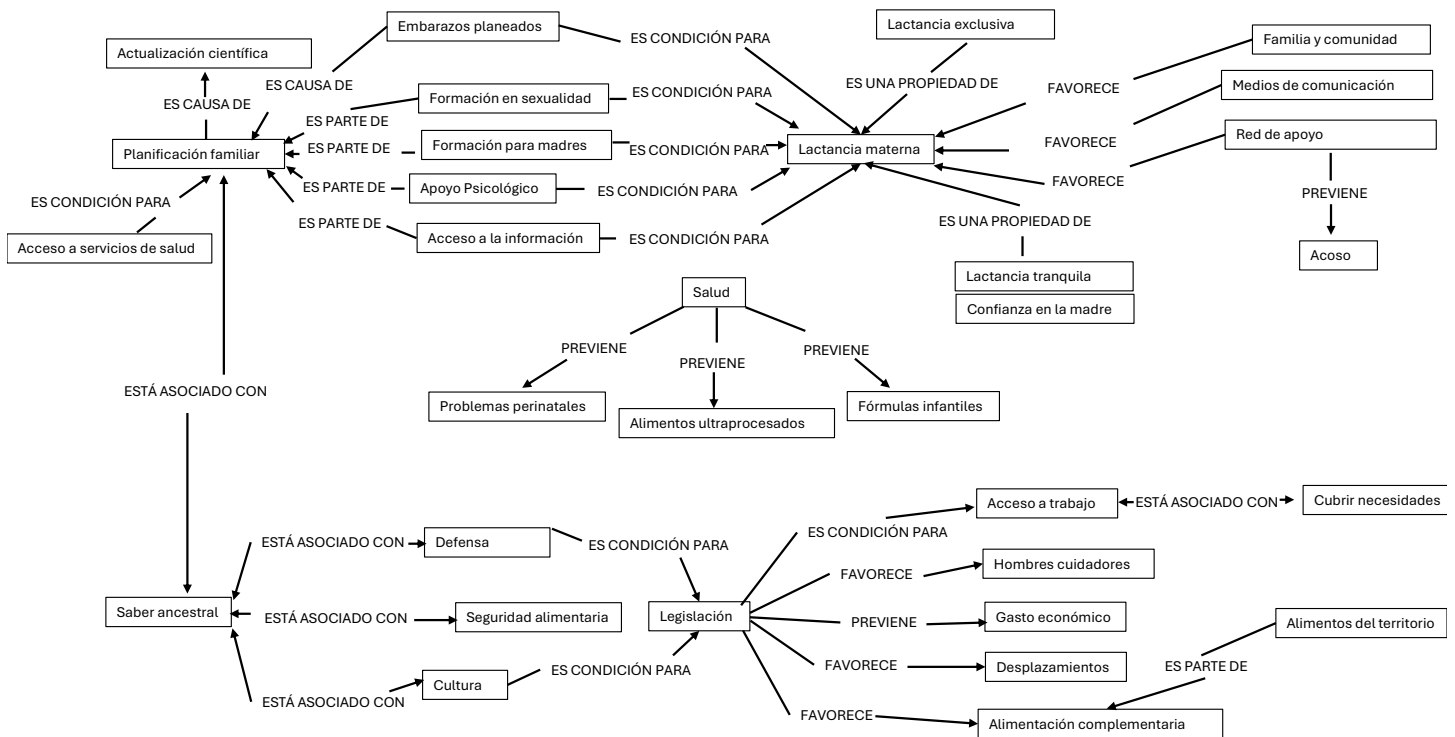


Figura 34. Nube de palabras para propósitos con la lactancia materna a 2031.



Nota. Elaboración propia.

También se resalta que las y los participantes entrevistados manifestaron la necesidad de apoyo enmarcado en las prácticas culturales propias de sus comunidades y que este elemento debe ser también plasmado en las acciones de promoción de la lactancia humana y la alimentación infantil.

El acceso a servicios de salud es una condición para que las y los jóvenes y adultos reciban acompañamiento en procesos de planeación familiar, la cual a su vez debe estar determinada tanto por los avances en el conocimiento científico como por los saberes ancestrales y las prácticas culturales de cada comunidad. Los aspectos constitutivos de la planificación familiar se consideran una condición para una LM de acuerdo con la apuesta “lactancia humana, familiar, comunitaria y diversa” con la integración de los elementos clave de responsabilidad colectiva para el logro de la duración óptima, la cual es favorecida por el acompañamiento familiar, las redes de apoyo y los medios de comunicación que también pueden contribuir a fortalecer la lactancia humana.

Finalmente, los saberes ancestrales deben ser considerados como características culturales fundamentales que marcan la pauta para el desarrollo de políticas públicas no solamente en lo relacionado con seguridad alimentaria, sino que también las y los participantes consideran que desde el gobierno nacional y departamental se deben adelantar esfuerzos que permitan avanzar en la legislación general en términos de acceso al trabajo para madres y padres después de la licencia, flexibilización laboral para que los

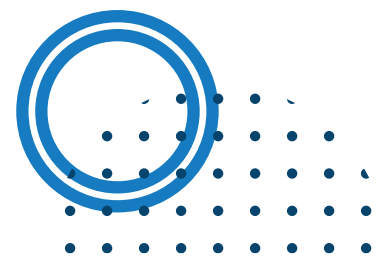
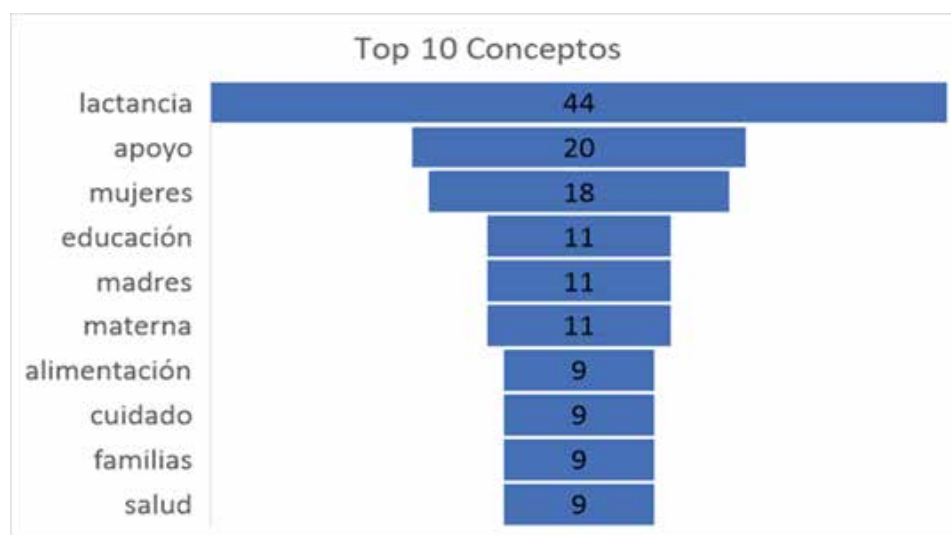


Figura 36. Conceptos más utilizados para exponer las acciones a implementar.

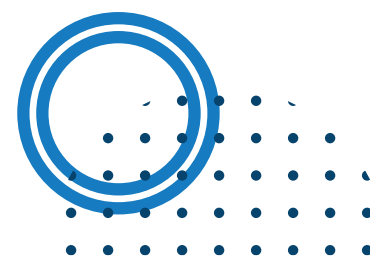


Nota. Los números en las barras azules corresponden a la frecuencia relativa en la que aparece cada palabra en los reportes de entrevista analizados. Elaboración propia.

En las figuras 35 y 36, se observan los conceptos más utilizados por las y los participantes al momento de describir las acciones necesarias para alcanzar los objetivos establecidos en la pregunta 2; sin embargo, aquí se resalta la importancia del apoyo de todos los sectores, incluyendo del sector público y privado, comunidad en general, así como los gobiernos indígena y cabildos en el casco urbano donde confluyen comunidades indígenas.

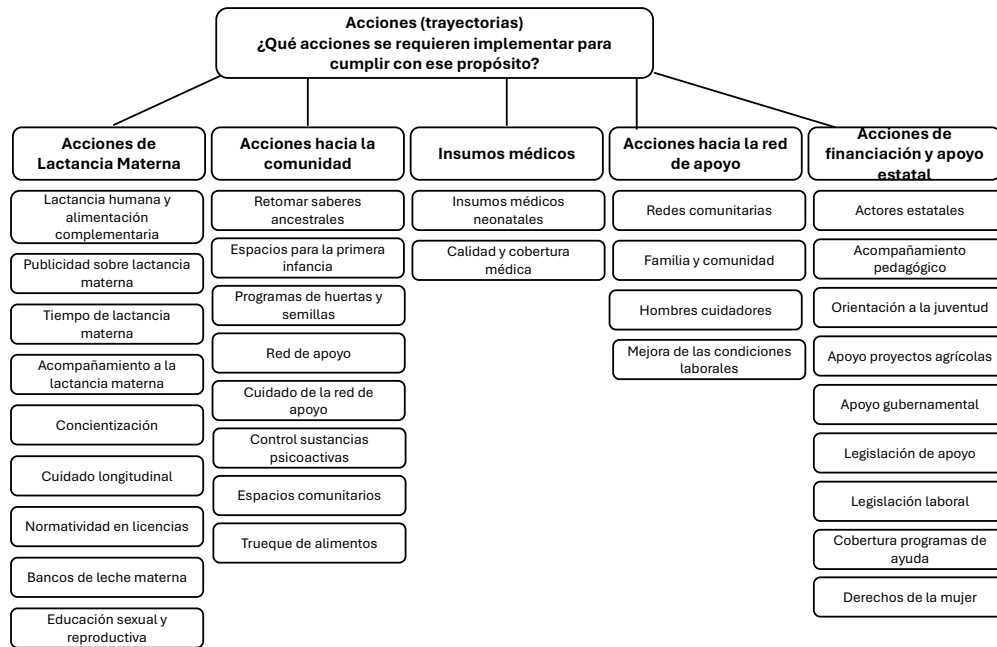
Se resalta, de igual forma, el papel de la familia y al padre o la pareja en el cuidado de la gestación, el parto y la crianza. Para las y los participantes, la educación resulta ser un factor crucial y transversal a todas las acciones a implementar, en el cual se resalta la necesidad de incrementar la educación en salud sexual y reproductiva para la prevención del embarazo no deseado, educación en lactancia para madres y padres, educación en todos los temas relacionados con salud sexual desde las orientaciones que reciben los jóvenes en colegios, universidades y escuelas con el involucramiento de las y los jóvenes y adolescentes.

Otros conceptos principales son: alimentación y salud. Respecto a la alimentación las y los participantes resaltan la importancia de fortalecer la alimentación a las mujeres y personas en gestación tanto durante el embarazo como durante la lactancia, considerándolo como parte importante de las acciones que se deben llevar a cabo por parte de las instituciones y comunidad. También refieren la importancia de fortalecer la alimentación complementaria, especialmente brindando alimentos propios del territorio. Finalmente, el concepto salud se presenta de diferentes formas, por un lado, se utiliza refiriendo a la salud sexual y reproductiva, así como al fortalecimiento de la infraestructura, dotación y capacitación sin conflictos de interés a las y los profesionales encargados del acompañamiento a las familias manifestando la necesidad de generar adecuaciones y optimizaciones a los centros de salud de los territorios, en especial para la armonización de los conceptos de la salud occidental y las cosmovisiones propias.



En la Figura 37 se observa una clasificación de las medidas o acciones a realizar para lograr los objetivos propuestos por las y los participantes.

Figura 37. Clasificación de las acciones o trayectorias a desarrollar.

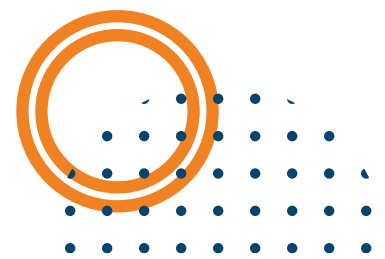


Nota. Elaboración propia.

En la Figura 37, se observa que las acciones propuestas por las y los participantes pueden dividirse en acciones orientadas a la lactancia, acciones hacia la comunidad, insumos médicos, acciones orientadas a fortalecer la red de apoyo y acciones orientadas al apoyo estatal. Respecto a las acciones específicas para el amamantamiento se resalta la educación y capacitación en lactancia, su promoción a través de la publicidad masiva, el acompañamiento, la concientización, el cuidado longitudinal de la mujer o persona en periodo de lactancia, la necesidad de mejorar las licencias de maternidad y paternidad para la continuidad del proceso teniendo en cuenta que el trabajo fuera del hogar dificulta drásticamente su sostenibilidad, por cuanto la inversión en la creación de BLH y la educación en la extracción, conservación, transporte y suministro son elementos clave para el manejo práctico de la leche humana.

Respecto a las acciones orientadas hacia la comunidad, las y los participantes reportan la necesidad de retomar los saberes ancestrales incluyendo el conocimiento de las plantas tradicionales, los rituales y las cosmovisiones relacionadas con la vida y la Madre Tierra para abordar las acciones educativas.

Dentro de las actividades propuestas en los diálogos para lograr la visión de futuro propuesta para territorios más comprometidos con la lactancia, se refiere la importancia de planear acciones pedagógicas que promuevan la cultura por el amamantamiento en los servicios de atención a la primera infancia que enfrenten los problemas de publicidad y comercialización de productos comestibles y bebibles ultraprocesados y el desarraigo por la tierra, así como fortalecer los proyectos agrícolas y el crecimiento de las huertas, el trueque de alimentos y los cuidados orientados a la familia y a la red de apoyo.



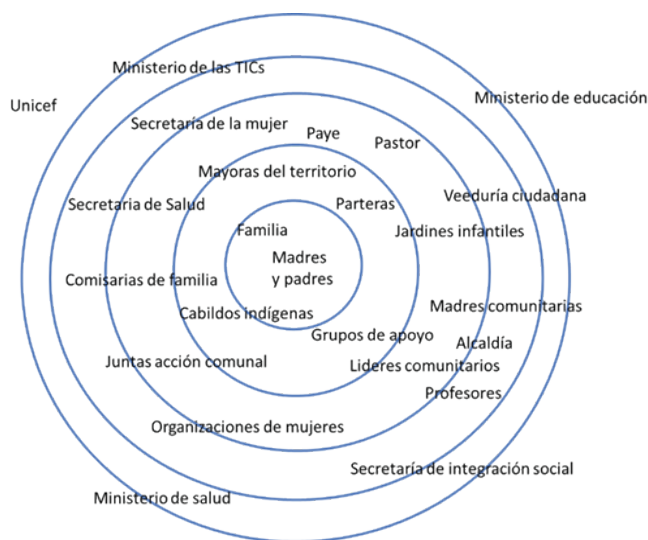
En las Figuras 38 y 39, se muestra que las y los participantes consideran que los actores más relevantes para cumplir los objetivos en términos de LM son: el Ministerio de Salud como ente rector en las políticas públicas de lactancia y secretarías de salud en el nivel territorial, seguido del ICBF y finalmente la comunidad y la familia como escenarios de apoyo directo determinantes en la continuidad o no de su práctica.

Respecto a los ministerios, las y los participantes indicaron como actores clave al Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de las TICs. En relación con las secretarías se mencionó a la Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Secretaría de Integración Social y Secretaria de la Mujer.

Respecto a la rama judicial, se mencionaron las comisarías de familia. Con respecto al gobierno local, las y los participantes señalaron a entidades de control territorial, juntas de acción comunal, líderes y lideresas comunitarias. Además, se mencionaron a otros actores comunitarios como centros de atención integral a la primera infancia, parteras, gobierno indígena y Payé en el caso de comunidades indígenas, así como pastores en el caso de comunidades religiosas.

En la Figura 40, se presentan las instituciones que las y los participantes perciben como clave para llevar a cabo las acciones de apoyo y acompañamiento a la práctica del amamantamiento. Se observa en la imagen la heterogeneidad en los tipos de institución. Instituciones como la familia, las mayores del territorio, parteras, grupos de apoyo y el cabildo indígena son instituciones más cercanas a la familia. Mientras que instituciones y actores como jardines, Payé, pastor, profesores y líderes comunitarios serían instituciones ubicadas en un segundo nivel de apoyo. Un tercer nivel está conformado por instituciones como secretaría de la mujer, integración social y secretaría de la salud, organizaciones de mujeres y veeduría ciudadana. Asimismo, otras instituciones quizás de apoyo más lejano están relacionados con los Ministerios, Gobierno Nacional y UNICEF.

Figura 40. Instituciones clave y estratégicas para la implementación de acciones.



Nota. Las instituciones se encuentran organizadas de acuerdo con la cercanía que pueden tener al núcleo familiar conformado por madre y padre. Las líneas azules representan los niveles de cercanía y apoyo que las instituciones y actores tienen respecto de la familia nuclear conformada por madres y padres. Elaboración propia.



Precisiones para la Proyección del Plan Institucional de Lactancia Humana y Alimentación Complementaria 2025-2031 del ICBF

En el marco del convenio interadministrativo UDEA-ICBF se recogieron las voces del territorio para ser armonizadas con la política marco, dando prioridad a las realidades identificadas por las familias y actores determinantes en la práctica de la lactancia y la alimentación infantil saludable, ubicando estas necesidades mencionadas dentro de las líneas de acción propuestas por el plan decenal que direccionan todas las acciones en todas las esferas de orden nacional, regional y municipal.

Una vez realizada la identificación de las acciones más destacadas por las familias y actores clave, se clasificaron de acuerdo con su finalidad, ya sea la promoción, protección o el apoyo a la lactancia.

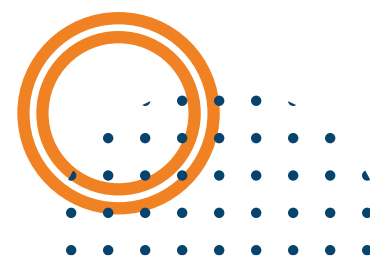
Acciones de promoción

Debe entenderse como la integración y desarrollo de acciones orientadas a consolidar una cultura de respeto, aceptación y protección de la LH, con base en el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su medio ambiente natural, político, social y cultural, fomentando estilos de vida y ambientes saludables (Ministerio de la Protección Social et al., 2010).

Para materializar las acciones de promoción es necesario que los servicios, programas y proyectos que tienen contacto con las mujeres y personas gestantes y en periodo de lactancia, así como sus familias reciban acompañamiento a través de las actividades relacionadas con la información, educación y comunicación que se establecen con el público general acerca de las prácticas de alimentación de las niñas y los niños menores de 2 años, garantizando que la información proporcionada sea precisa, completa y libre de conflicto de interés en la tabla 4 se clasifican las acciones más referidas por los territorios.

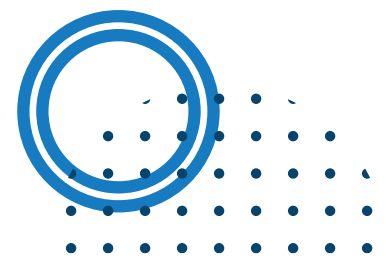
Tabla 4. Acciones de promoción mayormente referidas en los territorios.

Acciones de Promoción	Armonización de las Acciones por Líneas del PDLMAC
Fomento de grupos de apoyo con participación de la familia en cuanto a los cuidados de la gestación, puerperio y lactancia con uso de plantas propias de la región.	Línea estratégica 1. Gobernanza: Resultado 2
Promoción de grupos y redes de apoyo a las familias que cuidan el parto y el postparto con énfasis en el papel del hombre y la pareja en la crianza y la lactancia.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 1
Fortalecer el proceso de acompañamiento de los programas dirigidos a familias gestantes y lactantes con especial énfasis en recuperar la confianza de la madre.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 1
Entregar apoyo alimentario a familias para continuar la lactancia humana de acuerdo con la cultura alimentaria.	Línea estratégica 1. Gobernanza: Resultados 2 y 3
Invertir en investigaciones científicas que estudien los efectos de los alimentos como coladas de popocho, tinta de frijol, chocolate o aromáticas de plantas medicinales a los menores desde su nacimiento	Línea estratégica 4: Gestión del conocimiento. Resultado 1
Implementar programas o proyectos que proporcionen semillas nativas y acompañamiento técnico agropecuario a las huertas caseras, huertas comunitarias azoteas y cultivos de las familias, de manera que siempre cuenten con sus recursos y la comida no les falte para poder amamantar a sus hijas e hijos.	Línea estratégica 1. Gobernanza: Resultados 2 y 3





Acciones de Promoción	Armonización de las Acciones por Líneas del PDLMAC
Desarrollar recursos informativos, incluyendo la transmisión y rescate del conocimiento ancestral que se ha perdido, priorizando la oralidad a través de radios y grabaciones de audio en lenguas propias.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 3
Construcción y adecuación de salas de LM. Informar sobre extracción, conservación, transporte y suministro de leche humana.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 5
Desarrollar actividades pedagógicas con las niñas y los niños desde la primera infancia que siembren cultura por la lactancia humana.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 2
Fomentar guías de intercambios de alimentos propios del territorio para introducir la alimentación complementaria de forma autóctona.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 2
Realizar encuentros de palabra que relacionen la lactancia humana con relación al cuidado del agua y el medio ambiente, así como los impactos al planeta del uso de fórmulas.	Línea estratégica 3. Transformaciones sociales: Resultados 1, 2 y 3
Incluir en los planes de trabajo de lactancia, no solo en el mes de agosto, la relación entre lactancia y la prevención de la desnutrición, resaltando su costo económico y de recursos naturales.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 2





Acciones de Promoción	Armonización de las Acciones por Líneas del PDLMAC
Hacer talleres con las familias sobre los componentes reales de los productos procesados y enseñar a administrar el dinero para no invertir en productos que pueden enfermar a las niñas y los niños.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 3

Nota. Elaboración propia.

Acciones de apoyo

Se refiere a la generación de oportunidades efectivas de la utilización de la LM como factor central del desarrollo humano en términos de capacidades desde que se nace. Esto supone compromisos institucionales y sociales que establezcan espacios favorables a la lactancia (Ministerio de la Protección Social et al., 2010).

Dentro de estas acciones se incluyen actividades que trascienden de la educación transmisionista hacia la provocación de escenarios de reflexión, diálogo y construcción de conocimiento para la transformación de las condiciones que generan dificultades para la práctica de la LM exitosa.

El apoyo es necesario a nivel individual y grupal; de manera individual se traduce en el acceso a servicios de apoyo y escenarios de empatía con las mujeres y personas en gestación o en periodo de lactancia. En este sentido, se deben propiciar las condiciones óptimas para lograr el amamantamiento de acuerdo con las recomendaciones de la duración óptima con una visión de derechos de las mujeres que disminuye las brechas históricas de desigualdad entre hombres y mujeres, así como la inclusión de las nuevas construcciones sobre los géneros y su rol en la crianza. El apoyo también hace referencia a propiciar el contacto entre pares y la socialización de experiencias e historias de vida.

El apoyo a nivel grupal genera compromiso y respaldo a la movilización social a favor de la cultura de la Lactancia Humana, Familiar, Comunitaria y Diversa. Este apoyo incluye fortalecimiento técnico a las y los profesionales que están con las familias gestantes y en periodo de lactancia y sobre todo fortalecimiento de sus habilidades para comunicarse con las madres y padres, familias y comunidades, así como la creación de Salas Amigas de la Familia Lactante en entornos institucionales, comunitarios y laborales para contribuir a proteger el derecho de las mujeres y personas en periodo de lactancia a amamantar cuando y donde necesiten (Secretaría Distrital de Integración Social, 2023).

En la tabla 5, se observan las acciones de apoyo sentidas en las territorialidades alimentarias de Colombia como fundamentales.

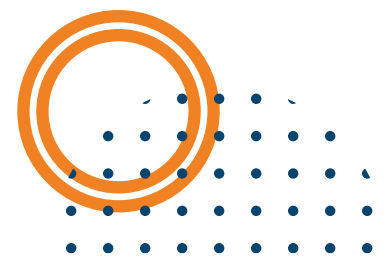
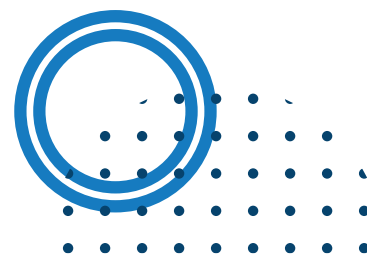


Tabla 5. Acciones de apoyo sentidas en las territorialidades alimentarias de Colombia como fundamentales.

Acciones de Apoyo	Armonización de las Acciones por Líneas del PDLMAC
Llevar a cabo acciones educativas de lactancia humana con un enfoque más familiar y comunitario que aborde el papel de las redes de apoyo y no se centren únicamente en la responsabilidad de la persona gestante.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 1
Promover huertas con plantas medicinales propias de los territorios y enseñar sus propiedades en el cuidado de la gestación, parto y puerperio.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 1
Gestionar con el sector salud el acceso de los servicios de salud, incluyendo la planificación familiar, los controles prenatales y la valoración integral.	Línea estratégica 1. Gobernanza: Resultados 2 y 3.
Capacitación y fortalecimiento de parteras y sabedores de los pueblos en lactancia humana con enfoque diferencial que reconozca su saber ancestral.	Línea estratégica 3. Transformaciones sociales: Resultado 1.
Resaltar el papel fundamental de las parteras y parteros, hacer visible su red para que más personas jóvenes se enamoren del oficio y pueda haber relevo generacional y conservar las tradiciones.	Línea estratégica 3. Transformaciones sociales: Resultado 1.
Acompañar a la comunidad en temas de salud sexual y reproductiva que avancen en el reconocimiento de los derechos de las mujeres y la responsabilidad de las familias.	Línea estratégica 1. Gobernanza: Resultado 1.



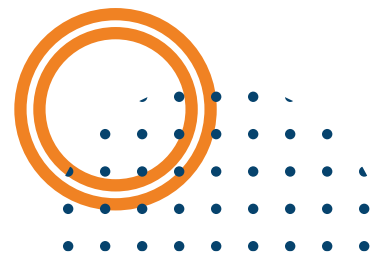


Acciones de Apoyo	Armonización de las Acciones por Líneas del PDLMAC
<p>Articular los conocimientos tradicionales con el conocimiento científico para enseñar y promover las técnicas más adecuadas para practicar la lactancia y evitar el consumo de fórmulas infantiles.</p>	<p>Línea estratégica 4. Gestión del conocimiento: Resultado 1</p>
<p>En el casco urbano y ciudades que tienen pueblos migrantes se deben hacer grupos de apoyo que cuenten con los cabildos y grupos étnicos.</p>	<p>Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 4</p>
<p>Fomentar en los municipios el cuidado de las niñas y niños prematuros y el plan canguro en asociación con el sector salud.</p>	<p>Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 4</p>
<p>Enlazar las acciones de los profesionales psicosociales para que prevengan y detecten depresión postparto.</p>	<p>Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 4</p>
<p>Hacer bancos de leche municipales para que más niñas y niños puedan recibir leche humana cuando hay situaciones que dificultan la lactancia directa.</p>	<p>Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 4</p>

Nota. Elaboración propia.

Acciones de Protección y Defensa

Se relaciona con todas las acciones de alto valor público orientadas a la prevención, mitigación y superación de riesgos individuales y sociales, que afectan los derechos de los seres humanos. En términos de la primera infancia, se refiere al reconocimiento de los derechos prevalentes de niñas y niños, en especial los que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad incrementada (Ministerio de la Protección Social et al., 2010).





Estas acciones de protección y defensa están también vinculadas con acciones de veeduría ciudadana y control social para la exigir la garantía del derecho a la salud alimentaria, especialmente en lo relacionado con la alimentación artificial y los sucedáneos de la leche humana.

La protección de la LH debe integrarse en los procesos de promoción de la práctica debido a que se encuentra amenazada, especialmente por los intereses económicos de las industrias que comercializan alimentos infantiles y que menoscaban su práctica (Secretaría Distrital de Integración Social, 2023). En este contexto, la herramienta más importante y mencionada en los territorios consultados es el CICSMLM que establece disposiciones para una regulación estricta por parte del Estado en beneficio de las niñas, los niños y sus familias durante la primera infancia.

En la Tabla 6 se ubican las acciones referidas por los territorios en relación a la protección y defensa de la lactancia humana.

Tabla 6. Ubicación de acciones de protección y defensa en el Plan de Trabajo ICBF armonizado con PDLMAC.

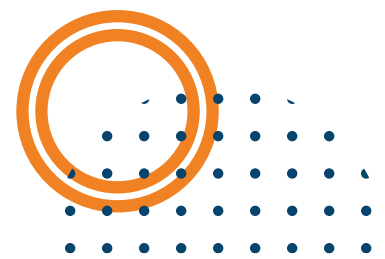
Acciones de Protección y Defensa	Ubicación en el Plan de Trabajo ICBF armonizado con PDLMAC (Anexo)
Combatir la desinformación y la publicidad de las fórmulas infantiles a través de la educación adecuada y a tiempo de toda la comunidad en estos temas, con herramientas como redes sociales y otros medios de comunicación.	Línea estratégica 3. Transformaciones sociales: Resultado 1
Campañas informativas y talleres para todas las personas para la divulgación de los riesgos y consecuencias de consumir las fórmulas lácteas; así como temas de mitos y realidades de la LM.	Línea estratégica 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias: Resultado 1





Acciones de Protección y Defensa	Ubicación en el Plan de Trabajo ICBF armonizado con PDLMAC (Anexo)
<p>Apoyar a través de convenios con la sociedad civil y la academia (ambas sin conflictos de interés) la regulación real de sucedáneos de la leche humana.</p>	<p>Línea estratégica 1. Gobernanza: Resultados 2 y 3</p>
<p>Abogar por la ampliación de la licencia de maternidad y paternidad con otros sectores, convocando a la sociedad en general. Lo anterior, reconociendo que el ICBF no es el encargado de la norma, pero, si debe promover la participación ciudadana y facilitar la veeduría del tema.</p>	<p>Línea estratégica 1. Gobernanza: Resultados 2 y 3</p>
<p>Socializar los resultados de los monitoreos al código de sucedáneos en todas las regionales, promoviendo la denuncia constante desde los territorios hacia las esferas nacionales</p>	<p>Línea estratégica 1. Gobernanza: Resultados 1, 2, 4</p>
<p>Hacer redes con las universidades que forman profesionales para el cumplimiento del código de sucedáneos.</p>	<p>Línea estratégica 4. Gestión del conocimiento: Resultados 1 y 2</p>
<p>Evitar los convenios con conflicto de interés, es especial los relacionados con la alimentación infantil saludable.</p>	<p>Línea estratégica 4. Gestión del conocimiento: 1 y 4</p>

Nota. Elaboración propia.





Para asegurar la implementación de las acciones plasmadas por el territorio se hace necesario dar continuidad a la participación de los actores clave en el seguimiento y monitoreo del plan de acción institucional, así como su divulgación de manera oportuna a las distintas regionales y centros zonales con todo el talento humano, en las acciones de asistencia técnica de las misionales del ICBF y en las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia como plan orientador de las acciones.

Fase de Armonización

De acuerdo con las voces recogidas en los territorios y a los elementos revisados y en coherencia con los principios propuestos como transversales a todo el proceso de proyección del plan para el ICBF se retomaron las acciones señaladas en los territorios partiendo desde el concepto de gobernanza en una línea de identificación del territorio hacia lo regional y finalmente a la esfera nacional para la organización de la respuesta institucional a las demandas ciudadanas.

Se ubicaron en la matriz anexa diseñada para recoger de una forma ilustrativa el plan de trabajo institucional las acciones identificadas en las territorialidades alimentarias de Colombia.

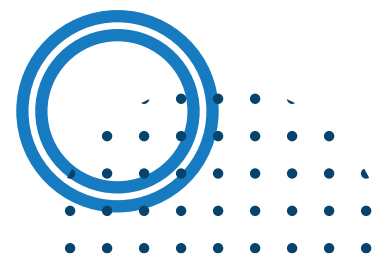
Para operativizar las acciones referidas por los actores territoriales de la Colombia profunda y en general de Colombia, en el PDLMAC se analizó su impacto dentro de las líneas estratégicas recomendadas por el plan decenal y se ubicaron en el **Anexo 1. Matriz Plan de Trabajo en Lactancia Humana y Alimentación Complementaria para ICBF en el marco del PDLMAC 2021-2030**, y se proyectaron algunas preguntas orientadoras para organizar su monitoreo y evaluación. A continuación se describe brevemente cómo se construyó la matriz del plan:


Columna A: línea estratégica del PDLMAC que enmarca las acciones referidas en el territorio. Sirve para la rendición de cuentas anual y al finalizar la vigencia del plan, organizando el reporte con base en la armonización de las acciones que se deben realizar y las necesidades identificadas en el territorio.

Columna B: ¿Qué se quiere alcanzar? Se presenta con el fin de recopilar las propuestas del PDLMAC frente a los resultados esperados y que se relacionan con las acciones programáticas que realiza el ICBF a través de sus misionales.

Columna C: ¿Qué acciones concretas implica cada idea manifestada en el territorio en relación con el PDLMAC? Se presenta en la matriz anexa para describir el producto mencionado en el PDLMAC y su relación con las acciones referidas en el territorio.

Columna D: descripción de las acciones concretas. En este espacio se recopilaron las acciones de promoción, protección y defensa recogidas en el territorio, clasificando por líneas estratégicas y tipo de resultado que se quiere obtener.





Columna E: ¿Cuándo se quiere lograr? Temporalidad para el desarrollo de las acciones propuestas en el territorio, para visualizar la temporalidad y la ejecución de las acciones en el tiempo, se aplicó el sistema IGO, explicado en el apartado que continua.

Columna F: ¿En dónde se quiere realizar? Refiere el nivel de acción responsable del cumplimiento de las acciones. Para el caso del ICBF se plantean desde lo territorial, regional y municipal.

Columna G: ¿Con quién requiere trabajar? Actores institucionales, sociales y comunitarios clave en el logro de las acciones.

Columna H: ¿Cuánto se quiere lograr? Describe numéricamente el producto que se debe obtener de las acciones propuestas.

Columna I: ¿Cómo saber si se alcanza el objetivo? Describe los indicadores para el seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las acciones.

Columna J: ¿Cada cuánto se le hace seguimiento al resultado? Permite visualizar la periodicidad de la medición de los indicadores resultados.

Columna K: Soportes de la ejecución. Fuentes de información, seguimiento y evaluación.

Columna L: Año de ejecución de la actividad

Columna M: N. número de la actividad a desarrollar

En este sentido, y manteniendo la línea técnica, principios y transversales del convenio UDEA-ICBF, se plasma en el anexo la estructura del plan de acción para el ICBF, que permite la concreción del PDLMAC 2021-2030 en cada territorio y en cada nivel de gestión.

Designación de la Temporalidad de las Acciones-Metodología IGO

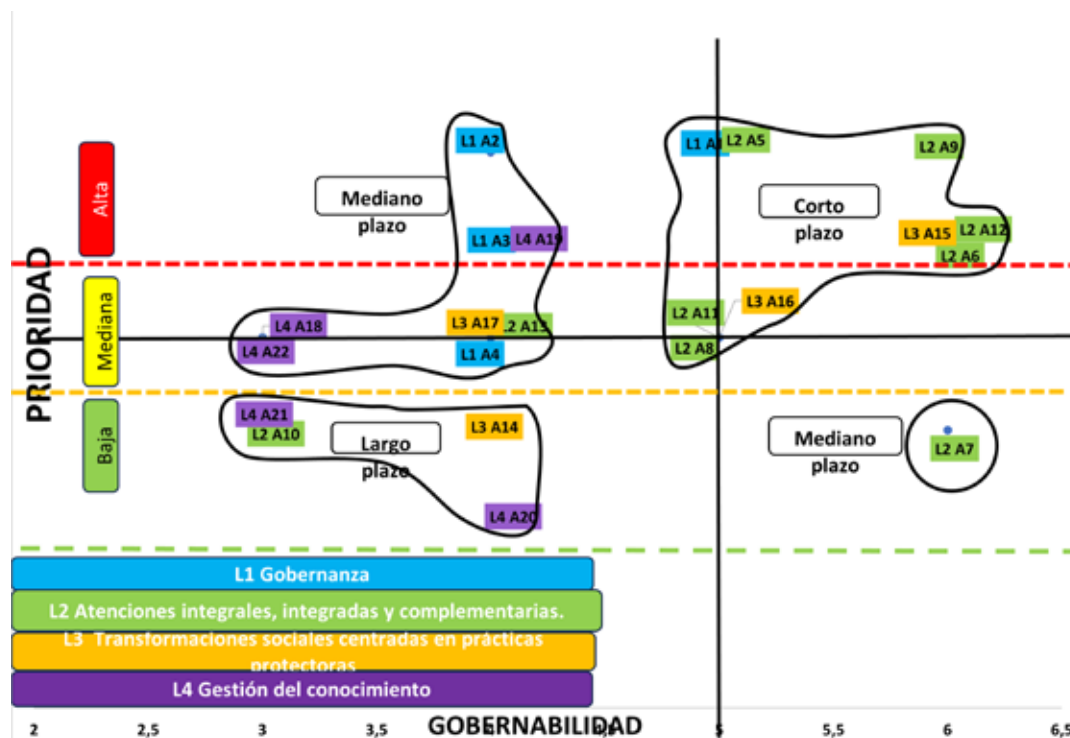
Para determinar las acciones que se deben implementar a corto, mediano y largo plazo (se aplicó la metodología de IGO Importancia-Gobernanza) la cual, a través de puntuación evalúa la importancia y la gobernanza de cada actividad de la matriz anexa para orientar el cumplimiento de las acciones (Figura 41).

El logro de las acciones propuestas se propone de la siguiente manera:

- **Corto plazo:** acciones que requieren intervención inmediata y son de alta gobernabilidad por parte del ICBF, su ejecución se propone en un periodo máximo de un año, es decir, entre 2025 y 2026.
- **Mediano plazo:** acciones propuestas en el territorio de alta importancia pero con un grado de gobernabilidad moderado por parte del ICBF, que implican alianzas con otros sectores, armonización de conceptos, abordaje en espacios intersectoriales, acuerdos con las comunidades u otras acciones de gestión. Su ejecución se sugiere en un periodo de 5 años, es decir, entre 2025 y 2030.

- **Largo plazo:** acciones determinantes en la práctica del amamantamiento que inciden directamente en su continuidad y sostenibilidad pero de baja gobernanza por parte del ICBF. Involucran transformaciones sociales y políticas estructurales. Su logro se recomienda en plazos mayores a los 5 años, es decir, posterior al año 2030.

Figura 41. Acciones a implementar a corto, mediano y largo plazo según metodología IGO.

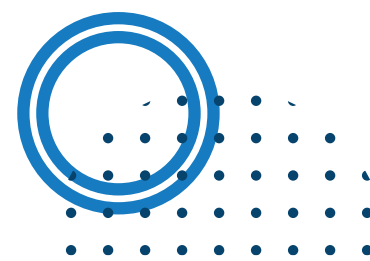


Nota. Elaboración propia.

En la Figura 41 se representan las cuatro líneas estratégicas que orientan el plan de acción anexo en cuatro colores determinados así:

- **Azul** para la línea estratégica 1 de gobernanza.
- **Verde** para la línea estratégica 2 de atenciones integrales, integradas y complementarias.
- **Naranja** para la línea estratégica 3 de transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras.
- **Morado** para la línea estratégica 4 de gestión del conocimiento.

Aplicando a las acciones concretas (Columna C), el sistema IGO se estableció la temporalidad para su logro, ubicándola dentro del anexo en la columna E.






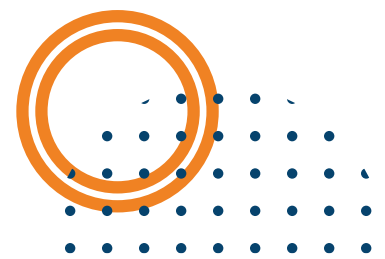
Tomada en campo, municipio Mapiripán (Meta).




Recomendaciones finales para la implementación de las acciones del Plan de Acción ICBF en el marco del PDLMAC 2021-2030

- El ICBF es una entidad reconocida ampliamente en el territorio como de alta presencia y acción en el tema de lactancia humana y alimentación complementaria, por cuanto los actores demandan su liderazgo en torno a promover espacios comunitarios y a la interlocución intersectorial para la garantía de los derechos a la vida, salud y alimentación en el marco de la salud alimentaria que promueva la alimentación no solamente como el simple acto de recibir alimentos, sino que provoque el diálogo frente a la producción y la sustentabilidad de la vida. Por tanto, la propuesta del plan de trabajo debe ser dialogada con los actores institucionales, entre misionales y en el escenario intersectorial con el fin de adoptar las actividades con base en los acuerdos que se definan en la socialización del plan. Si bien la presente propuesta recoge la voz de las familias colombianas y los territorios las acciones propuestas son susceptibles de ajustes que se dan con la lógica de los objetivos estratégicos del ICBF.
- El trabajo de campo permitió evidenciar la importancia de seguir dialogando y posicionando el concepto de lactancia humana, familiar, comunitaria y diversa que entreteje los saberes ancestrales y propios de los territorios y promueva la responsabilidad colectiva en torno a la lactancia y que incorpore los elementos de la gestación, parto, puerperio y crianza y las implicaciones que tiene el uso de fórmulas comerciales en la sustentabilidad de los territorios.
- Es determinante promover la participación y co-construcción de los planes anuales de lactancia en las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en conjunto con las comunidades y familias interesadas, así como los líderes tradicionales y actores relevantes con el fin de evitar acciones aisladas transmisionistas y de generar transformaciones en la práctica del amamantamiento que redunden en la calidad de vida de las niñas, los niños y sus familias.
- La lactancia humana y la alimentación complementaria exigen una atención prioritaria, con una planeación y monitoreo claro desde las misionales que resalte su relación con la soberanía alimentaria como la mejor oportunidad para el consumo de alimentos propios y alimentación real, además de desestimular el consumo de productos ultraprocesados.
- El plan requiere una apropiación desde lo territorial, regional y nivel nacional, siendo el nivel regional el articulador entre las acciones de lo micro a lo macro instando, apoyando y liderando los planes de acción territoriales que articulen las acciones de promoción, apoyo y defensa de la lactancia humana. Las 33 regionales se constituyen como el eje de seguimiento a la implementación de las acciones en lactancia y alimentación complementaria que retroalimentan los diferentes niveles de implementación del plan por cuanto se recomienda velar porque estas acciones estén claramente asignadas y sean apoyadas desde el nivel nacional para el logro real de las apuestas lo que supone diferentes momentos en la aplicación del mismo.

- 
- Es necesario retomar estrategias como las Salas Amigas de la Familia Lactante en todos sus entornos (institucional, laboral y comunitario) que incluye las acciones mencionadas en los territorios como consejerías en lactancia, grupos de apoyo, fortalecimiento del talento humano, así como indicadores de seguimiento a las acciones con una estrategia de certificación, recertificación y sostenibilidad que permita la trascendencia del plan de trabajo en el tiempo y la operativización de gran parte del PDLMAC.
 - Las instancias transectoriales como la CIPI (Decreto 1416, 2018) y la CIDHA (Decreto 684 de 2024) son determinantes para liderar planes de acción que respondan a las necesidades de los territorios. Para el caso del plan institucional del ICBF se resalta la visión de los territorios de futuro que incluye facilitar espacios de diálogo desde lo territorial hacia lo nacional en cuanto a las leyes de protección a la maternidad y regulación de la publicidad de productos insalubres dentro de la alimentación infantil. El Sistema Nacional de Bienestar Familiar debe liderar conversatorios y encuentros interculturales que incidan en la agenda pública para la transformación de escenarios propicios para el amamantamiento.
 - Los espacios transectoriales CIPI-CIDHA deben permitir la armonización del concepto “lactancia humana, familiar, comunitaria y diversa” que permita la territorialización de sus elementos con un enfoque diferencial y su posicionamiento para trascender las responsabilidades individuales hacia acciones colectivas que permitan la vivencia de la lactancia a la luz de los derechos sexuales y reproductivos y los roles de género más equitativos.
 - No se cuenta con cifras ni estadísticas actualizadas de lactancia y alimentación complementaria en el país, por lo que se hace necesario fortalecer los sistemas de información y potencializar el Sistema Cuéntame como una herramienta de generación de información que permita a la nación, departamentos y municipios la toma de decisiones a partir del reconocimiento del estado situacional actual.
 - Es relevante incluir la LM y alimentación complementaria como una acción sólida y contundente para evitar la malnutrición, en especial en los territorios con altas cifras de muerte por desnutrición y zonas de recuperación nutricional como parte de la respuesta territorial con enfoque de derechos.
 - De acuerdo con los resultados del componente de salud alimentaria las familias han manifestado la necesidad de reevaluar las metodologías de las sesiones educativas e incorporar la participación activa desde la planeación de los espacios de encuentro con las familias reevaluando las temáticas salubristas determinadas tradicionales sin concertación desde el componente salud y nutrición para el desarrollo de las sesiones educativas en conjunto con estos actores clave.



- 
- Para el abordaje de la alimentación complementaria se requiere retomar los resultados del componente de Guía de Alimentación para la Población Colombiana basada en Biodiversidad y Alimentación Real; retomando los alimentos propios de los territorios y cocreando con las familias a partir de las preparaciones tradicionales, la introducción de la alimentación infantil saludable.
 - Los grupos de apoyo son una estrategia muy mencionada en los territorios para lograr una lactancia óptima, por cuanto se requiere la creación de una guía metodológica o manual operativo orientador para la conformación de grupos y redes de apoyo y una estrategia de fortalecimiento al talento humano en técnicas para facilitar y provocar el diálogo en las sesiones de encuentro con las familias.
 - Las voces de los territorios manifiestan la relevancia de devolver la confianza a las mujeres y personas en periodo de lactancia que han sido menguadas por la publicidad y comercialización de PCBU dirigidos a la alimentación infantil, por lo que el fortalecimiento de capacidades del talento humano en consejería es determinante, así como su mapeo y trabajo en red para su fortalecimiento continuo y no como una acción aislada de formación en consejeros sin trazabilidad ni seguimiento en el tiempo.
 - Es necesario revisar las recomendaciones de las revisiones sobre conflictos de interés e intereses en conflicto generadas dentro del convenio de UDEA-ICBF aplicando desde la perspectiva ética y dado el alcance que tiene el ICBF el análisis que permita dar prioridad a la garantía de los derechos de las niñas y los niños y sus familias en todas las acciones de las misionales evitando tajantemente los convenios público-privados que amenacen la lactancia y la alimentación infantil saludable.
 - El código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna es una herramienta imprescindible para la defensa de la lactancia humana y la alimentación infantil saludable por cuanto es necesario su posicionamiento en todos los niveles dándole prioridad dentro de las acciones que permitan el apoyo a la sociedad civil para su monitoreo, la socialización de los resultados, así como su posicionamiento en los espacios transectoriales que permitan la actualización de la norma nacional que lo adopta con la inclusión de las recomendaciones de las resoluciones posteriores.
 - Como fase complementaria y primera etapa de implementación, se recomienda socializar los resultados recopilados en los territorios de la Colombia profunda y Colombia en general con el liderazgo de la Dirección de Nutrición y la Dirección de Primera infancia, las cuales por su misionalidad deben garantizar la salud alimentaria desde el inicio de la vida y sobre quienes recae la mayor concentración de acciones propuestas por los actores participantes para operativizar las apuestas, designar recursos a que haya lugar y generar compromisos de transformación de las atenciones convocando a otras misionales donde participen adolescentes gestantes y población en periodo de lactancia e instando al Sistema Nacional de Bienestar Familiar para su monitoreo y cumplimiento.



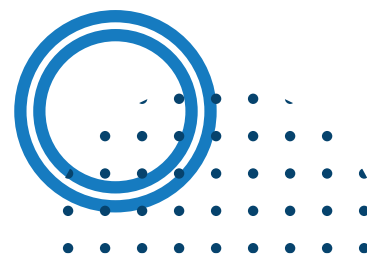


Tomada en campo, municipio El Tarra (Norte de Santander).

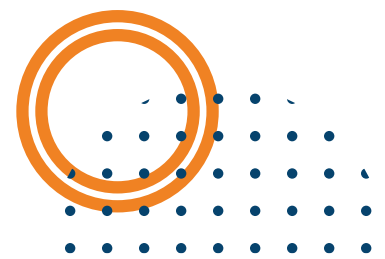


Referencias

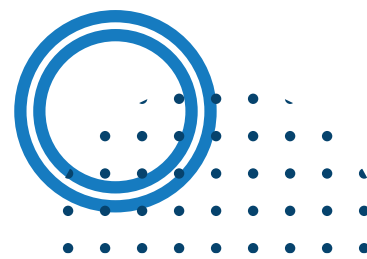
- Agencia de Renovación del Territorio. (n.d.). Conoce los PDET. <https://centralpdet.renovacionterritoio.gov.co/conoce-los-pdet/>
- Alanis Rufino, C. (2021). Entre La Leche Materna Y Las Leches Artificiales. Discursos Sobre Alimentación Infantil En La Ciudad De México, 1890-1959. *Revista De Historia De Las Ciencias Y Las Humanidades*, 4(10), 53–77. <https://www.saberesrevista.org/ojs/index.php/saberes/article/view/209>
- Asociación Colombiana de Educación al Consumidor y IBFAN. (2021). 2020-2021 Monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. IBFAN. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://educarconsumidores.org/wp-content/uploads/2021/05/Informe-monitoreo-al-CICSLM-Colombia-2021web.pdf>
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). (2000). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR82/SR82.pdf>
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) y Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2005). Salud sexual y reproductiva: resultados encuesta nacional de demografía y salud, 2005. PROFAMILIA.
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), Ministerio de la Protección Social y Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2011). Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010. Profamilia. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202010%20informe.pdf>
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) y Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
- Ayama-Arias, A. M. (2020). Reconocimiento de la naturaleza y de sus componentes como sujetos de derechos. Universidad Externado de Colombia. <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/0cb0b862-c565-4ea1-a091-35e3656646c7/content>



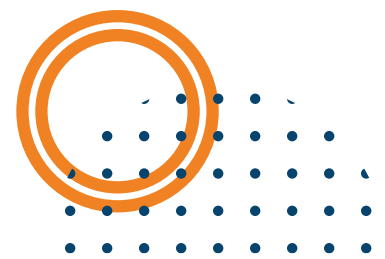
- Baker, P., Smith, J. P., Garde, A., Grummer-Strawn, L. M., Wood, B., Sen, G., Hastings, G., Pérez-Escamilla, R., Ling, C. Y., Rollins, N. y McCoy, D. (2023). The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *The Lancet*, 401(10375), 503–524. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01933-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01933-X)
- Banc de Sang I Teixists. (2016). De las “nodrizas” a los bancos de leche. <https://www.bancsang.net/es/noticias/1460/las-nodrizas-los-bancos-leche>
- Bloomgarden, Z. T. (2004). Type 2 Diabetes in the Young. *Diabetes Care*, 27(4), 998–1010. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.4.998>
- Boatella, J. (2009). Los primeros preparados destinados a la lactancia materna registrados en España (1919-1935). *Actividad Dietética*, 13(4), 173–177. [https://doi.org/10.1016/S1138-0322\(09\)73429-7](https://doi.org/10.1016/S1138-0322(09)73429-7)
- Bolissian, A. M., Ferreira, B. E. de C., Stofel, N. S., Borges, F. A., Camargo, B. T. de, Salim, N. R. y Teixeira, I. M. de C. (2023). Aleitamento humano e a perspectiva da interseccionalidade queer: contribuições para a prática inclusiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 27. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/interface.220440>
- Brady JP. (2012). Marketing breast milk substitutes: problems and perils throughout the world. *Arch Dis Child*, 9, 529–532. https://www.researchgate.net/publication/221703877_Marketing_breast_milk_substitutes_Problems_and_perils_throughout_the_world
- Bueno, L. G. dos S. y Teruya, K. M. (2004). Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*, 80(5). <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700003>
- Calvillo, A., Cabada, X., & García, K. (2013). La alimentación industrializada del lactante y el niño pequeño El nuevo meganegocio. *El Poder Del Consumidor*. https://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2013/02/Alimentaci%C3%B3n_industrializada_lactante_ni%C3%B1o_peque%C3%B1o_VF.pdf
- Cendales, L., Jiménez, M. R. M., Buitrago, L. E. y Muñoz, J. M. (2019). Educación popular desde los territorios: experiencias y reflexiones. Ediciones desde abajo.
- CEPAL. (2018). Acuerdo Regional sobre el Acceso a la Información, la Participación Pública y el Acceso a la Justicia en Asuntos Ambientales en América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/acuerdodeescazu>
- Constitución de La República Del Ecuador [Const], octubre de 2008 (Ecuador) (2008).
- Constitución Política de Colombia [Const]. XII. Art. 79 y 80, julio de 1991 (Colombia) (1991).



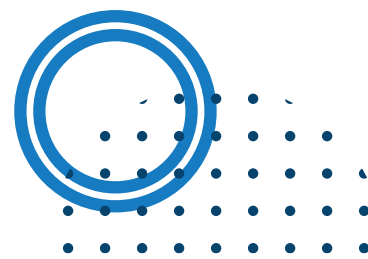
- Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos [Const] Última Reforma Publicada DOF 20-12-2024, febrero de 1917 (México) (1917). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Constitución Política Del Estado Plurinacional de Bolivia [Const], febrero de 2009 (Bolivia) (2009).
- Corporación Centro Regional de Población, Ministerio de Salud de Colombia y Institute for Resource Development/Westinghouse. (1986). Encuesta de Prevalencia Demografía y Salud 1986. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR8/FR8.pdf>
- Corte Constitucional. Sentencia STC-4360. Por La Protección de Los Derechos al Ambiente Sano, a La Vida y a La Salud, Vulnerados Por Las Altas Tasas de Deforestación de La Amazonía Colombiana, 5 de abril (2018).
- Corte Constitucional. Sentencia SU016/20. Status Jurídico de Los Animales Silvestres-Oso de Anteojos, 23 de enero (2020).
- Corte Constitucional Sentencia T-622/16. Por La Que Se Reconoce al Río Atrato Como Sujeto de Derechos, Con Miras a Garantizar Su Conservación y Protección, 10 de noviembre (2016).
- Decreto 1397 de 1992 [Ministerio de Salud]. Por El Cual Se Promueve La Lactancia Materna, Se Reglamenta La Comercialización y Publicidad de Los Alimentos de Formula Para Lactantes y Complementarios de La Leche Materna y Se Dictan Otras Disposiciones, 24 de agosto (1992). <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/decreto-1397-de-1992.pdf>
- Decreto 1416 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por Medio Del Cual Se Modifica El Decreto Número 4875 de 2011 y Se Dictan Otras Disposiciones, 3 de agosto (2018). <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=80668>
- Departamento Administrativo de la Presidencia de la República (DAPRE), Fundación Salutia y Fundación Éxito. (2021). Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030. DAPRE. https://www.icbf.gov.co/system/files/pdlmac_2021_2030_vf.pdf
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2023). Bases del Plan Nacional de Desarrollo. In Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/portalDNP/PND-2023/2023-02-23-bases-plan-nacional-de-desarrollo-web.pdf>



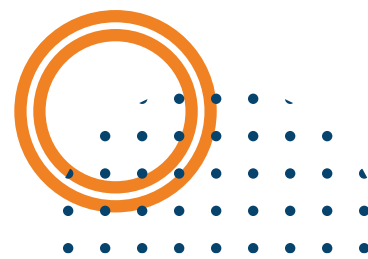
- Díaz, P. A., Peñaranda, F., Cristancho, S., Caicedo, N., Garcés, M., Alzate, T., Bernal, T., Gómez, M. M., Valencia, Á. L. y Gómez, S. N. (2010). Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia Education for health: perspectives and experiences in higher education in health sciences, Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 28(3), 221–230.
- Estrade Nieto, J., Jordan Soro, D. y Hernández Dauder, M. (2020). *Marketing Digital. Mobile Marketing, SEO y Analítica Web*. Anaya Multimedia.
- Euromonitor International. (2020). Las 10 principales tendencias globales de consumo para 2020. https://go.euromonitor.com/white-paper-EC-2020-Top-10-Global-Consumer-Trends-SP.html?utm_source=press_release&utm_medium=PR&utm_campaign=CT_WP_20_02_11_Top_10_GCT_2020_SP
- FIAN Colombia. (2021). Un país que se hunde en el hambre. Cuarto informe sobre la situación del derecho humano a la alimentación y nutrición adecuadas en Colombia / 2021. <https://fiancolombia.org/4to-informe-un-pais-que-se-hunde-en-el-hambre/>
- Galvis Ortiz, L. (2008). *Comprensión de los derechos humanos* (4th ed.). UNAB.
- Ghiso, A. (2000). Potenciando la diversidad: Diálogo de saberes, una práctica hermenéutica colectiva (pp. 1–13). *Potenciando la diversidad: Diálogo de saberes, una práctica hermenéutica colectiva*
- Giraldo Arcila, O. G., Orlas Diez, E. R. y Moreno Soto, G. (2014). *Metodología para formular planes participativos de desarrollo local con enfoque prospectivo*. Esumer.
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
- Gidding, S. S., Dennison, B. A., Birch, L. L., Daniels, S. R., Gilman, M. W., Lichtenstein, A. H., Rattay, K. T., Steinberger, J., Stettler, N., & Van Horn, L. (2006). Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners. *Pediatrics*, 117(2), 544–559. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2374>
- Gobernación de Antioquia, Maná y Universidad de Antioquia. (2019). *Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2020-2031*. <https://antioquia.gov.co/index.php/pdsan>
- Gobierno de Colombia y FARC-EP. (2016). *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*. <https://www.jep.gov.co/Normativa/Paginas/Acuerdo-Final.aspx>



- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2018). Guías Alimentarias Basadas En Alimentos Para La Población Colombiana menores de Dos Años, Documento Técnico. <https://www.icbf.gov.co/nutricion/guias-alimentarias-menores-2-anos>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Programa Mundial de Alimentos (PMA). (2008). Mapas de la situación nutricional de Colombia. Cartografía Digital. ICBF y PMA. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6825.pdf>
- International Baby Food Action Network (IBFAN). (2010). Protección de la salud infantil. Guía para los agentes de salud sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (11th ed.). Organización Panamericana de la Salud. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ProteccionDeLaSaludInfantil.pdf>
- Justicia Alimentaria. (2018). Mi primer veneno. La gran estafa de alimentación infantil. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://defiendeme.org/wp-content/uploads/2018/09/primer_veneno_.pdf
- Kessler D. (2009). The End of Overeating. Blackraven Press.
La Leche League International. (2023). Una breve historia de la Liga de La Leche. <https://llli.org/es/about/our-story/>
- Ley 1822 de 2017. Por Medio de La Cual Se Incentiva La Adecuada Atención y Cuidado de La Primera Infancia, Se Modifican Los Artículos 236 y 239 Del Código Sustantivo Del Trabajo y Se Dictan Otras Disposiciones, Diario Oficial No. 50.106, 4 de enero (2017). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=78833#:~:text=Esta%20Ley%20incentiva%20la%20adecuada,y%20cuidado%20del%20reci%C3%A9n%20nacido.>
- Ley 1823 de 2017. Por Medio de La Cual Se Adopta La Estrategia Salas Amigas de La Familia Lactante Del Entorno Laboral En Entidades Públicas Territoriales y Empresas Privadas y Se Dictan Otras Disposiciones, Diario Oficial No. 50.106, 4 de enero (2017). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=79037>
- Ley 2114 de 2021. Por Medio de La Cual Se Amplía La Licencia de Paternidad, Se Crea La Licencia Parental Compartida, La Licencia Parental Flexible de Tiempo Parcial, Se Modifica El Artículos 236 y Se Adiciona El Artículo 241a Del Código Sustantivo Del Trabajo, y Se Dictan Otras Disposiciones, Diario Oficial No. 51.750, 29 de julio (2021). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=167967>.
- Ley 2273 de 2022. Por Medio de La Cual Se Aprueba El “Acuerdo Regional Sobre El Acceso a La Información, La Participación Pública y El Acceso a La Justicia En Asuntos Ambientales En América Latina y El Caribe”, Adoptado En Escazú, Costa Rica, Diario Oficial No. 52.209, 5 de noviembre (2022). <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/30044823>

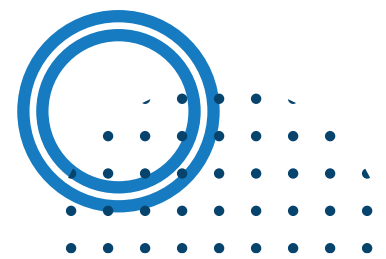


- Ley 2306 de 2023. Por Medio de La Cual Se Promueve La Protección de La Maternidad y La Primera Infancia, Se Crean Incentivos y Normas Para La Construcción de Áreas Que Permitan La Lactancia Materna En El Espacio Público y Se Dictan Otras Disposiciones, Diario Oficial No. 52.473, 31 de junio (2023).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=215030>
- Ley 2361 de 2024. Por Medio de La Cual Se Otorgan Lineamientos Para La Creación de La Política Pública de Lactancia Materna, Alimentación Complementaria, y La Promoción de Los Bancos de Leche Humana Como Componente Anatómico, Diario Oficial No. 52.787, 14 de junio (2024). <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=156378>
- Ley 2415 de 2024. Por Medio de La Cual Se Declara al Río Ranchería, Su Cuenca y Afluentes Como Sujeto de Derechos y Se Dictan Otras Disposiciones, Diario Oficial No. 52.842, 8 de agosto (2024). [https://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Leyes/30052911#:~:text=LEY%202415%20DE%202024&text=\(agosto%2008\)-,por%20medio%20del%20cual%20se%20declara%20al%20r%C3%ADo%20Rancher%C3%ADa%2C%20su,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones](https://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dll/Leyes/30052911#:~:text=LEY%202415%20DE%202024&text=(agosto%2008)-,por%20medio%20del%20cual%20se%20declara%20al%20r%C3%ADo%20Rancher%C3%ADa%2C%20su,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones).
- Martens, J. (2014). Corporate Influence on the Business and Human Rights Agenda of the United Nations. Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e.V. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2_Downloads/Fachinformationen/Sonstiges/corporate_influence_on_the_business_and_human_rights_agenda.pdf
- Medina, J., Becerra, S. y Castaño, P. (2014). Prospectiva y política pública para el cambio estructural en América Latina y el Caribe. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ec0f284f-db91-4c1c-9f6e-c14285fc2d83/content>
- Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA). (2010). Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
- Ministerio de Protección Social, OPS y OMS. (2016). Fortalecimiento de la estrategia IAMI integral en departamentos priorizados. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-iami-2016.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores. (2016). ABC del Acuerdo Final. Cartilla pedagógica. Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. Min. www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/cartillaabccdelacuerdofinal2.pdf

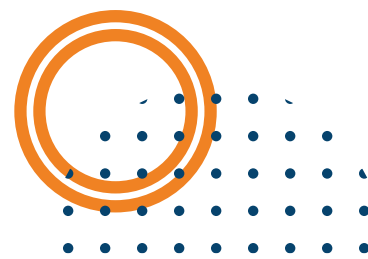




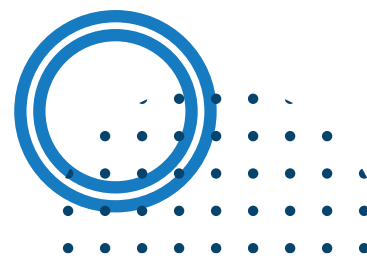
- Ministerio de Salud, Prosperidad Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, (ICBF), Instituto Nacional de Salud y Universidad Nacional del Colombia. (2015). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2023). Directrices de metodología de los grupos de apoyo a la lactancia materna. <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-tecnica-de-machala/ginecologia/directrices-de-metodologia-grupos-de-apoyo-lactancia-materna/105550868>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Banco de Leche Humana BLH en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/donacion-bancos-de-leche-humana-mayo-2015.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Lineamiento para formación en Consejería en Lactancia materna y Alimentación Complementaria. <chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SSNAB/lineamiento-consejeria-lactancia-materna-aliment-comp.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2423 de 2018. Por La Cual Se Establecen Los Parámetros Técnicos Para La Operación de La Estrategia Salas Amigas de La Familia Lactante Del Entorno Laboral, Diario Oficial No. 50.618, 8 de junio (2018).
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por La Cual Se Adoptan Los Lineamientos Técnicos y Operativos de La Ruta Integral de Atención Para La Promoción y Mantenimiento de La Salud y La Ruta Integral de Atención En Salud Para La Población Materno Perinatal y Se Establecen Las Directrices Para Su Operación, Diario Oficial No. 50.674. 2 de agosto (2018).
- Mozaffarian, D., Angell, S. Y., Lang, T. y Rivera, J. A. (2018). Role of government policy in nutrition—barriers to and opportunities for healthier eating. *BMJ*, k2426. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2426>
- Nestlé Argentina. (n.d.). La historia de Nestlé en el mundo. <https://www.nestle.com.ar/sobre-nestle/historia>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1992, June 3). Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Río de Janeiro. <https://www.un.org/es/conferences/environment/rio1992>



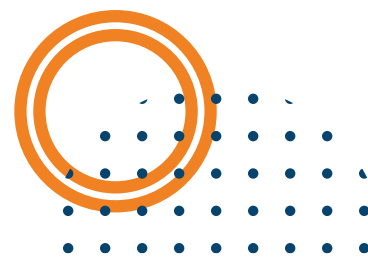
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015a). Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015b, December 12). Acuerdo de París. <https://www.un.org/es/climatechange/paris-agreement>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2018). Bancos de leche humana. <https://www.cepal.org/es/notas/bancos-leche-humana>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2013). Buenas Prácticas en Programas de Información, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición (ICEAN). Informe final sobre las características de los programas de ICEAN en América Central (Guatemala, El Salvador y Nicaragua), México y la República Dominicana. FAO. https://www.fao.org/fileadmin/user_upload/red-icean/docs/1_ICEAN_america_central-regional.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. World Health Organization Stylus Pub. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-alimentacion-lactante-nino-pequeno-1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. OMS. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44047/9789243594743_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). COVID-19 y los Determinantes Sociales de la Salud. <https://www.who.int/health-topics/coronavirus/social-determinants-of-health>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2022). Cómo la comercialización de los preparados para lactantes influye en nuestras decisiones sobre la alimentación del lactante. OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364681/9789240057609-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). (2007). Cómo preparar sucedáneos en polvo para lactantes en entornos asistenciales (Vol. 24). OMS. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/sali/como_preparar_sucedaneos_en_polvo_para_lactantes_entornos_asistenciales_oms.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y IBFAN. (2022). Marketing of breast-milk substitutes National implementation of the International Code. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240048799>




- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (n.d.). Semana Mundial de Lactancia Materna. <https://www.paho.org/es/semana-mundial-lactancia-materna>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49259/CA_guiding_principles_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Seguridad Alimentaria y Nutricional. <https://www.paho.org/es/noticias/3-10-2010-seguridad-alimentaria-nutricional>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de Brasil y Consejo Federal de Medicina de Brasil. (2005, May 19). Carta de Brasilia. IV Congreso Brasileño de Derecho Sanitario.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Ministerio de Salud de Colombia (MinSalud). (2013). Avances y retos de la lactancia materna. Colombia 1970 a 2013. Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas. OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49317/9789275317587-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Parra Cortés, R. (2018). La Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Revista de Derecho Ambiental*, 10, 99. <https://doi.org/10.5354/0719-4633.2018.52077>
- Peñaranda C., F. (2020). Educación en el Campo de La Salud Pública. Una mirada pedagógica. Universidad de Antioquia.
- Pérez Martínez, J. E. y Márquez Martínez, E. (2023). La historia de la radio a 100 años de su nacimiento: nuevos sujetos y nuevas perspectivas. *RIHC. Revista Internacional de Historia de La Comunicación*, 21, 7–21. <https://doi.org/10.12795/RIHC.2023.i21.01>
- Pérez-Cardozo, G. (2018). Gobernanza y gobernabilidad. Universidad Nacional de Colombia.
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G. y Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- Pinzón Villate, G. Y., Alzate Posada, M. L. y Olaya Vega, G. A. (2016). La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica. *Revista de La Facultad de Medicina*, 64(2), 285. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.51672>



- Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. (2014). La Alimentación del Niño a través de la Historia. <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://ramse.es/wordpress/wp-content/uploads/2022/05/Discurso-recepcio%CC%81n-Dr.-Argu%CC%88elles.pdf>
- Rojas-Mayorquín, A. (2022). Cicely Williams: la puericultura su pasión, la defensa de la nutrición infantil su lucha y legado. *Salud Jalisco*, 9(Esp.), 91–93.
- Rollins, N., Piwoz, E., Baker, P., Kingston, G., Mabaso, K. M., McCoy, D., Ribeiro Neves, P. A., Pérez-Escamilla, R., Richter, L., Russ, K., Sen, G., Tomori, C., Victora, C. G., Zambrano, P. y Hastings, G. (2023). Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *The Lancet*, 401(10375), 486–502. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01931-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01931-6)
- Sanz Pérez, B. (2003). Aportaciones del Barón Justus von Liebig a la nutrición. *Anales de La Real Academia Nacional de Farmacia*, 4, 83–101.
- Schwab, K. (2020). La Cuarta Revolución Industrial. *Futuro Hoy*, 1(1), 6–10
- Secretaría Distrital de Integración Social. (2023). Lineamiento Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna y Alimentación Infantil Saludable. Alcaldía Mayor de Bogotá. https://sig.sdis.gov.co/images/documentos_sig/procesos/prestacion_de_servicios_sociales_para_la_inclusion_social/doc_aso/4.infancia/20231108_lin_pss_038_v0_promo_protecc_apoyo_lactan_materna_alimen_infantil_salu.doc
- Secretaría General Iberoamericana. (2007). Programa Iberoamericano Red de Bancos de Leche Humana. <https://www.segib.org/programa/programa-iberoamericano-red-de-bancos-de-leche-humana/>
- Shiva, V. (2005). Two Myths that Keep the World Poor. *The Ecologist*, 1–3.
- Strauss, A. L. y Corbin, J. M. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia. Metodología.
- Torras, E. (2022). Bancos de Leche Materna. Alba Lactancia Materna. <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-3-manejo-de-la-leche-materna/bancos-de-leche-materna/>
- UNICEF. (2006, November 20). Convención sobre los derechos del niño. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>



- 
- Vallone, F. (2009). Pequeños grandes clientes: La publicidad de sucedáneos de la leche materna en dos revistas pediátricas de Argentina entre 1977 y 2006. *Salud Colectiva*, 5(1), 87. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.232>
 - Vásquez-Garibay, E., & Romero-Velarde, E. (2008). Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte I. Primeros dos años de vida. *Bol Med HospInfan TMex*, 65, 593–604.



BIENESTAR FAMILIAR

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Sede de la Dirección General
Av. Carrera 68 # 64C - 75 Bogotá, Colombia.



LÍNEA DE
ATENCIÓN A
NIÑOS, NIÑAS
Y ADOLESCENTES.
PROTECCIÓN - EMERGENCIA - ORIENTACIÓN

Línea gratuita nacional ICBF:
01 8000 91 80 80
www.icbf.gov.co

 @icbfcolombiaoficial

 @ICBFColombia

 @icbfcolombiaoficial

 ICBFColombia