



**ACCIÓN  
CONTRA EL  
HAMBRE**

**SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS EN  
ANEMIA Y SU ABORDAJE MULTISECTORIAL**

DEPARTAMENTOS DE CÓRDOBA, PUTUMAYO Y NARIÑO COLOMBIA.

## INFORMACIÓN DE CARÁCTER JURÍDICO

Declaración sobre derechos de autor

Autores: Javier Díaz Scarpetta, Diana Piamba Escobar

Revisión de textos, edición y validación: Johana Zuluaga – Coordinadora en Nutrición

© Acción contra el Hambre Colombia

La reproducción del presente documento está permitida siempre que se reconozca la fuente, a menos que se indique lo contrario.

Cláusula de exención de responsabilidad

El presente documento tiene por objeto promover el acceso público a información sobre las acciones y políticas de Acción Contra el Hambre. El objetivo es difundir información precisa y actualizada a la fecha de difusión. Haremos un esfuerzo por corregir los errores que se nos indiquen. Sin embargo, ACH no asume ninguna responsabilidad sobre la información contenida en este documento.

Esta información:

Es de carácter general y no se centra en la situación concreta de ninguna persona física, jurídica u opiniones morales específicas;

No es necesariamente completa, exhaustiva, exacta o actualizada;

Hace referencia, en ocasiones, a páginas web o documentos externos sobre los que sus autores no tienen control y de los que no se hacen responsables;

No debe entenderse como asesoramiento jurídico.

Esta cláusula de exención de responsabilidad no pretende eximir de responsabilidad a Acción Contra el Hambre de los requisitos de la legislación nacional aplicable, ni negar su responsabilidad en los casos en que no sea posible a tenor de la misma legislación.

© Acción contra el Hambre - Colombia, 2016

Calle 71 No 11-10, Oficina 401, Edificio CORECOL, Bogotá, Colombia

Tel/Fax: +57 (1) 347 3735 – 478 0548

<https://www.accioncontraelhambre.org/es/colombia>

## AGRADECIMIENTOS

El presente documento es el resultado del trabajo exhaustivo realizado por Javier Díaz Scarpetta y Diana Piamba Escobar para Acción contra el Hambre Colombia, con la colaboración del equipo en la oficina de coordinación en Bogotá y bases en los departamentos de Córdoba, Nariño y Putumayo.

Nos gustaría agradecer de manera especial a los funcionarios de las siguientes instituciones por su apoyo y contribución a la elaboración de este estudio:

- Dirección Local de Salud, Tierralta (Córdoba)
- Centros de Desarrollo Infantil Tierralta (Córdoba)
- Centro de Salud Nuevo Oriente – Hospital San José, Tierralta (Córdoba)
- Centro de salud UNIPA (Unidad Indígena del Pueblo Awá), Vereda El Diviso, Barbacoas (Nariño)
- Hospital de Ricaurte (Nariño)

Asimismo, a los integrantes de los equipos de ACH en las bases de Córdoba, Nariño, Putumayo y oficina de coordinación en Bogotá.

*Este documento se ha realizado con asistencia financiera de la Embajada de Suecia. Los puntos de vista que en él se exponen reflejan exclusivamente la opinión de sus autores y ACH y, por lo tanto, no representan en ningún caso el punto de vista oficial del donante.*

## Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	3
I. PRESENTACIÓN.....	6
II. INTRODUCCIÓN.....	7
III. OBJETIVOS. ....	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
IV. METODOLOGÍA.....	8
Ejes de sistematización.....	8
Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de información.....	9
Clasificación, organización y análisis de la información.....	9
V. ELEMENTOS CONTEXTUALES DE LA EXPERIENCIA. ....	9
VI. ENFOQUES TRANSVERSALES. ....	17
Enfoque de Seguridad Nutricional. ....	17
Enfoque de género y empoderamiento de la mujer. ....	18
Enfoque étnico. ....	18
VII. TERRITORIOS, COMUNIDADES, ANEMIA Y MALNUTRICIÓN: LA EXPERIENCIA DESDE LA INTERVENCIÓN.....	19
Atención nutricional.....	19
Agua, saneamiento e higiene.....	30
Fortalecimiento de capacidades. ....	32
Familias y comunidades.....	33
Capacidades locales institucionales.....	33
Autoridades locales y actores institucionales: entre la responsabilidad, las capacidades y las voluntades.....	33
Planificación a la deriva y proyecciones subsidiarias sobre la salud.....	34
Problemáticas conocidas pero escasamente medidas.....	35
La paradoja del agua, el saneamiento y la higiene.....	35
Modelos de operación y contratación no favorables a las demandas de salud.....	36
Articulación interinstitucional parcial y concentrada en áreas urbanas.....	36
Enfoques impasibles // Experiencias y conocimientos sin impacto social.....	36
¿Participación de las comunidades?.....	37
Comunidades: de las necesidades a las fortalezas y aspiraciones.....	37
VIII. LECCIONES APRENDIDAS.....	38

Participación de las comunidades. ....	38
Sobre algunos elementos relacionados con enfoques diferenciales.....	39
Cuando la oralidad no es suficiente. ....	40
La figura de los agentes comunitarios. ....	41
El tiempo, la convocatoria y las jornadas de valoración nutricional.....	41
Complementariedad de los ejes de intervención de ACH en cada comunidad. ....	42
La eficiencia, la emergencia y otros condicionantes.....	42
IX. CONCLUSIONES.....	43
X. BIBLIOGRAFÍA.....	45
XI. ANEXOS.....	48
Anexo 01. <i>Documento Protocolo de Estudio</i> .....	48
Anexo 02. <i>Actividades de recolección de información en terreno</i> .....	56

# I. PRESENTACIÓN

Este documento constituye un esfuerzo de reconstrucción y reflexión crítica sobre los aprendizajes de las intervenciones de Acción contra el Hambre Colombia en seguridad nutricional<sup>1</sup> a través de las líneas (i) atención nutricional, (ii) agua, saneamiento e higiene y (iii) fortalecimiento de capacidades locales en los Departamentos de Córdoba, Nariño y Putumayo, durante el período 2014-2016.

El análisis busca contribuir al mejoramiento de acciones futuras desde el marco de acción de ACH y sus aportes en el nivel local, construido desde el diálogo y apoyo a las oportunidades y capacidades de autoridades, instituciones y comunidades, como gestores de decisiones, de instrumentos de política pública y de acciones para la disminución de la malnutrición, la anemia y sus determinantes.

---

<sup>1</sup>ACF-International, Política de Seguridad Nutricional. Planteamiento y enfoque multisectorial común para abordar la desnutrición, Action contra la Faim, París, 2014.

## II. INTRODUCCIÓN.

Acción Contra el Hambre (ACH), organización de desarrollo y humanitaria internacional, fundada en España en 1995 con el fin de luchar contra el hambre, desarrolla actividades en Colombia desde el año 1998 a través de tres ejes principales de intervención: 1) salud y nutrición (NUT), 2) seguridad alimentaria (SA) y 3) agua, saneamiento, e higiene (WASH). Los proyectos implementados por ACH focalizan su atención en grupos de población y territorios vulnerables, en especial donde el conflicto, la violencia armada y los desastres de origen natural han tenido presencia e impactos profundos.

Desde 2014, con la financiación de la Embajada de Suecia (en Córdoba y Nariño) y el fondo central de respuesta a emergencias CERF en convenio UNICEF (en 2015 en Putumayo), ACH ha integrado con mayor fuerza acciones de salud y nutrición a intervenciones en otros sectores (WASH, SA) con el enfoque de Seguridad Nutricional.

Los equipos de ACH reportan, de manera individual, los resultados de los proyectos a los donantes una vez concluye el periodo de implementación. Como parte de los productos del proyecto *“Asistencia humanitaria para poblaciones vulnerables afectadas por el conflicto y la violencia armada en los departamentos de Córdoba, Putumayo y Nariño, Colombia”*, que finalizó en marzo de 2016, se planteó la realización de una sistematización de experiencias, como una reflexión para el mejoramiento de futuras intervenciones por parte de ACH y para la síntesis sugerente de líneas de discusión y de acción que remitan al Estado y a la sociedad como agentes principales de esa transformación.

### III. OBJETIVOS.

#### Objetivo general.

Capitalizar la experiencia de ACH sobre disminución de la anemia y su abordaje multisectorial, en el marco del proyecto “Asistencia humanitaria para poblaciones vulnerables afectadas por el conflicto y la violencia armada en los departamentos de Córdoba, Nariño y Putumayo”.

#### Objetivos específicos.

- Reconstruir las características fundamentales de las experiencias integradas de atención nutricional, WASH y apoyo a las capacidades locales institucionales, con especial atención sobre las dirigidas a la reducción de la anemia, a partir de fuentes, técnicas y herramientas de investigación cualitativas.
- Realizar una interpretación crítica de las experiencias reconstruidas y emitir recomendaciones que permitan fomentar la integralidad de las acciones de ACH.

### IV. METODOLOGÍA.

#### Ejes de sistematización.

El trabajo parte de la definición de los ejes de sistematización, que corresponden a tres líneas de intervención de ACH en los tres departamentos:

- Atención nutricional,
- Agua, saneamiento e higiene (WASH),
- Fortalecimiento de capacidades.

En ese orden se ha comprendido su relevancia en el marco de esta sistematización: *Atención nutricional* como el marco de “acciones específicas en nutrición”, *WASH* como un fundamental articulador de “acciones sensibles a la nutrición”, al igual que *Fortalecimiento de capacidades*, que representa una línea de acción transversal a las otras dos.

A su vez, se definieron tres categorías de actores a involucrar en el proceso de sistematización de la experiencia:

- Trabajadores de ACH participantes del proyecto en cada territorio;
- Destinatarios del proyecto en el territorio intervenido, que incluye tanto a individuos y familias en comunidades, como a líderes y organizaciones sociales y comunitarias;
- Autoridades locales y actores institucionales.



## **Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de información.**

Para el desarrollo de la presente sistematización se tuvo en cuenta la revisión de antecedentes documentales del trabajo de ACH entre 2014 y 2016, fuentes secundarias de origen institucional, el diseño y aplicación de técnicas conversacionales de estudio, observación participante y registros escritos y audiovisuales de la sistematización (ver más en anexo 01 – Protocolo de capitalización). Adicionalmente, se realizaron visitas a municipios de Córdoba y Nariño, durante la primera y tercera semana del mes de marzo de 2016 (el anexo 02 presenta un cuadro que resume las actividades desarrolladas durante las visitas). La información del proceso en Putumayo se complementó telefónicamente con la Coordinación de la base.

## **Clasificación, organización y análisis de la información.**

La información recolectada se organizó con ayuda de variables definidas en una Matriz de capitalización (ver anexo 01 – Protocolo de capitalización). Las principales conclusiones se han organizado en este informe como apartados que reflejan situaciones, percepciones y aprendizajes, en los capítulos VII (sobre el desarrollo de la experiencia de ACH) y VIII (sobre lecciones aprendidas).

## **V. ELEMENTOS CONTEXTUALES DE LA EXPERIENCIA.**

Situaciones y antecedentes sociales y de orden público en Córdoba, Nariño y Putumayo constituyen un marco de referencia importante para una mayor comprensión de contextos territoriales y poblacionales que definen la intervención de ACH en estos departamentos. En este apartado se sintetizan algunos elementos destacados que se relacionan principalmente con impactos del conflicto y la violencia armada, así como con la persistencia de riesgos, desigualdades y carencias estructurales generalizadas en el país y profundizadas cuando se conjugan características como la ruralidad, la etnicidad, la situación geográfica, los recursos naturales, los intereses rentistas y de poder y las brechas en la asistencia desde el orden estatal.

De la geografía y la riqueza natural a la geoestrategia de la explotación económica, el conflicto y la violencia.

La ubicación geográfica de los departamentos de Nariño, Putumayo y Córdoba los ha constituido, en la historia del conflicto y la violencia armada de las últimas tres décadas, como algunos de los principales escenarios de disputa entre actores armados por el dominio de rutas del narcotráfico, el tráfico de armas, el control social y territorial y la explotación de

recursos naturales, para su repliegue, expansión y financiación; además de la acción militar contundente del Estado en el ejercicio de su monopolio legítimo de la fuerza.

Nariño es departamento fronterizo con Ecuador (lo que supone un lugar estratégico de tránsito y migración legal e ilegal) y uno de los territorios costeros del pacífico colombiano, característica fundamental por la importancia portuaria y de transporte marítimo pero a su vez por correspondencia con la precariedad distintiva de los municipios de esta costa del país, una de las áreas donde mayor asiento tienen el conflicto y la violencia armada, la pobreza, la delincuencia común, la falta de infraestructuras (viales, económicas, institucionales...), etc.<sup>2</sup>; territorios con predominio de asentamiento afrodescendiente y de relieves diversos de difícil acceso y control estatal. Todo lo previo, características que hacen del municipio nariñense de Tumaco uno de los referentes de la complejidad del pacífico colombiano (junto a Buenaventura en el Valle del Cauca y otros municipios de los departamentos de Cauca y Chocó)<sup>3</sup>. Asimismo, Nariño se constituye de una importante presencia de asentamientos indígenas y amplios y montañosos territorios primordialmente rurales; esto último como un atributo clave por la vocación agropecuaria del departamento, aunque también por carencias estructurales de lo rural colombiano (lo cual se trata más adelante). En el monitoreo de cultivos ilícitos realizado por UNODC en 2015, Nariño ocupó el primer lugar, con el 31% de los cultivos de coca en el país<sup>4</sup>.



Putumayo, que comparte frontera con Ecuador y Perú, se compone de relieves que van desde la cordillera y el piedemonte hasta la llanura amazónica. Destacan la extendida presencia de resguardos indígenas y de algunos asentamientos afrodescendientes, así como una fundamental relación con el agua a través de sus numerosos ríos, que constituyen referentes limítrofes, medios de comunicación fluvial a zonas de difícil acceso y referentes de la riqueza natural del Putumayo, un atributo que resalta menos por la producción agrícola que por la explotación minera y petrolera. La ubicación y características físicas del departamento, así como dinámicas sociales y políticas de hondas raíces históricas de marginalidad de esta zona del país<sup>5</sup>, han facilitado la ocupación por parte de actores violentos, del narcotráfico

<sup>2</sup> CODHES (2015), “El pacífico en disputa continúa: en nuevo escenario, en la misma guerra”. Informe No. 84, Junio. Disponible en: [http://www.codhes.org/index.php?option=com\\_sif&type=4](http://www.codhes.org/index.php?option=com_sif&type=4) . Consulta julio de 2016.

<sup>3</sup> UARIV (2016), *Caracterización Nariño (San Andrés de Tumaco)*, UARIV - RNI - OIM. Disponible en: <http://rmi.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/NARINO%20-%20SAN%20ANDRES%20DE%20TUMACO.pdf> . Consulta agosto de 2016. También PNUD (2014), *Análisis de conflictividades y construcción de paz. Nariño.*, Capítulo 1.

<sup>4</sup> UNODC (2016), Monitoreo de territorio afectados por cultivos ilícitos 2015, UNODC - Gobierno de Colombia, julio de 2016, p. 20.

<sup>5</sup> Que junto a la Amazonía y la Orinoquía se definieron con dejadez como “territorios nacionales” y cuya configuración territorial se dio desde la relación entre la economía de extracción y el proceso de poblamiento como “colonización”. (Centro Nacional de Memoria Histórica (2011), *La masacre de El Tigre. Un silencio que encontró su voz*, CNMH, CNRR (Centro Nacional de Reparación y Reconciliación) - Grupo de Memoria Histórica, Taurus, Bogotá D.C., pp. 19-20.)

(Putumayo concentró en 2015 el 21% de los cultivos de coca en Colombia<sup>6</sup>) y de la explotación ilegal y legal indiscriminada de recursos naturales<sup>7</sup>.

Por su parte, Córdoba se caracteriza geográficamente por sus extensas llanuras, fundamentales para la explotación ganadera como actividad económica distintiva del departamento, y a su vez una actividad cercana a una compleja configuración de poder local, territorial y de emergencia de autodefensas armadas, así como la explotación minera indiscriminada (que genera una gran contaminación de los recursos hídricos del departamento). Por otra parte, el departamento cuenta con una importante zona costera en el Mar Caribe (de nuevo la importancia de la frontera marítima); extensas áreas de ecosistema estuario, constituido por ciénagas; y zonas montañosas, de serranías y parques naturales<sup>8</sup>. De tal diversidad resalta la ubicación de la región del Alto Sinú y San Jorge (al sur del Departamento) y en ella el Parque Nacional Natural Paramillo, lugar de disputa de actores armados interesados en controlar esta zona estratégica que sirve de tránsito hacia el norte antioqueño, Chocó, Urabá, la Costa Atlántica y el sur de Bolívar<sup>9</sup>. En Córdoba también es significativa la presencia de grupos étnicos, tanto indígenas como afrodescendientes.

Desde particularidades como las mencionadas, se comprende que los tres departamentos comparten elementos que han configurado dinámicas de ocupación de sus territorios por parte de actores armados ilegales<sup>10</sup>, como parte de sus procesos de extensión, de sus acciones al servicio de otros agentes con intereses de empoderamiento sobre terrenos, rutas o actividades extractivas (minería, recursos forestales y energéticos, narcotráfico); o como parte de su repliegue ante ofensivas de fuerzas militares del Estado. Actores armados ilegales cuya presencia y acciones tienen implicaciones violentas, profundas y graves sobre los territorios y ecosistemas, sus habitantes y sus derechos.

Pero las afectaciones no pueden reducirse exclusivamente a las consecuencias de grupos armados ilegales, ni al conflicto como marco de acción de los mismos. De un lado, porque la intervención del Estado no ha dejado de suponer también faltas a su responsabilidad de defensa, protección y garantía de los DDHH de la población; por ejemplo, existen implicaciones sociales, ambientales, alimentarias, etc., de la lucha contra el narcotráfico<sup>11</sup>; y las fuerzas armadas en su acción legítima contribuyen con su ofensiva al confinamiento y al desplazamiento de personas, así como han incurrido en penosos excesos desde esa

---

<sup>6</sup> UNODC (2016), *Monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos 2015*, Op.Cit.

<sup>7</sup> UARIV (2016), *Caracterización Putumayo (Mocoa)*, UARIV - RNI - OIM. Disponible en: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/Putumayo%20-%20mocoa.pdf>. También Cf. CNMH (2011), *La masacre de El Tigre (...)*, Op.Cit.; y Ávila A., Sánchez E. y Torres C. (2014), *Departamento de Putumayo. Tercera monografía*, Fund. Paz & Reconciliación - Redprodepaz, Bogotá D.C.

<sup>8</sup> UARIV (2016), *Caracterización Córdoba (Tierralta)*, UARIV - RNI - OIM. Disponible en: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/cordoba%20-%20tierralta.pdf>. Consulta julio de 2016.

<sup>9</sup> Observatorio de Derechos Humanos y DIH (2009), *Dinámica de la violencia en el departamento de Córdoba, 1967-2008*, Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Bogotá D.C., pp. 28-30. Disponible en: [http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/documents/2010/Estu\\_Regionales/DinamicaViolencia\\_Cordoba.pdf](http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/documents/2010/Estu_Regionales/DinamicaViolencia_Cordoba.pdf). Consulta agosto de 2016.

<sup>10</sup> Grupos guerrilleros como las FARC y el ELN y grupos de autodefensa posdesmovilización como Los Rastrojos, Los Urabeños y las Águilas Negras.

<sup>11</sup> Las aspersiones áreas con glifosato han afectado negativamente cultivos de alimentos destinados al autoconsumo y venta, recursos acuíferos esenciales para la vida de la población y sus actividades productivas, comprometiendo su seguridad alimentaria y nutricional, y la salud misma de los habitantes. La Corte Constitucional lo señaló en su Auto 005 de 2009, citando casos de desplazamientos masivos de población por falta de alimentación, luego de la destrucción de cultivos bajo ese método de erradicación.

legitimidad<sup>12</sup>. De otro lado, existen intereses y motivaciones económicas y políticas, legales e ilegales, que tienen relación con acciones violentas y de vulneración de derechos<sup>13</sup>. A este último respecto se ha referido reiteradamente la Corte Constitucional, a través de Autos que reflejan situaciones de personas y comunidades, como la denuncia del pueblo Awá del departamento de Nariño sobre el despojo de sus territorios:

*“(...) se ha incentivado desde el Estado la implementación de megaproyectos como los monocultivos de palma de aceite –desarrollados en muchos casos sobre nuestros territorios ancestrales y colectivos–, la extracción de petróleo, la construcción de hidroeléctricas, la concesión a las multinacionales para la explotación del oro, la madera y demás elementos de la naturaleza, sin que se implemente adecuadamente el derecho fundamental a la consulta previa”<sup>14</sup>.*

En un documento sobre la masacre del Tigre en el Bajo Putumayo, el Centro Nacional de Memoria Histórica señaló que “el Estado se ha limitado al cuidado de las inversiones petroleras, a la ejecución de acciones de control territorial y ha omitido su responsabilidad de proteger a la población civil”<sup>15</sup>. La misma entidad reflejó cómo a través de información de la Agencia Nacional de Minería se puede observar la correspondencia entre territorios expulsores de población y la asignación de títulos para explotación de carbón (como en el caso de Córdoba) y de oro (como en el caso de Nariño)<sup>16</sup>; de la misma manera en que se ve correlación entre zonas de desplazamiento de población y asentamientos de cadenas de producción y tráfico de drogas<sup>17</sup> en los tres departamentos.

Desplazamientos forzados, homicidios y otros fenómenos victimizantes.

No resulta fácil obtener datos concluyentes sobre el impacto del conflicto y la violencia armada en Colombia, no solo porque una parte indeterminada de consecuencias escapan a mediciones fácticas<sup>18</sup>, sino porque otras que sí pueden cuantificarse adolecen de vacíos de información en múltiples casos no denunciados, no conocidos o no reconocidos (subregistro<sup>19</sup>), y porque los datos que se obtienen no están exentos de error, de sesgo o de incertidumbre, dado que las cifras varían entre diferentes instituciones por cuestiones de enfoque, de oportunidad, de rigurosidad, etc., además de la frecuente confrontación entre

---

<sup>12</sup> Abusos de autoridad, intimidaciones, torturas, desapariciones, los denominados “falsos positivos”. Al respecto Cf. HUMAN RIGHTS WATCH (2015), *El rol de los altos mandos en falsos positivos. Evidencias de responsabilidad de generales y coroneles del Ejército colombiano por ejecuciones de civiles*, junio de 2015.

<sup>13</sup> Centro Nacional de Memoria Histórica (2015). *Una nación desplazada: informe nacional del desplazamiento forzado en Colombia*, CNMH – UARIV, Bogotá D.C., pp. 130-131.

<sup>14</sup> Corte Constitucional, Auto 004 de 2009. Disponible en:

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm> . Consulta agosto de 2016.

<sup>15</sup> CNMH (2011), *La masacre de El Tigre (...)*, *Op.Cit.*, p. 12.

<sup>16</sup> CNMH (2015). *Una nación desplazada: (...)*, *Op.Cit.*, p. 258. Véase mapas en p. 259 y p. 260.

<sup>17</sup> *Ibid.*, p. 249. Se ilustra la presencia de cultivos de hoja de coca en Nariño y Putumayo, puertos marítimos para el transporte de cocaína en Córdoba y Nariño, así como laboratorios para su procesamiento en los tres departamentos.

<sup>18</sup> Como consecuencias psicológicas o retrocesos en el desarrollo de los territorios y de las personas, que se diluyen en procesos de mediana y larga duración.

<sup>19</sup> Las tasas de subregistro son considerablemente altas. La encuesta nacional llevada a cabo por la Comisión de Seguimiento de la sociedad civil reveló que el 34.3% de desplazados internos no están registrados en el sistema del Estado (RUPD). De estas personas no registradas, el 72,8% no declaró su situación de desplazamiento a las autoridades competentes y el 26,2% sí la declaró pero no fue incluida en el Registro. (Cf. Kerr, E. (2010), “Desplazamiento forzado en Colombia: un crimen contra la humanidad”, en: Peace Brigades International Colombia, *Colombia: Desplazamiento forzado en Colombia, crimen y tragedia humanitaria*, Boletín Especial, No. 14, PBI Colombia, Bogotá D.C., p.6).

cifras oficiales y las de organismos no gubernamentales<sup>20</sup>. Pero en medio de la diversidad de fuentes y números, las conclusiones y tendencias sí encuentran mayores correspondencias.

En el Cuadro 1 se resume información sobre víctimas de desplazamiento forzado y de homicidios, inscritas en el Registro Único de Víctimas (RUV) durante los últimos 20 años en los tres departamentos y sus porcentajes respecto al total de registros a nivel nacional (por quinquenios). Destaca en primer lugar el caso de Nariño, por el drástico incremento de la incidencia de estos fenómenos durante los últimos diez años. Mientras el país experimentó una disminución en registros de víctimas de desplazamientos entre el segundo y tercer quinquenio, Nariño duplicó sus casos y triplicó su peso entre el total de víctimas registradas en todo el país. Si bien en menor grado, Córdoba también aumentó sus casos. Y a pesar de la reducción a nivel nacional durante los últimos 5 años, el peso relativo de Nariño siguió en aumento.

Por su parte, Putumayo alerta desde una característica demográfica: es uno de los departamentos menos poblados del país<sup>21</sup> pero en términos de víctimas y de incidencia del conflicto, la violencia y sus consecuencias, es uno de los principales; como se ve, mantiene una regularidad en sus cifras, lo que indica que la violencia es una constante. En el caso de Córdoba, se observa también una preocupante estabilidad y un antecedente de incremento vertiginoso en el período 2007-2011, reflejo del riesgo de incidencias coyunturales fuertes de la violencia en este departamento.

**Cuadro 1. Víctimas de desplazamiento forzado y de homicidio inscritas en el Registro Único de Víctimas. Quinquenios entre 1997 y 2016 (julio), para los deptos. de Córdoba, Nariño y Putumayo**

PERÍODO	DESPLAZAMIENTO FORZADO							HOMICIDIO						
	TOTAL NACIONAL	CÓRDOBA		NARIÑO		PUTUMAYO		TOTAL NACIONAL	CÓRDOBA		NARIÑO		PUTUMAYO	
		Personas	%Nal.	Personas	%Nal.	Personas	%Nal.		Personas	%Nal.	Personas	%Nal.	Personas	%Nal.
1997-2001	1.867.110	81.874	4,4%	16.770	0,9%	42.190	2,3%	251.798	4.902	1,9%	6.138	2,4%	7.602	3,0%
2002-2006	2.457.648	66.991	2,7%	84.884	3,5%	91.984	3,7%	253.304	4.606	1,8%	13.586	5,4%	8.427	3,3%
2007-2011	1.519.830	75.330	5,0%	174.957	11,5%	59.797	3,9%	90.955	4.489	4,9%	9.786	10,8%	3.461	3,8%
2012-2016	846.778	29.184	3,4%	110.722	13,1%	31.299	3,7%	20.204	554	2,7%	2.709	13,4%	985	4,9%

Fuente: elaboración propia a partir de datos extraídos de la Red Nacional de Información de la UARIV, en: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>. Agosto de 2016.

Al observar las cifras de homicidios se encuentran las mismas relaciones descritas, con un evidente incremento constante en el peso relativo de Nariño y Putumayo respecto a los registros víctimas de todo el país (y Córdoba manteniendo sus preocupantes cifras cuando en el país se presenta una reducción de casi dos tercios).

Tendencias y cifras sobre otros fenómenos violentos victimizantes como el despojo de tierras, torturas o desapariciones, encuentran asiduamente en Nariño, Putumayo y Córdoba unos de sus principales escenarios<sup>22</sup>. Como destaca la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de la Naciones Unidas (OCHA), a pesar de la reciente disminución de

<sup>20</sup> "A finales de abril la Unidad de Víctimas señaló que el número total de desplazados el año pasado [2012] era de 99.150 personas y que era menor al esperado. Codhes (...) concluyó que la cifra es de 256.590 personas, más del doble que la del Gobierno y prácticamente igual a la del año anterior (...)" (La Verdad Abierta, *Las cifras que no cuadran sobre el desplazamiento*, junio de 2013, <http://lasillavacia.com/queridodiario/las-cifras-que-no-cuadran-sobre-el-desplazamiento-45005>).

<sup>21</sup> 237.197 habitantes en el Censo 2005, representando el 0,6% de la población del país.

<sup>22</sup> junto a Antioquia, Chocó, Cauca, Caquetá, Valle del Cauca, Tolima, Norte de Santander y Arauca, como los más recurrentes. Véase la base de consulta pública de la Red Nacional de Información, de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, UARIV: <http://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Vigencia>

hechos violentos letales en el país, que puede relacionarse con medidas en el marco del actual proceso de paz entre el Gobierno Nacional y las FARC, persiste la acción de otros grupos armados (como el ELN y los grupos posdesmovilización) y el despliegue de otras formas de intimidación y de control social y territorial, “como las amenazas, las restricciones a la movilidad y limitaciones al acceso a bienes y servicios básicos por causas relacionadas con la violencia armada”<sup>23</sup>.

Las amenazas se dirigen principalmente a mujeres y hombres líderes sociales, defensores de Derechos Humanos, funcionarios públicos, maestros, así como a organizaciones sociales. La restricción a la movilidad se da desde formas como los denominados paros armados, que restringen la libre circulación de muchas personas, afectando su vida cotidiana (como se dio en el mes de marzo del presente año en Córdoba, afectando gravemente a Montería y otros municipios). Formas intimidatorias coyunturales que se presentan también de manera prolongada en territorios donde los grupos armados confinan a la población, fundamentalmente en zonas de difícil acceso, por lo que constituye un fenómeno difícil y tardíamente percibido.

La intimidación constituye un factor de subregistro del impacto del conflicto y la violencia en el país, pues restringe la voluntad y la posibilidad de identificar y denunciar a los responsables<sup>24</sup>. Aquí la impunidad no sólo remite a la ausencia de justicia frente a lo que sucede, sino también a los riesgos de repetición y de normalidad de situaciones semejantes. Impunidad que, por lo demás, tiene lugar a su vez desde la omisión de autoridades competentes en la investigación y acusación de responsables de vulneraciones de Derechos Humanos<sup>25</sup>. Asimismo, por el temor de las víctimas:

*“... a que se les niegue la ayuda y atención del Estado, en especial cuando los agentes desplazadores, directos o indirectos, detentan el poder económico y político en las regiones y ostentan cargos públicos, como se ha revelado en los procesos de la parapolítica.*

*(...) En las regiones cocaleras, los raspadores y cocineros de la hoja de coca (raspachines) no declaran ni denuncian por el temor a ser judicializados y encarcelados”<sup>26</sup>.*

La profundización de las necesidades.

El panorama previo asiste la configuración territorial y poblacional de ciudades y municipios afectados tanto por la incidencia de hechos violentos como por la recepción de amplios grupos de personas desplazadas (masiva o individualmente), generando una demanda de servicios y recursos que las administraciones municipales no están en capacidad de asumir, algo que no afecta sólo a las ciudades capitales de departamento. El CODHES en 2013

---

<sup>23</sup> OCHA (2016), “Balance Primer Semestre”, *Boletín Humanitario Mensual Colombia*, No. 50, julio 31. Disponible en: <https://www.humanitarianresponse.info/es/operations/colombia/document/bolet%C3%ADn-humanitario-mensual-junio-2016>. Consulta julio de 2016.

<sup>24</sup> CNMH (2015), *Una nación desplazada* (...), *Op. Cit.*, p. 316.

<sup>25</sup> Como alerta el CNMH en su informe sobre desplazamiento forzado del 2015: “(...) *la Fiscalía General de la Nación ha sido omisiva en la investigación y acusación de las graves infracciones a los derechos humanos y al Derecho Internacional Humanitario, entre ellas el desplazamiento y abandono masivo y sistemático de tierras y la legalización del despojo, en beneficio de empresas nacionales y multinacionales y actores armados ilegales*”. *Ibid.*, p. 313.

<sup>26</sup> *Ibid.*, pp. 316-318.

identificó en el país 34 ciudades receptoras del 61,1% de los desplazados ese año: “En Córdoba, además de Montería está Tierralta. En Nariño, en primer lugar, Tumaco y luego Pasto y Ricaurte. (...) En Putumayo, aparece el Valle del Guamuez”<sup>27</sup>. En el caso de Ricaurte y otros municipios pequeños, aunque reciban menos población desplazada, el fenómeno es más notorio puesto que tienen menos habitantes y limitadas infraestructuras y mecanismos de respuesta.

Por la histórica relación de los tres departamentos con hechos del conflicto y la violencia armada, es amplio el marco de necesidades y de crisis humanitarias. Fenómenos como la pobreza, la inseguridad alimentaria y nutricional<sup>28</sup> (más sensible a niños y niñas y a madres gestantes y en período de lactancia), los bajos niveles de cobertura y acceso a servicios de salud, de saneamiento e higiene<sup>29</sup>, de transporte y comunicaciones, etc., hacen parte de las consecuencias de la desigualdad estructural en estos territorios y se profundizan en el contexto del conflicto y los hechos violentos.

Más aún, en Nariño, Putumayo y Córdoba las necesidades se corresponden también con el predominio rural de sus municipios y con la importante presencia de indígenas y afrodescendientes en ellos (representan el 28,4% de la población de Nariño, 23,4% de Córdoba y 23,2% de Putumayo)<sup>30</sup>. Como destaca el PNUD, la condición de ruralidad en Colombia (y en general en América Latina) presenta una relación inversa con el Desarrollo Humano<sup>31</sup>, lo que además de variables socioeconómicas se relaciona con la mayor

Cuadro 2. Indicadores de pobreza (monetaria-IPM) y NBI. Departamentos de Córdoba, Nariño y Putumayo.

INDICADORES	TOTAL NACIONAL	DEPARTAMENTOS		
		CÓRDOBA	NARIÑO	PUTUMAYO
POBREZA MONETARIA - 2011	27.8%	46.6%	40%	Sin dato
IPM - 2005	49,6%	79.6%	68.9%	78.6%
NBI - 2005	27.7%	59.1%	43.6%	34.5%

IPM = Índice de Pobreza Multidimensional.

NBI = Necesidades Básicas Insatisfechas.

Fuente: elaboración propia a partir de datos DANE.

<sup>27</sup> CODHES (2014), *El desplazamiento forzado y la imperiosa necesidad de la paz. Informe de desplazamiento 2013*, CODHES Informa No. 82, Bogotá D.C., p. 13. Disponible en: [http://www.codhes.org/index.php?option=com\\_si&type=4](http://www.codhes.org/index.php?option=com_si&type=4). Consulta julio de 2016.

<sup>28</sup> La ENSIN 2010 indagó la situación de inseguridad alimentaria de los hogares, comprendiéndola como “la disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos, o la capacidad limitada e incierta de adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables” (ICBF *et. al.* (2011), *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, ENSIN*, ICBF - Ministerio de la Protección Social - Profamilia - Instituto Nacional de Salud INS, Bogotá D.C., p. 345). Mientras a nivel nacional se presentó una prevalencia de 42,7%, en Nariño se llegó al 67,7%, la más alta del país; Córdoba 69,2% y Putumayo 57,2%. Por otro lado, la prevalencia de desnutrición crónica en niños de 0 a 4 años fue: nacional 13,2%, Nariño 16,9%, Córdoba 16,4% y Putumayo 9,8%.

<sup>29</sup> El DNP (Departamento Nacional de Planeación) identificó una cobertura de acueducto a nivel nacional de 82%; en Putumayo 44,4%, en Córdoba 52,2% y en Nariño 68,2% (DANE (2015), *Diálogo regional para la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*, [Varias series, una por cada departamento], Bogotá, enero 24 de 2015).

<sup>30</sup> El Censo 2005 (el último realizado y la principal referencia de comportamiento demográfico en el país) registró que el 25,2% de la población indígena del país tiene asiento en los departamentos de Nariño (11,14%), Córdoba (10,85%) y Putumayo (3,20%); es decir que sólo en estos tres departamentos se concentró la cuarta parte de los indígenas de Colombia. Asimismo, destaca que mientras a nivel nacional la representatividad de este grupo étnico respecto a la población total del país fue de 3,36%, en estos tres departamentos tienen un peso relativo mayor: el 18,33% en Putumayo, 10,36% en Nariño y 10,33% en Córdoba. Por su parte, la dinámica demográfica afrodescendiente muestra particularidades también respecto a los departamentos de Nariño y Córdoba, con 18,06% y 13,13%, respectivamente, de población que se autorreconoció con este grupo étnico; superiores al 10,40% nacional frente al total de la población colombiana. En Putumayo el peso relativo afrodescendiente fue de 4,90% (Cf. DANE, REDATAM-SP Censo Ampliado: [http://systema59.dane.gov.co/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CG2005AMPLIAD\\_O&MAIN=WebServerMain.inl](http://systema59.dane.gov.co/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CG2005AMPLIAD_O&MAIN=WebServerMain.inl)).

<sup>31</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2011), *Colombia rural: razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011*, PNUD, Bogotá D.C., p. 155. Disponible en: [http://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co-ic\\_indh2011-parte1-2011.pdf](http://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co-ic_indh2011-parte1-2011.pdf). Consulta

sensibilidad y vulnerabilidad de las áreas rurales, de los campesinos y los grupos étnicos, al conflicto y la violencia. La amplia mayoría de víctimas en el país corresponde a población rural<sup>32</sup> y, por proporcionalidad demográfica y por el predominio de sus asentamientos, la población indígena y afrodescendiente resulta más afectada<sup>33</sup>.

Así, el contexto de fondo en los municipios de Córdoba, Nariño y Putumayo es el de necesidades y desigualdades socioeconómicas estructurales<sup>34</sup>, que en sí mismas son preocupantes y que se agravan en territorios y comunidades donde el conflicto y la violencia armada tienen sus mayores evidencias, estableciendo escenarios de crisis humanitarias, algunas coyunturales (como los paros armados, de distinta duración), pero en su mayoría arraigadas en lugares donde la violencia se cuenta por miles de víctimas y por décadas de continuidad.

Todo ello configura un marco de representaciones sociales que, paradójicamente, conjuga la esperanza de las personas afectadas por el retorno de la tranquilidad (y de ellos) a sus pueblos y hogares, con la desconfianza y la incredulidad frente a acciones de respuesta y de mejoramiento de condiciones de vida que históricamente han sido insuficientes. Algo que no sólo debe constituir un reclamo al Estado y sus competencias y responsabilidades, sino también un llamado a las diferentes organizaciones de ayuda humanitaria que intervienen o proyectan hacerlo, para que el diseño, planificación e implementación de sus acciones tengan, en ese contexto, no sólo un cuadro de necesidades sino también de sentidos y de reconocimiento de esa historicidad, de capacidades y particularidades locales y socioculturales. Que en las intervenciones son tan importantes los recursos como los enfoques.

---

mayo de 2016.

<sup>32</sup> “De acuerdo al RUV, el 87% de las personas desplazadas provienen de zonas rurales; en otras palabras, 9 de cada 19 personas desplazadas han salido forzosamente del campo colombiano”. [CNMH (2015), *Una nación desplazada* (...), *Op. Cit.*, p. 225].

<sup>33</sup> “Las comunidades negras suman cerca del 16,6% de la población desplazada, mientras que su representación en la población general es del 11%. Los grupos indígenas suman el 6,5% en los registros de desplazamiento, mientras que sus comunidades representan el 2% de la población colombiana” (Kerr, E. (2010), “Desplazamiento forzado en Colombia: un crimen contra la humanidad”, *Op.Cit.*, p. 6.)

<sup>34</sup> Véase los diagnósticos que las gobernaciones departamentales han presentado en sus recientemente aprobados planes de desarrollo sobre cubrimiento de servicios públicos, salud, educación, vivienda, etc., donde se reflejan las desventajas respecto a promedios nacionales y la desigualdad interna entre zonas urbanas y rurales y entre regiones de cada departamento (ver Bibliografía de este informe).



## VI. ENFOQUES TRANSVERSALES.

### Enfoque de Seguridad Nutricional.

Definida como una Política de la red internacional de ACH, la Seguridad Nutricional constituye un enfoque multisectorial para la actuación sobre las causas directas y subyacentes de la desnutrición. A partir de conceptualizaciones de organismos multilaterales como UNICEF, la OMS y el Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas, ACH comprende la seguridad nutricional como “*el resultado de una buena salud, un entorno saludable, prácticas de cuidado adecuados así como seguridad alimentaria en los hogares; se logra cuando todos los miembros de la familia*

*gozan de acceso físico, social y económico a alimentos nutritivos y seguros en cantidad suficiente que satisfacen sus necesidades y preferencias alimentarias, además de disponer de un entorno saludable, acceso a agua potable, servicios de salud adecuados y prácticas de cuidado y alimentarias adecuadas para garantizar una vida sana y activa*”<sup>35</sup>. Este enfoque no se reduce a un estado nutricional en un momento dado sino a la proyección de su protección en el largo plazo.

La multisectorialidad referida corresponde a la comprensión de la multicausalidad de la desnutrición y en esa medida la importancia de planificar e implementar estrategias de respuesta desde distintos sectores, de manera integrada y simultánea. Desde tal marco, las intervenciones de ACH respecto a la desnutrición y la anemia van más allá de la valoración nutricional y la suplementación (*acciones específicas de nutrición*) e involucran actividades y procesos (detallados en los siguientes apartados) sobre agua, saneamiento e higiene en niveles familiares y comunitarios, o el fortalecimiento de capacidades locales, como *acciones sensibles a la nutrición*, las cuales, en todo caso, se orientan desde el principio de *acción sin daño*.

La complementariedad de los ejes de intervención (y su eficacia) no obedece sólo a una planificación desde la Organización misma; depende en primera instancia del contexto local particular. Por ello las acciones de ACH se diseñan y orientan a partir del reconocimiento de las características socioculturales y las particularidades de cada territorio y comunidad, como ordenadores de las problemáticas y de sus respuestas, así como de la coordinación con la institucionalidad local y sus esfuerzos. Aspecto que no sólo alude a elementos técnicos sino también sociales, pues tan importante como el diseño de actividades y herramientas es –por ejemplo– el lenguaje a través del cual aquellas se dirijan, acercándose a contextos locales y regionales de comprensión. La diversidad cultural en Colombia es un atributo, un marco de



<sup>35</sup> ACF Internacional (2014), *Política de Seguridad Nutricional: planteamiento y enfoque multisectorial común para abordar la desnutrición*, París, p. 10.

aprendizaje y una estructura decisiva para la seguridad nutricional y para la acción humanitaria en general.

Actividades de fortalecimiento de capacidades adecúan las metodologías educativas al público y utilizan material de soporte basado en dibujos (más que en textos), con diseños didácticos que contienen información completa.

*Imágenes de materiales educativos sobre nutrición para agentes comunitarios<sup>36</sup>*



### **Enfoque de género y empoderamiento de la mujer.**

ACH destaca el lugar fundamental de la mujer en la salud y nutrición, no sólo en el nivel familiar sino también en el comunitario, y así lo constata durante las actividades que se implementan en los territorios. Las mujeres participan masivamente en las intervenciones, en el marco de las cuales se reconocen sus necesidades y aptitudes, promoviendo su empoderamiento y un marco de equidad entre ellas y los hombres, ambos como actores decisores y gestores para la generación de entornos saludables. Y, a su vez, se promueve la mayor participación de los hombres en actividades que por tradición o costumbre (y más en territorios rurales) suelen suponerse como típicamente femeninas, como el cuidado de la salud y la nutrición de los niños y niñas en los hogares.

### **Enfoque étnico.**

La significativa presencia de comunidades indígenas en municipios de Nariño, Putumayo y Córdoba, así como grupos de población afrodescendiente, ha asistido el despliegue de actividades de ACH, las cuales se desarrollan en atención a sus particularidades, por su relación con necesidades específicas en materia de salud, alimentación, educación, agua y saneamiento, etc., como por su importancia para la eficacia de acciones de respuesta. ACH promueve la participación de los grupos étnicos y encuentra en su organización como comunidad un valor agregado para su trabajo.

<sup>36</sup> UNICEF (2013). *Atención nutricional en situaciones de emergencia para niñas y niños menores de 5 años y mujeres gestantes y lactantes: Rotafolio, cuaderno para el agente comunitario, ruleta de clasificación nutricional.*

## VII. TERRITORIOS, COMUNIDADES, ANEMIA Y MALNUTRICIÓN: LA EXPERIENCIA DESDE LA INTERVENCIÓN.

Las actividades llevadas a cabo tienen características particulares según el eje de intervención (atención nutricional, WASH, fortalecimiento de capacidades), pero también elementos comunes, que los relaciona, complementa, contribuye a la sinergia y potencia los impactos, conforme al enfoque de seguridad nutricional.

La acción en los territorios parte de la comunicación y articulación con autoridades y agentes institucionales locales para la presentación de voluntades y propuestas de intervención, así como la organización de actividades; el establecimiento de líneas de base de los proyectos a través de las cuales se definen problemáticas, objetivos, líneas de acción y metodologías.

En Putumayo las acciones en WASH como parte del proyecto financiado por la Embajada de Suecia fueron soporte para la implementación de acciones en nutrición desde otro proyecto, facilitando el ingreso de los equipos a comunidades intervenidas previamente y permitiendo la complementariedad de acciones para un mayor impacto y beneficio de la comunidad.

A continuación se describen las actividades y resultados principales de los tres ejes objeto de este documento, con reflexiones propias producto de las intervenciones y de la experiencia de sistematización.

### **Atención nutricional.**

Las actividades inician con la socialización del proyecto, contactando a entes territoriales relacionados con la salud (hospitales, institutos, secretarías y direcciones departamentales y locales), ICBF, hospitales, EAPBs, así como comunidades a través de líderes (autoridades indígenas, Juntas de Acción Comunal, etc.) y madres comunitarias; con el objetivo de dar a conocer las iniciativas, obtener información de contexto y de diagnóstico (de la situación de salud y nutrición), identificar zonas prioritarias y oportunidades de acceso, grupos de población y apoyo para el acercamiento y convocatoria a los mismos. Estas actividades son realizadas en las zonas priorizadas por el Equipo Humanitario País y los Equipos Locales de Coordinación.

De esta manera, se identifican necesidades en materia de salud y nutrición en zonas prioritarias. Las acciones se enfocan en niños, niñas menores de 5 años de edad y madres gestantes y en período de lactancia; y se seleccionan comunidades a intervenir (según priorización de ACH conforme al desarrollo de otras intervenciones complementarias y en consideración de los aportes de la institucionalidad local).

Entre ACH y las autoridades locales se coordina la realización de jornadas de valoración nutricional. La valoración, que se basa en la clasificación de estado nutricional y de diagnóstico de anemia conforme a lineamientos nacionales e internacionales, se desarrolla en tres fases: (1) valoración inicial e intervención, (2) seguimiento a casos de desnutrición aguda y monitoreo al consumo de micronutrientes, y (3) valoración de indicadores nutricionales al finalizar la intervención, incluyendo anemia.

#### Fase 1. Valoración inicial.

Comunicación a la madre, padre o acudiente del niño o niña a valorar (o a la madre gestante o lactante) sobre el procedimiento a realizar; y consentimiento informado de la acción.

Entrevista sobre antecedentes recientes y significativos de salud y nutrición de los niños y niñas, para lo cual se recolectan variables de caracterización e información de relevancia en salud y nutrición (afiliación a seguridad social, desparasitación, tipo de agua para consumo, morbilidad sentida, lactancia materna).

Toma de medidas antropométricas: peso, talla y perímetro braquial, esta última indicada en niños y niñas de 6 a 59 meses y MGL.

Prueba de hemoglobina en sangre capilar (con corrección de altura si aplica, en niños y niñas mayores de 6 meses). Para ello se utiliza equipo HemoCue HB201+. Retroalimentación del diagnóstico nutricional, basado en la Res. 2121/2010, referencias Atalah y Col. y los puntos de corte OMS para anemia.

Desparasitación de niños y niñas mayores de 2 años, que no han recibido tratamiento antihelmíntico durante los 6 meses previos a la valoración.

En los casos de niños y niñas entre 6 y 59 meses sin desnutrición aguda, se suministran micronutrientes en polvo, inicialmente para tratamiento durante dos meses.

## VALORACIÓN NUTRICIONAL

Firma consentimiento informado



Toma medidas antropométricas:

*Peso*



*Talla y longitud*



*Perímetro braquial*



*Prueba de hemoglobina*



*Entrega de micronutrientes*



*Prueba de apetito*



En los casos de madres gestantes y lactantes que no estén recibiendo la suplementación recomendada e incluida en el POS (para el caso de las gestantes) se suministran conjugado de hierro, vitamina C y ácido fólico, y en el caso de las gestantes, calcio. El tratamiento cubre entre 1 o 2 meses según el caso y se acompaña con demanda inducida a los servicios de atención pre y posnatal.

En los casos de niños y niñas con desnutrición aguda sin complicaciones y con prueba de apetito positiva, se implementa la estrategia de manejo integrado, a través de la cual se suministra fórmula terapéutica lista para consumo en el hogar en niños y niñas sin complicaciones asociadas.

Se realiza sensibilización a los padres o cuidadores sobre el impacto de los problemas nutricionales, prácticas adecuadas de cuidado (lactancia materna y alimentación complementaria, vacunación, identificación de signos de alarma, otros) y se dan indicaciones sobre la adecuada administración de micronutrientes y fórmula terapéutica - LC.

Fase 2. Seguimiento a casos de desnutrición aguda y monitoreo al consumo de micronutrientes.

- Seguimiento en el lugar de residencia a casos de desnutrición aguda (valoración antropométrica, prueba de edema bilateral, test de apetito, indagación de complicaciones clínicas y verificación de adecuado consumo de la fórmula terapéutica-LC). El seguimiento se realiza cada 1 o 2 semanas, directamente por ACH o con apoyo de agentes comunitarios voluntarios formados por ACH en valoración nutricional y diagnóstico, identificación de complicaciones clínicas, alimentación, nutrición, higiene, cuidados de salud de niños y madres gestantes y lactantes, etc.

- Monitoreo al consumo de los micronutrientes en polvo es realizado

directamente por parte de ACH o por agentes comunitarios capacitados por el profesional en salud y nutrición local de ACH.

- Implementación de actividades transversales de fortalecimiento de capacidades a través de la formación de agentes en las comunidades y de jornadas de capacitación realizadas con la institucionalidad local (hospitales, EPS's) focalizando el personal asistencial en salud. Estas capacitaciones abordan temáticas relacionadas con la valoración y diagnóstico nutricional, las prácticas de alimentación y cuidado para sensibilización a nivel familiar, el uso de productos nutricionales, entre otras.

### Fase 3. Valoración final de indicadores nutricionales.

- Jornadas de valoración comunitarias para seguimiento del estado nutricional de los niños, niñas y MGL y la atención de nuevos beneficiarios. En éstas, se repite el procedimiento inicial (entrevista, tamizaje antropométrico y de hemoglobina, diagnóstico), comparándose éstos resultados con los obtenidos en la línea de base y se realiza retroalimentación de los resultados con los padres o cuidadores de los niños y niñas de manera individual.
- Se refuerzan algunas prácticas clave en salud y nutrición, que de acuerdo al comportamiento de la comunidad se consideran prioritarias por parte del profesional encargado.
- Se lleva a cabo la atención de nuevos casos siguiendo los procedimientos detallados en la primera fase.

### Resultados principales.

En relación con la situación de salud y nutrición, el análisis de ACH sobre su intervención no deja de considerar características de la comunidad que pueden actuar como factores protectores, por ejemplo al reconocer la importancia de las jornadas extramurales de vacunación que los hospitales locales llevan a cabo como parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); pues ACH identificó en las valoraciones nutricionales realizadas durante el periodo julio 2014 - marzo 2016 en los departamentos de Córdoba, Nariño y Putumayo, que el 88,3% de los niños y niñas valorados contaba con esquema de vacunación al día (aunque el PAI procura lograr coberturas de vacunación mayor o igual al 95% en niños y niñas menores de 6 años, en todos los municipios del país)<sup>37</sup>.

Asimismo, en la muestra de 265 gestantes se observó que 200 de ellas asistieron a al menos un control prenatal al momento de la valoración (en tanto 11 no reportaron información y 54 no habían asistido a ningún control prenatal en el momento de la valoración inicial). Con respecto al consumo de suplementación, de las 265 gestantes 171 indicaron que estaban consumiendo los micronutrientes incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), mientras que 85 indicaron no consumirlos y 9 no reportaron información.

---

<sup>37</sup> Ministerio de Salud y Protección Social (2014), *Lineamientos para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI 2015*, Bogotá D.C., p. 7.

Por otro lado, destaca ACH que cerca del 87% de los niños y niñas valorados en los tres departamentos cuentan con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud; sin embargo, este hallazgo está sujeto a la cobertura, acceso y calidad de los servicios de atención en salud, lo cual cuenta con amplias limitaciones en los municipios objeto de intervención, particularmente en las zonas rurales dispersas (desde las distancias, dotación de los puestos o centros de salud y disponibilidad del personal asistencial).

Por último, se identificó un 67% de la población infantil valorada sin desparasitación en los 6 meses previos (y en esa medida la importancia del despliegue de ACH sobre el tema), así como una considerable incidencia (valorada como morbilidad sentida) de enfermedades como gripa y tos (33,9%), fiebre (7%) y diarrea aguda (2,3%).

Así, en todo caso, más que factores protectores, la característica común a la población valorada es la vulnerabilidad, por la carencia en el acceso y calidad de servicios de salud y en

La consulta de antecedentes sobre salud y nutrición reflejó la vulnerabilidad de los niños y niñas. La falta de desparasitación oportuna, la insuficiente práctica de lactancia materna y el consumo de agua sin tratamiento destacan como factores de riesgo.

cuidados a nivel familiar. Sobre esto último, las valoraciones identificaron prácticas inadecuadas respecto a la lactancia materna y el consumo de agua en los hogares. Lo primero, porque los niveles de lactancia materna exclusiva y total que reciben los niños y niñas se encuentran muy por debajo de las recomendaciones internacionales (6 meses y 2 años y más respectivamente) y de los promedios nacionales: actualmente, la duración total de la lactancia materna exclusiva es de 1,8 meses según la ENSIN 2010; de los 175 niños y niñas menores

de 6 meses valorados por ACH en los departamentos de Córdoba, Nariño y Putumayo durante los años 2014, 2015 y 2016, 83 (47,4%) recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, 73 (41,7%) recibieron lactancia materna acompañada de otros alimentos, 14 no reportaron información y 5 no recibieron lactancia, lo cual afecta sensiblemente su nutrición y desarrollo.

En relación con el agua, se encontró que un 64,2% de las personas valoradas consumen agua hervida, clorada o filtrada, un 3,2% no reportan información y un 32,6% la consume sin tratamiento alguno, lo cual favorece la incidencia de enfermedades diarreicas e infecciones parasitarias que tienen un impacto directo sobre la nutrición (las intervenciones de ACH sobre WASH han permitido conocer y actuar frente a la situación del agua en muchas familias y comunidades, como se describe en el apartado siguiente).

Los datos que se presentan a continuación, producto de la base de datos consolidada de valoraciones nutricionales de ACH en Córdoba, Nariño y Putumayo entre el periodo de abril de 2014 y marzo de 2016, dan cuenta de tal vulnerabilidad; pero más que riesgos, indican una situación dada: la anemia y la malnutrición como problemas de salud pública de manera sistemática en la población valorada.

### *Anemia y malnutrición.*

El Cuadro 3 incluye las prevalencias de anemia producto de las valoraciones iniciales a 11.545 niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y a 749 madres gestantes y en período de lactancia (MGL), para un total de 12.294 personas valoradas:

**Cuadro 3. Casos y tipos anemia diagnosticados en valoraciones iniciales de ACH en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y en madres gestantes y lactantes (MGL). Deptos. de Córdoba, Nariño y Putumayo.**

TIPOS DE ANEMIA	NIÑOS Y NIÑAS				MGL		TOTAL CASOS
	Niñas	Niños	TOTAL		Casos	%	
			Casos	%			
AUSENCIA	2.855	2.862	5.718	49,5%	452	60,3%	6.170
LEVE	1.844	1.917	3.761	32,6%	159	21,2%	3.920
MODERADA	935	1.090	2.025	17,5%	133	17,8%	2.158
SEVERA	20	21	41	0,4%	5	0,7%	46
SIN DATO	145	134	279	-	1	-	280
TOTAL	5.799	6.024	11.824	-	750	-	12.574
TOTAL VÁLIDO*	5.654	5.890	11.545	100%	749	100%	12.294

Fuente: elaboración propia a partir de Base de Datos NUT - ACH Misión Colombia, 2014-2016.

\* Casos con resultado en prueba de hemoglobina (Total menos casos sin dato).

En niños y niñas se registró una prevalencia de anemia de 50,5%, es decir que la mitad de la población infantil menor de 5 años valorada presentó anemia (5.827 de 11.545 valorados); situación que se refleja más grave al compararse con la prevalencia nacional: 27,5% según la ENSIN 2010<sup>38</sup>. Por otra parte se identificó una proporción de anemia de 39,7% en MGL (297 de 749 valoradas). Ambas situaciones se constituyen en la población beneficiaria de los proyectos de salud y nutrición de ACH entre 2014 y 2016 como un problema grave de salud pública, de acuerdo con los valores de corte de prevalencia indicados por la OMS ( $\geq 40$ )<sup>39</sup>.

A todos los casos de anemia identificados se inició tratamiento con micronutrientes en polvo (suministrados además manera profiláctica a aquellos con ausencia de anemia). Esto, junto a la desparasitación realizada en durante las mismas jornadas de valoración, así como a los seguimientos realizados y la adopción de recomendaciones de cuidado por parte de las personas, son elementos que se consideran relacionados con el significativo avance en la recuperación de muchos niños, niñas y MGL. Los cuadros 4 y 5 presentan datos sobre la reducción de los casos de anemia detectados entre la primera y segunda valoraciones.

<sup>38</sup> ICBF *et. al.* (2011), *Op.Cit.*

<sup>39</sup> Nutrition Landscape Nutrition Information System (NLIS), "NLIS Country Profile Indicators. Interpretation Guide". [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44397/1/9789241599955_eng.pdf?ua=1)



Del total de 5.827 niños y niñas diagnosticados inicialmente con anemia, se logró la valoración final del estado de hemoglobina en 3.379, de los cuales 1.807 presentaron ausencia de la enfermedad, es decir que se avanzó en la recuperación del 53,5% (y de al menos el 31% del total de casos de la valoración inicial, si se asume que los casos *sin dato* presentaban aún anemia; Cuadro 4). Se identificó a su vez una amplia reducción en la persistencia de esta problemática en sus diferentes tipos, considerando: se pasó de un 64,5% de anemia leve a 30,8% entre la primera y segunda valoración; la anemia moderada pasó de 34,8% a 15,5% y la anemia severa de 0,7% a 0,1%.

La anemia constituye un problema grave de salud pública en la población valorada de niños y niñas menores de 5 años y de madres gestantes y lactantes. Las proporciones de anemia identificadas por ACH casi duplican el promedio del país.

**Cuadro 4. Valoración final de casos de anemia en niños y niñas de 0 y 59 meses de edad, diagnosticados en primera valoración. Deptos. de Córdoba, Nariño y Putumayo**

TIPOS DE ANEMIA	VALORACIÓN INICIAL		VALORACIÓN FINAL POR TIPOS DE ANEMIA									
			AUSENCIA		LEVE		MODERADA		SEVERA		SIN DATO	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
LEVE	3.761	64,5%	1.531	40,7%	472	12,5%	70	1,9%	0	0%	1.688	44,9%
MODERADA	2.025	34,8%	275	13,6%	562	27,8%	441	21,8%	1	0%	746	36,8%
SEVERA	41	0,7%	1	2,4%	8	19,5%	14	34,1%	4	9,8%	14	34,1%
TOTAL	5.827	100%	1.807	31%	1.042	17,9%	525	9%	5	0,1%	2.448	42%
TOTAL VÁLIDO	3.379	100%	1.807	53,5%	1.042	30,8%	525	15,5%	5	0,1%	-	-

**RECUPERACIÓN**

Fuente: elaboración propia a partir de Base de Datos NUT - ACH Misión Colombia, 2014-2016.

\* Casos de anemia identificados en valoración inicial menos casos de sin dato en valoración final.

Al comparar algunas medidas de tendencia central sobre la hemoglobina de los niños y niñas, se encontró que la media (M) y la mediana (Md) pasaron de 11 g/dL (ambas) en la valoración inicial a 11,5 (M) y 11,4 (Md) g/dL en la valoración final.

En el caso de las MGL (Cuadro 5), la relación entre indicadores de anemia se encuentra sesgada por la baja participación de casos en la valoración final: de 297 MGL diagnosticadas inicialmente con anemia se realizó segunda valoración a 47 (15% del total); en función de ello los datos muestran una recuperación de al menos el 7,7% del total de casos. Sin embargo, si el análisis se centra sobre las 47 mujeres valoradas en las dos fases, la recuperación llega al 48,9% de ellas.

**Cuadro 5. Valoración final de casos de anemia en madres gestantes y lactantes (MGL), diagnosticados en primera valoración. Deptos. de Córdoba, Nariño y Putumayo**

TIPOS DE ANEMIA	VALORACIÓN INICIAL		VALORACIÓN FINAL POR TIPOS DE ANEMIA									
			AUSENCIA		LEVE		MODERADA		SEVERA		SIN DATO	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
LEVE	159	53,5%	11	6,9%	3	1,9%	0	0%	0	0%	145	91,2%
MODERADA	133	44,8%	12	9%	15	11,3%	4	3,0%	0	0%	102	76,7%
SEVERA	5	1,7%	0	0%	1	20%	1	20%	0	0%	3	60%
TOTAL	297	100%	23	7,7%	19	6,4%	5	1,7%	0	0%	250	84,2%
TOTAL VÁLIDO	47	100%	23	48,9%	19	40,4%	5	10,6%	0	0%	-	-

**RECUPERACIÓN**

Fuente: elaboración propia a partir de Base de Datos NUT - ACH Misión Colombia, 2014-2016.

\* Casos de anemia identificados en valoración inicial menos casos de sin dato en valoración final.

Sobre la relación entre la anemia y el estado nutricional de niños y niñas, las valoraciones de ACH muestran que la problemática trasciende los indicadores antropométricos. Respecto a la relación Peso para la Talla (P/T), como muestra el Cuadro 6, los niños y niñas diagnosticados con sobrepeso y obesidad presentaron altas prevalencias de anemia, iguales (y en el caso de la obesidad superior) a la anemia en niños y niñas con diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, lo cual plantea una compleja relación entre la doble carga nutricional y la problemática de la anemia. Además, la altísima prevalencia de anemia de los niños y niñas con P/T adecuado (49,1%) .

**Cuadro 6. Relación entre estados nutricionales e incidencia de anemia en niños y niñas entre 0 y 59 meses de edad. Deptos de Córdoba, Nariño y Putumayo (estado nutricional según peso/talla)**

ESTADO NUTRICIONAL	Casos	%	VALORACIÓN POR TIPOS DE ANEMIA											
			AUSENCIA		LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL % ANEMIA	SIN DATO		
			Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%		Casos	%	
OBESIDAD	318	2,7%	15,1%	132	41,5%	104	32,7%	72	22,6%	1	0,3%	55,7%	9	2,8%
SOBREPESO	1.462	12,4%		684	46,8%	446	30,5%	301	20,6%	4	0,3%	51,4%	27	1,8%
PESO ADECUADO PARA LA TALLA	8.670	73,6%		4.324	49,9%	2.803	32,3%	1.422	16,4%	30	0,3%	49,1%	91	1%
RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	1.102	9,4%		516	46,8%	357	32,4%	208	18,9%	4	0,4%	51,6%	17	1,5%
DNT AGUDA MODERADA	203	1,7%	1,9%	39	19,2%	28	13,8%	18	8,9%	1	0,5%	23,2%	117	57,6%
DNT AGUDA SEVERA	20	0,2%		2	10%	1	5%	1	5%	0	0%	10,0%	16	80%
TOTAL	11.775	100%		5.697	-	3.739	-	2.022	-	40	-		277	-

Fuente: elaboración propia a partir de Base de Datos NUT - ACH Misión Colombia, 2014-2016.

Lo anterior refleja la deficiente diversidad dietaria en los municipios intervenidos en Córdoba, Nariño y Putumayo en general, lo cual se ve reflejado en el estado nutricional de la primera infancia. Llama la atención las altas prevalencias de la malnutrición por exceso (sobrepeso + obesidad: 15,1%) y por deficiencia (riesgo de desnutrición aguda + desnutrición aguda global: 11,3%). Respecto a la desnutrición aguda global (sumando DNT aguda moderada y DNT aguda severa en el mismo Cuadro), la prevalencia de 1,9% es muy elevada considerando su grave implicación sobre la morbilidad y el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. La ENSIN 2005 reflejó una prevalencia nacional de DNT aguda global de 1,3% y la ENSIN 2010 de 0,9%. Desde estos valores la desnutrición aguda no se considera un problema de salud pública a nivel de país; sin embargo, los resultados de las valoraciones de ACH llaman la atención sobre el hecho de que una década después se obtengan

prevalencias más elevadas, lo cual podría ser atribuido a las condiciones de vulnerabilidad de la población beneficiaria de los proyectos (descrita anteriormente).

El Cuadro 7 presenta resultados para la relación Talla para la Edad (T/E), sobre lo cual se registró una prevalencia de 18,5% en niños y niñas menores de 5 años que presentaron retraso en talla; cifra que está 5,3 puntos porcentuales por encima de la reportada por la ENSIN 2010 para el país (13,2%). Sin embargo, esta proporción presenta grandes disparidades cuando se evalúa por departamento, llegando hasta un 26% en el departamento de Córdoba. Adicionalmente, es importante destacar que el 31,4% de la población valorada presentó un riesgo de talla baja.

La relación entre tal situación nutricional y la anemia muestra la clara vulnerabilidad de los niños y niñas con retraso en talla (53,4%), aunque sin dejar de llamar la atención sobre la alta prevalencia de anemia en los casos de T/E adecuados: 48,4% (ligeramente superior a la de casos con riesgo de talla baja).

Cuadro 7. Relación entre estados nutricionales e incidencia de anemia en niños y niñas entre 0 y 59 meses de edad. Deptos de Córdoba, Nariño y Putumayo (estado nutricional según talla/edad)

ESTADO NUTRICIONAL	CASOS	%	TIPOS DE ANEMIA										
			AUSENCIA		LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL % ANEMIA	SIN DATO	
			Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%		Casos	%
TALLA ADECUADA PARA LA EDAD	5.860	50,1%	2.858	48,8%	1.796	30,6%	1.026	17,5%	12	0,2%	48,4%	168	2,9%
RIESGO DE TALLA BAJA	3.669	31,4%	1.855	50,6%	1.175	32,0%	573	15,6%	11	0,3%	47,9%	55	1,5%
RETRASO EN TALLA	1.703	14,6%	794	46,6%	567	33,3%	297	17,4%	10	0,6%	51,3%	35	2,1%
RETRASO EN TALLA SEVERO	466	4,0%											
<b>TOTAL</b>	<b>11.698</b>	<b>100%</b>	5.677	-	3.706	-	2.006	-	40	-		269	-

Fuente: elaboración propia a partir de Base de Datos NUT - ACH Misión Colombia, 2014-2016

De nuevo sobre términos de recuperación nutricional de los niños y niñas, el Cuadro 8 contiene datos que reflejan el egreso con un el indicador de P/T adecuado en al menos el 47,1% de todos los casos de niños y niñas (6 a 59 meses) diagnosticados con desnutrición aguda (no se tuvo información del 16,6% de ellos al finalizar el proyecto, esto asociado principalmente a deserción por cambios en residencia o falta de adherencia al tratamiento); Asimismo, el 30,9% de los casos egresó con un indicador de riesgo de peso bajo para la talla. En total se presentó egreso satisfactorio de al menos el 78% de los casos que recibieron tratamiento en el hogar, destacando también la recuperación de 15 de los 20 casos severos y la ausencia de nuevos casos de este tipo en esta población. Ahora bien, si se excluye el peso relativo de los casos sin dato (Total válido en el Cuadro 8), se incrementa la recuperación (56,5%), el egreso de casos con indicador de riesgo de bajo P/T (37,1%), alcanzándose un egreso satisfactorio del 93,6% de los casos. Durante este periodo no se presentó mortalidad por y asociada a desnutrición en la población intervenida.

Cuadro 8. Valoración final de casos de DNT aguda moderada y DNT aguda severa en niños y niñas entre 0 y 59 meses de edad, diagnosticados en primera valoración. Deptos de Córdoba, Nariño y Putumayo, 2014-2016.

TIPOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA	CASOS VALORACIÓN INICIAL	CASOS VÁLIDOS*	VALORACIÓN FINAL POR VARIABLES DE ESTADO NUTRICIONAL									
			ADECUADO		DNT AGUDA		DNT AGUDA SEVERA		RIESGO BAJO PESO / TALLA		SIN DATO	
			Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
DNT AGUDA MODERADA	203	168	90	53,6%	12	7,1%	0	0%	66	39,3%	35	-
DNT AGUDA SEVERA	20	18	15	83,3%	0	0%	0	0%	3	16,7%	2	-
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>		105	47,1%	12	5,4%	0	0%	69	30,9%	37	16,6%
<b>TOTAL VÁLIDO*</b>		<b>186</b>	<b>105</b>	<b>56,5%</b>	<b>12</b>	<b>6,5%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>69</b>	<b>37,1%</b>	-	-

RECUPERACIÓN

EGRESO

Fuente: elaboración propia a partir de Base de Datos NUT - ACH Misión Colombia, 2014-2016.

\* Casos de DNT aguda detectados a los que se realizó valoración final (Total menos casos sin dato).

Por otro lado, destaca la importante recuperación de la línea de crecimiento en varios casos de retraso en talla, como se presenta en el Cuadro 9. De los 2.169 casos diagnosticados se realizó valoración final a 832, encontrándose que 56 de estos niños y niñas presentaron talla adecuada y 183 más egresaron con indicador de riesgo de talla baja. Sumando estos casos, se tiene un 28,7% de egreso satisfactorio, de gran significancia por el tipo de afectación que supone y su compleja recuperación. Más aún, la distinción de casos severos muestra que, de los 466 niños y niñas diagnosticados, 198 hicieron parte de la segunda valoración, encontrándose avances importantes en su línea de crecimiento: 11 niños y niñas (5,6%) presentaron talla adecuada, 10 más pasaron a situación de riesgo de talla baja y 51 casos de retraso dejaron de ser severos.

Cuadro 9. Valoración final de casos de Retraso en Talla (T/E) severa en niños y niñas entre 0 y 59 meses de edad, diagnosticados en primera valoración. Deptos de Córdoba, Nariño y Putumayo, 2014-2016.

TIPOS DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA	CASOS VALORACIÓN INICIAL	CASOS VÁLIDOS*	VALORACIÓN FINAL POR VARIABLES DE ESTADO NUTRICIONAL									
			T/E ADECUADA		RETRASO EN TALLA		RETRASO EN TALLA SEVERO		RIESGO T/E BAJA		SIN DATO	
			Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
RETRASO EN TALLA	1.703	634	45	7,1%	355	56,0%	61	10%	173	27,3%	1.069	-
RETRASO EN TALLA SEVERO	466	198	11	5,6%	51	25,8%	126	63,6%	10	5,1%	268	-
<b>TOTAL</b>	<b>2.169</b>		56	2,6%	406	18,7%	187	8,6%	183	8,4%	1.337	61,6%
<b>TOTAL VÁLIDO*</b>		<b>832</b>	<b>56</b>	<b>6,7%</b>	<b>406</b>	<b>48,8%</b>	<b>187</b>	<b>22%</b>	<b>183</b>	<b>22,0%</b>	-	-

RECUPERACIÓN

EGRESO

Fuente: elaboración propia a partir de Base de Datos NUT - ACH Misión Colombia, 2014-2016.

\* Casos de DNT aguda detectados a los que se realizó valoración final (Total menos casos sin dato).

Finalmente, el Cuadro 10 muestra otro tipo de relación entre indicadores relevantes: la prevalencia de anemia según pertenencia étnica, evidenciándose la problemática situación de la población afrodescendiente, con una prevalencia del 65,9%. Resaltar esto no tiene que ver con la representatividad de los grupos étnicos en el trabajo de ACH, sino con su significancia para las lecturas diferenciales sobre un mismo fenómeno: que la anemia como problema grave de salud pública pueda tener mayores implicaciones sobre grupos particulares de población, como los grupos étnicos.

**Cuadro 10. Prevalencia de anemia según grupos étnicos en valoraciones nutricionales iniciales de niños y niñas de 0 a 59 meses. Deptos. de Córdoba, Nariño y Putumayo, 2014-2016.**

TIPOS DE ANEMIA	GRUPO ÉTNICO							
	AFRODESCENDIENTE		INDÍGENA			NINGUNO		SIN DATO
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	
<b>AUSENCIA</b>	1.047	34,1%	682	63,3%	3.882	55,2%	107	
<b>LEVE</b>	1.139	37,1%	265	24,6%	2.156	30,6%	201	
<b>MODERADA</b>	873	28,4%	127	11,8%	976	13,9%	49	
<b>SEVERA</b>	13	0,4%	4	0,4%	24	0,3%	0	
<b>TOTAL</b>	3.072	100%	1.078	100%	7.038	100%		

Fuente: elaboración propia a partir de Base de Datos NUT - ACH Misión Colombia, 2014-2016.

## Agua, saneamiento e higiene.

La intervención en WASH responde a la necesidad de acceso a agua segura a familias y comunidades, trabajando sobre la disponibilidad, el tratamiento y el mantenimiento; asimismo, el acceso a infraestructura sanitaria y el desarrollo de prácticas de higiene.

Luego del proceso de acercamiento y socialización con autoridades locales relacionadas con el agua y el saneamiento básico, y con las comunidades identificadas, las actividades que se desarrollan son:

Nivel familiar.

- Distribución de sistemas de almacenamiento de agua. Tanques plásticos de 250 litros de capacidad, con tapa y características apropiadas para la conservación del agua.
- Distribución de sistemas de filtración de agua para hogares (con capacidad para 20 litros), a través de bujías de cerámica.
- Distribución de kits / bonos de higiene, integrado por productos para el aseo personal para niños/as y adultos/as (jabones para el cuerpo, cepillos dentales, pastas para dientes, peine) y de las viviendas (cloro, detergente en polvo).
- Construcción de sistemas familiares para abastecimiento de agua (casas aguateras).
- Construcción de unidades sanitarias familiares (taza campesina de flujo corrido de agua, pozo séptico).

Todas las soluciones implementadas por ACH han sido concertadas con las comunidades.

Nivel comunitario.

- Construcción y/o rehabilitación de sistemas de abastecimiento de agua colectivo.
- Construcción y/o rehabilitación de sistemas de saneamiento básico colectivo que incluyen una adecuada disposición final de excretas (unidades sanitarias en escuelas, centros comunitarios, etc.).

Acceso a agua segura

*Filtro cerámico y tanque de almacenamiento*



*Capacitaciones en el uso del filtro*



*Uso de filtro en hogar*



*Acceso a saneamiento básico*



Fotografías: Hanz Rippe

- Construcción de comedores escolares, que incluyen la dotación de elementos para su adecuado funcionamiento.

En este nivel la intervención se realiza en instituciones, centros educativos y en comunidades organizadas, por el necesario mejoramiento de las condiciones de acceso y consumo de agua y sistemas de saneamiento para niños/as, beneficiándose también otras personas de la comunidad.

Estas actividades son complementadas con formaciones en sensibilización acerca del uso y mantenimiento de los sistemas y equipos entregados, así como formaciones en promoción de la higiene con la metodología PHAST, la cual busca reflejar la importancia en el aumento de la autoestima de las poblaciones, su capacidad para gestionar y mejorar su comunidad con los cambios en las prácticas de higiene, protección del medio ambiente y la implementación de obras en agua y saneamiento.

Finalmente, destaca la toma de muestras de agua para el análisis de sus características físico-químicas y bacteriológicas se ha realizado en laboratorios universitarios (Universidad de Córdoba y Universidad Mariana de Nariño), antes y después de la implementación de los equipos de filtración y almacenamiento.

Resultados principales.

- Más de 38.000 personas en Córdoba, Nariño y Putumayo en 2015 fueron beneficiadas con instrumentos para el acceso, almacenamiento, tratamiento y uso de agua apta para consumo (y para la realización de otras actividades básicas en los hogares, como cocinar, lavado de utensilios y aseo personas y del hogar). Con ello se contribuyó a mejorar el acceso (en cantidad y calidad), disminuir la frecuencia de búsqueda del líquido en las fuentes y con ello el riesgo asociado a los desplazamientos requeridos para la recolección de agua (MAP, MUSE, presencia de grupos armados) así como esfuerzo físico y tiempo dedicado en mujeres, niños y niñas como principales responsables de ésta actividad.

*Tanque elevado (sistema colectivo)*



*Puntos de agua comunitarios*



*Análisis de agua*



*Rehabilitación sistemas de saneamiento básico en escuelas*



- Las pruebas físico-químicas y bacteriológicas evidenciaron el mejoramiento de la inocuidad del agua, obteniendo 97,5% de las muestras de hogares y el 100% de las muestras de sistemas de abastecimiento colectivos libres de microorganismos patógenos (contaminación fecal).
- Los sistemas colectivos de saneamiento básico en centros educativos (8 en 2015) permitieron beneficiar a cerca de 1000 niños y niñas, con el acceso a unidades sanitarias adecuadas para su uso, en condiciones de salubridad, seguridad, dignidad e intimidad, así como el acceso a agua apta para consumo.
- Las capacitaciones, sensibilizaciones y entrega de bonos lograron el mejoramiento de prácticas de higiene y de condiciones de vida los hogares, incrementando conocimientos y hábitos respecto a la gestión del agua, la disposición de residuos y el aseo personal, reduciendo focos de infecciones y enfermedad.

Promoción de la higiene



## Fortalecimiento de capacidades.

La descripción de actividades en los apartados previos sobre atención nutricional y WASH refirió el desarrollo de capacitaciones, sensibilizaciones, valoraciones y la aplicación de encuestas a través de las cuales se evalúan situaciones iniciales y avances en conocimientos, prácticas y situaciones de salud e higiene.

Esas acciones hacen parte del componente de *Fortalecimiento de capacidades* en el marco de la estrategia de ACH para que los actores locales representados en familias, comunidades e instituciones incorporen conocimientos y se apropien de prácticas, cuidados y mecanismos para la prevención de enfermedades (en especial las que afectan gravemente a la primera infancia, como IRAs, EDAs, desnutrición y anemia).



## **Familias y comunidades.**

Constituye el escenario principal de formación y sensibilización sobre la situación y el impacto de los problemas de salud e higiene. Además de lo descrito sobre prácticas y cuidados en alimentación, nutrición, vacunación, uso y consumo de agua, saneamiento, etc., que remite directamente a los entornos familiares intervenidos; el fortalecimiento de capacidades locales involucra la formación de agentes comunitarios y de personal asistencial que articula la acción de ACH en territorios (y la de las autoridades locales) con la vida en comunidad, contribuyendo a una mayor incidencia.

Pero más allá de la respuesta a las intervenciones, ACH busca fortalecer la capacidad de decisión y gestión de las comunidades respecto a las problemáticas que las afecte.



## **Capacidades locales institucionales**

Con el personal de instituciones como hospitales, centros de salud, Centros de Desarrollo Infantil y otros, ACH desarrolla actividades de apoyo sobre aspectos técnicos de la valoración, diagnóstico, tratamiento y educación alimentaria y nutricional, con especial énfasis en desnutrición aguda y anemia.

## **Autoridades locales y actores institucionales: entre la responsabilidad, las capacidades y las voluntades.**

La comunicación y articulación con autoridades locales y actores institucionales constituye un componente de la planificación y el emprendimiento de actividades por parte ACH; no sólo como instancias con las que se deba coordinar o con quienes consensue el desarrollo de las mismas, sino como agentes con conocimientos y experiencias sustanciales sobre las problemáticas a intervenir, los territorios, las comunidades, las capacidades, la seguridad y el orden, las acciones desplegadas y/o proyectadas, así como las limitaciones, necesidades de apoyo, etc., que ayudan a definir ejes y mecanismos más efectivos de intervención. Más allá de su relevancia consultiva y para coordinación (y evitar duplicidad de acciones), las

autoridades locales y los actores institucionales se integran a las actividades de ACH desde el acompañamiento a las mismas y como uno de los objetos del fortalecimiento de capacidades. Destaca su generalizada aceptación y disposición frente a la propuesta de ACH en Córdoba, Putumayo y Nariño, en especial en este último departamento gracias a su mayor organización institucional en materia de salud, lo que ha permitido una mejor articulación.

Por otro lado, desde las competencias institucionales y los logros en materia de salud y nutrición de la población, la experiencia de ACH ha asistido de manera permanente a un panorama de acción limitado desde lo público. Las problemáticas de desnutrición y de anemia son el reflejo de una situación social y de salud pública que remite a la población afectada en los municipios, pero también a las autoridades e institucionalidad públicas. Las carencias financieras, infraestructurales y de recurso humano del sector salud en los municipios inciden en la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios. En municipios de Nariño, Córdoba y Putumayo ACH ha encontrado mérito en acciones que los hospitales, centros de salud y sus trabajadores desarrollan, ajustándose a tales limitaciones, que adquieren mayor connotación en el contexto aludido sobre esos territorios; la presencia de funcionarios comprometidos y preparados, y de acciones que no dejan de considerar entornos rurales y que se focalizan en la atención a la población vulnerable. Sin embargo, la caracterización más extendida sobre el sector salud en los municipios es que más allá de la insuficiencia de recursos de diverso tipo hay elementos de estructuración, planificación, gestión e implementación que precisan un mejor manejo.

Producto de la experiencia de los equipos de ACH en los territorios, así como de la información acopiada durante las visitas en el marco de esta sistematización (fundamentalmente la observación y las entrevistas y discusiones grupales con participación de funcionarios y agentes institucionales), puede concluirse que las problemáticas de salud y nutrición, y la atención a las mismas, se enfrentan desde el nivel institucional a elementos como:

### **Planificación a la deriva y proyecciones subsidiarias sobre la salud.**

El cambio de administraciones locales y departamentales en el país (iniciando gestiones en enero de 2016) ha supuesto un vacío en la planificación, como se observó en las visitas a los departamentos de Córdoba y Nariño, relacionado con la ausencia de programas de gobierno definidos y aprobados y de planes de acción que se ajustan a ellos. De esta manera, a las limitaciones de acciones previas sobre salud y nutrición se suma la falta de proyección sobre su continuidad, ajustes y mejoras durante el primer semestre del año, lo cual afecta en mayor medida a los municipios.

Desde mayo y junio se conocen los planes de desarrollo departamentales y municipales, a partir de lo cual se proyectan metas y acciones. Desde nuestro criterio, en el marco actual nacional y su reflejo regional y local, la competitividad económica (como desde hace mucho) y la configuración regional de territorios de paz (como coyuntura política

Sin restar mérito a los logros de las instituciones y trabajadores de la salud en los municipios, hay una parte de las carencias en la atención que remite a la voluntad de los responsables más que a las limitaciones estructurales.

vigente) constituyen los dos principales elementos de proyección sobre el desarrollo. Sin embargo, se trata de un desarrollo desde un enfoque fundamentalmente económico-productivo, con un amplio reconocimiento de recursos a potenciar, en tanto la salud y la situación alimentaria y nutricional de la población se continúa comprendiendo como una deuda social cuyo avance es beneficiario del logro de los verdaderos pilares del desarrollo. En el caso de Putumayo, ni siquiera hay una proyección clara de acciones y metas detalladas en salud, como sí se da en Córdoba y en especial en Nariño, a espera de lo que se avance<sup>40</sup>.

### **Problemáticas conocidas pero escasamente medidas.**

Las estadísticas sobre población con desnutrición aguda y anemia remiten fundamentalmente a la encuesta nacional que se realiza de forma quinquenal (ENSIN) y los casos detectados en los hospitales y puestos de salud, pero desde las direcciones locales no hay una generación efectiva y sistemática de datos agregados sobre situación nutricional de los niños, niñas y madres gestantes y lactantes en los territorios.

### **La paradoja del agua, el saneamiento y la higiene.**

Se reconoce la importancia del agua, el saneamiento y la higiene, y las carencias de la población (en especial rural e indígena) a ese respecto, su incidencia sobre situaciones de salud, en especial de los niños y niñas. Pero el mismo nivel institucional no refleja esa importancia en la realidad, como el caso de un centro de salud activo en Tierralta (C.S. Nuevo Oriente) sin suministro de agua en sus unidades sanitarias, las cuales además muestran un abandono y una falta de higiene preocupantes. La promoción de hábitos de salud e higiene en la población tiene que ir de la mano de su aplicación en las mismas instancias

---

<sup>40</sup> Observación que resulta de la lectura de lo propuesto por los planes departamentales de desarrollo 2016-2019. Véase: Gobernación de Córdoba (2016), *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 "Unidos por Córdoba"*, Montería. Disponible en: [http://www.cordoba.gov.co/descargas/plan\\_desarrollo\\_2016/Plan-Desarrollo-2016-2019-Unidos-Córdoba.pdf](http://www.cordoba.gov.co/descargas/plan_desarrollo_2016/Plan-Desarrollo-2016-2019-Unidos-Córdoba.pdf). Consulta agosto de 2016. // Gobernación de Nariño (2016), *Plan Participativo de Desarrollo Departamental "Nariño Corazón del Mundo 2016-2019"*, San Juan de Pasto. Disponible en: <http://nariño.gov.co/inicio/index.php/gobernacion/plan-de-desarrollo/354-plan-de-desarrollo-departamental-narino-corazon-del-mundo-2016-2019>. Consulta agosto de 2016. // Gobernación de Putumayo (2016), *Plan de Desarrollo "Putumayo, territorio de paz biodiverso y ancestral. Juntos podemos transformar, 2016-2019"*, Mocoa. Disponible en: [http://www.putumayo.gov.co/images/PDD2016/PDD\\_Putumayo\\_territorio\\_paz\\_biodiverso\\_yambiental\\_Juntos\\_podemos\\_transformar\\_V30-04-2016.pdf](http://www.putumayo.gov.co/images/PDD2016/PDD_Putumayo_territorio_paz_biodiverso_yambiental_Juntos_podemos_transformar_V30-04-2016.pdf). Consulta agosto de 2016.

institucionales. Por otro lado, se requiere un mayor esfuerzo de las autoridades locales para mejorar la cobertura, el acceso, la calidad y el uso del agua.

### **Modelos de operación y contratación no favorables a las demandas de salud.**

La gestión de los hospitales y Empresas Sociales del Estado se encuentra en ocasiones limitada por la obligada respuesta a las acciones contratadas por las administraciones municipales y/o EPSs, según metas y acciones programadas desde estas instancias con relación a anteriores vigencias, sin una mayor atención a las necesidades y retos identificados por las instituciones locales de atención en salud *in situ*. Personal de los hospitales manifiesta cómo la sujeción a lo contratado restringe parte de la planificación que desde la propia entidad podría orientarse a mejores resultados; conocen la problemática de primera mano, pero su capacidad decisoria no basta para acogerla con mayor suficiencia. Asimismo, la inflexibilidad de la planificación presupuestaria limita la posibilidad de un despliegue de acciones que vaya más allá de lo establecido al inicio de la programación.

Por otro lado, en relación a los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), es evidente que el modelo de coordinación desde el ICBF y su implementación a través de operadores privados implica que estos centros, de mucha importancia para comunidades de territorios de alta vulnerabilidad (con altas prevalencias de deficiencias nutricionales y falencias de educación de la primera infancia, etc.), a pesar de la supervisión estatal, funcionan desde una perspectiva de eficiencia administrativa (y rentabilidad para el operador). El diálogo con algunos Coordinadores de CDI dejó ver sus preocupaciones sobre ello. Desde nuestra experiencia, identificamos que la mayoría de coordinadores de CDIs en Tierralta son profesionales con formación en ciencias administrativas, siendo minoría los de formación en ciencias de la salud y ciencias humanas.

### **Articulación interinstitucional parcial y concentrada en áreas urbanas.**

El caso del agua, de nuevo como ejemplo: la conocida relación entre el agua y la salud de la población no trasciende hasta enlaces de acciones entre las entidades competentes. El enfoque sectorial no da lugar a la complementariedad para el logro de mayores impactos; menos aún en zonas rurales.

### **Enfoques impasibles // Experiencias y conocimientos sin impacto social.**

Puede decirse que el personal de salud en los municipios cuenta con experiencia y conocimientos significativos sobre las problemáticas, sus asientos, nombres y rostros. Sin embargo, desde niveles directivos predomina un enfoque estrictamente administrativo y político (aunque no por ello efectivo), y desde niveles operativos del personal una pasividad

generada por tal enfoque, lo cual deriva en una mirada a la vez cercana y estoica sobre las problemáticas y sus afectados. Desde este marco, los resultados miran más al cumplimiento de ejecuciones y metas y menos al impacto social y de salud pública.

### **¿Participación de las comunidades?**

Los mecanismos de participación de la ciudadanía respecto a decisiones locales en materia de salud y nutrición, como de agua y saneamiento, constituyen instancias coyunturales ampliamente limitadas. Ni hablar de las escasas oportunidades de participación para la población rural. Las decisiones emanan de los programas de gobierno, los planes de acción y la voluntad de las autoridades municipales; en este marco de decisión debe consolidarse un enfoque comunitario real, así como en los niveles departamental y nacional debe lograrse una mayor visibilidad y proyección de lo local.

### **Comunidades: de las necesidades a las fortalezas y aspiraciones.**

Las intervenciones de ACH han tenido en las comunidades no sólo beneficiarias de las intervenciones humanitarias y/o de desarrollo, sino también interlocutores y sujetos activos en los procesos. El trabajo de los equipos territoriales con líderes de comunidades indígenas, con Juntas de Acción Comunal y con los agentes comunitarios formados y vinculados a los procesos son los referentes principales de esa relación. También ha sido fundamental la acogida de cada participante, la recepción que ACH ha tenido por parte de las comunidades, lo que contribuye a la validez de las actividades.

No deja de ser cierto que la respuesta de miembros de algunas comunidades a las acciones propuestas por ACH tiene que ver con la expectativa de donaciones o incentivos (reflejo de actitudes y enfoques asistencialistas de instituciones públicas y privadas de ayuda), pero fundamentalmente se trata de una acogida que manifiesta necesidades de la población respecto a situaciones problemáticas de salud, nutrición, agua y saneamiento. Por ello –como han manifestado miembros de los equipos de ACH–, si bien sobre las comunidades rurales más distantes (y entre éstas pueblos indígenas) se comprende su mayor prevención frente a las intervenciones, son ellas quienes finalmente valoran más la ayuda ofrecida y acogen con mayor compromiso y gratitud su participación en las actividades desarrolladas; porque los territorios distantes han tenido respuestas mínimas (o nulas) a sus necesidades.

En áreas urbanas y cabeceras municipales hay amplia participación (porque, por lo demás, la población es más numerosa), pero también mayor desinterés y menor percepción sobre necesidad de ayuda, porque su cotidianidad reconoce más la presencia de entidades locales de salud, inclusive si no hacen uso de sus servicios o si tienen tantos o más problemas de salud y nutrición que la población rural apartada. “El hospital no hace mucho, pero está ahí”.

La participación de las comunidades otorga sentido a las intervenciones. De esa participación (y su continuación en el interés de las personas más allá de ACH) depende gran parte de la efectividad de las acciones y de la reducción de las problemáticas que las afectan. Con todo, junto al componente técnico, el componente social es capital en la estrategia ACH; por ello no sólo debe identificarse necesidades y limitaciones, sino también aspiraciones y fortalezas, y ayudar a desarrollarlas. Y Las comunidades responden; más aún cuando se trata de la salud y el bienestar de los niños y niñas, y la anemia y los problemas nutricionales hacen parte de los principales focos de interés.

## VIII. LECCIONES APRENDIDAS

### **Participación de las comunidades.**

La relación que se establece con los líderes (comunales, indígenas, etc.), la formación de agentes comunitarios en salud y nutrición y la conformación de comités en WASH, constituyen elementos de la intervención de ACH que destacan como mecanismos de participación. Lo primero, como reconocimiento y vinculación de las instancias de representación de las comunidades a la intervención. Por su parte, la formación de agentes comunitarios sobresale, pues promueve que miembros de la comunidad, al participar en el seguimiento a los casos de DNT y anemia detectados y apoyar a las familias en el cuidado de la salud y nutrición de los niños y niñas, no sólo se integren a la intervención y ayuden en su eficacia sino que tengan la oportunidad de apropiarse de conocimientos y herramientas para identificar y hacer frente a necesidades de salud en su comunidad y generar procesos de cambio (siempre que continúen con su aprendizaje y experiencia). Finalmente, la conformación de comités para las obras de WASH permite la aportación de sus integrantes a las nuevas herramientas de agua y saneamiento, tanto familiar como comunitaria, lo cual afianza conocimientos y genera pertenencia.

Aun así, es importante que se genere otro ámbito de participación: el encuentro entre los resultados y la comunidad que ha hecho parte de la intervención (beneficiarios, gestores, líderes), pero no a manera de “socialización” simple que los describa, sino como espacio de confrontación entre esos resultados y las situaciones y características de la comunidad que los soportan, incluyendo:

1. La visibilización de “casos exitosos”, logros colectivos e individuales en relación con los objetivos propuestos. Así, en salud y nutrición, los casos de madres y padres que a partir del diagnóstico sobre anemia y/o DNT de su hijo/a, implementaron cuidados, siguieron recomendaciones de los profesionales de ACH, de otra fuente con conocimiento sobre el tema o de su propia iniciativa, logrando avances significativos.

Las valoraciones finales del personal de salud y nutrición de ACH identifican esos casos de avances y otorgan reconocimiento a la madre por su valiosos cuidados, pero no los rescatan como evidencia de los resultados esperados conforme a la estrategia de intervención, lo cual puede representar una prueba real, cercana y confiable para otras madres y padres cuyos hijos/as continúan bajo situaciones nutricionales preocupantes (y asimismo con los casos de madres gestantes y en período de lactancia).

De esta manera, miembros de la misma comunidad generan un ámbito de participación de sus experiencias frente a las problemáticas que los afecta, desde un marco de acciones propias para solucionarlas.

2. La confrontación de los resultados generales que muestran la persistencia de las problemáticas en salud y nutrición, en especial de niños y niñas. La presentación de datos que reflejan la prevalencia e incidencia de anemia y DNT en la comunidad; la comparación de los resultados según la atención a las recomendaciones de cuidados, su falta, así como características de prácticas familiares y comunitarias respecto a: alimentación, agua, cuidado de la salud, higiene, saneamiento, etc.
3. Generación de conclusiones, propósitos, proyecciones y compromisos. Esta generación debe darse a partir de los puntos anteriores, con lo cual la participación se presenta como proceso a través del cual los miembros de la comunidad buscan la transformación de situaciones problemáticas en salud y nutrición, en especial la anemia y DNT de los niños/as y madres gestantes y lactantes, de acuerdo a la identificación de sus propias necesidades, adquiriendo sentido de responsabilidad sobre su bienestar y desarrollo.

ACH debe actuar como facilitador de ese espacio (de conocimientos e insumos producto de su intervención y experiencia en la comunidad), empoderando a gestores y líderes para su desarrollo y continuidad. Asimismo, constituiría un mecanismo de retroalimentación y rendición de cuentas, algo sobre lo cual representantes de la comunidad y de actores institucionales han coincidido como elemento que necesita fortalecerse.

### **Sobre algunos elementos relacionados con enfoques diferenciales.**

Por los grupos de población que habitan los territorios donde ACH hace presencia, la estrategia de intervención ha identificado e integrado características particulares de sujetos y comunidades según pertenencia étnica, género y edad, ajustando a ello la planificación de acciones, instrumentos y herramientas (educativos, de construcción).

El formato utilizado por ACH durante la valoración nutricional, en el cual se consigna información de identificación básica, algunos antecedentes de salud, etc., incluye la variable

“Grupo étnico”, y su expresión en la base de datos presenta tres categorías de respuesta: *afro, indígena y mestizo*. Sobre esto, dos precisiones:

1. La categoría *mestizo* corresponde a un criterio de identificación racial, no de pertenencia étnica.
2. El criterio de base para la identificación étnica en Colombia, según lo ha definido el DANE, es el autorreconocimiento, que expresa pertenencia e identidad de un individuo con prácticas socioculturales y/o rasgos físicos.

La consulta durante las valoraciones nutricionales tiene en cuenta el autorreconocimiento, pero asigna erróneamente la categoría *mestizo* a quienes no se autorreconocen como pertenecientes a uno de los grupos étnicos reconocidos en el país: la población *indígena*; la población *afrocolombiana*, que a su vez comprende los subgrupos a) *Raizal de San Andrés y Providencia*, b) *Palenquero* (comunidad ancestral del Municipio de San Basilio de Palenque, en Bolívar) y c) *Negro, mulato, afrocolombiano*; el tercer grupo étnico es la población *Rom* o Gitana. Quienes no se autorreconozcan como pertenecientes a alguno de éstos, se corresponderían con la categoría “ninguno”.

Por otro lado, en relación con el género, los informes sobre WASH destacan que las intervenciones procuran una mayor implicación de las mujeres en actividades de las obras, que suelen convocar fundamentalmente población masculina. En esa medida, se espera que los instrumentos y herramientas utilizadas, y características del uso y el mantenimiento de equipos, correspondan a las capacidades físicas de ambos géneros.

Sin embargo, las acciones en salud y nutrición parecen constituirse fundamentalmente de población femenina, por lo que a responsables de los niños/as valorados se refiere; reflejo de la extendida correspondencia entre este género y las prácticas de cuidado familiar (y comunitario y social en general). Una parte de la intervención debe dirigirse a un mayor involucramiento de los padres y hombres en las familias, a partir de su vinculación a estas jornadas (de las que derivan diagnósticos) y a procesos educativos que promuevan el cuidado de la salud y nutrición de niños/as y de madres gestantes y lactantes y la responsabilidad del mismo a cargo de hombres y mujeres. La implicación de los hombres en estas actividades contribuirá a una mayor efectividad de los procesos al interior de las familias y comunidades. Un trabajo que ACH ha procurado, reconociendo los desafíos para su consolidación; y sobre lo cual se deberá avanzar, como parte de la transversalidad del enfoque de género y como mecanismo tal de efectividad.

### **Cuando la oralidad no es suficiente.**

El acompañamiento a jornadas de valoración nutricional permitió conocer que la información ofrecida a las madres y responsables de los niños y niñas valorados, acerca de los tratamientos con micronutrientes y la fórmula terapéutica en los casos de anemia y



desnutrición aguda detectados, si bien se expresa en forma clara y sencilla en términos de lenguaje, y a pesar de que los tratamientos supongan una práctica fácil de administración y seguimiento; no incluye un refuerzo que en los hogares recuerde a las personas esos pasos fundamentales a seguir. Se notó confusión en algunas madres respecto a la indicación de inicio de administración de micronutrientes una semana después de la desparasitación recibida durante la valoración. Parte de la falta de acatamiento de los tratamientos tiene que ver con información no comprendida con suficiencia (por ejemplo tipos de alimentos sugeridos como medio de suministro de micronutrientes en polvo, efectos secundarios normales del consumo del mismo y del alimento terapéutico, aclaraciones sobre prevenciones o temores frente a su consumo por parte de los niños y niñas, etc.).

Es importante la inclusión de material escrito y visual como soporte que permita una mayor efectividad de los tratamientos de suplementación, así como de otras recomendaciones sobre prácticas y hábitos de salud e higiene, que ayude a una mayor efectividad de la intervención, porque constituye una herramienta de refuerzo a los seguimientos. ACH ya cuenta con este material, pero debe contarse con existencias suficientes para cada jornada de valoración.

### **La figura de los agentes comunitarios.**

Se ha destacado la importancia de estos agentes formados por ACH; pero la experiencia de las intervenciones ha mostrado que se requiere un mayor compromiso por parte de todos ellos: en algunas comunidades se evidencia el trabajo de líderes y agentes comunitarios, la mayor convocatoria de beneficiarios en las valoraciones, el seguimiento a los tratamientos y casos importantes, etc.; sin embargo, también se ha identificado su falta.

Por ello es oportuna la propuesta de considerar mecanismos de estímulos a los agentes comunitarios, que además del valor agregado que supone la formación y certificación de la misma por ACH y la experiencia de trabajo en temas de salud, nutrición, agua y saneamiento, etc., incluyan un estímulo económico a su actividad.

### **El tiempo, la convocatoria y las jornadas de valoración nutricional.**

En el marco de esta sistematización, el diálogo establecido con personal de salud y con madres de familia tuvo como elemento recurrente la propuesta de que las jornadas de valoración nutricional no se limitaran a un día en cada comunidad. Valoran enormemente la importancia de las mismas y por ello la oportunidad de beneficiarse de ellas, pero encuentran cierta limitación en el tiempo. Por falta de comunicación oportuna, por dificultades en el traslado, por la imposibilidad de prescindir de la realización de actividades como el trabajo o las labores domésticas y de cuidado de escolares, etc., algunas personas no logran asistir a las jornadas.

Dado que operativamente la extensión de jornadas en una misma comunidad puede afectar la cobertura en otras, la función de los líderes y agentes comunitarios es fundamental para

que cada jornada de un día sea más efectiva en su convocatoria, como también en la acogida por parte de la comunidad: ante la falta de interés de algunas personas en actividades donde no se hace entrega de insumos de diferente tipo (nutricionales y principalmente la expectativa de recepción de alimentos y otros), los agentes deben contribuir a una mayor sensibilización sobre la necesaria valoración de los niños y niñas, los diagnósticos y los cuidados en salud y nutrición. Sin esa mayor sensibilización, las dificultades y eventualidades que limitan la asistencia seguirán siendo un obstáculo, incluso para jornadas más extensas.

### **Complementariedad de los ejes de intervención de ACH en cada comunidad.**

La experiencia de ACH sobre anemia ha sido muy significativa, fundamentalmente desde el despliegue de acciones en salud y nutrición. En el marco del Proyecto Suecia, la información documental y las visitas como parte de esta sistematización de experiencias evidenciaron la importante relación que estas acciones tuvieron en algunas comunidades con el eje WASH. ACH también ha promovido la integralidad de las intervenciones en algunos territorios con acciones en Seguridad Alimentaria, por lo cual los conocimientos y experiencias a este respecto hacen parte de las fortalezas del enfoque y despliegue de la Organización, correspondiéndose con principios y elementos del enfoque multisectorial proyectado por ACH a través de su Política de Seguridad Nutricional.

Sin embargo, es claro que esa multisectorialidad está sujeta a la disponibilidad de recursos para el desarrollo de proyectos y a su simultaneidad o continuidad, lo cual puede constituir una desventaja, pues al remitir finalmente a la oportunidad, disposición y requerimientos de los donantes, se da lugar a situaciones en que lo aprobado no corresponda con suficiencia a la identificación de necesidades, prioridades y pertinencia de las intervenciones según el conocimiento y experiencia de la Misión Colombia; afectando de esta manera los procesos.

### **La eficiencia, la emergencia y otros condicionantes.**

Como ampliación de lo anterior, la financiación limita tiempos, enfoques y alcances de los proyectos. Los requerimientos de eficiencia en la inversión de los recursos hacen que la cobertura de las intervenciones relegue parte de su enfoque social para dar respuesta a una perspectiva administrativa de inversión per cápita.

Es claro que la planificación de cada proyecto debe estimar costos de atención por beneficiario y así proyectar el alcance de la intervención en función de la mejor utilización de recursos, llegando a la mayor cantidad posible de personas; pero esa eficiencia, a su vez, está condicionada por la inmediatez, lo que significa proyectos cortos, mayor cobertura en menor tiempo y por tanto una limitación a los impactos deseables en relación con las problemáticas objeto de intervención. Coarta además la multisectorialidad del accionar de ACH.

A lo anterior se suma el énfasis emergencista de la disposición de financiación por parte de los donantes. Se comprende que las situaciones de emergencia en determinados territorios

y su afectación demanden su priorización; que las emergencias constituyen el principal foco de la ayuda humanitaria. Pero el énfasis emergencista limita frecuentemente impactos más estructurales de la misma ayuda. Proyectos con mayor proyección en el tiempo y mayor vinculación de acciones, aunque más costosos, pueden impactar más en factores de riesgo de tales emergencias y problemáticas (en el marco del apoyo de ACH a la responsabilidad de respuesta estatal). Por ejemplo, a propósito de la anemia y la desnutrición, se requiere que las acciones conjuntas en NUT y WASH se acompañen también de acciones en Seguridad Alimentaria, lo cual se ha dado parcialmente gracias a la aptitud de planificación de la Organización, pero precisa de un mayor margen de maniobra desde la financiación de proyectos.

## IX. CONCLUSIONES

Del tipo de intervención realizada por ACH en Córdoba, Nariño y Putumayo sobre salud y nutrición, WASH y fortalecimiento de capacidades locales frente esos asuntos, **puede esperarse que los mayores logros tengan lugar al interior de las familias y comunidades – ojalá de las instituciones–, como conocimientos, actitudes y prácticas** que constituyan cada vez más hábitos saludables y mejores condiciones de vida presentes y futuras, en especial para los niños y niñas. Lo medible, las realizaciones y sus indicadores, tienen la condición de indicio sobre avances significativos hacia esos impactos deseables.

A ese respecto, la experiencia de ACH permitió identificar altas prevalencias de anemia y desnutrición aguda en la población infantil de 6 a 59 meses de edad y en la de madres gestantes y en período de lactancia, considerando los valores referenciales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSIN, así como referencias de la OMS: las prevalencias identificadas en las valoraciones de ACH superan los promedios nacionales establecidos por esas fuentes. Esto, además de lo que remite directamente a situaciones de salud, ha sido reflejo de carencias en los cuidados al interior de las familias, en costumbres que identifican a comunidades y afectan su calidad de vida (por ejemplo respecto a la relación con el agua, los alimentos, la higiene y el manejo de residuos en condiciones de inseguridad, insuficiencia e inadecuación) y en la cobertura, acceso y calidad de los servicios locales de salud, agua y saneamiento básico; más aún en comunidades y territorios predominantemente rurales y caracterizados por antecedentes y consecuencias del conflicto, la violencia armada y una exigua respuesta estatal a las dilatadas necesidades.

A partir de la **respuesta técnica**, una **estrategia integral** de articulación de ejes de intervención (desde el enfoque de seguridad nutricional) y una visión transversal sobre lo social y cultural, los equipos de ACH en estos departamentos trabajaron con suficiencia en función de los objetivos propuestos, realizando valoraciones nutricionales, obteniendo diagnósticos sustanciales, ofreciendo tratamientos adecuados, alcanzando una incidencia fundamental en la recuperación nutricional y de la salud de muchos niños y niñas. En contextos familiares y

comunitarios, la consolidación de infraestructuras de abastecimiento, tratamiento y mantenimiento de agua apta para el consumo y utilización, así como infraestructuras de saneamiento básico y la fundamentación de capacidades relacionadas. Asimismo, la pertinencia de un componente institucional, que involucra a las autoridades y actores institucionales como referentes y aliados en fases de planificación, implementación y evaluación de lo realizado.

Precisamente como parte de un **enfoque social y cultural**, ha sido decisivo el reconocimiento de particularidades regionales, locales y étnicas que orientan y adecúan el diseño y el desarrollo de las actividades; y la apreciación tanto del marco de necesidades como de capacidades y fortalezas a potencializar, para **que las personas sean parte activa de la intervención de ACH y de procesos propios de transformación social**.

En ese sentido, la anemia (y la malnutrición) no ha sido sólo una problemática de salud pública, sino una situación casi estructural que aglutina historias y condiciones de vida, conductas, responsabilidades y precariedades, pero también conocimientos, encuentros, empoderamientos y oportunidades. **La anemia refleja las carencias desde sus prevalencias y las desafía desde las respuestas emergentes que motiva; ACH actúa como facilitador de mecanismos para la identificación y fortalecimiento de ambos.**

## X. BIBLIOGRAFÍA

### Bases de datos de consulta pública

- DANE, REDATAM-SP Censo Ampliado:  
<http://systema59.dane.gov.co/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CG2005AMPLIADO&MAIN=WebServerMain.inl>
- Red Nacional de Información, de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, UARIV: <http://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Vigencia>

### Jurisprudencia

- Corte Constitucional, Auto 004 de 2009. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm>. Consulta agosto de 2016.
- Corte Constitucional, Auto 005 de 2009. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a005-09.htm>

### Documentos e informes de entidades públicas

- Centro Nacional de Memoria Histórica (2011), *La masacre de El Tigre. Un silencio que encontró su voz*, CNMH, CNRR (Centro Nacional de Reparación y Reconciliación) - Grupo de Memoria Histórica, Taurus, Bogotá D.C.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2015). *Una nación desplazada: informe nacional del desplazamiento forzado en Colombia*, CNMH - UARIV, Bogotá D.C.. Disponible en: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2015/nacion-desplazada/una-nacion-desplazada.pdf>. Consulta julio de 2016.
- DNP (2015), *Diálogo regional para la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Caribe - Montería*, Bogotá D.C. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/sala-de-prensa/Paginas/Presentaciones-.aspx>. Consulta agosto de 2016.
- DNP (2015), *Diálogo regional para la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Pacífico - Nariño*, Bogotá D.C. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/sala-de-prensa/Paginas/Presentaciones-.aspx>. Consulta agosto de 2016.
- DNP (2015), *Diálogo regional para la construcción del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Centro Sur - Putumayo*, Bogotá D.C. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/sala-de-prensa/Paginas/Presentaciones-.aspx>. Consulta agosto de 2016.
- ICBF *et. al.* (2011), *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, ENSIN*, ICBF - Ministerio de la Protección Social - Profamilia - Instituto Nacional de Salud INS, Bogotá D.C.

- Ministerio de Salud y Protección Social (2014), *Lineamientos para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI 2015*, Bogotá, diciembre de 2014.
- Observatorio de Derechos Humanos y DIH (2009), *Dinámica de la violencia en el departamento de Córdoba, 1967-2008*, Programa Presidencial de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Bogotá D.C. Disponible en: [http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/documents/2010/Estu\\_Regionales/DinamicaViolencia\\_Cordoba.pdf](http://historico.derechoshumanos.gov.co/Observatorio/Publicaciones/documents/2010/Estu_Regionales/DinamicaViolencia_Cordoba.pdf). Consulta agosto de 2016.
- UARIV (2016), *Caracterización Nariño (San Andrés de Tumaco)*, UARIV - RNI - OIM. Disponible en: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/NARINO%20-%20SAN%20ANDRES%20DE%20TUMACO.pdf>. Consulta agosto de 2016.
- UARIV (2016), *Caracterización Putumayo (Mocoa)*, UARIV - RNI - OIM. Disponible en: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/PUTUMAYO%20-%20MOCOA.pdf>.
- UARIV (2016), *Caracterización Córdoba (Tierralta)*, UARIV - RNI - OIM. Disponible en: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/CORDOBA%20-%20TIERRALTA.pdf>. Consulta julio de 2016.

#### Planes de desarrollo

- Gobernación de Córdoba (2016), *Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 "Unidos por Córdoba"*, Montería. Disponible en: [http://www.cordoba.gov.co/descargas/plan\\_desarrollo\\_2016/Plan-Desarrollo-2016-2019-Unidos-Córdoba.pdf](http://www.cordoba.gov.co/descargas/plan_desarrollo_2016/Plan-Desarrollo-2016-2019-Unidos-Córdoba.pdf). Consulta agosto de 2016.
- Gobernación de Nariño (2016), *Plan Participativo de Desarrollo Departamental "Nariño Corazón del Mundo 2016-2019"*, San Juan de Pasto. Disponible en: <http://nariño.gov.co/inicio/index.php/gobernacion/plan-de-desarrollo/354-plan-de-desarrollo-departamental-narino-corazon-del-mundo-2016-2019>. Consulta agosto de 2016.
- Gobernación de Putumayo (2016), *Plan de Desarrollo "Putumayo, territorio de paz biodiverso y ancestral. Juntos podemos transformar, 2016-2019"*, Mocoa. Disponible en: [http://www.putumayo.gov.co/images/PDD2016/PDD\\_Putumayo\\_territorio\\_paz\\_biodiverso\\_yambiental\\_Juntos\\_podemos\\_transformar\\_V30-04-2016.pdf](http://www.putumayo.gov.co/images/PDD2016/PDD_Putumayo_territorio_paz_biodiverso_yambiental_Juntos_podemos_transformar_V30-04-2016.pdf). Consulta agosto 2016.

#### Documentos e informes de organismos multilaterales

- OCHA (2016), "Balance Primer Semestre", *Boletín Humanitario Mensual Colombia*, No. 50, julio 31. Disponible en: <https://www.humanitarianresponse.info/es/operations/colombia/document/bolet%C3%ADn-humanitario-mensual-junio-2016>. Consulta julio de 2016.
- PNUD (2011), *Colombia rural: razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011*, PNUD, Bogotá D.C.

- PNUD (2014), *Análisis de conflictividades y construcción de paz. Nariño*, Capítulo 1. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/ourwork/crisispreventionand recovery/analisis-de-conflictividades-y-construccion-de-paz/narino.html>.
- UNODC (2016), Monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos 2015, UNODC - Gobierno de Colombia, julio de 2016. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Colombia/Monitoreo\\_Cultivos\\_ilicitos\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Colombia/Monitoreo_Cultivos_ilicitos_2015.pdf). Consulta agosto de 2016.

#### Documentos e informes de organizaciones no gubernamentales

- ACF-International, *Política de Seguridad Nutricional. Planteamiento y enfoque multisectorial común para abordar la desnutrición*, Action contra La Faim, París, 2014.
- Ávila A., Sánchez E. y Torres C. (2014), *Departamento de Putumayo. Tercera monografía*, Fund. Paz & Reconciliación - Redprodepaz, Bogotá D.C. Disponible en: <http://www.colombiapuntomedio.com/Portals/0/Archivos2014/EntornoSocial/PUTUMAYO-INFORME-PAZ-Y-RECONCILIACIÓN.pdf> . Consulta junio de 2016.
- CODHES (2015), “El pacífico en disputa continúa: en nuevo escenario, en la misma guerra”. Informe No. 84, Junio. Disponible en: [http://www.codhes.org/index.php?option=com\\_si&type=4](http://www.codhes.org/index.php?option=com_si&type=4). Julio de 2016.
- CODHES (2014), *El desplazamiento forzado y la imperiosa necesidad de la paz. Informe de desplazamiento 2013*, CODHES Informa No. 82, Bogotá D.C. Disponible en: [http://www.codhes.org/index.php?option=com\\_si&type=4](http://www.codhes.org/index.php?option=com_si&type=4). Consulta julio de 2016.
- HUMAN RIGHTS WATCH (2015), *El rol de los altos mandos en falsos positivos. Evidencias de responsabilidad de generales y coroneles del Ejército colombiano por ejecuciones de civiles*, junio de 2015.
- Kerr, E. (2010), “Desplazamiento forzado en Colombia: un crimen contra la humanidad”, en: Peace Brigades International Colombia (PBI Colombia), *Colombia: Desplazamiento forzado en Colombia, crimen y tragedia humanitaria*, Boletín Especial, No. 14, PBI Colombia, Bogotá D.C., enero.
- Rocha, C. (2014) , *Conflicto armado en Caquetá y Putumayo y su impacto humanitario, Área de Dinámicas del Conflicto y Negociaciones de Paz, Unidad de Análisis ‘Siguiendo el Conflicto’ - Boletín # 73*, Fundación Ideas para la Paz (FIP), USAID y OIM, Bogotá D.C. Disponible en: <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/5445281ad0a0f.pdf>

#### Artículos de opinión

- La Verdad Abierta, *Las cifras que no cuadran sobre el desplazamiento*, junio de 2013, <http://lasillavacia.com/queridodiario/las-cifras-que-no-cuadran-sobre-el-desplazamiento-45005>).

# XI. ANEXOS

## Anexo 01. Documento Protocolo de Estudio

### 1. INTRODUCCION.

Acción Contra el Hambre (ACH) desarrolla actividades en Colombia desde el año 1998, a través de proyectos de intervención para el mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida de familias, grupos de población y territorios vulnerables. Como parte de los productos y de los mecanismos de evaluación y aprendizaje del proyecto “Asistencia humanitaria para poblaciones vulnerables afectadas por el conflicto y la violencia armada en los departamentos de Córdoba, Putumayo y Nariño, Colombia”, desarrollado desde el año 2014, ACH ha previsto la realización de una sistematización/capitalización de experiencias, fundamentalmente las relacionadas con la anemia.

Este documento plantea los mecanismos básicos para la reconstrucción y reflexión crítica sobre los aprendizajes de las experiencias de atención nutricional, de agua, saneamiento e higiene y de fortalecimiento de capacidades en esos departamentos, involucrando a actores decisivos desde lo local. Insumos para un análisis que dé lugar al mejoramiento de acciones futuras, no sólo desde el marco de ACH y otras organizaciones internacionales y nacionales de asistencia humanitaria y ayuda al desarrollo, sino desde el mismo nivel local, gracias al diálogo y apoyo a las oportunidades y capacidades de autoridades, instituciones y comunidades, como gestores de decisiones para la disminución de la anemia y otras problemáticas en salud y nutrición. Se presentan así elementos de orden conceptual y metodológicos para la identificación, recolección, clasificación, organización y análisis de información.

### 2. MARCO CONCEPTUAL.

A propósito de los conceptos “capitalización” y “sistematización”, no hay mayor claridad sobre lo que diferencia a uno del otro, de ahí su frecuente uso indistinto como ejercicios y metodologías equivalentes. En el marco de este trabajo acogemos la propuesta de ACH, a través de su “Manual de Capitalización”, donde la resaltan a esta por su mayor amplitud, lo cual se corresponde con definiciones que le otorgan una mayor apropiación sobre elementos de representación y de imaginarios relativos a la experiencias y conocimientos sobre los cuales se indaga y analiza de manera crítica.

El trabajo parte de la definición de los ejes de sistematización, que corresponden a tres líneas de intervención de ACH en los tres departamentos:

- Atención nutricional.



- Agua, saneamiento e higiene (WASH).
- Fortalecimiento de capacidades.

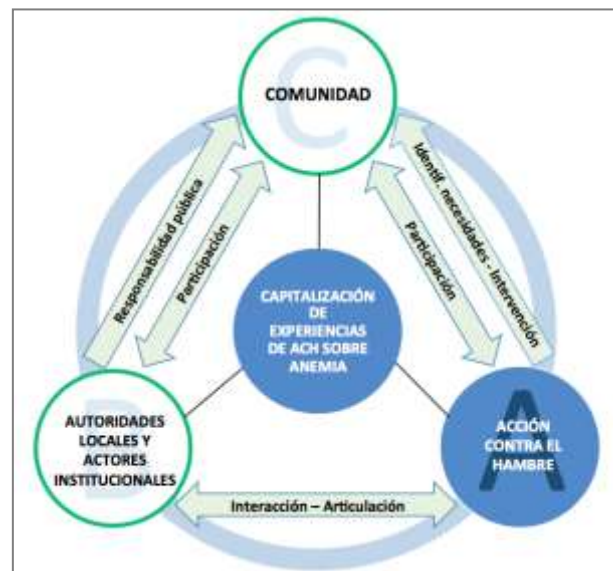
En ese orden se ha comprendido su relevancia en el marco de esta sistematización: *Atención nutricional* como el marco de “acciones específicas en nutrición”, *WASH* como un fundamental articulador de “acciones sensibles a la nutrición”, al igual que *Fortalecimiento de capacidades*, que representa una línea de acción transversal a las otras dos.

Se han definido tres categorías de actores:

- Trabajadores ACH participantes del Proyecto en cada territorio;
- Participantes del territorio intervenido, que incluye tanto a beneficiarios en comunidades, como a líderes y organizaciones sociales y comunitarias;
- Autoridades locales y actores institucionales.

Alrededor de estas tres categorías se comprenden tipos de relación y dimensiones de análisis que las enmarcan, ilustradas en el esquema siguiente:

Por los enlaces establecidos, se comprende un esquema de conjunto, donde confluyen los actores en torno a la sistematización, que más allá de una metodología cualitativa de estudio constituya una herramienta que proyecte el aporte constructivo a las relaciones entre los actores. Es decir: la sistematización en el centro no expresa sólo la recepción de información desde los actores como informantes, sino también el aporte de sus resultados a los actores, sus interacciones y por tanto a los componentes de las dimensiones de análisis identificadas. Es decir que esta experiencia de ACH contribuya a la comunidad y a la institucionalidad local tanto desde las acciones propias sobre atención nutricional, WASH y fortalecimiento de capacidades, como desde la reflexión sobre lo realizado, la percepción de los actores sobre ello, el rescate de lecciones aprendidas, etc.



De esta manera, se espera que la sistematización contribuya a: la identificación de elementos que permitan una mayor efectividad de la intervención de ACH sobre las necesidades de la comunidad, así como la mejor participación de ésta en los procesos y actividades; una mayor interacción y articulación del trabajo de ACH con el de las autoridades locales para el beneficio de los territorios y comunidades en él.

### 3. OBJETIVOS

#### Objetivo general

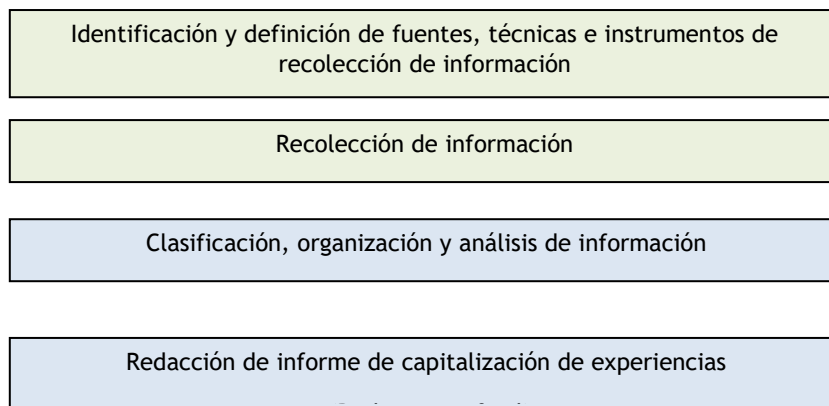
- Capitalizar la experiencia de ACH sobre disminución de la anemia y su abordaje multisectorial, en el marco del proyecto “Asistencia humanitaria para poblaciones vulnerables afectadas por el conflicto y la violencia armada en los departamentos de Córdoba, Nariño y Putumayo”.

#### Objetivos específicos

- Reconstruir las características fundamentales de las experiencias integradas de atención nutricional, WASH y apoyo a las capacidades locales institucionales, con especial atención sobre las dirigidas a la reducción de la anemia, a partir de fuentes, técnicas y herramientas de investigación cualitativas.
- Involucrar a actores esenciales de la implementación de las experiencias a capitalizar, como los trabajadores de ACH en cada territorio, las comunidades y los funcionarios locales.
- Realizar una interpretación crítica de las experiencias reconstruidas y emitir recomendaciones que permitan fomentar la integralidad de las acciones de ACH.

### 4. METODOLOGÍA

Como sistematización de experiencias, constituye un estudio de tipo cualitativo descriptivo. El proceso ha seguido la siguiente relación de etapas:



Identificación y definición de fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de información.

### *Revisión de antecedentes documentales*

Documentación de desarrollo del Proyecto “Asistencia humanitaria para poblaciones vulnerables afectadas por el conflicto y la violencia armada en los departamentos de Córdoba, Putumayo y Nariño, Colombia”, en cada uno de los territorios, durante el año 2015. Incluyó:

- Manual de Capitalización ACH
- Documento de Política de Seguridad Nutricional de ACH
- Manuales operativos de intervención, que definen procedimientos de valoración, diagnóstico y atención.
- Informes de proyecto de bases ACH en territorios (Córdoba, Nariño y Putumayo).
- Guías de seguridad de cada uno de los territorios.
- Bases de datos de valoraciones nutricionales, diagnósticos, características sociodemográficas, prácticas alimentarias, acceso al agua, seguridad social, etc.

### *Revisión de fuentes secundarias*

Consulta de documentos oficiales de los departamentos de Córdoba, Nariño y Putumayo:

- Planes de desarrollo departamental, identificando el lugar de la salud, la alimentación y nutrición.

### *Técnicas conversacionales*

Técnicas cualitativas de estudio que involucran actores clave de la experiencia a capitalizar: beneficiarios, trabajadores de ACH y funcionarios y actores institucionales locales. Diseño de guiones de entrevista semi-estructurada, preguntas orientadoras para realización de grupos focales y grupos de discusión.

#### Momento 1

Primera jornada de encuentro con el equipo base de ACH en el territorio. Presentación de los objetivos de la sistematización y organización de actividades a desarrollar, de acuerdo con la agenda prevista y los protocolos de seguridad de la organización.

- Reunión para la coordinación de actividades.  
Duración: 1 hora.

## Momento 2

Involucra la participación de actores locales principales de las experiencias:

- Grupo focal Beneficiarios de las experiencias.  
Duración: 2 horas.
- Grupo focal Líderes y/o asociaciones comunitarias.  
Duración: 2 horas.
- Entrevista a Funcionario local y/o departamental.  
Duración: 45 minutos.

## Momento 3

Como actividad que retome lo desarrollado en los Momentos 1 y 2, para el trabajo conjunto de conclusiones y propuestas:

- Grupo de discusión Equipo ACH  
Duración: 2 horas.

### *Observación participante*

A partir de la integración y acompañamiento a las actividades realizadas por los equipos territoriales de ACH durante las visitas de sistematización.

### *Registros escritos y audiovisuales de la sistematización*

Notas de campo, fotografías digitales, videos, grabaciones de voz.

### *Recolección de información*

Programación de visitas a los departamentos de acuerdo con las directrices de la oficina de Coordinación de ACH en Bogotá y la agenda de las bases en los territorios.

Desarrollo de actividades de recolección de información con la participación de actores clave identificados.

### *Clasificación, organización y análisis de la información.*

La información recolectada desde las fuentes, técnicas e instrumentos descritos será clasificada de acuerdo con variables principales definidas en una matriz de capitalización, la cual ordenará el proceso de análisis de la información.

La Matriz de Capitalización se compone de tres módulos:

- A. Datos de identificación de informantes.*
- B. Datos generales de la experiencia.*
- C. Análisis crítico.*

Los Módulos A y B aplican para las tres categorías de actores (Trabajadores ACH; Comunidad; y autoridades locales y actores institucionales). El Módulo C, de Análisis Crítico, contiene variables comunes para todos ellos, pero también algunas diferenciales.

## MATRIZ DE CAPITALIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

### A. Datos de identificación de informantes

<b>Pais:</b>	<b>Departamento:</b>	<b>Municipio:</b>	<b>Fecha de levantamiento de la información:</b> Día/mes/año (puede incluirse varias fechas)	<b>Categoría de actores:</b> Trabajadores ACH - Comunidad - Funcionarios locales y/o Departamentales
<b>Nombre del informante:</b> Nombres y apellidos completos de la(s) persona(s) que brinda(n) la información			<b>Institución a la que pertenece, cargo y profesión:</b> Nombre oficial de la institución, cargo en el que se desarrolla y profesión de base (en correspondencia con el orden de nombres y apellidos listados)	
<b>Teléfono(s) de contacto:</b>		Número fijo o celular.	<b>Correo electrónico:</b> Dirección de correo electrónico personal o institucional.	

### B. Datos generales de la experiencia

<b>Nombre de la experiencia:</b>	Nombre oficial del proyecto o programa que se quiere sistematizar	<b>Lugar de implementación:</b>	Donde se lleva a cabo el proyecto
<b>Periodo de implementación:</b>	En meses o años	<b>Área temática:</b>	Ej.: Nutrición, Salud, Agua y Saneamiento, etc.
<b>Descripción de la experiencia:</b> Síntesis conceptual y técnica de la experiencia			
<b>Objetivos de la experiencia:</b> Finalidad de la experiencia, explicar para que fue realizada.			
<b>Contexto o escenario de aplicación:</b> Especificar el escenario de aplicación reconociendo el problema abordado. Ej: población víctima de conflicto.		<b>Participantes y/o beneficiarios:</b> Descripción de personas o entidades que aportan o se benefician de la experiencia.	
<b>Insumos:</b>	Documentos de diagnóstico, manuales operativos, guías de seguridad, matrices de proyecto, rutas de acción. Etc.	<b>Materiales:</b>	Materiales principales requeridos para la realización de las actividades (Ejemplo: formatos, equipos de medición, micronutrientes en polvo, etc.)
<b>Personal:</b> Descripción del personal requerido para el desarrollo del proyecto.			
<b>Nivel de participación en la implementación de la herramienta:</b> Número y característica de las personas, comunidades o entidades que participaron en el proceso de implementación de la experiencia.			

### C. Análisis Crítico - Trabajadores ACH

#### Lecciones aprendidas

#### Estructuración y planificación de la experiencia

Fortalezas	Limitaciones	Aspectos a mejorar	Propuestas
Describir los principales elementos que contribuyen al logro de los objetivos, así como los que destacan esta experiencia entre otras de objetivos similares.	Mencionar situaciones internas o externas que condicionen el alcance de la experiencia.	Tomando en consideración las limitaciones que aspectos se sugieren para una mejor estructuración y planificación de la experiencia.	Plantear ideas, formas o métodos que contribuyan a mejorar los aspectos donde se presentan las debilidades mencionadas anteriormente.

#### Implementación de la experiencia

Logros	Dificultades	Soluciones implementadas	Aspectos a mejorar	Propuestas
Elementos que se consideran alcanzados total o parcialmente y que contribuyen al desarrollo de la experiencia.	Elementos identificados como obstrucción parcial o definitiva para el adecuado desarrollo de la experiencia (internos y/o externos)	Acciones y/o respuestas eficaces que neutralizaron los problemas/dificultades descritos anteriormente.	Tomando en consideración las dificultades de la experiencia, qué aspectos se sugieren para contribuir a mejorar la implementación.	Ideas que contribuyan a solucionar las dificultades mencionadas anteriormente.

#### Sostenibilidad

Describir las estrategias previstas para asegurar el funcionamiento de la estrategia en forma permanente y continua.

<b>Análisis Crítico - Comunidad</b>				
<i>Conocimientos previos</i>				
Describir la información que las comunidades manifiestan haber conocido (o no) sobre anemia y deficiencias nutricionales, complicaciones, tratamientos, etc., antes de las experiencias con ACH. Asimismo, el origen de la información (puede ser escuchada, estudiada, transmitida de una generación a otra, etc.)				
<i>Lecciones aprendidas</i>				
<b>Implementación de la experiencia</b>				
Logros	Dificultades	Soluciones implementadas	Aspectos a mejorar	Propuestas
Elementos que se consideren alcanzados total o parcialmente y que contribuyen al desarrollo de la experiencia.	Elementos identificados como obstrucción parcial o definitiva para el adecuado desarrollo de la experiencia (Internos y/o externos)	Acciones y/o respuestas eficaces que neutralizaron los problemas/dificultades descritos anteriormente.	Tomando en consideración las dificultades de la experiencia, qué aspectos se sugieren para contribuir a mejorar la implementación de la experiencia.	Ideas que contribuyan a solucionar las dificultades mencionadas anteriormente.
<i>Sostenibilidad</i>				
Describir las estrategias previstas para asegurar el funcionamiento de la estrategia en forma permanente y continua.				

<b>Análisis Crítico - Funcionarios</b>				
<i>Lecciones aprendidas</i>				
<b>Implementación de la experiencia</b>				
Logros	Dificultades	Soluciones implementadas	Aspectos a mejorar	Propuestas
Elementos que se consideren alcanzados total o parcialmente y que contribuyen al desarrollo de la experiencia.	Elementos identificados como obstrucción parcial o definitiva para el adecuado desarrollo de la experiencia (Internos y/o externos)	Acciones y/o respuestas eficaces que neutralizaron los problemas/dificultades descritos anteriormente.	Tomando en consideración las dificultades de la experiencia, qué aspectos se sugieren para contribuir a mejorar la implementación de la experiencia.	Ideas que contribuyan a solucionar las dificultades mencionadas anteriormente.
<i>Sostenibilidad</i>				
Describir las estrategias previstas para asegurar el funcionamiento de la estrategia en forma permanente y continua.				
<i>Elementos programáticos (programas de gobiernos locales, programas institucionales, etc.)</i>				
<b>Deficiencias nutricionales y Anemia</b>				
Problemas identificados	Acciones desarrolladas	Limitaciones / Dificultades	Acciones proyectadas	Propuestas
Elementos de diagnóstico sobre problemas nutricionales de la población, desde el marco institucional que representa	Acciones relevantes implementadas en atención a los problemas identificados	Mencionar situaciones internas o externas que condicionen el alcance de las acciones desarrolladas	Lo que en el marco de la institución de la que se hace parte se ha programado sobre problemas nutricionales de la población	Ideas que contribuyan a mejorar limitaciones/dificultades.
<i>Articulación con otros sectores y actores institucionales:</i>				
Acciones y percepciones sobre el trabajo conjunto con otros sectores y actores institucionales alrededor de deficiencias nutricionales y anemia				

## Anexo 02. Actividades de recolección de información en terreno

Cuadro 11. Programa de visitas a terreno

DÍA	ACTIVIDAD	LUGAR
Día 1	Reunión de coordinación con Equipo ACH Córdoba	Montería
	Entrevista Directora Local de Salud del Municipio de Tierralta	Tierralta
	Acompañamiento a Taller de refuerzo sobre nutrición a personal de apoyo en comunidades, por parte de ACH	Tierralta
	Grupo focal con Coordinadoras(es) de Centros de Desarrollo Infantil (CDI) de Tierralta	Tierralta
Día 2	Entrevista Coordinadora de Promoción y Prevención del Centro de Salud Nuevo Oriente y –previamente– del Hospital San José del Municipio de Tierralta	Tierralta
	Entrevista a funcionaria PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) de los períodos 2014 y 2015 en el Municipio de Tierralta	Montería
	Reunión de Capitalización - Equipo ACH Córdoba	Montería
Día 3	Reunión de coordinación con Equipo ACH Nariño	Pasto
	Entrevista a Consejero de Salud UNIPA (Unidad Indígena del Pueblo Awá) y recorrido por Centro de Salud UNIPA	Corregimiento El Diviso, Barbacoas
	Grupo focal con Coord. Gestión ambiental UNIPA, Coord. Centro de Recuperación Nutricional UNIPA y trabajadoras del Centro de Salud UNIPA	Corregimiento El Diviso, Barbacoas
Día 4	Entrevista Coordinadora Enfermería y de Promoción y Prevención del Hospital Ricaurte	Ricaurte
	Acompañamiento a Seguimiento y valoración nutricional de ACH en el barrio Guayabal	Ricaurte
	Entrevista a Auxiliar de Promoción y Prevención (indígena Awá)	Ricaurte
Día 5	Acompañamiento a Seguimiento y valoración nutricional de ACH en la Vereda Palpis	Vereda Palpis, Ricaurte
	Entrevista a Auxiliar de Promoción y Prevención	Vereda Palpis, Ricaurte
Día 6	Reunión de Capitalización - Equipo ACH Nariño	Pasto