



ANALES DEL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C. PROYECTOS DE ACUERDO

AÑO III N°. 3367 DIRECTOR (E): CARLOS ARTURO DUARTE CUADROS MAYO 19 DEL AÑO 2022

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

PROYECTO DE ACUERDO N° 276 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR EL CUAL SE CREA LA ESTRATEGIA “ALIMENTACIÓN INCLUYENTE EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL DISTRITO CAPITAL” Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	5227
--	------

PROYECTO DE ACUERDO N° 276 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE CREA LA ESTRATEGIA “ALIMENTACIÓN INCLUYENTE EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL DISTRITO CAPITAL” Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETO.

Este proyecto de acuerdo tiene por objeto crear una estrategia “*Alimentación Incluyente en las Instituciones Educativas Oficiales del Distrito Capital*”, como una herramienta idónea para garantizar el derecho a la alimentación en niñas, niños y adolescentes de las instituciones educativas oficiales del Distrito Capital, a través del suministro de una alimentación incluyente que tenga en cuenta los requerimientos nutricionales específicos en las niñas, niños y adolescentes que padecen alguna patología con recomendaciones médicas nutricionales, como también en casos de factores culturales y sociales diversos.

II. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA.

1. LA SALUD DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Con relación a la salud de las niñas, niños y adolescentes, es importante destacar que la Organización Mundial de la Salud, ha hecho un llamado “(...) a los Estados Miembros para que aborden la cuestión de la equidad en materia de salud desde la perspectiva de la cobertura sanitaria universal, de modo

que todos los niños puedan acceder a servicios de salud esenciales sin tener que atravesar dificultades financieras. El paso del enfoque habitual a enfoques innovadores, múltiples y específicos que permitan mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud infantil exigirá una orientación estratégica y una combinación óptima de la atención en el ámbito comunitario y en los centros de salud. También serán necesarios esfuerzos del sector sanitario y de múltiples sectores para superar las desigualdades y abordar los determinantes sociales de la salud.¹

1.1 Los principios orientadores de los controles de salud son los siguientes² :

1.1.1 El niño y la niña son sujetos de derechos:

En la Convención de los Derechos del Niño se establece un conjunto de derechos que todo niño y niña tienen, que le garantizan el vivir y su pleno desarrollo. A su vez, y con el objetivo de destacar los derechos de niños y niñas durante la primera infancia, en el año 2005 se publicó la “Observación General N. 7”, donde se enfatiza la importancia de que niños y niñas pequeños sean respetados como personas por derecho propio, por lo tanto, se deben considerar miembros activos de las familias, comunidades y sociedades.

1.1.1.1 Derecho humano a la alimentación

Con respecto a la alimentación, las Naciones Unidas ha señalado, que el derecho a la alimentación, reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 como parte del derecho a un nivel de vida adecuado, asimismo fue consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. Por otra parte, las Naciones Unidas ha definido el derecho a la alimentación como “*el derecho a la alimentación es un derecho incluyente. No es simplemente un derecho a una ración mínima de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos. Es un derecho a todos los elementos nutritivos que una persona necesita para vivir una vida sana y activa, y a los medios para tener acceso a ellos*”. Asimismo destacó algunos elementos del derecho a la alimentación³:

El alimento debe estar disponible, y ser accesible y adecuado:

- La disponibilidad, de la alimentación hace referencia que estos se puedan obtener de recursos naturales ya sea mediante la producción de alimentos, el cultivo de la tierra y la ganadería, o mediante otra forma de obtener el alimento, como la pesca, la caza o la recolección. Por otra

¹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

² Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.

Programa Nacional de Salud de la Infancia. Tomado de:

[https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web\(1\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf)

³ El Derecho a la Alimentación Adecuada. Las Naciones Unidas. Folleto Informativo N° 34, Tomado de : <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34sp.pdf>

parte, significa que los alimentos deben estar disponibles para su venta en mercados y comercios.

- La accesibilidad, debe estar garantizado el acceso económico y físico a la alimentación. La accesibilidad económica significa que los alimentos deben estar al alcance de las personas desde el punto de vista económico. Por otra parte, la accesibilidad física, se entiende que los alimentos deben estar accesibles a todos, incluidos los individuos físicamente vulnerables, como los niños, los enfermos, las personas con discapacidad o las personas de edad, a quienes puede resultar difícil salir para obtener alimentos.
- El alimento adecuado, se entiende que la alimentación debe satisfacer las necesidades de dieta teniendo en cuenta la edad de la persona, sus condiciones de vida, salud, ocupación, sexo, etc. Por ejemplo, si la alimentación de los niños no contiene los nutrientes necesarios para su desarrollo físico y mental no es adecuada. La alimentación con gran densidad de energía y escaso valor nutritivo, que puede contribuir a la obesidad y otras enfermedades, podría ser otro ejemplo de alimentación inadecuada. Asimismo, señala que la alimentación adecuada debe ser además culturalmente aceptable.

1.1.2 La atención es un proceso continuo

La atención de niños y niñas comienza desde la gestación, involucra todas las etapas desde el nacimiento, hasta la adolescencia, durante la etapa escolar; *la escuela y el centro de salud asumen en conjunto el rol de velar por la salud integral del niño o niña*. La continuidad del proceso de atención permite desarrollar un vínculo entre la familia, el niño o la niña y el equipo de salud. El seguimiento continuo facilita el desarrollo de un plan de trabajo dinámico, flexible y acorde con las necesidades de cada familia, en el que es posible priorizar, ejecutar y evaluar en forma periódica las dificultades que se puedan presentar.

1.1.3 Cada familia y persona es única:

La atención en salud, debe considerar las particularidades familiares y del niño o niña, para lograr un impacto positivo en su salud. El desafío para el equipo de salud es adaptar los conocimientos, la evidencia científica y las normativas a cada persona y su entorno, con el fin de lograr los mejores resultados.

1.1.4 El niño o niña es parte de una familia:

El niño o niña hace parte de un contexto social: La evidencia actual muestra que la salud de una persona está estrechamente vinculada con los determinantes sociales de la salud. Dichos determinantes tienen que ver, con el ingreso y nivel socioeconómico familiar; las redes de apoyo social; el nivel educativo de los padres; las condiciones medioambientales donde el niño o niña vive; las condiciones de empleo de los cuidadores principales, las condiciones de la escuela donde el niño o niña asiste; la capacidad para el autocuidado en salud que el niño o niña y la familia poseen, la carga genética, el acceso a servicios de salud, el género y factores culturales.

1.1.5 El desarrollo infantil temprano es determinante en el bienestar biopsicosocial futuro de cada persona:

Los primeros años de vida son críticos para el óptimo desarrollo y expresión de potencialidades de cada ser humano. Los equipos de salud deben velar por el óptimo desarrollo infantil en cada etapa de sus vidas, generar las alertas tempranas para interceptar cualquier dificultad en el desarrollo del niño o niña, tanto a nivel emocional como físico.

1.1.6 La mayor responsabilidad del cuidado es de cada persona y su familia:

El equipo de salud es un acompañante en el proceso de crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas. La atención en salud debe ser diferenciada según los problemas detectados, es así como el equipo de salud se verá enfrentado a familias con distintos niveles de vulnerabilidad y tiene el deber de entregar atenciones diferenciadas según los riesgos y factores protectores detectados en cada una de las situaciones. Esto puede condicionar que el rendimiento del control pueda ser mayor o menor a lo indicado en la normativa.

1.1.5 Privilegiar un enfoque anticipatorio, promocional y preventivo:

Los equipos de salud deben desarrollar acciones de promoción y prevención, según la realidad nacional, de la comunidad, la familia y la persona. Es deber del equipo de salud, anticiparse a los posibles problemas de salud y promover acciones dirigidas al desarrollo armónico de los niños y niñas de su comunidad, escuela, empoderando al conjunto de la familia en el cuidado de su salud integral.

2. LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION EN LA INFANCIA

Según Macías y colaboradores (2012), consideran que la alimentación y la nutrición son “(...) procesos influenciados por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales y que durante la infancia contribuyen a un desarrollo y crecimiento óptimo, así como una maduración biopsicosocial, es necesario que los niños adquieran durante esta etapa hábitos alimentarios saludables. Sin embargo, para ello es necesario considerar factores de tipo fisiológicos, sociales y familiares, donde estos últimos ejercen una fuerte influencia en los patrones de consumo. No obstante, los hábitos alimentarios se han ido modificando por factores que alteran la dinámica familiar tales como la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar y la pérdida de autoridad en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos que consumen los niños.” Adicionalmente, consideran que “(...) la escuela juega un rol fundamental en la promoción de factores protectores en materia de hábitos alimentarios por lo que resulta un campo de acción en la implementación de programas nutricionales. Sin embargo, para que estos programas logren modificar las conductas alimentarias no saludables se requiere de una herramienta capaz de lograr dicho objetivo y la más indicada es la educación para la salud, en donde la colaboración entre los profesionales de este campo, los profesores, los padres de familia y las autoridades sanitarias.”⁴

Con respecto, a la definición de los requerimientos nutricionales, como la cantidad mínima de un nutriente específico para mantener un óptimo estado de salud y prevenir la aparición de enfermedades, tanto por su exceso como por su defecto. Adicionalmente, y según lo reportado en

⁴ Macías, Adriana y col (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Revista Chilena de Nutrición. Tomado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-75182012000300006&script=sci_arttext

el artículo “*Recomendaciones Nutricionales en Pediatría*”; en el niño, “(...) los requerimientos son determinados de acuerdo a la cantidad necesaria de cada nutriente para mantener un satisfactorio crecimiento y desarrollo. Los requerimientos pueden variar cuantitativamente de un individuo a otro, dependiendo de múltiples factores como su edad biológica, factores ambientales, características genéticas y neuroendocrinas. Estas circunstancias hacen imposible establecer cifras requeridas de nutrientes que puedan ser aplicables a todas las personas de un mismo grupo etario. Teniendo en cuenta esta limitación, es que se utilizan las **Recomendaciones Nutricionales**, las cuales sugieren las cantidades de nutrientes que deben ser consumidas a fin de asegurar aportes suficientes para todos los integrantes de un grupo de población. La cifra recomendada para algunos nutrientes excede el requerimiento nutricional individual⁵”. Por otra parte, en niños y niñas, este concepto incluye una ingesta que garantice un ritmo de crecimiento normal. Actualmente, para establecer los requerimientos de energía se utiliza el informe conjunto de la consulta de expertos, realizado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Universidad de las Naciones Unidas (UNU) en 2004. Las recomendaciones nutricionales de vitaminas y minerales están basadas en las del Comité Conjunto de Expertos FAO/OMS (2004) y en el Consumo de Referencia Alimenticio o Dietary Reference Intakes (DRI) del Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos (2006). Asimismo, los requerimientos de energía, tratan de la ingesta mínima que compensa las pérdidas orgánicas de nitrógeno en personas con una composición corporal normal, mantiene el balance energético a nivel moderado de actividad física y, además, permite satisfacer las necesidades de lactantes y niños asociadas a los depósitos o a la formación de tejidos, compatibles con una buena salud. Esto significa que la alimentación no solamente debe proporcionar energía para mantener las funciones vitales, sino que deben cubrirse necesidades mayores relacionadas con el crecimiento y la maduración⁶.

2.1 Componente nutricional en niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS)

Con relación al tratamiento de muchas enfermedades crónicas, es importante resaltar la importancia de realizar una evaluación oportuna del estado nutricional en los niños, niñas y adolescentes que las padecen, anticipándose con medidas de apoyo, para prevenir una alteración nutricional que pueda afectar la calidad de vida de los niños y exponerlos a un mayor nivel de morbimortalidad, asimismo potenciar una mejor evolución de la enfermedad y disminuir el riesgo de complicaciones futuras, es importante enfatizar que un tratamiento integral de las enfermedades crónicas implica la interacción de todos los actores del entorno del paciente, por ejemplo su familia, cuidadores y por supuesto la escuela. Por otra parte, los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas presentan alteraciones en su composición corporal, con tendencia a la emaciación, sarcopenia y/o al depósito excesivo de masa de grasa, por tal razón, el manejo de los pacientes por equipos multidisciplinarios favorece el tratamiento de niños con diferentes enfermedades crónicas, es así, como el especialista en nutrición, es un actor principal en el manejo de los niños

⁵ Bertero, Inés. (2004). *Recomendaciones Nutricionales En Pediatría*. Tomado de: http://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones_monografias/monografias/monografia%20-%20recomendaciones%20nutricionales%20en%20pediatria.pdf

⁶ Pereira, Pablo (2020). *Los Alimentos y la Infancia Desde Una Mirada Interdisciplinar*. Tomado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9591/1/alinfancia.pdf>

con enfermedades crónicas, ya que una adecuada nutrición es importante para una correcta evolución de las patologías crónicas, favoreciendo en tener un mejor pronóstico⁷.

Es así y según lo señalado por Barja (2021), que el concepto de Niñas, Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud o NANEAS, ha sido definido como “aquellos niños, niñas y adolescentes que tienen el riesgo de una condición física, del desarrollo, del comportamiento o emocional de tipo crónico, que requiere de una atención de salud especial y en mayor cantidad que lo requerido por el general de los niños”, esto representa el cambio de paradigma en el acompañamiento de los menores con enfermedades crónicas, centrándolos como el propósito principal en un modelo atención con enfoque biopsicosocial, reconociendo el abordaje individual para mejorar la calidad de vida teniendo en cuenta su entorno familiar, contexto social y educativo. Adicionalmente, se han clasificado los NANEAS, como niños, niñas y adolescentes de baja, mediana o alta complejidad, según las necesidades, que pueden ser⁸:

- Medicamentos
- Especialistas
- Necesidades de alimentación especial
- Tecnología para vivir
- Estimulación especial del desarrollo o de rehabilitación.
- Necesidad de educación especial

Asimismo, Barja (2021), señala que en países desarrollados presentan una alta tasa de NANEAS, reporta que para el año 2014, el 15% de la población infantil en Estados Unidos tienen necesidades especiales de atención en salud, siendo las patologías con mayor prevalencia la obesidad, el asma y las alergias. Por lo tanto, se ha reconocido que esta población tiene unas necesidades especiales de nutrición como pilar fundamental en su apoyo terapéutico, ya con frecuencia los problemas nutricionales en los niños con enfermedades crónicas es alta y en muchas ocasiones es subestimada y se detecta tardíamente cuando existen complicaciones, como es la desnutrición que aumenta la morbimortalidad afectando directamente la estructura, crecimiento y función de los órganos involucrados, también puede aumentar la susceptibilidad de infecciones y a largo plazo, produce retraso de crecimiento secundario a la desnutrición crónica, se puede asociar a un menor desarrollo cognitivo, además el déficit nutricional temprano favorecerá en la edad adulta la aparición de otras enfermedades crónicas, con son la hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2. Por otra parte, otro evento presente en los déficits nutricionales, es la obesidad que tiene efectos negativos en los niños con enfermedades crónicas, ya que favorece a los trastornos neuroendocrinos. coadyuvando a la aparición de otros factores de riesgo cardiovascular. Asimismo el autor sustenta diferentes factores que afectan el estado nutricional, como son el tipo de enfermedad de base, edad de inicio de la enfermedad, gravedad de la enfermedad, aspectos socioculturales y la oportunidad que tenga el niño de un apoyo nutricional⁹.

⁷ Barja, Salesa (2021). Nutrición en enfermedades crónicas de la niñez y la adolescencia. Tomado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=VIkIEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&dq=manejo+n+utricional+diabetes+infantil&ots=IBwu1TUDgy&sig=nWUCIfd1WFssieFLF4TCCZ6b-yU#v=onepage&q=manejo%20nutricional%20diabetes%20infantil&f=false>

⁸ IBIDEM

⁹ IBIDEM

3. Enfermedades Crónicas En La Población Infantil

Según, estudio realizado por Cortés, Jaime y colaboradores (2020), concluyen que la población pediátrica está compuesta por un número importante de pacientes con enfermedades crónicas, entre las que se encuentran el asma, enfermedades alérgicas, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la obesidad como las enfermedades más prevalentes. Asimismo, reportan que diferentes estudios epidemiológicos sugieren que hasta uno de cada 4 niños tiene una enfermedad crónica¹⁰.

En este sentido, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, publicado en el año 2020, por el Ministerio de Salud y la Protección Social, da a conocer las cifras de la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes en el territorio nacional, de tal manera que entre los años 2009 y 2019 se atendieron a 94.544.560 niños y niñas menores de cinco años de edad, notificando como la primera causa de consulta en este grupo de edad, las condiciones transmisibles y nutricionales con un 39,7% (37.533.656) de las atenciones, seguido de las enfermedades no transmisibles que causaron el 36,2% (34.271.767) de las atenciones. El informe, también reportó, en la infancia (6 a 11 años), en este mismo lapso de tiempo se atendieron a 59.285.700; las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, generando el 54,2% de la demanda, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales con 22,3% de las atenciones, asimismo se atendieron a 100.540.296 adolescentes, destacándose las enfermedades no transmisibles como la primera causa de atención durante el periodo, generando el 57,9% de la demanda y en tercer lugar están, las condiciones transmisibles y nutricionales aparecen con el 13,8% de las atenciones¹¹.

3.1 El síndrome metabólico

El síndrome metabólico (SM) es una condición que reúne diferentes factores de riesgo cardiovascular que pueden conllevar a una enfermedad cardiovascular aterosclerótica y diabetes tipo 2. Por lo tanto, representa un conjunto heterogéneo de desórdenes metabólicos cuyo componente central es la insulinoresistencia, adicionalmente, la obesidad, la alteración en el metabolismo de la glucosa, la dislipidemia y el aumento de la presión arterial, hacen parte de un conjunto de factores de riesgo que aumentan el riesgo para la enfermedad vascular aterosclerótica y la diabetes tipo 2. En adición al peso de cada componente individual del Síndrome Metabólico, su combinación se encuentra independientemente asociada con el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y mortalidad por todas las causas en adultos. Igualmente, según lo expresado por Tonietti, en su artículo "Síndrome Metabólico durante la niñez y la adolescencia", el Síndrome Metabólico implica una serie de signos, entre los que se encuentran los siguientes¹²:

¹⁰ Cortés, Jaime y col. (2020). Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria. Asociación Española de Pediatría. Tomado de : <https://www.analesdepediatría.org/es-enfermedades-cronicas-poblacion-pediatrica-comorbilidades-articulo-S1695403320300242>

¹¹ Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2020. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>

¹² Tonietti, Miriam. Síndrome Metabólico durante la niñez y la adolescencia. Tomado de: http://www.fepreva.org/curso/7_curso/material/ut7.pdf

3.1.1 Obesidad

En niños, la obesidad es el resultado de la combinación de factores genéticos, y el crecimiento y desarrollo en un medio ambiente obesogénico. Puede desarrollarse como consecuencia de pequeños desequilibrios energéticos que se sostienen a través del tiempo. Dado que no todos los niños obesos van a presentar complicaciones metabólicas asociadas.

3.1.2 Dislipidemia

Así como en los adultos, en niños y adolescentes se encuentra correlación entre obesidad y alteraciones en los lípidos. Los adolescentes obesos presentan un aumento en los niveles de colesterol LDL y triglicéridos con disminución del colesterol HDL (perfil de riesgo aterogénico).

3.1.3 Intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2

Tradicionalmente la diabetes tipo 2 era considerada una enfermedad de los adultos, siendo la diabetes tipo 1 (dependiente de insulina) el tipo presente en el 90% de niños y jóvenes con diabetes. Sin embargo, a partir de las últimas décadas, con el incremento mundial de la obesidad, la diabetes tipo 2 comienza a registrarse en jóvenes, adquiriendo en algunos países altos índices de prevalencia.

La obesidad determina alteraciones en el metabolismo de la glucosa: inicialmente se altera la sensibilidad a la acción metabólica de la insulina asociada al aumento de la grasa corporal. Esta resistencia periférica a la insulina se compensa inicialmente con el aumento de la secreción de la célula β pancreática. Es ante el fracaso de la célula β que se instala la diabetes tipo 2.

3.1.4 Presión arterial

El peso corporal es un factor predictor de la presión arterial en adultos. En pediatría, hasta el 30% de los niños y jóvenes obesos presentan valores patológicos de presión arterial. La insulinoresistencia provoca aumento de la retención de sodio, aumento de la actividad simpática y estimulación del crecimiento del músculo liso vascular que podrían explicar la hipertensión. La persistencia de la hipertensión en los niños, niñas y adolescentes, se genera en marcos de vida poco saludables, particularmente con una ingesta excesiva de grasas totales y saturadas, colesterol y de sal, una ingesta insuficiente de potasio y una disminución de la actividad física¹³.

3.2 Parálisis cerebral

La parálisis cerebral (PC), se ha definido como un trastorno de predominio motor ocasionado por una lesión cerebral no progresiva que ocurre en el período de crecimiento del cerebro. Las niñas, niños y adolescentes con PC son un grupo especial de riesgo nutricional, para lograr un crecimiento saludable¹⁴.

¹³ IBIDEM

¹⁴ IBIDEM

3.3 Enfermedades Neuromusculares

Las enfermedades Neuromusculares (ENM), son un grupo de enfermedades neurológicas, se han clasificado en cuatro grupos: enfermedades de la motoneurona, del nervio periférico, de la unión neuromuscular y del músculo. El estado nutricional es una herramienta necesaria en su desarrollo, ya que la desnutrición se asocia a mayor morbilidad, aumento de la demanda de atención de salud, y también menor participación escolar, por el contrario, la recuperación nutricional reduce las hospitalizaciones, mejora el crecimiento, el desarrollo psicomotor y la circulación periférica¹⁵.

3.4 Enfermedades Dentales:

Los aspectos nutricionales de las enfermedades orales, entre las que se encuentra las enfermedades dentales como la caries, y las periodontales, juegan un papel importante en el desarrollo de estas desde mucho antes que se produzca la erupción dental, es así como las carencias de vitamina D y A y la malnutrición se han asociado a hipoplasia del esmalte y a una atrofia de glándulas salivales. En otro aspecto, las periodontopatías pueden estar relacionadas con la desnutrición, ya que la respuesta inmune está disminuida y promueve a la infección, por otro lado, para el desarrollo de la caries dental es necesario la presencia de azúcares y bacterias, aunque depende también de la susceptibilidad del diente, del perfil bacteriano y de la cantidad y calidad de la saliva

4. Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas

Algunas enfermedades crónicas están relacionadas con el régimen nutricional, estas son casi siempre prevenibles, están íntimamente relacionadas con la calidad de dieta. Una de las patologías que con mayor frecuencia se presentan en la población, es la malnutrición causada básicamente por la pobreza y falta de equidad, por lo tanto, la oferta de alimentos suficientes, inocuos y variados no sólo previene la malnutrición, sino que reduce el riesgo de sufrir enfermedades crónicas. Por consiguiente, las estrategias alimentarias deben estar encaminadas a garantizar la seguridad alimentaria, sino también favorecer el consumo de cantidades adecuadas de alimentos inocuos, que proporcionen la ingesta de micronutrientes necesarios para llevar una vida saludable. Es así, que las dietas están influenciadas por varios factores, como son los ingresos, los precios, las preferencias individuales, las creencias, tradiciones culturales, también factores geográficos, ambientales, sociales y económicos, que en el caso de las enfermedades crónicas se corre el riesgo de sufrirlas en cualquier época de la vida, ya que la desnutrición y la obesidad tienen efectos nocivos en el desarrollo de estas enfermedades crónicas. Además, se describen tres factores de riesgo fundamentales en la adolescencia que inciden en el desarrollo de las enfermedades crónicas, estos son la aparición de factores de riesgo en esta época, la persistencia de estos factores de riesgo, y la adquisición de hábitos saludables o insalubres que tienden a persistir a lo largo de la vida¹⁶.

¹⁵ IBIDEM

¹⁶ Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas, OMS. Tomado de:
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=oUCzDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=enfermedades+crónicas+en+la+ni%C3%B1ez&ots=kb_wpiDTUn&sig=PiFBhN41s0fkpXIC_uzaqXPJ_Ro#v=onepage&q=enfermedades%20crónicas%20en%20la%20ni%C3%B1ez&f=false

4.1 Metas de la Ingesta de Nutrientes¹⁷:

- **Grasas**

Las recomendaciones en relación con las grasas totales se han formulado con la idea de incluir los países donde la ingesta habitual de grasas está por encima de 30%, Así como aquellos donde la ingesta habitual es muy baja. Las grasas de la dieta influyen el riesgo de enfermedad cardio-vascular, por los efectos en los lípidos sanguíneos, la formación de trombos, la tensión arterial (endotelial). Por lo tanto, la meta es restringir la ingesta de ácidos grasos saturados hasta menos del 10% de la ingesta energética diaria y hasta menos del 7% en grupos de alto riesgo.

- **Frutas y Verduras**

Las frutas y verduras contribuyen a la salud cardiovascular gracias a la diversidad de fitonutrientes, el potasio, y la fibra que contienen. Se recomienda el consumo diario de frutas y verduras frescas en cantidades adecuadas (400-500 g diarios) para reducir el riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular e hipertensión.

- **Sodio**

La ingesta alimentaria de sodio de todas las fuentes influye en los niveles de tensión arterial de las poblaciones y debe limitarse la ingesta alimentaria de sodio reduciendo el consumo de sal a menos de 5 g al día.

- **Potasio**

Una ingesta alimentaria de potasio reduce la tensión arterial y protege de patologías cardíacas, esto puede conseguirse mediante el consumo adecuado de frutas y verduras.

- **Pescado**

Se recomienda el consumo regular de pescado ya que protege contra la cardiopatía coronaria y el accidente cerebrovascular isquémico, cada ración debe proporcionar el equivalente a 200-500 mg de Ácidos Eicosapentaenoico y Docosahexaenoico.

Igualmente, las deficiencias nutricionales son causales de varios tipos de enfermedades y asimismo su tratamiento está basado en la recuperación y equilibrio de estos nutrientes, ejemplo de esto es el tratamiento de las enfermedades mentales, ya que se ha observado una mejor respuesta a los tratamientos cuando se adicionan suplementos vitamínicos a las prescripciones médicas, Así pues, también se piensa que mejorando las bases nutricionales cerebrales puede mejorar la eficacia terapéutica antidepressiva, y posiblemente de otros psicotrópicos¹⁸.

¹⁷ IBIDEM

¹⁸ Rodríguez, A (2028), Nutrición y Salud Mental: Revisión Bibliográfica. Revista Del Postgrado De Psiquiatría. Tomado de: https://www.ecotec.edu.ec/material/material_2018F_PSI200_01_103349.pdf

5. Enfermedades en Niñas, niños y adolescentes

Los pacientes con insuficiencia renal, considerados un grupo de alto riesgo nutricional, requieren un aporte energético de 30-40 kcal/kg de peso corporal, con un aporte proteico de 0,8-1 g/kg de peso ideal, que aumenta al normalizarse el filtrado glomerular. Con respecto al potasio es preciso limitar la ingesta 30-50 mEq/ día y de sodio a 20-40 mEq/ día en fase oligúrica, reemplazando las pérdidas en la fase diurética, en los pacientes con Insuficiencia Renal Aguda (IRA). Con respecto a los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), se debe recomendar una dieta controlada en proteínas (0,75-1 g/kg/día) en estos pacientes. En los pacientes con hemodiálisis los requerimientos calóricos son de 35 Kcal/kg/día en situación basal. El objetivo proteico es alcanzar un aporte de 1,2-1,4 g/Kg día de proteínas. La necesidad de agua depende de la diuresis residual, a lo que se puede añadir 500-800 mL al día. El aporte de sodio debe limitarse a 60-100 meq al día, debiendo reducirse al mínimo el aporte de agua y sodio en pacientes anúricos. El aporte de potasio no suele sobrepasar 1 meq/kg/día. Los pacientes en diálisis peritoneal tienen una serie de peculiaridades en cuanto a los requerimientos¹⁹.

Otro caso, son los pacientes con Fibrosis Quística, en donde su estado nutricional juega un papel importante, ya que incide en la mortalidad, disminuye la morbilidad y podría favorecer un menor deterioro de la función pulmonar. Sin embargo, el éxito del tratamiento nutricional depende en gran medida de la prontitud con que se realice, ya que la detección precoz del déficit nutricional favorece una mejor respuesta al tratamiento, a la vez que una actitud más activa favorece un menor deterioro. El objetivo del tratamiento nutricional es lograr un crecimiento y desarrollo comparables al de los niños sanos²⁰.

Asimismo, la relación entre el asma y la obesidad, se ha detectado mayor incidencia de asma en niñas obesas prepuberales, la relación temporal del sobrepeso y la obesidad como predictores y/o antecesoros de asma, ya que genes comunes entre obesidad y asma, pueden generar el efecto proin-flamatorio de la obesidad mediante las adipoquinas, la influencia de hormonas implicadas en el metabolismo energético como leptina, el efecto de la programación fetal, nutrición prenatal y actividad física en el desarrollo posterior de obesidad y asma, además, estudios realizados en adultos demostraron que los pacientes con asma y sobrepeso u obesidad, tienen peor control de la enfermedad, peor calidad de vida y menor respuesta al tratamiento farmacológico, en especial cuando el índice de masa corporal (IMC) supera los 25 kg/ m² ¹⁵⁻¹⁸. En niños, la evidencia no es tan concluyente, sin embargo, publicaciones recientes reportan mayor prevalencia de obesidad en las consultas de urgencia por crisis de asma al compararlas con consultas por otras causas y peor calidad de vida en niños asmáticos con mayor peso a la edad escolar que aquellos con peso normal e incluso que los niños con sobrepeso sin asma²¹.

¹⁹ Román, Daniel (2008). Aspectos Nutricionales de la insuficiencia renal. Tomado de: <https://www.revistanefrologia.com/es-aspectos-nutricionales-insuficiencia-renal-articulo-X0211699508005896>

²⁰ Barja, Salesa (2009). Manejo Nutricional en Niños y Adolescentes con Fibrosis Quística. Revista Chilena de Pediatría. Tomado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062009000300010&script=sci_arttext&tlng=e

²¹ Vidal, Alberto(2012). Impacto del sobrepeso y la obesidad en el asma infantil. Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias. Tomado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-73482012000300002&script=sci_arttext

6. Calidad nutricional de los alimentos usados en meriendas escolares

La merienda escolar, es una comida complementaria que contribuye a distribuir la energía a lo largo de la jornada de manera adecuada y ayuda a alcanzar los requerimientos nutricionales. En la actualidad, muchos de los niños de las instituciones educativas dependen exclusivamente de la alimentación brindada en estas, por lo tanto, los alimentos otorgados deben aportar la mayor cantidad de nutrientes. Asimismo, que el control de la calidad de los alimentos se encuentra dentro de las estrategias para poder contribuir a la disminución y prevención del sobrepeso y la obesidad en la infancia, y de otras enfermedades que se derivan de esos factores de riesgo.

Entre los alimentos más consumidos en las meriendas escolares, se encuentran las bebidas azucaradas como son los jugos en polvo, los de fruta, los concentrados de frutas, las aguas frutadas y saborizadas, también incluyen, las bebidas vitaminizadas, energizantes y deportivas; algunas de las posibles razones por las cuales las bebidas azucaradas están asociadas al aumento de la incidencia del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes es por la presencia de jarabe de maíz de alta fructosa y su efecto sobre el tejido adiposo, adicionalmente el hecho de que las bebidas azucaradas no generan saciedad, lo que provoca que su consumo sea constante y que sustituyan, en muchos casos, alimentos nutritivos, como la leche. Se ha observado que este grupo poblacional, niños, niñas y adolescentes se resisten al cambio de hábitos, pues están acostumbrados a consumir líquidos con sabor y aseguran que no les gusta el agua. Por lo tanto, se debe trabajar para evitar el inicio prematuro del consumo de este tipo de bebidas azucaradas y enseñar que los jugos en polvo y concentrados de fruta con alto contenido en azúcar no son saludables.

Por otra parte, los alimentos lácteos, como los postres de leche, yogures y bebidas, contienen grandes cantidades de azúcares, aunque, en nuestra cultura, los derivados lácteos son asociados a la salud y considerados como alimentos saludables. Por ejemplo, los yogures y las cremas han sido considerados como alimentos de gran importancia por su alto contenido de nutrientes, utilizados como estrategia de alimentación en la primera infancia: un 74,4 % de los niños menores de 2 años los consumen habitualmente, por tal razón, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que la mitad del total de azúcares declarados en la tabla nutrimental de los productos lácteos son azúcares añadidos. Por lo tanto, ha recomendado **evitar la leche saborizada o consumirla de modo esporádico**, ya que añaden calorías a las que ya contiene la bebida.

Los alimentos panificados, casi siempre están incluidos en las meriendas, ya que nuestra alimentación está basada en el trigo y todos los derivados. En nuestro país, los panificados tienen un rol central en la selección diaria de alimentos, ya que están presentes, de forma segura, en un mínimo de dos de las comidas del niño, desayuno y merienda, y también pueden conformar gran parte de las entre comidas, en estos casos, con diferentes características nutricionales.

7. Necesidades nutricionales en la primera infancia

Actualmente, la nutrición es vista como un determinante en el desarrollo de las enfermedades crónicas, ya que estas pueden ser modificadas a través de ella, cada día crece la evidencia científica que sustenta que el tipo de dieta puede influenciar positivamente o negativamente en la salud a lo largo de la vida, es un determinante en el desarrollo de las enfermedades crónicas.

La responsabilidad de la alimentación saludable en la niñez, debe ser vista desde varios frentes, según Pereira, “(...) El Estado, a través de las políticas económico-sociales específicas, la ciencia, por medio de la medicina y la agronomía, entre otras, y el mercado, mediante la publicidad de productos y servicios de alimentación, tiende a influenciar cada vez más las conductas de la población en la toma de decisiones. Asimismo, en el contexto familiar, la alimentación tiene un carácter obligatorio (jurídico-económico) y, a la vez, desinteresado, que le otorga una dimensión emocional, afectiva y cultural. Las primeras orientaciones socioculturales desde las cuales la conducta alimentaria se establece en cada individuo se gestan en el vínculo entre madre e hijo y en las relaciones intrafamiliares y con la comunidad. Las experiencias que se viven en esas relaciones modulan la corporalidad de cada persona. En las prácticas de seleccionar, adquirir o producir los alimentos, prepararlos y consumirlos, se involucra la experiencia corporal, las sensaciones y las preferencias por los alimentos. Vivir en el campo, cultivar, criar y faenar o acompañar a los mayores en actividades de pesca genera sensaciones y sensibilidades distintas a las que se producen al vivir en la ciudad y acceder a los alimentos en un supermercado o feria. Del mismo modo sucede si desde edades tempranas se participa de la preparación de los alimentos para el consumo, o si solo se participa de la actividad de alimentación específica, si la actividad de alimentación se realiza en el hogar o si se hace en un comedor escolar (...)”²².

7.1 Estado Nutricional de Niñas, Niños en Bogotá

Con respecto a la situación nutricional de niños, niñas y adolescentes, es importante resaltar que en el año 2015 la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN)²³, dio a conocer las cifras en seguridad alimentaria y nutricional en Colombia, datos importantes para el diseño de políticas públicas a nivel nacional y territorial. A continuación, se describen los resultados por grupos etarios.

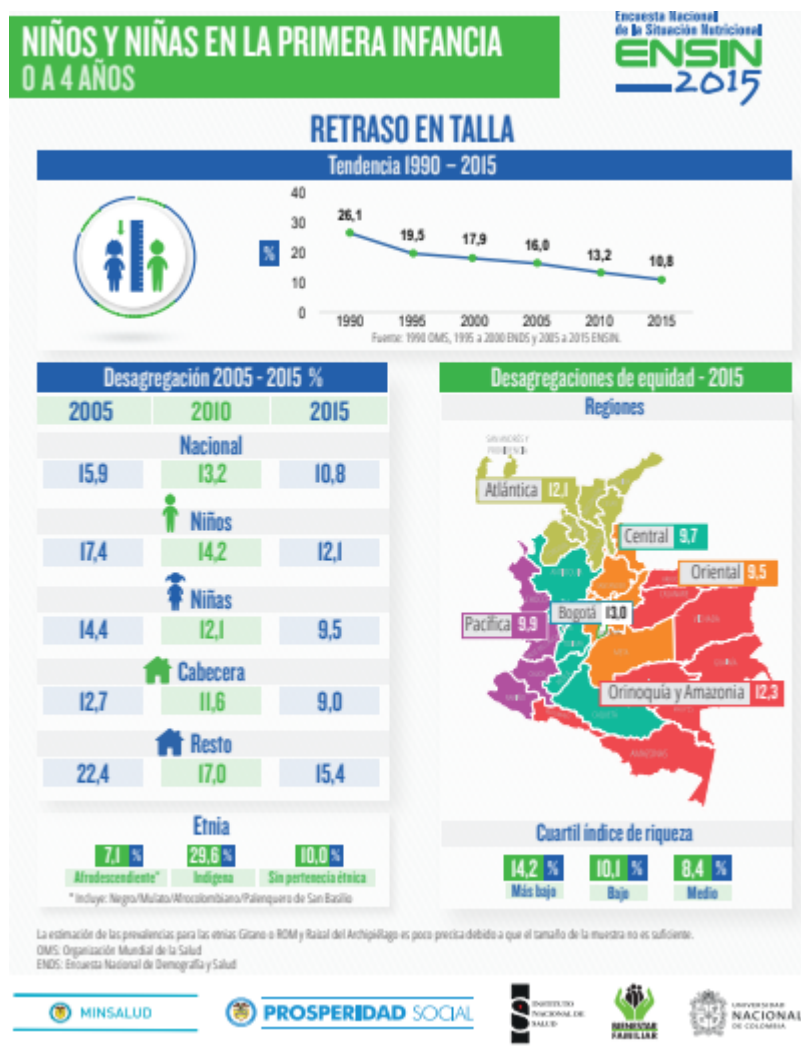
Es así. para el grupo de edad de los 0 a 4 años, evidenciaron que la desnutrición crónica, que mide el retraso en la talla para la edad, disminuyó de 13,2% en 2010 a 10,8% en 2015. Por lo tanto, Colombia continúa dentro de la meta de 5% establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre desnutrición aguda o indicador de peso para la talla. En 2015 alcanzó 1,6%, superior al 0,9% presentado en 2010. Y con respecto, al exceso de peso –que incluye tanto sobrepeso como obesidad– subió de 4,9% en 2010 a 6,3% en 2015. Con relación, al grupo de menores en edad escolar, la cual es una fase crucial durante la cual los menores experimentan un crecimiento continuo, consolidan sus gustos y hábitos alimenticios y se empiezan a adaptar a la alimentación de adulto.

²² Pereira, Pablo y col (2017). Los alimentos y la infancia desde una mirada interdisciplinaria. Tomado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9591/1/alinfancia.pdf>

²³ **ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional. 2015 Tomado de:**
<https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>

Tabla No. 1: Situación Nutricional en niños y niñas en la primera infancia

Retraso en talla

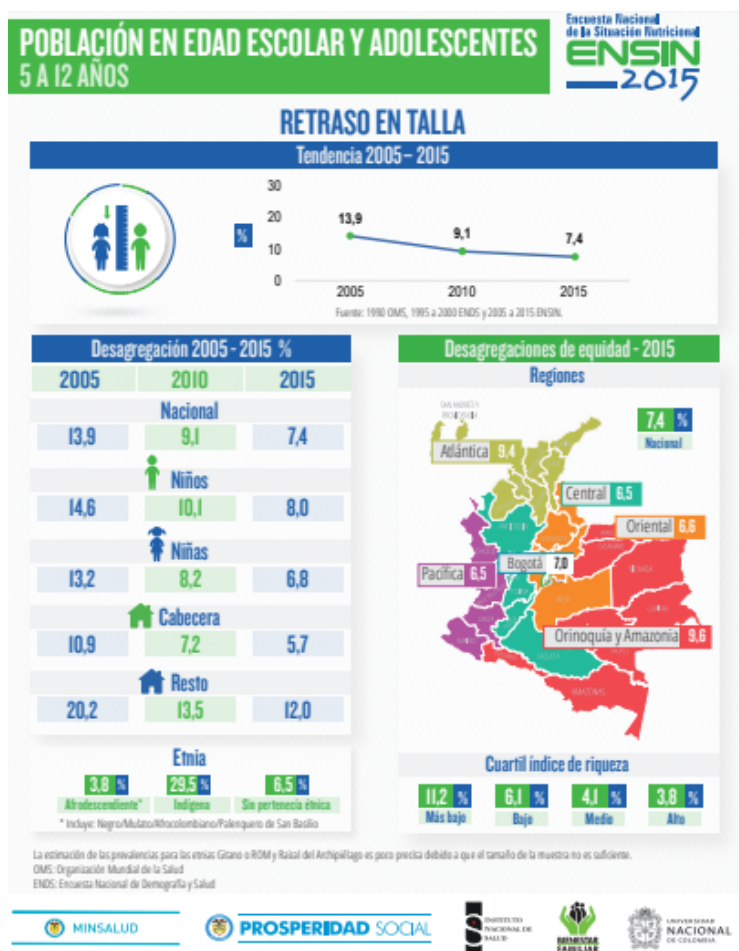


Fuente: ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional. 2015. Tomado de: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>

Por otro lado, está el grupo de edades de 5 a 12 años, en donde concluyeron que siete de cada 100 menores en edad escolar presentan desnutrición crónica. En los indígenas, 30 de cada 100 menores presentan este problema, mientras que esta situación se extiende a 11 de cada 100 niños de los hogares más pobres del país. Asimismo, el exceso de peso en los menores en edad escolar se incrementó de 18,8% en 2010 a 24,4% en 2015.

Tabla No. 2: Situación Nutricional en población en edad escolar y adolescentes

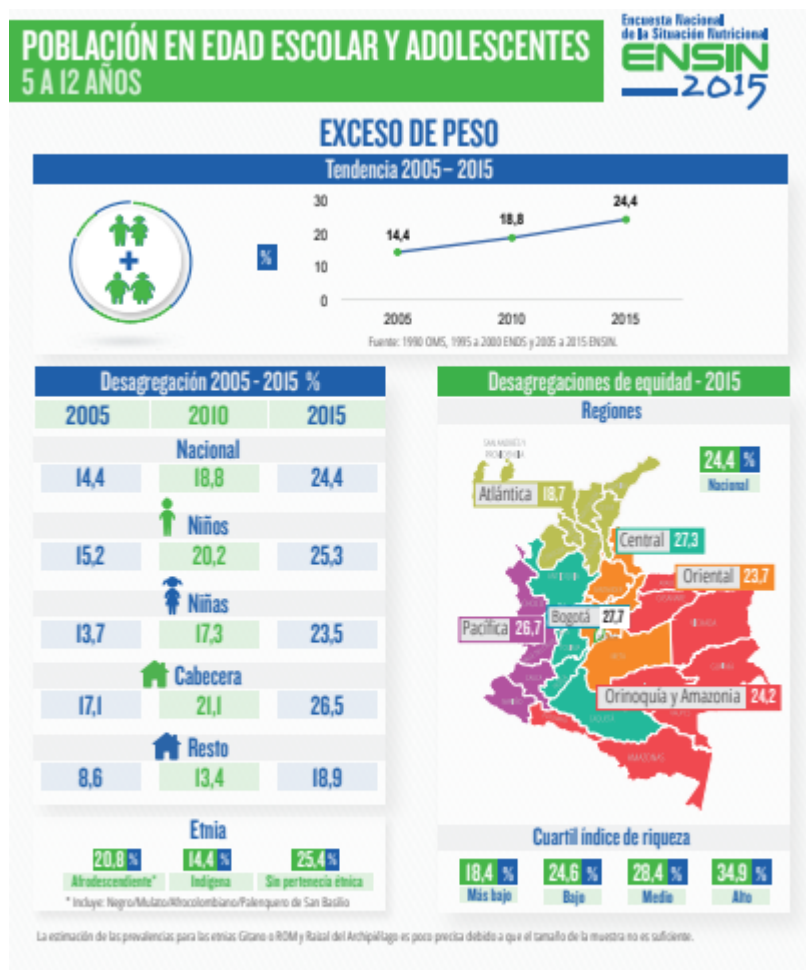
Retraso en talla



Fuente: ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional. 2015. Tomado de: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>

Tabla No. 3: Situación Nutricional en población en edad escolar y adolescentes

Exceso de peso



Fuente: ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional. 2015. Tomado de:

<https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>

A su vez, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional, reportó para el grupo de adolescentes de 13 a 17 años, una desnutrición crónica de cada diez de los adolescentes del país, concentrándose en indígenas (36,5%), los más pobres de la población (14,9%) y aquellos que viven en zonas rurales (15,7%). Asimismo, reveló que uno de cada cinco adolescentes (17,9%) presenta exceso de peso.

Con relación al estado nutricional en Bogotá, según el segundo informe dado por Bogotá Cómo vamos²⁴ para el año 2021, la primera infancia presentó dificultades, en materia de **seguridad alimentaria y nutricional**, 14 localidades registraron un deterioro y 1 se mantuvo con igual calificación. Solo Los Mártires, Tunjuelito, Santa Fe y Ciudad Bolívar mejoraron sus resultados con respecto a la medición de 2019. En este sentido, solo 4, de las 19 localidades analizadas, mejoraron sus cifras con respecto a la anterior (2019); por otro lado, Engativá, Antonio Nariño, La Candelaria y Bosa descendieron en las categorías de desempeño, mientras que Los Mártires subió. Adicionalmente, se reportó el análisis de la última encuesta virtual [#miVozmiCiudad](#), lo que se evidenció que las localidades de Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo fueron las que más aseguraron no haber dejado de comer 3 veces al día (79%) y las que menos se percibieron pobres (22%).

Por otra parte, la Secretaría Distrital de Integración Social, en su boletín N 1, del año 2020, presentó un informe de la clasificación antropométrica del estado nutricional de los participantes en los servicios sociales de la SDIS. 2019²⁵; que para el grupo etario de 5 a 17 años, “ correspondieron a 63.220 menores; se observó que mayor frecuencia de delgadez fue encontrada en los hombres comparada con la de las mujeres, esto sigue siendo concordante con los datos anteriores en los que la malnutrición primó en ellos . Es importante considerar que al término de la adolescencia se acumulan todos los efectos que han conducido a la malnutrición y se evidencian en personas con tallas pequeñas para la edad y con exceso de peso. El estudio ELCA realizado por la Universidad de los Andes con la Fundación Éxito demostró el impacto positivo que tienen las intervenciones oportunas en el desarrollo de los escolares y en el crecimiento longitudinal, lo cual es un motivo para que las instituciones continúen con el diseño y puesta en marcha de intervenciones alimentarias y nutricionales eficaces para controlar el retraso en talla. La localidad de Ciudad Bolívar aparece con la mayor frecuencia de este problema nutricional en este grupo de participantes. En lo que respecta al exceso de peso (18,6 %) desagregado, la frecuencia más alta de sobrepeso en este grupo se encontró entre las mujeres de la localidad de Ciudad Bolívar que asisten a Comedores y la obesidad, en los hombres de la localidad de Ciudad Bolívar que asisten también a Comedores²⁶”.

8. Atención del PAE

El Programa de Alimentación Escolar del Distrito Capital, contempla las siguientes modalidades de atención²⁷:

²⁴ Tomado de: <https://bogotacomovamos.org/tag/desn nutricion-cronica/>

²⁵ Tomado de:
https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2020documentos/19062020_BOLETIN_NUTRICION.pdf

²⁶ Boletín de la Subdirección de Nutrición. Secretaría Distrital de Integración Social.2020. Tomado de:
https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2020documentos/19062020_BOLETIN_NUTRICION.pdf

²⁷https://www.educacionbogota.edu.co/portal_institucional/gestion-educativa/servicios-de-alimentacion

- 1) Servicio integral de Desayunos y Almuerzos Escolares (SIDAE)
- 2) Refrigerios Escolares.
- 3) Apoyos alimentarios en algunas IED de la localidad Sumapaz

Según información sustentada en la página web de la Secretaría de Educación del Distrito, el **Servicio Integral de Desayunos y Almuerzos Escolares (SIDAE)**, atienden todos los estudiantes registrados en SIMAT, matriculados en las instituciones educativas oficiales, colegios en administración del servicio educativo y colegios con matrícula contratada del distrito capital, que tengan un comedor escolar, y aquellos estudiantes de primera infancia, jornada extendida y jornada única que requieran de un complemento alimentario caliente (desayuno o almuerzo). El desayuno aporta el 22% y el almuerzo aporta el 30% de las necesidades de energía diarias de cada grupo edad definido. Cada estudiante recibe un desayuno o un almuerzo escolar, de acuerdo con la duración de la jornada académica correspondiente, si permanece más de cuatro (4) horas diarias en la Institución educativa recibe hasta 2 complementos alimentarios en el marco del desarrollo de la jornada única o jornada extendida con entidades aliadas a la SED. Cada Institución Educativa determina su población objetivo teniendo en cuenta los criterios establecidos por el Ministerio de Educación Nacional (MEN).

Servicio Integral de Almuerzos Transportados (SIAT)

Es la entrega de alimentos preparados en un centro de producción (colegios que cuentan con comedor escolar), empacados en bandejas o empaques individuales y embalados en contenedores térmicos y/o isotérmicos, que favorecen el mantenimiento de la temperatura de la comida caliente que será entregada en el tiempo de servicio almuerzo, a los niños, niñas y jóvenes de las Instituciones Educativas que no cuentan con dicho servicio o colegios con comedor escolar que no cuentan con capacidad de producción o distribución y que se encuentran en jornada única.

Refrigerios escolares

El refrigerio escolar es un complemento alimentario industrializado compuesto por alimentos de diferentes grupos, que se entrega a los estudiantes pertenecientes a la matrícula oficial del Distrito, que asisten a clases en una institución educativa que no cuenta con la infraestructura necesaria para el funcionamiento de un comedor escolar o en aquellas que aun cuando cuenten con él, no disponen de la capacidad para atender la totalidad de la población de la institución educativa. El refrigerio escolar está compuesto por un conjunto de alimentos integrados una bebida láctea o néctar, producto de panadería o cereal, un alimento acompañante y fruta de 3 a 4 veces por semana.

El refrigerio aporta el 22% de las de las necesidades de energía diarias de cada grupo edad definido. Teniendo en cuenta las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes para la población colombiana, RIEN, establecidas en la Resolución No. 3803 de 2016 y los lineamientos definidos por el Ministerio de Educación Nacional.

En este sentido, La Secretaría de Educación del distrito en su respuesta a la Proposición 463 de 2021 con radicado SED E-2021-212512, refiere lo siguiente:

Los componentes que conformaban el tiempo de comida desayuno fueron:

- Bebida con leche semidescremada: Fuente de proteína y vitaminas liposolubles (A, D)

- Alimento proteico: Fuente de proteínas de alto valor biológico, vitaminas del complejo B, vitamina E.
- Producto de panadería cereal o derivados: Fuente de carbohidratos, fibra, algunas vitaminas del complejo B.
- Fruta: Fuente de vitaminas hidrosolubles, especialmente vitamina C.

Los componentes que conformaban el tiempo de comida almuerzo:

- Cereal o derivado
- Tubérculo raíces o plátano
- Verduras, Hortalizas y Leguminosas Verdes: Fuente de vitaminas B1, B2, B9 especialmente en vegetales oscuros.
- Alimento proteico: Fuente de proteínas de alto valor biológico, vitaminas del complejo B, vitamina E. Para las leguminosas secas son fuente de hierro, calcio, zinc, B1, B2, B9
- Fruta o pulpa: Fuente de vitaminas hidrosolubles, especialmente vitamina C

Así mismo, afirmó, que el PAE del Distrito “(...) como el de todas las entidades territoriales del país, deben enmarcar su accionar técnico en la Resolución Nacional 29452 de 2017, mencionada con anterioridad, que establece frente al aporte nutricional, lo siguiente: “Numeral 4.1.1.4. Selección del tipo de complemento alimentario a suministrar: el complemento alimentario es la ración de alimentos que se va a suministrar a los titulares de derecho, que cubre un porcentaje del valor calórico total de las recomendaciones diarias de energía y nutrientes por grupo de edad y tipo de complemento; como su nombre lo indica complementa la alimentación que los beneficiarios reciben en su hogar. El complemento alimentario jornada mañana/jornada tarde debe aportar el 20% de las recomendaciones diarias de calorías (energía) y nutrientes, y el complemento alimentario almuerzo aportará el 30% de las recomendaciones diarias de calorías y nutrientes y los aportes mínimos definidos en la minuta patrón para los micronutrientes. Debe entregarse en los establecimientos educativos para que los titulares del derecho lo consuman de inmediato. En este sentido, la SED establece para los Refrigerios Escolares un aporte energético del 22% del valor calórico total VCT requerido; valor que es superior al definido por el Gobierno Nacional en la Resolución Nacional 29452 de 2017, que establece como mínimo un 20% del VCT. Con respecto al Servicio Integral de Desayunos y Almuerzos Escolares, la Secretaría de Educación del Distrito define la recomendación de energía y nutrientes para los tipos de ración, para los tiempos de servicio desayuno y almuerzo, estableciendo el VCT (Valor Calórico Total) para desayuno de 22% y para almuerzo de 30% (...)”.

9. Plan Distrital de Desarrollo

El presente proyecto de acuerdo, “*Por el cual se crea la estrategia “Alimentación Incluyente en las Instituciones Educativas Oficiales del Distrito Capital” y se dictan otras disposiciones*”, se encuentra fundamentado en una serie de disposiciones contenidas en el Plan Distrital de Desarrollo adoptado mediante el Acuerdo 761 de 2020. Entre las que se encuentra, el artículo 7, que estipula los atributos, uno de ellos es la inclusión, que contempla “Una Bogotá - Región incluyente reconoce y valora las diferencias, hace posible que los grupos poblacionales y los sectores sociales en condiciones de vulnerabilidad, participen creciente y plenamente del bienestar, tengan mejores oportunidades que catalizan la agencia humana y puedan ejercer la libertad, combate la segregación socioeconómica y la naturalización de la discriminación y la exclusión, trabaja por el logro de mayores equilibrios territoriales y distribuye en el territorio sus equipamientos para garantizar un acceso más equitativo a los bienes y

servicios, se busca construir las condiciones para que cada quien pueda realizar sus sueños, desarrollar sus capacidades y sea lo que quiera ser. Una Bogotá incluyente lucha por acabar con ideas, prejuicios y comportamientos que excluyen y discriminan, como el machismo, el clasismo, el racismo, la homofobia, la xenofobia, la transfobia y la intolerancia religiosa”.

Asimismo, en el Programa No. 7736 “Fortalecimiento del bienestar de los estudiantes matriculados en el sistema educativo oficial a través del fomento de estilos de vida saludable, alimentación escolar y movilidad escolar en Bogotá”, en sus metas sectoriales No. 87 y 88, relacionadas con la alimentación saludable y de calidad; igualmente en el programa No. 7624 , meta sectorial No. 95 “Promover el acceso y permanencia escolar con gratuidad en los colegios públicos, ampliando al 98% la asistencia escolar en la ciudad, mejorando las oportunidades educativas entre zonas (rural-urbana), localidades y poblaciones (discapacidad, grupos étnicos, víctimas, población migrante, en condición de pobreza y de especial protección constitucional, entre otros), vinculando la población desescolarizada, implementando acciones afirmativas hacia los más vulnerables (kits escolares, uniformes, estrategias educativas flexibles y atención diferencial, entre otras) y mitigando los efectos de la pandemia causada por el COVID-19”, por lo tanto, el programa No. 7758 también se puede enmarcar como complemento de lo establecido en el Plan Distrital de Desarrollo, en la meta sectorial No. 99 que establece “Implementar en el 100% de colegios públicos distritales la política de educación inclusiva con enfoque diferencial para estudiantes con especial protección constitucional como la población víctima del conflicto, migrante y la población con discapacidad, así como para estudiantes en aulas hospitalarias, domiciliarias y aulas refugio, entre otros.”

Por igual, el sector salud en el programa No.

III. MARCO JURÍDICO

1. MARCO INTERNACIONAL

1.1 Declaración de los Derechos Humanos

Artículo 25: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

1.2 Declaración de los Derechos del niño, 1959

Todos los niños deben tener garantizada una alimentación suficiente, accesible, duradera y en condiciones saludables.

1.3 Derecho a la Alimentación

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en la Observación General 12, explica el contenido normativo de los párrafos 1 y 2 del artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y establece el Derecho a la alimentación como

“El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla”.

1.4 Convenio Sobre Ayuda Alimentaria, 1999

Este Convenio contribuye a la seguridad alimentaria mundial y mejorar la capacidad de la comunidad internacional para responder a las situaciones de emergencia alimentaria y a otras necesidades alimentarias de los países en desarrollo.

1.5 Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición, 1974

Todo hombre, mujer y niño tiene el derecho inalienable a no padecer hambre ni malnutrición para poder desarrollarse plenamente y mantener sus facultades físicas y mentales.

1.6 Declaración Mundial sobre la Nutrición, 1992

Reconocemos que el acceso a una alimentación nutricionalmente adecuada y segura es un derecho de cada persona. Reconocemos que en todo el mundo hay suficientes alimentos para todos y que el acceso desigual es el principal problema.

2. CONSTITUCION POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991.

2.1 Artículo 44°: Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el 9 cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

2.2Artículo 45°: El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

2.3 Artículo 65°: Toda persona goza del derecho a un mínimo de alimentación y nutrición adecuada, y a no padecer hambre. El Estado garantizará progresivamente estos derechos y promoverá condiciones de seguridad alimentaria y soberanía alimentaria en el territorio nacional.

3. MARCO LEGAL Y REGLAMENTARIO.

3.1. ORDEN NACIONAL

3.1.1 Ley 1098 de 2006 Código de Infancia y Adolescencia

Artículo 24°. Derecho a los alimentos. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a los alimentos y demás medios para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social, de acuerdo con la capacidad económica del alimentante. Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica, recreación, educación o instrucción y, en general, todo lo que es necesario para el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. Los alimentos comprenden la obligación de proporcionar a la madre los gastos de embarazo y parto.

3.1.2 Ley 1355 DE 2009 “Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención”.

Artículo 1°. Declárase. La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.

Artículo 2°. Ámbito de aplicación. Las determinaciones establecidas en esta ley serán aplicables a las Entidades y Organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y la distribución de alimentos; así como a las entidades encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte, planeamiento y seguridad vial. Serán beneficiarios de esta ley la población colombiana, en especial los grupos vulnerables.

Artículo 4°. Estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable. Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:

– Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras.

– Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un Programa de Educación Alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.

Artículo 11°. Regulación del consumo de alimentos y bebidas en centros educativos. Las instituciones educativas públicas y privadas que suministren el servicio de alimentación de

manera directa o a través de terceros, deberán ofrecer una diversidad de alimentos que cubran las necesidades nutricionales de su comunidad, siguiendo, entre otras referencias, las guías alimentarias del Ministerio de la Protección Social y del ICBF, velando por la calidad de los alimentos que se ofrecen y de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social a que se refiere el artículo 80 de la presente ley.

Parágrafo. Las instituciones educativas públicas y privadas deberán implementar estrategias tendientes a propiciar ambientes escolares que ofrezcan alimentación balanceada y saludable que permitan a los estudiantes tomar decisiones adecuadas en sus hábitos de vida donde se resalte la actividad física, recreación y el deporte, y se adviertan los riesgos del sedentarismo y las adicciones. Para el desarrollo de esta estrategia podrán contar con el apoyo de las empresas de alimentos.

3.1.3 Ley 2120 de 2021. "Por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir enfermedades no transmisibles y se adoptan otras disposiciones".

Artículo 1º. Objeto. La presente ley adopta medidas efectivas que promueven entornos alimentarios saludables, garantizando el derecho fundamental a la salud, especialmente de las niñas, niños y adolescentes, con el fin de prevenir la aparición de Enfermedades No Transmisibles, mediante el acceso a información clara, veraz, oportuna, visible, idónea y suficiente, sobre componentes de los alimentos a efectos de fomentar hábitos alimentarios saludables.

3.1.4 Ley 2167 de 2022 "Por medio del cual se garantiza la operación del programa de alimentación escolar - PAE - durante el calendario académico".

Artículo 1º. Objeto. Establecer los lineamientos generales para garantizar la prestación del servicio de alimentación escolar de manera oportuna y de calidad durante el cien por ciento del calendario académico, asegurando la concurrencia efectiva coordinada, articulada y conjunta de los recursos a cargo de la Nación, los distritos, los departamentos y los municipios.

3.1.5 Ley 2042 de 2020 "Por medio de la cual se otorgan herramientas para que los padres de familia realicen un acompañamiento eficaz con el fin de cuidar los recursos del PAE".

Artículo 1º. La operación del Programa de Alimentación Escolar (PAE) tendrá vigilancia de la comunidad educativa, preferiblemente de las Asociaciones de padres de familia y de los docentes que hacen parte de la institución educativa beneficiaria para la prestación del servicio

3.1.6 Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".

3.1.7 Ley 1176 de 2007 "Por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones"

Artículo 16 °. El programa de alimentación escolar se financiará con recursos de diferentes fuentes. Para el efecto, las entidades territoriales seguirán y aplicarán, en primer término, los lineamientos técnico-administrativos básicos respecto de la complementación alimentaria, los estándares de alimentación, de planta física, de equipo y menaje y de recurso humano, y las condiciones para la prestación del servicio, que establezca el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para el desarrollo del programa. Adicionalmente, considerarán los lineamientos previstos en sus planes de desarrollo.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar articulará las acciones que desarrollen los diferentes agentes para la ejecución de este programa.

Parágrafo. Con el fin de alcanzar las coberturas universales básicas en el programa de alimentación escolar, en los términos del artículo 19 de la presente ley las entidades territoriales deberán garantizar la continuidad de la cobertura alcanzada en la vigencia fiscal de 2007 financiada con recursos propios, recursos de libre inversión y de libre destinación de la participación de propósito general y recursos de calidad educativa de la participación de educación del Sistema General de Participaciones.

El Gobierno Nacional reglamentará a partir de la vigencia fiscal del año 2009, la distribución de los recursos del Presupuesto General de la Nación destinados a los programas de alimentación escolar, priorizando para la ampliación de la cobertura el logro de coberturas universales en los municipios con mayor índice de pobreza, medida con el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas o el indicador que lo sustituya determinado por el DANE.

El ICBF implementará a partir del año de 2009 un sistema de seguimiento y monitoreo a los recursos destinados a alimentación escolar en los establecimientos educativos oficiales en el país, que contemple las diferentes fuentes, con el fin de monitorear las coberturas alcanzadas y la eficiencia en el uso de los recursos de programa. Los entes territoriales y demás agentes deberán reportar la información que para el efecto se defina en los plazos y formatos que establezcan según reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

3.1.8 Decreto 313 de 2008 “Por medio del cual se reglamentan parcialmente las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1176 de 2007.”

Artículo 7°. *Información para la distribución de los recursos de la asignación especial para alimentación escolar.* Para efectos de la distribución de los recursos de la asignación especial de Alimentación Escolar del Sistema General de Participaciones, el Ministerio de Educación Nacional deberá enviar debidamente certificada al Departamento Nacional de Planeación la siguiente información a más tardar el 30 de noviembre de cada año para la distribución de la siguiente vigencia.

1. Matrícula oficial por municipio y distrito, incluyendo a las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés de la vigencia anterior.
2. Tasa de deserción oficial interanual por municipio y distrito, incluyendo a las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés de la vigencia anterior.

Conforme con el párrafo 2° del artículo 17 de la Ley 1176 de 2007 que trata sobre el criterio de distribución por eficiencia para los años 2008 y 2009, la información sobre la inversión en alimentación escolar con todas las fuentes de inversión, excepto la asignación especial del SGP, será la que disponga la Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible del Departamento Nacional de Planeación, con base en la información de ejecuciones presupuestales reportada por las entidades territoriales en los formularios diseñados para tal efecto.

Para efectos de la distribución inicial de los recursos de la asignación especial de alimentación escolar del Sistema General de Participaciones del año 2008 se tendrá en cuenta la información certificada por el Ministerio de Educación Nacional, con anterioridad a la aprobación por parte del Conpes Social.

3.1.9 Decreto 1852 de 2015 “Por el cual se adiciona el Decreto número 1075 de 2015 Único Reglamentario del Sector Educación, para reglamentar el párrafo 4° del artículo 136 de la Ley 1450 de 2011, el numeral 20 del artículo 6° de la Ley 1551 de 2012, el párrafo 2° del artículo 2° de la Ley 715 de 2001 y los artículos 16, 17, 18 y 19 de la Ley 1176 de 2007, en lo referente al Programa de Alimentación Escolar (PAE).”

3.1.10 Directiva 13 de 2002 Ministerio de Educación Nacional.

El estado nutricional de los estudiantes influye en sus logros académicos. Con el propósito de contribuir a mejorar la situación alimentaria de los escolares más pobres, la Ley 715 de 2001 asignó recursos a los distritos y municipios para que desarrollen programas de alimentación escolar en los establecimientos educativos de su jurisdicción.

4. ORDEN DISTRITAL

4.1 Acuerdo 186 de 2005 “Por el cual se establecen los lineamientos de la Política Distrital de Seguridad Alimentaria en Bogotá, D.C. y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 4°. Objetivos de la Política Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Son objetivos de la política los siguientes:

4.1. Adelantar acciones de mediano y largo plazo, encaminadas a lograr la estructuración de un sistema de abastecimiento que permita la mayor disponibilidad y acceso a los alimentos para Bogotá y la región circundante.

4.2. Contribuir a asegurar la disponibilidad de los alimentos a nivel local y el acceso oportuno y permanente a ellos de todas las personas, en condiciones adecuadas de cantidad, calidad y utilización biológica de los mismos.

4.3. Apoyar, a través de la provisión de alimentos, a las personas que no pueden acceder a ellos en la cantidad y condiciones requeridas para mantener un estado de vida saludable.

4.4. Contribuir a la disminución de los índices de desnutrición de la población más vulnerable y mejorar las condiciones de nutrición del conjunto de la población, en una perspectiva de mediano y largo plazo.

4.5. Afianzar en el conjunto de la población el conocimiento y la capacidad de manipular, preparar, consumir y disfrutar de la alimentación de manera adecuada, para respaldar su autonomía en el acceso y aprovechamiento de los alimentos.

4.6. Crear conciencia y cultura de solidaridad con la población en situación de pobreza, azotada por condiciones de vulnerabilidad alimentaria y nutricional.

4.7. Desarrollar y fortalecer las redes interinstitucionales públicas y privadas que realizan actividades de apoyo alimentario y nutricional, educación nutricional y de vigilancia y control.

4.8. Fortalecer el ejercicio de la ciudadanía a través del mejoramiento de las capacidades de las comunidades, de sus organizaciones y de la promoción de las redes sociales en torno a los programas de seguridad alimentaria y nutricional.

4.9. Avanzar en la construcción del sistema integral de protección social.

4.10. Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población con mayores índices de pobreza.

Artículo 5°. Componentes de la Política Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Los componentes centrales de la política distrital son:

5.1. Componente de provisión de alimentos y complementación nutricional: tiene que ver con el suministro de alimentos en varias modalidades, directo e indirecto, dirigido a población pobre, vulnerable y población escolar, así como las acciones de suplementación y complementación a niños, niñas y madres gestantes.

5.2. Componente de formación en hábitos saludables de alimentación y nutrición y de vigilancia alimentaria y nutricional: incluye programas de apoyo a la lactancia materna, capacitación en buenas prácticas de manejo y preparación de alimentos, buenos hábitos de consumo y acciones de seguimiento, control y vigilancia alimentaria y nutricional para permitir el continuo mejoramiento de los programas así como la eficaz respuesta de los mismos a la evolución de la situación de vulnerabilidad alimentaria y nutricional.

5.3. Componente de abastecimiento: recoge todos los elementos que permiten organizar la estructuración de un sistema de abastecimiento eficiente y democrático para la ciudad y la región, incluida la estructuración de agroredes, nutriredes y sistema de operación logístico, con el propósito de facilitar el mejor acceso y mayor disponibilidad de los alimentos, afectando precio y calidad.

4.2 ACUERDO 498 DE 2012 "Por medio del cual se establecen estrategias integrales de promoción de alimentación saludable y de actividad física, que mejoren la calidad de vida y salud de la población expuesta a/o con problemas de sobrepeso y obesidad del distrito capital".

ARTÍCULO 1°. Establézcanse en el Distrito Capital estrategias de acompañamiento y asesoría integral a las personas expuestas a/o con problemas de sobrepeso y obesidad del Distrito Capital. El objetivo de esta estrategia será ejecutar políticas y acciones orientadas a la promoción de estilos de vida saludables, a la promoción de la actividad física y a promover una nutrición balanceada en la población bogotana.

4.3 Resolución 68 de 2004 “Por la cual se crea el Subcomité Operativo de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Programa Bogotá sin Hambre en el Consejo Distrital de Política Social”.

ARTÍCULO 1°. *Creación del Subcomité.* Créase el Subcomité Operativo de Seguridad Alimentaria para el Programa «Bogotá sin Hambre», como instancia participativa de gestión, asesoramiento, concertación y evaluación de la Política Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Este Subcomité se organizará por temáticas, en los términos del artículo 9o. del Decreto Distrital 93 de 2004.

4.4 CONPES D.C. 09 Política Pública Distrital De Seguridad Alimentaria Y Nutricional 2019-2031 Construyendo Ciudadanía Alimentaria.

Su objetivo general es superar de manera progresiva la inseguridad alimentaria y la malnutrición en los habitantes de Distrito Capital al 2031. El plan de acción de la política proyecta el cumplimiento de 3 objetivos específicos que se desarrollan por medio de 47 productos y 14 metas de resultado.

5. COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTA

El Concejo de Bogotá, como suprema autoridad del Distrito tiene competencia para dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito de conformidad con el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993.

Siendo así, el Concejo de Bogotá tiene competencia para expedir la estrategia de alimentación incluyente en las instituciones educativas oficiales del Distrito Capital, planteada en el presente proyecto de acuerdo, como una herramienta idónea para garantizar el derecho a la alimentación de cada uno de las niñas, niños y adolescentes, que padecen alguna patología y por lo tanto requieren de una alimentación con requerimientos nutricionales específicos, asimismo de aquellos que por factores culturales y sociales diversos la necesitan.

En este sentido, la citada estrategia estará a cargo de la Secretaría de Educación del Distrito y de la Secretaria Distrital de Salud, en coordinación con las demás entidades competentes, por ser estas entidades las que actualmente ostentan competencias y atribuciones en la materia, específicamente las planteadas en los literales G, H e I del artículo 82 del Acuerdo 257 de 2006, que le otorga a la Secretaría de Educación del Distrito, las atribuciones de: **G:** Diseñar e impulsar estrategias y programas para el desarrollo y formación de la niñez y la juventud. **H:** Diseñar e impulsar estrategias y programas para el desarrollo de los grupos étnicos atendiendo sus características socio culturales, el principio de interculturalidad y la necesidad de articularlo al sistema distrital de educación. **I:** Diseñar e impulsar estrategias y programas para el

desarrollo y formación de las personas con necesidades especiales.” Así como las establecidas en el Acuerdo 641 de 2016, en el artículo 33, especialmente en los literales A, G y M, que establece las funciones de la Secretaría Distrital de Salud, entre las que se encuentran las siguientes: “**A**: Formular, ejecutar y evaluar las políticas, estrategias, planes programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con las disposiciones legales. **G**: Formular y ejecutar el plan de intervenciones colectivas y coordinar con los sectores y la comunidad las acciones que en salud pública se realicen para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población. **M**: Promover la coordinación de políticas con otros sectores, en particular hábitat, educación, planeación y medio ambiente, para incidir de manera integral en los determinantes de la salud y en la atención de la enfermedad.”

En consecuencia, el Concejo de Bogotá tiene competencia para dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito de conformidad con el numeral 1 del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993; por lo tanto, la estrategia propuesta en el presente proyecto de acuerdo es una norma necesaria para garantizar el derecho a la alimentación por el cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito Capital.

IV. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 “*Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones*”, esta iniciativa genera un gasto adicional que puede ser atendido con recursos del presupuesto apropiado para el proyecto 7736 “*Fortalecimiento del bienestar de los estudiantes matriculados en el sistema educativo oficial a través del fomento de estilos de vida saludable, alimentación escolar y movilidad escolar en Bogotá*” de la Secretaría de Educación Distrital y para el proyecto 7830 “*Asistencia: Infancia imparable*” del Fondo Financiero Distrital de salud quienes definirán los criterios de aplicación de la estrategia “*Alimentación Incluyente en las Instituciones Educativas Oficiales del Distrito Capital*”. Es decir, la iniciativa puesta a consideración no afecta el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Cabe recordar, que del total de presupuesto apropiado para la Secretaría de Educación el 52% corresponde a recursos del Sistema General de Participaciones –SGP- y que el proyecto de inversión 7736 para el año 2022 tiene una apropiación de \$ 8.527 millones para financiar el componente de alimentación escolar. Para el caso del proyecto de inversión 7830 ejecutado por el Fondo Financiero Distrital de Salud recibió a través del SGP \$ 15.782 millones.

En línea con lo anterior, la iniciativa presentada se encuentra en concordancia con los propósitos y logros de ciudad que contempla el Plan Distrital de Desarrollo “*Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI*” principalmente con el Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política.

Adicionalmente, es importante retomar los datos más recientes del Índice de Pobreza Monetaria –IPM – para 2019, que evidencian un incremento de la pobreza multidimensional en 3 puntos porcentuales respecto a 2018. Estos aumentos son explicados por los deterioros en dimensiones como trabajo informal, rezago escolar, bajo logro educativo y barreras al acceso de salud. Como lo muestra la tabla No. 4, De acuerdo con el informe Bogotá Cómo Vamos estos datos implican un deterioro mayor por

efecto de la pandemia de la COVID-19 en dimensiones como educación, salud y mercado laboral. Es decir, que se pueden observar mayores variaciones en los indicadores sociales como resultado de la crisis generada por la pandemia.

Tabla No. 4: Porcentaje de hogares privados por variable, 2018-2019
Total nacional y Bogotá

Porcentaje de hogares que enfrentan privación por variable, 2018-2019 (total nacional y Bogotá)				
Variable	Total Nacional		Bogotá	
	2019	2018	2019	Diferencia
Índice de Pobreza Multidimensional	17,5	4,1	7,1	3
Trabajo informal	72,9	52,7	54,0	1,3
Rezago escolar	25,8	21,2	23,0	1,8
Bajo logro educativo	44,0	18,6	21,9	3,3
Sin aseguramiento en salud	11,3	12,6	13,5	0,9
Desempleo de larga duración	12,4	12,8	12,3	-0,5
Barreras de acceso a servicios de salud*	5,5	1,2	10,3	9,1
Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	7,9	9,4	8,3	-1,1
Hacinamiento crítico	8,6	5,3	6,5	1,2
Analfabetismo	9,3	1,6	2,0	0,4
Inasistencia escolar	2,7	1,4	1,0	-0,4
Trabajo infantil	1,7	0,6	0,5	-0,1
Material inadecuado de paredes exteriores	2,6	0,2	0,3	0,1
Sin acceso a fuente de agua mejorada	11,5	0,4	0,1	-0,3
Material inadecuado de pisos	6,4	0,0	0,1	0,1
Inadecuada eliminación de excretas	11,0	0,4	0,0	-0,4

Fuente: DANE, cálculos con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2018-2019.
Nota: (*) corresponde a cambios estadísticamente significativos.

Fuente. Informe de calidad de vida en Bogotá, 2020 “El camino hacia una ciudad sostenible”

De acuerdo con esto, la iniciativa pretende ayudar a disminuir las barreras de acceso a requerimientos nutricionales específicos en niños, niñas y jóvenes estudiantes de los colegios públicos de la ciudad que padecen alguna patología y que en la mayoría de casos hacen parte de familias pobres y vulnerables de la ciudad que enfrentan alguna privación medida con el Índice de Pobreza Multidimensional –IPM-

Cordialmente,

CELIO NIEVES HERRERA
Concejal de Bogotá D.C.

Proyectó. Andrea Ibarra. Profesional Universitario 219-01. UAN HC Celio Nieves Herrera

V. TÍTULO – ATRIBUCIONES – – ARTICULADO

PROYECTO DE ACUERDO N° 276 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR EL CUAL SE CREA LA ESTRATEGIA “ALIMENTACIÓN INCLUYENTE EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL DISTRITO CAPITAL” Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 1° del artículo 313 de la CP y por el numeral 1° del artículo 12 del Decreto Ley 1421 de 1993,

ACUERDA

Artículo 1°. Objeto. Créase la estrategia “Alimentación Incluyente en las Instituciones Educativas Oficiales del Distrito Capital”, como una herramienta idónea para garantizar el derecho a la alimentación en niñas, niños y adolescentes de las instituciones educativas oficiales del Distrito Capital, a través del suministro de una alimentación incluyente que tenga en cuenta los requerimientos nutricionales específicos en las niñas, niños y adolescentes que padecen alguna patología con recomendaciones médicas nutricionales, como también en casos de factores culturales y sociales diversos.

Artículo 2°. Naturaleza: La Estrategia “Alimentación Incluyente en las Instituciones Educativas Oficiales del Distrito Capital” debe entenderse como una herramienta complementaria de todas las disposiciones normativas vigentes relacionadas con el cumplimiento y garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 3°. Competencia y articulación interinstitucional. Las Secretarías Distritales de Educación y Salud, en coordinación con las demás entidades competentes, definirán los criterios de aplicación de la estrategia “Alimentación Incluyente en las Instituciones Educativas Oficiales del Distrito Capital” de conformidad con las competencias y atribuciones contempladas en el artículo 82 del Acuerdo 257 de 2006, especialmente los literales b), c) y d), así como las establecidas en el artículo 33 de Acuerdo 641 de 2016, especialmente los numerales a), g), y m), y demás normatividad aplicable.

Parágrafo 1°. La Administración Distrital contará con un plazo de doce (12) meses contados a partir de la entrada en vigencia del presente Acuerdo para determinar los criterios de aplicación de la Estrategia “Alimentación Incluyente en las Instituciones Educativas Oficiales del Distrito Capital”.

Artículo 4°. Garantía de atención diferenciada. De conformidad con las competencias establecidas en el artículo 3° del presente Acuerdo Distrital y atendiendo a lo dispuesto en el artículo 24° de la Ley 1098 de 2006 y demás normatividad aplicable, la Administración Distrital deberá aplicar criterios diferenciadores que permitan atender las necesidades nutricionales particulares de cada niño, niña y

adolescente, así como los criterios de diversidad social y cultural propios de cada individuo, bajo estrictos parámetros de respeto, inclusión, accesibilidad universal y no discriminación.

Artículo 5°. Informe al Concejo de Bogotá D.C. Las Secretarías Distritales de Educación y Salud, de manera coordinada, deberán presentar al Concejo de Bogotá un informe anual sobre los avances en la implementación del presente Acuerdo.

Artículo 6°. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.