



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - N° 1321

Bogotá, D. C., jueves, 17 de septiembre de 2026

EDICIÓN DE 21 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 237 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se crea la política nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la RepúblicaDoctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Senado de la República

Ciudad

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley "Por medio de la cual se crea la política nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones".

Respetado doctor González:

En concordancia con el artículo 154 de la Constitución Política de Colombia y con el artículo 140 de la Ley 5ª de 1992, en nuestra condición de Congresistas de la República nos permitimos radicar ante la Secretaría General del Senado de la República, el Proyecto de Ley "Por medio de la cual se crea la política nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones".

Atentamente,

Los firmantes del proyecto de ley.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República

PROYECTO DE LEY _____ DE 2026 SENADO

"POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA LA POLÍTICA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y MANEJO INTEGRAL DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

TÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. OBJETO. La presente ley tiene por objeto crear la Política Nacional para la Prevención, Detección Temprana y Manejo Integral de la Desnutrición Crónica en niñas y niños de cero (0) a cincuenta y nueve (59) meses de edad, como instrumento para la garantía progresiva del derecho humano a la alimentación adecuada, la salud y el desarrollo integral de la primera infancia.

La Política se implementará mediante acciones integrales, intersectoriales, territoriales y diferenciales orientadas a prevenir la desnutrición crónica, sus factores de riesgo, fortalecer su detección temprana y asegurar su manejo integral, promoviendo la disponibilidad, el acceso físico y económico, el consumo adecuado, el aprovechamiento biológico, la estabilidad y la sostenibilidad de la alimentación, en articulación con las políticas, sistemas e instancias nacionales y territoriales competentes, con el propósito de reducir progresivamente la prevalencia de la desnutrición crónica infantil y las brechas territoriales y poblacionales asociadas.

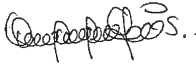
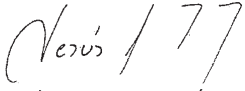
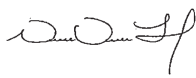
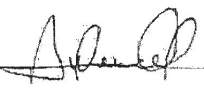
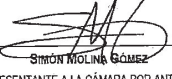
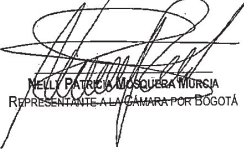
ARTÍCULO 2. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones de la presente ley serán aplicables a las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y a las demás entidades del orden nacional, departamental, distrital y municipal, a las autoridades de las entidades territoriales indígenas y de las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras, con competencias en salud, nutrición, alimentación, seguridad alimentaria y nutricional, agricultura, agua potable y saneamiento básico, educación, protección social, primera infancia y garantía de los derechos de las niñas y los niños.

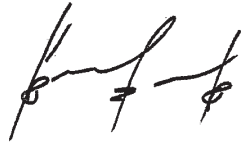
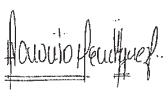
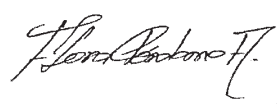
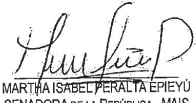
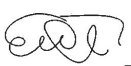
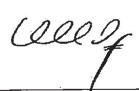
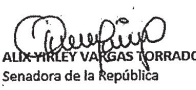
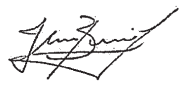
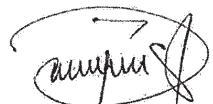
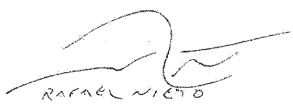
También serán aplicables a los particulares que presten servicios, ejecuten programas o administren recursos públicos relacionados con la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica infantil.

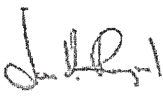
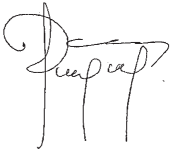
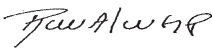
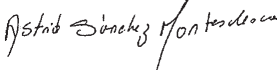
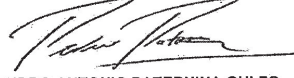
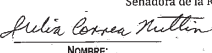
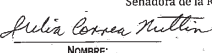
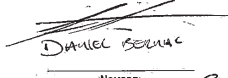
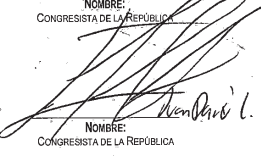
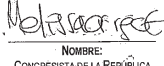
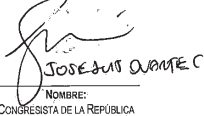
Las entidades y actores comprendidos en el presente artículo deberán ejercer sus competencias y funciones de manera articulada, coordinada y concurrente, en el marco de la garantía progresiva del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada, conforme a la Constitución Política, los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, la jurisprudencia nacional y la normatividad vigente.

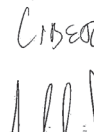
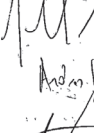
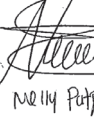
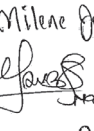
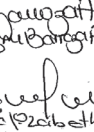
ARTÍCULO 3. DEFINICIONES. Para los efectos de la presente ley, se entenderá por: Crecimiento: Aumento progresivo del tamaño corporal medido a través de la talla, masa corporal y perímetros, como resultado del aumento en el número y tamaño de las células. Desarrollo: Proceso continuo de maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socioafectivos y comportamentales como la adquisición de habilidades en la motricidad fina y gruesa. Desarrollo integral: Proceso singular de transformaciones y cambios cualitativos y cuantitativos mediante el cual las niñas y los niños construyen progresivamente su identidad, autonomía, capacidades y potencialidades, de acuerdo con su edad, contexto, condiciones particulares y entornos en los que transcurre su vida. Desnutrición: condición derivada de una ingesta insuficiente o inadecuada de nutrientes, o de su inadecuado aprovechamiento biológico, que afecta negativamente el crecimiento, el desarrollo y el estado de salud. Su medición se realiza mediante la comparación con los patrones de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerándose presente cuando los indicadores antropométricos: peso para la edad, peso para la longitud/talla, longitud/talla para la edad o IMC para la edad, se encuentran menor o igual a -2 desviaciones estándar (puntaje Z) de acuerdo con la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. Desnutrición aguda: Clasificación antropométrica que se presenta cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud (P/T-L), está por debajo de -2 desviaciones estándar (D.E.) de conformidad con los lineamientos establecidos en la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. La desnutrición aguda se encuentra asociada a pérdida de peso reciente o a incapacidad para ganarlo, y se genera en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas. Desnutrición Crónica Infantil (DCI) o retraso en talla: también denominado como talla baja para la edad, que corresponde a un déficit en la estatura con relación a la edad. Se identifica cuando este indicador (T/E) se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar (puntaje Z), de acuerdo con la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, generalmente como consecuencia de una nutrición inadecuada y/o infecciones recurrentes, durante los primeros 2.000 días de vida. Garantía progresiva del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada: Obligación del Estado de adoptar medidas legislativas, administrativas, presupuestales, judiciales y de política pública, de manera continua y hasta el máximo de los recursos disponibles, para avanzar progresivamente en la realización efectiva del derecho humano a la alimentación adecuada, sin discriminación y con especial protección de las niñas y los niños durante la primera infancia.	Primeros dos mil (2.000) días de vida: Período comprendido entre la concepción y los cincuenta y nueve (59) meses de edad del niño o la niña, considerado la etapa de mayor oportunidad para el crecimiento físico, el desarrollo cerebral, la formación del sistema inmunológico y la prevención de la desnutrición y otras formas de malnutrición. Riesgo de desnutrición: clasificación antropométrica en la que los indicadores peso para la longitud/talla, IMC para la edad o longitud/talla para la edad presentan un puntaje Z mayor o igual a -2 y menor de -1 desviaciones estándar, de acuerdo con la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad alimentaria y nutricional: Condición en la cual todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos, nutritivos y culturalmente adecuados, que permitan satisfacer sus necesidades alimentarias y nutricionales para llevar una vida activa y saludable. Talla para la Edad - T/E: indicador antropométrico de crecimiento que relaciona la estatura o longitud con la edad cronológica. Refleja el estado nutricional histórico o acumulativo, ya que expresa el efecto sostenido en el tiempo de una nutrición inadecuada, condiciones de salud adversas y factores ambientales, especialmente cuando estos han actuado de manera prolongada desde etapas tempranas de la vida. Vigilancia nutricional: Proceso sistemático y continuo de recolección, análisis, interpretación y uso de información sobre el estado nutricional de la población, orientado a identificar casos de malnutrición, monitorear grupos de riesgo y apoyar la toma de decisiones en salud pública y política social. ARTÍCULO 4. CREACIÓN DE LA POLÍTICA. Créase la política nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la Desnutrición Crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad, la cual será liderada por el Gobierno Nacional en articulación con las entidades competentes del orden nacional, territorial, distrital y municipal y las autoridades de los territorios étnicos. La política priorizará acciones dirigidas a: - Prevenir la desnutrición crónica infantil desde la gestación y los primeros dos mil días de vida, mediante intervenciones en salud materna, lactancia materna, alimentación complementaria adecuada, prácticas de cuidado y promoción de entornos saludables. - Fortalecer la detección temprana del riesgo de desnutrición crónica infantil y del retraso en talla, a través del seguimiento sistemático del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. - Garantizar el manejo integral, interdisciplinario e intersectorial de los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición crónica o desnutrición crónica, incluyendo atención en salud, apoyo nutricional, acompañamiento familiar y comunitario, fortalecimiento de capacidades familiares comunitarias y seguimiento continuo. - Fortalecer la vigilancia nutricional mediante la articulación de los niveles de Gobierno Nacional, Departamental, Municipal y Distritales, garantizando la calidad, oportunidad, seguimiento nominal y longitudinal, interoperabilidad y uso efectivo de la información para la toma de decisiones.
- Desarrollar estrategias permanentes de Educación Alimentaria y Nutricional dirigidas a familias, cuidadores, agentes educativos y comunidades, orientadas a fortalecer prácticas alimentarias adecuadas durante la gestación, lactancia materna, alimentación complementaria y la primera infancia. - Implementar acciones intersectoriales orientadas a intervenir los determinantes estructurales de la desnutrición crónica infantil, mediante la articulación de políticas, programas y servicios relacionados con la salud, la protección social, la seguridad alimentaria y nutricional, la disponibilidad y el acceso a alimentos adecuados, el agua potable y saneamiento básico, la educación, el desarrollo rural, la reducción de la pobreza, el fortalecimiento de los entornos alimentarios saludables y las prácticas de cuidado durante la gestación y los primeros dos mil (2.000) días de vida. - Promover y desarrollar estrategias de promoción de la salud, educación alimentaria y nutricional, suplementación nutricional y prevención del embarazo en adolescentes, con énfasis en las niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, orientadas a mejorar su estado nutricional antes de la gestación, reducir los riesgos asociados al embarazo temprano y contribuir a la prevención de la desnutrición crónica infantil. TÍTULO II COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL. ARTÍCULO 5. INSTANCIA DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL. Créase la Comisión Intersectorial para la Prevención, Detección Temprana y Manejo de la Desnutrición Crónica Infantil, como instancia de coordinación, articulación y seguimiento de la política creada en la presente ley. La Comisión será coordinada y presidida por la Presidencia de la República y estará conformada, como mínimo, por: - El/La Ministro(a) de Salud y Protección Social o su delegado (a). - El/La director(a) representante del Instituto Nacional de Salud o su delegado (a). - El/La director(a) general del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o su delegado (a). - El/La Ministro(a) de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado (a). - El/La Ministro(a) de Educación Nacional o su delegado (a). - El/La Ministro(a) de Vivienda, Ciudad y Territorio o su delegado (a). - El/La director(a) general de Prosperidad Social o su delegado (a). - El/La director(a) general del Departamento Nacional de Planeación o su delegado (a). - El/La director(a) general del Departamento Nacional de Estadística o su delegado (a). - El/La Ministro(a) del Trabajo o su delegado (a). - El/La Ministro(a) de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado (a). - El/La Superintendente Nacional de Salud o su delegado (a). - Un representante de la academia y programas de Nutrición y Dietética. - Un representante de Sociedades científicas y grupos de investigación. - Un representante de la Sociedad civil.	PARÁGRAFO 1. La Secretaría Técnica de la Comisión será ejercida de manera conjunta por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, quienes definirán el reglamento interno de funcionamiento dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. PARÁGRAFO 2. Podrán ser invitados temporalmente otros sectores, entidades territoriales y organismos de cooperación internacional. ARTÍCULO 6. FUNCIONES DE LA COMISIÓN. La Comisión tendrá las siguientes funciones: - Coordinar la actualización e implementación del lineamiento técnico nacional, para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica, en articulación con las políticas, planes y lineamientos vigentes. - Definir mecanismos de articulación intersectorial y territorial que garanticen la coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad de las acciones entre las entidades competentes. - Coordinar la formulación, actualización, implementación y seguimiento del plan decenal intersectorial para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica infantil. - Definir y consolidar, en coordinación con las entidades competentes, las metas programáticas de la política, de conformidad con sus competencias y disponibilidades presupuestales. - Realizar seguimiento y evaluación periódica al cumplimiento de las metas, resultados e impactos de la política definidos en el plan decenal. - Identificar barreras institucionales, técnicas, operativas, territoriales, financieras y de acceso, y proponer ajustes para mejorar la implementación de la política pública. - Promover la concurrencia, articulación y uso eficiente de los recursos financieros, técnicos, humanos e institucionales entre los distintos sectores. - Brindar orientación y asistencia técnica a las entidades territoriales para la adecuada implementación de la política. - Promover la generación, gestión y difusión de conocimiento, así como el fortalecimiento de capacidades del talento humano involucrado en la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica infantil. - Diseñar, implementar y fortalecer mecanismos de información, monitoreo y seguimiento intersectorial de la desnutrición crónica infantil, articulados e interoperables con los sistemas de información existentes, que permitan el intercambio seguro, oportuno y estandarizado de información, la identificación nominal y el seguimiento de niñas y niños en riesgo o con desnutrición crónica. - Promover el uso de información y evidencia para la toma de decisiones, la focalización territorial, el seguimiento longitudinal de los casos y la evaluación de resultados de la política. - Presentar informes periódicos de avance, seguimiento y resultados a las instancias competentes. - Promover mecanismos de participación comunitaria, control social y veeduría ciudadana para el seguimiento de la política. TÍTULO III

INSTRUMENTOS DE PLANEACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN TERRITORIAL ARTÍCULO 7. PLAN DECENAL INTERSECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y MANEJO INTEGRAL DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL. El Gobierno Nacional, bajo la coordinación de la Presidencia de la República o la dependencia que esta designe, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y las entidades que integran la Comisión Nacional Intersectorial para la Prevención, Detección Temprana y Manejo Integral de la Desnutrición Crónica Infantil, formulará y adoptará el Plan Decenal Intersectorial para la Prevención, Detección Temprana y Manejo Integral de la Desnutrición Crónica Infantil, como instrumento de implementación de la Política Nacional creada mediante la presente ley. El Plan tendrá una vigencia de diez (10) años y establecerá, como mínimo: 1. Los objetivos, metas e indicadores nacionales y territoriales para la reducción progresiva de la desnutrición crónica infantil. 2. Las estrategias e intervenciones intersectoriales orientadas a la garantía progresiva del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada durante la gestación, los primeros dos mil (2.000) días de vida y la primera infancia. 3. Las acciones para intervenir los determinantes estructurales de la desnutrición crónica, incluyendo salud, seguridad alimentaria y nutricional, agua potable y saneamiento básico, educación, protección social, desarrollo rural y fortalecimiento de capacidades familiares y comunitarias. 4. Los mecanismos de coordinación intersectorial y concurrencia, complementariedad e implementación territorial. 5. El esquema de seguimiento, monitoreo, evaluación de resultados e impacto, con indicadores verificables y mecanismos de rendición pública de cuentas. 6. La estrategia de financiación y concurrencia de recursos entre la Nación, las entidades territoriales, el sector privado, la cooperación internacional y demás fuentes de financiación permitidas por la ley. PARÁGRAFO 1. El Plan Decenal Intersectorial deberá formularse con la participación de entidades territoriales, academia, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones comunitarias, sector privado, organismos de cooperación internacional y demás actores con competencia o incidencia en nutrición, seguridad alimentaria y nutricional, primera infancia y desarrollo social, según su naturaleza, competencias y capacidades. PARÁGRAFO 2. El Plan Decenal Intersectorial deberá adoptarse dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Será objeto de evaluación intermedia al quinto (5.º) año y de evaluación final al término de su vigencia. Los resultados de dichas evaluaciones serán públicos. ARTÍCULO 8. LINEAMIENTO TÉCNICO PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Ministerio de Educación Nacional, el Departamento Nacional de Planeación y las demás entidades competentes, formulará y adoptará, en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.	El Lineamiento Técnico Nacional para la Prevención, Detección y Manejo Integral de la Desnutrición Crónica Infantil incorporará como mínimo, los siguientes elementos: 1. Los criterios para la detección temprana del riesgo de retraso en talla mediante la vigilancia del estado nutricional, que comprenderá el seguimiento sistemático y longitudinal del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, con el fin de identificar oportunamente alteraciones en su estado nutricional e implementar las intervenciones correspondientes. 2. Las intervenciones prioritarias durante la gestación y los primeros dos mil (2.000) días de vida, orientadas a la prevención de la desnutrición crónica infantil, incluyendo acciones en salud materna, nutrición infantil, lactancia materna, alimentación complementaria adecuada, seguridad alimentaria y nutricional, promoción de entornos saludables y fortalecimiento de las capacidades familiares y comunitarias. 3. Los protocolos de atención integral en salud y nutrición para niñas y niños en riesgo o con desnutrición crónica infantil, con enfoque interdisciplinario, intersectorial, diferencial, territorial y de curso de vida. 4. Los mecanismos de articulación intersectorial para la implementación del lineamiento, con definición de roles, responsabilidades y rutas de coordinación entre los sectores involucrados. 5. Los indicadores, mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación de resultados e impacto, así como los criterios para el uso de la información en la toma de decisiones en salud pública y política social. 6. Los lineamientos para la intervención intersectorial sobre los determinantes estructurales de la desnutrición crónica infantil, incluyendo acciones orientadas a mejorar el acceso a agua potable y saneamiento básico, la seguridad alimentaria y nutricional, la disponibilidad y acceso a alimentos saludables, la educación, la protección social, el desarrollo rural, las condiciones socioeconómicas, la vivienda, los entornos saludables y demás factores que incidan en el crecimiento y desarrollo infantil, de acuerdo con las competencias de cada entidad. 7. Los criterios para la adaptación territorial y poblacional de las acciones de prevención, detección, atención y seguimiento de la desnutrición crónica infantil, incluyendo orientaciones para la atención de pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y demás grupos de especial protección constitucional. PARÁGRAFO 1: El Lineamiento Técnico Nacional constituirá el instrumento de referencia para la implementación de la Política creada mediante la presente ley y será de obligatorio cumplimiento para las entidades y actores competentes, de acuerdo con sus funciones, competencias y responsabilidades. PARÁGRAFO 2: El Lineamiento Técnico Nacional deberá revisarse y actualizarse periódicamente, como mínimo cada tres (3) años, o antes si la evidencia científica, epidemiológica o nutricional así lo exige. TITULO IV FINANCIACIÓN Y MECANISMOS DE CONCURRENCIA
ARTÍCULO 9. IMPLEMENTACIÓN TERRITORIAL. Los Departamentos, Municipios y Distritos, así como las autoridades de los territorios indígenas y comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras, incorporarán las acciones y lineamientos técnicos de la Política creada mediante la presente Ley en sus Planes de Desarrollo, Planes Territoriales de Salud, Planes o estrategias de seguridad alimentaria y nutricional, y demás instrumentos de Planeación Territorial relacionados con la primera infancia. Para tal efecto, las entidades territoriales deberán: 1. Incluir el diagnóstico actualizado de la desnutrición crónica y el riesgo de retraso en talla en su Plan de Desarrollo. 2. Establecer metas trazables, indicadores de resultado e inversión presupuestal específica en sus Planes Plurianuales de Inversiones (PPI). 3. Garantizar la articulación de los sectores de salud, educación, agua potable, saneamiento básico, agricultura y desarrollo social en el ámbito local La implementación deberá realizarse con enfoque territorial y diferencial, teniendo en cuenta las condiciones sociales, culturales, geográficas, ambientales, epidemiológicas y alimentarias de cada territorio, así como las necesidades especiales de los pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y demás grupos de especial protección constitucional. PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Departamento Nacional de Planeación brindarán la asistencia técnica y el acompañamiento metodológico prioritario a las entidades territoriales de categorías 4, 5 y 6, así como a las autoridades étnicas, para la formulación, implementación y seguimiento de estas acciones en sus instrumentos de planeación. PARÁGRAFO 2. La incorporación de las acciones, metas y recursos a los que se refiere el presente artículo se realizará en el marco de la autonomía de las entidades territoriales y de las autoridades étnicas, respetando el principio de concurrencia y sus competencias en materia presupuestal y de planeación, de conformidad con la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo y la legislación vigente. ARTÍCULO 10. CONCURRENCIA Y COMPLEMENTARIEDAD DE RECURSOS. La financiación de la Política Nacional para la Prevención, Detección Temprana y Manejo Integral de la Desnutrición Crónica Infantil se realizará mediante la concurrencia, complementariedad y articulación de recursos de la Nación, de las entidades territoriales y demás fuentes permitidas por la ley, en el marco de sus competencias. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, promoverá la asignación eficiente de recursos en el Presupuesto General de la Nación, orientados al cumplimiento de las metas definidas en la presente ley.	Las entidades territoriales deberán garantizar la inclusión de recursos para la implementación de esta política en sus respectivos Planes de Desarrollo y en su Presupuesto Plurianual de Inversiones, en articulación con las fuentes del Sistema General de Participaciones y demás instrumentos de financiación disponibles asegurando la trazabilidad y uso eficiente de los recursos. ARTÍCULO 11. OBRAS POR IMPUESTOS MODALIDAD FIDUCIA. Modifíquese el inciso 1 del artículo 238 de la Ley 1819 de 2018 así: ARTÍCULO 238. Obras por impuestos. Las personas jurídicas contribuyentes del impuesto sobre la renta y complementarios que en el año o período gravable obtengan ingresos brutos iguales o superiores a 33.610 UVT, podrán efectuar el pago hasta del cincuenta por ciento (50%) del impuesto a cargo determinado en la correspondiente declaración de renta, mediante la destinación de dicho valor a la inversión directa en la ejecución de proyectos viables y prioritarios de trascendencia social en los diferentes municipios ubicados en las Zonas, que se encuentren debidamente aprobados por la Agencia para la Renovación del Territorio ART, previo visto bueno del Departamento Nacional de Planeación (DNP), relacionados con el suministro de agua potable, alcantarillado, desnutrición crónica infantil, energía, salud pública, educación pública o construcción y/o reparación de infraestructura vial. (...) ARTÍCULO 12. OBRAS POR IMPUESTOS MODALIDAD CONVENIO. Modifíquese el inciso 3 del artículo 800-1 del Estatuto Tributario así: (...) El objeto de los convenios será la inversión directa en la ejecución de proyectos de trascendencia económica y social en los diferentes municipios definidos como las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (Zomac) y en los municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), relacionados con agua potable y saneamiento básico, desnutrición crónica infantil, energía, salud pública, educación pública, bienes públicos rurales, adaptación al cambio climático y gestión del riesgo, pagos por servicios ambientales, tecnologías de la información y comunicaciones, infraestructura de transporte, infraestructura productiva, infraestructura cultural infraestructura deportiva y las demás que defina el manual operativo de Obras por Impuestos, todo de conformidad con lo establecido en la evaluación de viabilidad del proyecto. Los proyectos a financiar podrán comprender las obras, servicios y erogaciones necesarias para su viabilidad, planeación, pre-operación, ejecución, operación, mantenimiento e interventoría, en los términos establecidos por el manual operativo de Obras por Impuestos, según el caso. También podrán ser considerados proyectos en jurisdicciones que, sin estar localizadas en las Zonas, de acuerdo con el concepto de la Agencia de Renovación del Territorio, resulten estratégicos para la reactivación económica y/o social de las Zonas o algunas de ellas. Así mismo, accederán a dichos beneficios los departamentos que conforman la Amazonía colombiana, que cuenten con una población inferior a ochenta y cinco mil (85.000) habitantes, tal y como lo certifique la autoridad competente a treinta y uno (31) de diciembre de 2022. (...) ARTÍCULO 13. FINANCIACIÓN MEDIANTE EL MECANISMO DE OBRAS POR IMPUESTOS. Con el fin de fortalecer la implementación de la Política Nacional para la Prevención, Detección Temprana y Manejo Integral de la Desnutrición Crónica Infantil, el Gobierno Nacional promoverá la formulación, estructuración, priorización y ejecución de proyectos susceptibles a ser financiados a través del mecanismo de Obras por Impuestos, de conformidad con la normatividad vigente. Podrán ser financiados mediante este mecanismo, entre otros, proyectos orientados a:

 NORMA HURTADO SANCHEZ Senadora de la República  ANA PAOLA GARCÍA SOTO Senadora de la República  CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS SENADORA DE LA REPÚBLICA  MARTHA ISABEL RUIZ SOLERA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR CÓRDOBA COLOMBIA RANCIENTE  JESÚS ARMANDO BEDOYA RODRÍGUEZ Representante a la Cámara por el Quindío Partido Centro Democrático  NATALY VÉLEZ LOPERA REPRESENTANTE A LA CÁMARA  JUAN ESPINAL Senador de la República  ALEJANDRO CASTILLO GAITÁN Representante a la Cámara CITREP 7 META-GUAVIARE  GREGORIO ORJUELA PÉREZ Representante a la Cámara por Antioquia Partido Centro Democrático  BLEIDY PÉREZ BALLESTAS Representante a la Cámara por Bogotá D.C. Partido Liberal Colombiano  ANA LIGIA MORA MARTÍNEZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  EIMY SUÁREZ GONZÁLEZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA NORTE DE SANTANDER  Juliana Aray Franco Representante a la Cámara Departamento de Bolívar  Diego García Alfonso Representante a la Cámara por Casanare  JUAN LORETO GÓMEZ SOTO REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR LA GUAJIRA PARTIDO CONSERVADOR  Nombre: CAROL BORDA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ SALVACION NACIONAL	 ESTEBAN QUINTERO CARDONA SENADOR DE LA REPÚBLICA  JUAN MANUEL LONDOÑO JARAMILLO REPRESENTANTE A LA CÁMARA  NADIA BLEL SCAFF SENADORA DE LA REPÚBLICA CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  GUILLERMO LEÓN BLANCO VALENCIA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER PARTIDO CONSERVADOR COLOMBIANO  SIMÓN MOLINA GÓMEZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR ANTIOQUIA PARTIDO CREEMOS  VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL VALLE DEL CAUCA  LUIS ALFONSO CHAVEZ RIVERA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL VALLE DEL CAUCA PARTIDO DE LA U  ALEJANDRO DE LA OSSA LACAYO Representante a la Cámara por Sucre CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  LUIS GUILLERMO PATIÑO ARISTIZÁBAL REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR ANTIOQUIA PARTIDO CREEMOS  NEELY PATRICIA MOSQUERA MURCIA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ
--	--

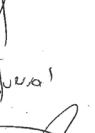
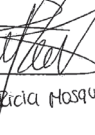
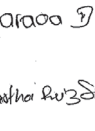
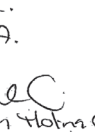
 JOHN ALEJANDRO BERMEO Senador de la Republica Salvación Nacional  LUIS CARLOS ÁLVAREZ MORALES REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL VICHADA PARTIDO LIBERAL  MILENE JARAVA DÍAZ Representante a la Cámara Departamento de Sucre  LUCY MIREYA BRAVO OBANDO Representante a la Cámara por el Huila Partido Liberal  NOMBRE: HONORIO HENRIQUEZ SENADOR DE LA REPÚBLICA  FLORA PERDOMO ANDRADE Representante a la Cámara por el Huila Partido Liberal  NOMBRE: LUIS CARLOS RÚA SÁNCHEZ CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  MAURICIO ANDRÉS TORO ORJUELA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ PARTIDO VERDE	 ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA Representante a la Cámara por Antioquia Partido Centro Democrático  MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ SENADORA DE LA REPÚBLICA - MAIS  PEDRO HERNANDO FLORES PORRAS SENADOR DE LA REPÚBLICA - PACTO HISTÓRICO  HÉCTOR OLIMPO ESPINOSA OLIVER SENADOR DE LA REPÚBLICA  ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA  ALFREDO DELUQUE ZULETA SENADOR DE LA REPÚBLICA  Ma. Camila Salas MARIA CAMILA SALAS SALAS REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOLÍVAR  María Fernanda Carrascal MARIA FERNANDA CARRASCAL CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  JOSE LUIS ABDALÁ OLIVERA Representante a la Cámara  ALIZ VIRLEY VARGAS TORRADO Senadora de la República
 JHON JAIRÓ BERRÍO LÓPEZ Representante a la Cámara por Antioquia  FERNEY SILVA IDROBO SENADOR DE LA REPÚBLICA  ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA SENADOR DE LA REPÚBLICA CENTRO DEMOCRÁTICO  María Iyma N NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  Alexander Bermúdez Lasso NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  Cristian Carck NOMBRE: CRISTIAN CARCK CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA SENADOR	 CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Representante a la Cámara Por Vaupés  RAFAEL NIETO LOAIZA SENADOR DE LA REPÚBLICA CENTRO DEMOCRÁTICO  ALEXANDER BERMÚDEZ LASSO Representante a la Cámara Departamento  NOMBRE: HÉCTOR DAVID CHAPARRO Representante a la Cámara CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

 NOMBRE: JUAN DAVID RANGEL YÁÑEZ Representante a la Cámara Departamento de Córdoba CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: SELMEN DAVID ARANA CANO CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: WILMER RAMIRO CARRILLO MENDOZA SENADOR DE LA REPÚBLICA  JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ Representante a La Cámara Norte de Santander  MELLO CASTRO GONZALEZ Representante a la Cámara	 DELCY ESPERANZA ISAZA BUENAVENTURA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL TOLIMA PARTIDO CONSERVADOR  CATHERINE JUVINAO CLAVIJO Representante a la Cámara por Bogotá  RENZO ALEXANDER GARCÍA PARRA Representante a la Cámara por Tolima Pacto Histórico  ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA H. Representante a la Cámara Departamento de Chocó  EDGARDO MIGUEL ESPITIA CABRALES Senador De La República  Zandra María Bernal Rincón Senadora de la República
 PEDRO ANTONIO PATERNINA GULFO Representante a la Cámara Departamento de Sucre Partido Liberal  JHONN ALEXANDER MOLINA BETANCUR Representante a la Camara Departamento de Guainia Partido de la U  TATIANA JUDITH GAONA PINZON Representante a la Cámara CITREP No 4  JONATHAN PULIDO HERNÁNDEZ Senador de la República de Colombia.	 NORMA HURTADO SÁNCHEZ Senadora de la República  NOMBRE: JULIA CORREA MULLER CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: DANIEL BERNAL CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: JORGE MÉNDEZ CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: HENRY GUALTO CAYULA CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: NORMA CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: VICO CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: JOSÉ LUIS QUIRTE CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: DIEGO CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA


 Luis Carlos Alvarez

 Camilo Gomez
 CIBERASL

 Andres Jarama

 Melly Patricia Mosquera
 Milene Barao Fraz

 Jonathan Ruiz Salera

 Mauricio

 Elizabeth Holmes

 Carlos
 FROBIO OMUN

 Daniel Bricano
 CO

 Jose A. de la
 CO

 David G. Co
 Juan David Pulgarin
 Bleidy Iris Ballesteros
 Representante a la Comara
 Juliana Aray
 H.P.

 Juan

 Juan

 Winner Sordani

PROYECTO DE LEY DE 2026 SENADO

"POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA LA POLÍTICA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y MANEJO INTEGRAL DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El objeto de la presente Proyecto de Ley se fundamenta en un imperativo ético, científico y económico de carácter nacional, articulando cuatro pilares estratégicos e interdependientes: en primer lugar, la prioridad técnica se centra en la ventana de oportunidad de los primeros 2.000 días de vida (desde la gestación hasta los 59 meses), etapa crítica e irreversible en la que el desarrollo cerebral y cognitivo del menor demanda una transición radical desde la atención reactiva del daño hacia la contención oportuna del riesgo de retraso en talla; en segundo lugar, esta intervención clínica y social responde a la urgente necesidad de cerrar las brechas de inequidad socioeconómica y territorial que sufren las zonas de ruralidad dispersa y las comunidades étnicas, mitigando pérdidas macroeconómicas estructurales asociadas a la menor productividad laboral futura y al incremento de costos en salud; en tercer lugar, se garantiza la viabilidad operativa y la sostenibilidad del mandato mediante la creación de una política de Estado decenal que articula fuentes de financiación públicas, territoriales. Finalmente, se asegura una ejecución intersectorial e integral que trasciende el asistencialismo alimentario para intervenir de forma simultánea determinantes estructurales clave como la salud maternal, la soberanía alimentaria y el acceso a agua potable y saneamiento básico.

2. CONTENIDO DE LA INICIATIVA

Marco General y Gobernanza (Arts. 1 - 6)

- **Objeto y Ámbito (Arts. 1 y 2):** Define el alcance de la ley priorizando a niños y niñas desde la gestación hasta los 59 meses. Es de obligatorio cumplimiento para entidades públicas nacionales y territoriales, actores del SGGSS, ICBF, comunidades étnicas y sector privado.
- **Principios y Definiciones (Arts. 3 y 4):** Incorpora principios de equidad, progresividad, intersectorialidad, pertinencia étnica y focalización. Introduce definiciones operativas clave como *retraso en talla, riesgo de retraso en talla, atención integral y ventana de los 2.000 días*.
- **Gobernanza e Instancia Directiva (Arts. 5 y 6):** Crea y asigna funciones a la Comisión Intersectorial para la Prevención, Detección Temprana y Manejo Integral de la Desnutrición Crónica Infantil, encaraada de la articulación política, presupuestal y de gobernanza de datos

Planeación, Lineamientos y Enfoque Territorial (Arts. 7 - 9)

- **Plan Decenal Intersectorial (Art. 7):** Instrumento a 10 años con metas cuantitativas trazables, financiamiento garantizado, participación étnica/territorial y evaluaciones obligatorias al quinto (5°) y décimo (10°) año.

- **Lineamiento Técnico Nacional (Art. 8):** Expedido por Minsalud, INS e ICBF. Fija protocolos estandarizados de atención en salud, rutas de Atención Primaria en Salud (APS) y adaptaciones interculturales con las comunidades étnicas.
- **Planeación Territorial (Art. 9):** Obliga a los entes territoriales y autoridades étnicas a incorporar metas, indicadores y recursos específicos en sus Planes de Desarrollo Territorial (PDT), Planes Territoriales de Salud (PTS) y Planes de Vida.

Sostenibilidad Financiera e Incentivos (Arts. 10 - 13)

- **Fuentes Presupuestales (Art. 10):** Articula recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN), Sistema General de Participaciones (SGP), Sistema General de Regalías (SGR) y fondos territoriales, bajo el marco de la Ley 819 de 2003 (Marco Fiscal de Mediano Plazo).
- **Inversión Privada y Obras por Impuestos (Arts. 11 - 13):** Permite y reglamenta el uso del mecanismo de Obras por Impuestos y alianzas público-privadas para financiar proyectos de nutrición, infraestructura de agua potable y saneamiento básico en municipios ZOMAC, PDET y zonas de alta vulnerabilidad.

Información, Vigilancia y Metas (Arts. 14 - 17)

- **Sistema de Vigilancia y Alertas Tempranas (Art. 14):** Crea un sistema interoperable (SIVIGILA, ICBF, RUAF, RIPS e Historia Clínica Electrónica) para realizar seguimiento nominal y longitudinal de cada menor de 5 años y gestante, activando rutas inmediatas ante cualquier riesgo nutricional.
- **Metas Nacionales y Territoriales (Art. 15):** Establece la obligación de fijar metas cuantificables alineadas con los ODS y la OMS, reduciendo las brechas territoriales y de vulnerabilidad.
- **Encuesta Nacional de la Situación Nutricional - ENSIN (Art. 16):** Eleva a rango legal la financiación, ejecución y publicación obligatoria de la ENSIN al menos cada cinco (5) años, liberando sus microdatos anonimizados bajo estándares de datos abiertos.
- **Priorización y Focalización Territorial (Art. 17):** Define criterios técnicos (pobreza multidimensional, prevalencia de retraso en talla, bajo peso al nacer, inseguridad alimentaria y brechas étnicas/rurales) para asignar recursos y asistencia técnica preferente.

3. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y JURISPRUDENCIALES

En Colombia existen múltiples programas y políticas dirigidas a la población vulnerable, que buscan atender episodios de desnutrición aguda, garantizar la seguridad alimentaria o apoyar la superación de la pobreza. Sin embargo, ninguna de estas iniciativas ha sido diseñada específicamente para prevenir la desnutrición crónica. Aunque estrategias integrales como Buen Comienzo o De Cero a Siempre han logrado importantes avances en el desarrollo infantil, su enfoque no está orientado de manera directa a la prevención de la DNT crónica ni a la transformación de sus determinantes estructurales. Además, estos programas enfrentan limitaciones en la articulación real y sostenida entre sectores —salud, educación, protección, vivienda, agua y saneamiento—, lo que impide un abordaje efectivo y coordinado del problema. Otros programas o políticas actuales continúan siendo de tipo asistencial o de corto plazo, sin una estrategia intersectorial específica que incide sobre los factores sociales, económicos, ambientales y culturales que perpetúan el retraso en talla. Por tanto, la persistencia de la desnutrición crónica exige un enfoque diferenciado: intervenciones multisectoriales, articuladas y sostenidas desde los primeros mil días de vida. A continuación, se presenta una descripción del marco normativo y programático del país en materia de nutrición. 1. Programas existentes: Colombia ha implementado varios programas dirigidos a la población vulnerable desde la década de 1950, con ayuda alimentaria financiada por el gobierno y la cooperación internacional. - Familias en Acción: programa de transferencias monetarias condicionadas dirigido a hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad, cuyo objetivo es promover la formación de capital humano a través del acceso y permanencia en servicios de salud y educación. Las familias beneficiarias reciben incentivos económicos sujetos al cumplimiento de compromisos como la asistencia de los niños y niñas a controles de crecimiento y desarrollo, y la matrícula y permanencia escolar de los menores entre 4 y 18 años. - ICBF: más de 1,5 millones de niñas y niños de primera infancia reciben atención integral en todo el país. Esta atención se brinda a través de diversas modalidades, incluyendo Propia e Intercultural, Centros de Desarrollo Infantil (CDI), Hogares Comunitarios y Jardines Infantiles, entre otras. Para el año 2024, el ICBF tenía como objetivo ampliar su cobertura para atender a 1.675.000 niñas y niños en estas modalidades^[1].	- Buen Comienzo: es una iniciativa de la Alcaldía de Medellín que, desde 2004, se dedica a promover el desarrollo integral, diverso e inclusivo de niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años de edad. A través de diferentes modalidades de atención, como entornos institucionales, familiares y comunitarios, el programa ofrece servicios que incluyen educación inicial, nutrición, salud y apoyo psicosocial, adaptándose a las necesidades específicas de cada familia. En términos de cobertura, para el año 2025, Buen Comienzo tiene como objetivo atender a más de 87.000 niñas, niños, madres gestantes y lactantes en Medellín. Actualmente, el programa cuenta con al menos 235 centros de atención y 24 jardines infantiles distribuidos en diversas comunas y corregimientos de la ciudad. Además, se han ampliado los cupos disponibles, permitiendo que más familias accedan a sus beneficios^[2]. 2. Políticas públicas: A partir de los resultados de las Encuestas Nacionales de la Situación Alimentaria y Nutricional (ENSIN) de 2010 y 2015, se han diseñado e implementado políticas públicas que contribuyen a la seguridad alimentaria y nutricional, especialmente en niños menores de 5 años. Esto incluye la Política Nacional de SAN, el Plan Nacional de SAN 2012-2019 y la política de Cero a Siempre. En el año 2024 mediante el decreto 684 se reglamenta el Sistema Nacional para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación (SNGPDA), el Programa Hambre Cero, el Sistema Nacional de Seguimiento y Monitoreo para la Superación del Hambre y la Malnutrición (SNSMSHM) y el Observatorio del Derecho a la Alimentación y Nutrición ODAN y se transforma la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN). 3. Dispositivos legales y estrategias: - Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS: son el principal instrumento regulador para abordar las prioridades de salud según la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) en Colombia. Estas RIAS definen redes de servicios de atención integral, gestionan los riesgos en salud, establecen sistemas de pago basados en resultados, determinan requisitos y flujos de información, y buscan resultados equitativos y de bienestar social en salud. En Colombia, las RIAS iniciales son la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, cuyas pautas técnicas y operativas se especifican en la resolución 3280 de 2018.
- Decreto 508 de 2007: este marco político establece espacios intersectoriales, como los Comités Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CLSAN), que coordinan la política pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) a nivel local. Estos comités son vitales para la interacción y planificación de actividades dirigidas a las poblaciones objetivas. A nivel nacional, la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) se encarga de dirigir y coordinar la política SAN, armonizando la colaboración entre diversos sectores involucrados. - Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en Colombia 2014 – 2021: su objetivo es prevenir y reducir las deficiencias de micronutrientes en la población colombiana, con énfasis en niños y niñas hasta 12 años, gestantes y mujeres en edad fértil. - Programa Nacional para la Prevención y Reducción de la anemia nutricional en la primera infancia: El objetivo de este programa es prevenir y reducir la anemia nutricional en la Primera Infancia, enfocándose en los primeros mil días de vida. Aborda diversos aspectos para garantizar la salud y el bienestar de la Primera Infancia, con un enfoque en la nutrición y la prevención de la anemia y se logra mediante el fortalecimiento de 11 atenciones clave. - Resolución 2465 de 2016, por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones. - Resolución 2350 de 2020 por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones. - Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS): tienen como objetivo contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación, a través de mensajes comprensibles, y buscan orientar a familias, educadores, asociaciones de consumidores, medios de comunicación e industria de alimentos, entre otros actores sociales. - La Ley 2361 de 2024, por la cual se promueve y protege la lactancia materna en Colombia, constituye un avance fundamental en el reconocimiento de esta práctica como eje central del desarrollo infantil y de la salud pública. Esta ley establece medidas para fortalecer el acompañamiento institucional, comunitario y familiar a las madres lactantes, garantizar entornos laborales y sociales que respeten y faciliten la lactancia, e implementar estrategias de educación y sensibilización sobre sus beneficios. Su inclusión en la formulación de políticas contra la desnutrición crónica es esencial, dado que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y su continuación hasta los dos años representan una de las intervenciones más efectivas para prevenir el retraso en talla en la primera infancia.	- Política Nacional de Primera Infancia – De Cero a Siempre integra la nutrición como una dimensión fundamental del desarrollo integral, priorizando intervenciones en los primeros 1.000 días de vida y reconociendo la importancia de condiciones adecuadas de salud, cuidado, alimentación y vínculos afectivos. Ambos instrumentos brindan sustento técnico y político para el desarrollo de una política pública que prevenga y atienda la desnutrición crónica desde una visión integral, con énfasis territorial y enfoque de derechos. - La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, consagra el derecho fundamental a la salud en Colombia y establece que su protección incluye no solo el acceso a servicios, sino también la acción sobre los determinantes sociales, económicos y culturales que afectan el bienestar de las personas. Esta ley reconoce que la garantía del derecho a la salud debe ser progresiva, equitativa, integral e intersectorial, e impone al Estado la obligación de adoptar políticas públicas que permitan prevenir condiciones evitables como la desnutrición crónica infantil. En este sentido, toda estrategia para prevenir el retraso en talla se alinea con este marco legal al enfocarse en eliminar barreras, reducir inequidades y promover condiciones que aseguren el crecimiento pleno de los niños y niñas desde los primeros años de vida. Aunque Colombia cuenta con un amplio conjunto de políticas, estrategias y programas dirigidos al bienestar infantil y la seguridad alimentaria, ninguno de ellos ha sido formulado específicamente para prevenir la desnutrición crónica. Programas como los del ICBF o Buen Comienzo centran su acción en la entrega de alimentos, la atención integral y la activación de rutas cuando ya hay un caso de desnutrición aguda, pero no contemplan intervenciones específicas que orienten la identificación de riesgo de retraso en talla y la ruta de acciones preventivas para que esta se evite. A esto se suma el rezago del marco de política pública. La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que debía orientar las acciones del país en esta materia, estuvo vigente hasta 2019 y aún no ha sido actualizada. Además, su enfoque ha estado centrado en mejorar el acceso y disponibilidad de alimentos, sin incluir lineamientos claros y explícitos para la prevención del retraso en talla en la primera infancia. En consecuencia, Colombia no cuenta hoy con una política pública vigente ni con un conjunto de programas articulados que respondan de forma efectiva y preventiva a la desnutrición crónica, un problema que requiere acciones sostenidas, multisectoriales y dirigidas desde los primeros años de vida. Adicionalmente, el monitoreo del indicador de retraso en talla ha perdido continuidad y relevancia en la política pública. La única fuente nacional que ha reportado esta información, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), publicó sus últimos resultados en 2019 y desde entonces no se dispone de información actualizada ni de mecanismos alternativos para su seguimiento regular. Esta falta de vigilancia impide una respuesta informada y sostenida frente a una condición que, a diferencia de la desnutrición aguda, requiere intervenciones preventivas de largo plazo, articuladas entre los sectores salud, educación y protección social.

Programas territoriales como Buen Comienzo, si bien realizan una labor importante en el seguimiento del estado nutricional infantil y en la activación de rutas para casos de desnutrición aguda, carecen de lineamientos específicos sobre qué hacer cuando se identifican niños con riesgo de desnutrición crónica o ya con retraso en talla. Esta omisión pone en evidencia la necesidad urgente de formular una política pública específica para la prevención de la desnutrición crónica en Colombia. Tal política debería incorporar acciones intersectoriales, mecanismos de gobernanza robustos y sistemas de información permanentes que permitan monitorear, prevenir y reducir este problema estructural con enfoques diferenciales y territoriales. 4. JUSTIFICACIÓN La desnutrición crónica, también denominada retraso en talla, corresponde a un déficit en la talla con relación a la edad, y es el resultado de una exposición prolongada a una nutrición inadecuada, infecciones repetidas y condiciones adversas del entorno, particularmente durante los primeros mil (1.000) días de vida, período crítico para el crecimiento y desarrollo humano. Esta condición es, en gran medida, irreversible y constituye uno de los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo social y económico de los países. No obstante, la evidencia científica más reciente y los marcos de desarrollo infantil temprano reconocen que las oportunidades para favorecer el crecimiento, el desarrollo integral, la maduración cerebral, el fortalecimiento del sistema inmunológico y la consolidación de hábitos saludables se extienden hasta los cinco (5) años de edad, aproximadamente los primeros dos mil (2.000) días de vida. Si bien las mayores oportunidades para prevenir el retraso en talla se concentran en los primeros 1.000 días, las intervenciones durante la primera infancia continúan siendo fundamentales para potenciar el desarrollo infantil, reducir las consecuencias de la desnutrición y mejorar las oportunidades de aprendizaje, salud y bienestar¹. ¹ Laws, R., Adam, M., Esdaille, E., Love, P., & Campbell, K. J. (2022). What Works to Improve Nutrition and Food Sustainability across the First 2000 Days of Life: A Rapid Review. <i>Nutrients</i>, 1En Colombia existen múltiples programas y políticas dirigidas a la población vulnerable, que buscan atender episodios de desnutrición aguda, garantizar la seguridad alimentaria o apoyar la superación de la pobreza. Sin embargo, ninguna de estas iniciativas ha sido diseñada específicamente para prevenir la desnutrición crónica. Aunque estrategias integrales como Buen Comienzo o De Cero a Siempre han logrado importantes avances en el desarrollo infantil, su enfoque no está orientado de manera directa a la prevención de la DNT crónica ni a la transformación de sus determinantes estructurales. Además, estos programas enfrentan limitaciones en la articulación real y sostenida entre sectores —salud, educación, protección, vivienda, agua y saneamiento—, lo que impide un abordaje efectivo y coordinado del problema. Otros programas o políticas actuales continúan siendo de tipo asistencial o de corto plazo, sin una estrategia intersectorial específica que incluya sobre los factores sociales, económicos, ambientales y culturales que perpetúan el retraso en talla. Por tanto, la persistencia de la desnutrición crónica exige un enfoque diferenciado: intervenciones multisectoriales, articuladas y sostenidas desde los primeros mil días de vida. A continuación, se presenta una descripción del marco normativo y programático del país en materia de nutrición. - Programas existentes: Colombia ha implementado varios programas dirigidos a la población vulnerable desde la década de 1950, con ayuda alimentaria financiada por el gobierno y la cooperación internacional. - Familias en Acción: programa de transferencias monetarias condicionadas dirigido a hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad, cuyo objetivo es promover la formación de capital humano a través del acceso y permanencia en servicios de salud y educación. Las familias beneficiarias reciben incentivos económicos sujetos al cumplimiento de compromisos como la asistencia de los niños y niñas a controles de crecimiento y desarrollo, y la matrícula y permanencia escolar de los menores entre 4 y 18 años.	• ICBF: más de 1,5 millones de niñas y niños de primera infancia reciben atención integral en todo el país. Esta atención se brinda a través de diversas modalidades, incluyendo Propia e Intercultural, Centros de Desarrollo Infantil (CDI), Hogares Comunitarios y Jardines Infantiles, entre otras. Para el año 2024, el ICBF tenía como objetivo ampliar su cobertura para atender a 1.675.000 niñas y niños en estas modalidades. • Buen Comienzo: es una iniciativa de la Alcaldía de Medellín que, desde 2004, se dedica a promover el desarrollo integral, diverso e inclusivo de niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años de edad. A través de diferentes modalidades de atención, como entornos institucionales, familiares y comunitarios, el programa ofrece servicios que incluyen educación inicial, nutrición, salud y apoyo psicosocial, adaptándose a las necesidades específicas de cada familia. En términos de cobertura, para el año 2025, Buen Comienzo tiene como objetivo atender a más de 87.000 niñas, niños, madres gestantes y lactantes en Medellín. Actualmente, el programa cuenta con al menos 235 centros de atención y 24 jardines infantiles distribuidos en diversas comunas y corregimientos de la ciudad. Además, se han ampliado los cupos disponibles, permitiendo que más familias accedan a sus beneficios. 2. Políticas públicas: A partir de los resultados de las Encuestas Nacionales de la Situación Alimentaria y Nutricional (ENSIN) de 2010 y 2015, se han diseñado e implementado políticas públicas que contribuyen a la seguridad alimentaria y nutricional, especialmente en niños menores de 5 años. Esto incluye la Política Nacional de SAN, el Plan Nacional de SAN 2012-2019 y la política de Cero a Siempre. En el año 2024 mediante el decreto 684 se reglamenta el Sistema Nacional para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación (SNGPDA), el Programa Hambre Cero, el Sistema Nacional de Seguimiento y Monitoreo para la Superación del Hambre y la Malnutrición (SNSMSHM) y el Observatorio del Derecho a la Alimentación y Nutrición CDAN y se transforma la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN). 3. Dispositivos legales y estrategias: - Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS: son el principal instrumento regulador para abordar las prioridades de salud según la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) en Colombia. Estas RIAS definen redes de servicios de atención integral, gestionan los riesgos en salud, establecen sistemas de pago basados en resultados, determinan requisitos y flujos de información, y buscan resultados equitativos y de bienestar social en salud. En Colombia, las RIAS iniciales son la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, cuyas pautas técnicas y operativas se especifican en la resolución 3280 de 2018. - Decreto 508 de 2007: este marco político establece espacios intersectoriales, como los Comités Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CLSAN), que coordinan la política pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) a nivel local. Estos comités son vitales para la interacción y planificación de actividades dirigidas a las poblaciones objetivo. A nivel nacional, la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) se encarga de dirigir y coordinar la política SAN, armonizando la colaboración entre diversos sectores involucrados. - Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en Colombia 2014 – 2021: su objetivo es prevenir y reducir las deficiencias de micronutrientes en la población colombiana, con énfasis en niños y niñas hasta 12 años, gestantes y mujeres en edad fértil. - Programa Nacional para la Prevención y Reducción de la anemia nutricional en la primera infancia: El objetivo de este programa es prevenir y reducir la anemia nutricional en la Primera Infancia, enfocándose en los primeros mil días de vida. Aborda diversos aspectos para garantizar la salud y el bienestar de la Primera Infancia, con un enfoque en la nutrición y la prevención de la anemia y se logra mediante el fortalecimiento de 11 acciones clave. - Resolución 2485 de 2016, por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones. - Resolución 2360 de 2020 por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones. - Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA-S): tienen como objetivo contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación, a través de mensajes comprensibles, y buscan orientar a familias, educadores, asociaciones de consumidores, medios de comunicación e industria de alimentos, entre otros actores sociales.
• La Ley 2361 de 2024, por la cual se promueve y protege la lactancia materna en Colombia, constituye un avance fundamental en el reconocimiento de esta práctica como eje central del desarrollo infantil y de la salud pública. Esta ley establece medidas para fortalecer el acompañamiento institucional, comunitario y familiar a las madres lactantes, garantizar entornos laborales y sociales que respeten y faciliten la lactancia, e implementar estrategias de educación y sensibilización sobre sus beneficios. Su inclusión en la formulación de políticas contra la desnutrición crónica es esencial, dado que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y su continuación hasta los dos años representan una de las intervenciones más efectivas para prevenir el retraso en talla en la primera infancia. • Política Nacional de Primera Infancia–De Cero a Siempre integra la nutrición como una dimensión fundamental del desarrollo integral, priorizando intervenciones en los primeros 1.000 días de vida y reconociendo la importancia de condiciones adecuadas de salud, cuidado, alimentación y vínculos afectivos. Ambos instrumentos brindan sustento técnico y político para el desarrollo de una política pública que prevenga y atienda la desnutrición crónica desde una visión integral, con énfasis territorial y enfoque de derechos. • La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, consagra el derecho fundamental a la salud en Colombia y establece que su protección incluye no solo el acceso a servicios, sino también la acción sobre los determinantes sociales, económicos y culturales que afectan el bienestar de las personas. Esta ley reconoce que la garantía del derecho a la salud debe ser progresiva, equitativa, integral e intersectorial, e impone al Estado la obligación de adoptar políticas públicas que permitan prevenir condiciones evitables como la desnutrición crónica infantil. En este sentido, toda estrategia para prevenir el retraso en talla se alinea con este marco legal al enfocarse en eliminar barreras, reducir inequidades y promover condiciones que aseguren el crecimiento pleno de los niños y niñas desde los primeros años de vida. Aunque Colombia cuenta con un amplio conjunto de políticas, estrategias y programas dirigidos al bienestar infantil y la seguridad alimentaria, ninguno de ellos ha sido formulado específicamente para prevenir la desnutrición crónica. Programas como los del ICBF o Buen Comienzo centran su acción en la entrega de alimentos, la atención integral y la activación de rutas cuando ya hay un caso de desnutrición aguda, pero no contemplan intervenciones específicas que orienten la identificación de riesgo de retraso en talla y la ruta de acciones preventivas para que esta se evite. A esto se suma el rezago del marco de política pública. La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que debía orientar las acciones del país en esta materia, estuvo vigente hasta 2019 y aún no ha sido actualizada. Además, su enfoque ha estado centrado en mejorar el acceso y disponibilidad de alimentos, sin incluir lineamientos claros y explícitos para la prevención del retraso en talla en la primera infancia. En consecuencia, Colombia no cuenta hoy con una política pública vigente ni con un conjunto de programas articulados que respondan de forma efectiva y preventiva a la desnutrición crónica, un problema que requiere acciones sostenidas, multisectoriales y dirigidas desde los primeros años de vida. Adicionalmente, el monitoreo del indicador de retraso en talla ha perdido continuidad y relevancia en la política pública. La única fuente nacional que ha reportado esta información, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), publicó sus últimos resultados en 2019 y desde entonces no se dispone de información actualizada ni de mecanismos alternativos para su seguimiento regular. Esta falta de vigilancia impide una respuesta informada y sostenida frente a una condición que, a diferencia de la desnutrición aguda, requiere intervenciones preventivas de largo plazo, articuladas entre los sectores salud, educación y protección social. Programas territoriales como Buen Comienzo, si bien realizan una labor importante en el seguimiento del estado nutricional infantil y en la activación de rutas para casos de desnutrición aguda, carecen de lineamientos específicos sobre qué hacer cuando se identifican niños con riesgo de desnutrición crónica o ya con retraso en talla. Esta omisión pone en evidencia la necesidad urgente de formular una política pública específica para la prevención de la desnutrición crónica en Colombia. Tal política debería incorporar acciones intersectoriales, mecanismos de gobernanza robustos y sistemas de información permanentes que permitan monitorear, prevenir y reducir este problema estructural con enfoques diferenciales y territoriales. 4(4). 731. https://doi.org/10.3389/nu.1404073; UNICEF. (2021). The Innocenti Framework on Food Systems for Children and Adolescents. Saavedra et al. – Nutrition and the Microbiome in the First 1000 Days and Beyond Este trabajo introduce explícitamente el concepto de 1500 a 2000 días. Hills, A. P., Hills, S., Jayasinghe, S., & Byrne, N. M. (2025). Time to Focus on Movement and Active Play Across the First 2000 Days of Life. <i>Future</i>, 3(1), 4.	La evidencia científica demuestra que el retraso en talla tiene efectos negativos a largo plazo en los individuos y en la sociedad, incluyendo menor desarrollo cognitivo y físico, reducción del rendimiento escolar, disminución de la capacidad productiva, peor estado de salud en la vida adulta y mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. El retraso del crecimiento antes de los dos (2) años de edad es un fuerte predictor de peores resultados educativos y económicos, con consecuencias que trascienden al individuo y afectan a los hogares, las comunidades y el capital humano del país. Reducir la desnutrición crónica infantil es, por tanto, una prioridad impostergable del Estado, no solo desde una perspectiva sanitaria, sino también desde un enfoque de desarrollo humano, equidad social y productividad económica. Aunque la desnutrición crónica no constituye una causa directa de mortalidad infantil, sí afecta de manera profunda y sostenida el capital social y económico de la Nación. Un estudio reciente realizado por la Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia (ABACO), titulado La huella demográfica de la desnutrición crónica infantil en Colombia: estimación de la carga poblacional histórica de cohortes expuestas, estima que para 2025 aproximadamente 5.289.088 personas pertenecen a cohortes históricamente expuestas a la desnutrición crónica infantil (DCI) durante la primera infancia, lo que equivale al 15,9% de la población en seguimiento. Esta estimación permite dimensionar la huella demográfica histórica de la exposición a la DCI y evidencia que sus efectos potenciales trascienden el período infantil y se proyectan sobre el curso de vida². Estudios demuestran que quienes sufran desnutrición crónica en su infancia tendrán en promedio 14,6 puntos menos de coeficiente intelectual (CI), 5 años menos de educación y 54% menos de salario en su vida adulta³, perpetuando los ciclos intergeneracionales de pobreza y desigualdad. Tal y como se expresa en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (1992)⁴ “el bienestar nutricional de todas las personas es la condición previa para el desarrollo social y es un objetivo clave del progreso del capital humano”. Es por esta razón que la Organización Mundial de la Salud OMS respaldó un plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño donde se fijaron seis metas mundiales de nutrición para 2025, dentro de la que se encuentra reducir el 40% en el número de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento. Igualmente, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles - ODS aprobados por la Organización de las Naciones Unidas ONU en el año 2015, se establecieron entre otras metas, para el año 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad. En este marco el gobierno de Colombia acogió los objetivos y las metas propuestas por los ODS a través del CONPES 3918 de 2018.

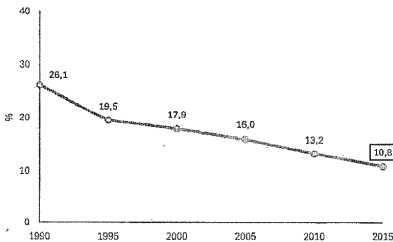
No obstante, los avances normativos y programáticos existentes, la persistencia de la desnutrición crónica infantil evidencia la necesidad de contar con una política nacional específica, integral, articulada e intersectorial, que permita fortalecer la prevención desde la gestación, la detección temprana, el manejo integral de los casos identificados y la vigilancia nutricional, con énfasis en los territorios y poblaciones más vulnerables.

En este contexto, el presente proyecto de ley tiene como propósito crear la Política Nacional para la Prevención, Detección Temprana y Manejo Integral de la Desnutrición Crónica Infantil, estableciendo lineamientos claros de coordinación intersectorial, seguimiento, evaluación, rendición de cuentas y sostenibilidad financiera, con el fin de garantizar el derecho de los niños y niñas a un crecimiento y desarrollo pleno, y contribuir de manera efectiva al desarrollo humano y social del país. El proyecto, además, busca integrar al sector privado en la consecución de este objetivo a través de la extensión del mecanismo de obras por impuestos (en ambas modalidades) para la realización de proyectos que permitan combatir la desnutrición infantil.

Datos relevantes sobre retraso en talla Colombia

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional - ENSIN 2015 en Colombia la prevalencia de retraso en talla en niños y niñas menores de 5 años es del 10,8%, aunque se redujo en 2,4 pp en comparación con el año 2010, no alcanzó las metas esperadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2015 que buscaban llegar a 8,0 % de retraso en talla. En población indígena e índice de riqueza más bajo, el retraso en talla es de 29,6% y 14,1%, respectivamente⁵.

Figura 1. Prevalencia de retraso en talla en niños y niñas menores de 5 años en Colombia



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), estimación nacional para 1990; Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), mediciones nacionales de prevalencia para 1995 y 2000; y Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), mediciones nacionales para 2005, 2010 y 2015.

⁵ Universidad Nacional de Colombia, Instituto Nacional de Salud, & Bienestar Familiar. (2019). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. Recuperado de <http://www.ensin.gov.co/Documents/Resultados-generales-ENSIN-2015-preliminar.pdf>

A pesar de la importancia de esta información para la formulación de políticas públicas y el diseño de estrategias de intervención, desde 2015 no se ha realizado una nueva Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN). Esto impide disponer de una medición probabilística y nacionalmente representativa del estado nutricional de la primera infancia. La ausencia de información reciente limita la posibilidad de evaluar los avances y retos en la reducción de la desnutrición crónica y resalta la necesidad de actualizar la evidencia disponible para orientar políticas públicas más efectivas y sustentadas en resultados.

Ante la ausencia de una nueva ENSIN, se realizó el análisis de los informes del Sistema de Seguimiento Nutricional (SSN) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), los cuales permiten realizar un seguimiento aproximado de la situación nutricional de los menores de 5 años atendidos por el Instituto. Estos resultados se construyen a partir de más de un millón de mediciones antropométricas registradas en el sistema de información CUÉNTAME, herramienta que respalda la gestión de los servicios de la Dirección de Primera Infancia del ICBF en el territorio nacional.

Las cifras del SSN no son comparables directamente con las de la ENSIN ni sustituyen su función. Mientras la ENSIN estimó en 2015, mediante un diseño de muestreo probabilístico y representativo, una prevalencia nacional de desnutrición crónica de 10,8 % y de desnutrición aguda de 1,6 %, el SSN consolida información nominal de la población usuaria de los servicios del ICBF. Para ese mismo año, el sistema registró un promedio anual de retraso en talla de 16,3 %, más de 5 puntos porcentuales (p.p.) por encima de la estimación nacional de la ENSIN. En consecuencia, sus resultados deben interpretarse como una caracterización del comportamiento nutricional de una población focalizada y no como una estimación de la prevalencia nacional.

A esta limitación se suma un patrón intranual sistemático. En todos los años completos de la serie, el valor máximo de desnutrición crónica corresponde al cuarto trimestre, mientras que los valores más bajos se concentran en el primer semestre. La amplitud de esta oscilación se ha incrementado con el tiempo: entre 2015 y 2019, la diferencia entre el trimestre con menor y mayor valor dentro de cada año no superó 1,3 p.p.; a partir de 2022, en cambio, se situó entre 3,5 y 4,5 p.p. Este comportamiento se observa, por ejemplo, en 2022, cuando el indicador pasó de 10,8 % a 14,5 %, y en 2025, cuando aumentó de 12,2 % a 16,7 %. Esta dinámica puede estar relacionada con la renovación de las cohortes de usuarios de los servicios de atención y supone una limitación para la interpretación de comparaciones entre trimestres no homólogos. Por esta razón, el análisis se realiza a partir de cuartos trimestres homólogos y promedios anuales. La serie presenta, además, vacíos entre el segundo y el cuarto trimestre de 2020 y en el cuarto trimestre de 2021. Asimismo, el indicador de peso adecuado para la talla no cuenta con mediciones entre 2020-III y 2024-IV.

Entre 2015 y 2025, los indicadores asociados a la desnutrición aguda muestran una reducción sostenida, como se presenta en la Figura 2. El indicador descendió de 1,5 % en 2015-IV a 0,2 % en 2025-IV, mientras que el promedio anual pasó de 2,2 % a 0,2 %. Por su parte, el riesgo asociado disminuyó de 5,9 % a 2,7 % entre los mismos trimestres. El peso adecuado para la talla también presentó una evolución favorable, con un incremento progresivo hasta superar el 70 % entre 2018 y 2019 y ubicarse en 2025 entre 73,0 % y 70,7 %.

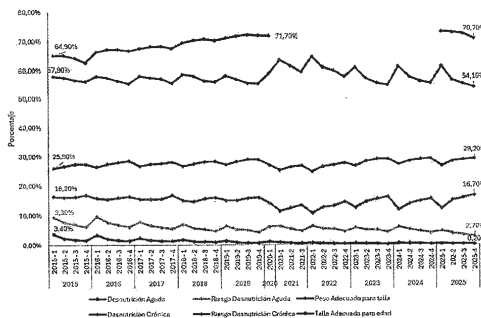
Los indicadores relacionados con el crecimiento lineal siguieron una trayectoria diferente. La desnutrición crónica registró un valor de 16,7 % tanto en el cuarto trimestre de 2015 como en el de 2025, mientras que su promedio anual apenas descendió de 16,3 % a 14,9 %. Además, se observa un aumento posterior a 2022, año en el que el promedio anual se ubicó en 12,8 %. El riesgo asociado también mostró un deterioro, al pasar de 27,3 % a 29,2 % entre los mismos periodos, alcanzando nuevamente el valor más alto registrado en la serie. En conjunto, la proporción de niñas y niños con retraso en talla o en riesgo de presentarlo aumentó de 44,0 % a 45,9 %. Así, al cierre de 2025, solo el 54,1 % de la población evaluada presentaba una talla adecuada para su edad.

Estos resultados muestran que los avances observados frente a la desnutrición aguda, problemática que cuenta con lineamientos técnicos específicos, rutas de atención definidas y mecanismos permanentes de vigilancia, no han tenido un comportamiento equivalente en los indicadores de crecimiento lineal. El riesgo de desnutrición crónica se ha mantenido por encima del 27 % en todos los cuartos trimestres disponibles de la serie, lo que constituye una señal de alerta frente a posibles trayectorias de deterioro nutricional que podrían traducirse en nuevos casos de retraso en talla.

Es importante precisar que estos datos provienen del Sistema de Seguimiento Nutricional (SSN) del ICBF, el cual consolida información nominal de niños y niñas atendidos en sus modalidades de atención a la primera infancia. Por tanto, reflejan la situación nutricional de los usuarios atendidos por el Instituto y no constituyen una estimación de la situación nutricional de la población infantil del país. Aun así, su magnitud y persistencia constituyen señales de alerta sobre las condiciones estructurales que afectan el desarrollo infantil temprano en contextos de mayor vulnerabilidad.

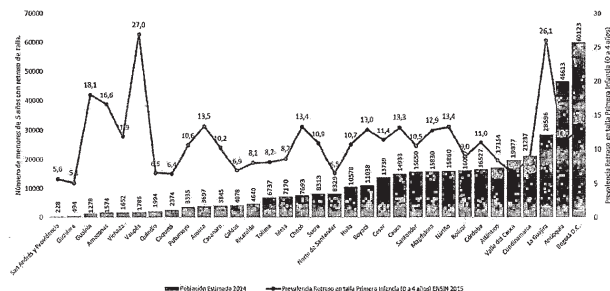
Desde el enfoque de riesgo, estos datos permiten identificar posibles trayectorias de deterioro nutricional. En este contexto, la persistencia de altas prevalencias de retraso en talla y de su riesgo asociado constituye una señal de alerta para el seguimiento de las intervenciones orientadas al desarrollo integral de la primera infancia, incluida la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia - *De Cero a Siempre*-. No obstante, dado que los datos del SSN corresponden a una población focalizada y no permiten establecer relaciones de causalidad o atribución, estos resultados no permiten determinar por sí solos el efecto de la política sobre la reducción de la desnutrición crónica.

Figura 2. Tendencia temporal de diagnósticos nutricionales infantiles: desnutrición aguda y crónica (2015–2025).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos trimestrales de los informes de seguimiento nutricional del ICBF, asociados a desnutrición aguda, riesgo de desnutrición aguda, retraso en talla y riesgo de retraso en talla. Años de 2015 a 2025.

Figura 3. Prevalencia y número de casos de retraso en talla en menores de 5 años por departamento en 2024.

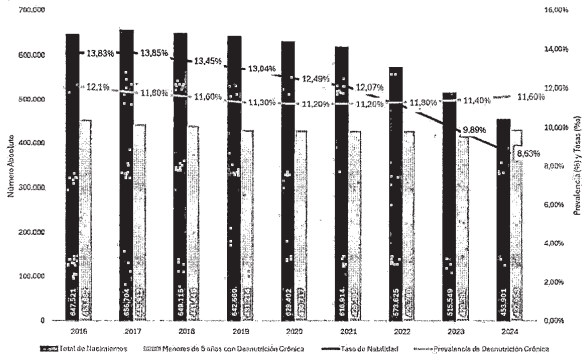


Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN (2015) y proyecciones poblacionales del DANE (2024).

Entre 2016 y 2024, Colombia experimentó una transformación demográfica marcada por una caída sostenida de la tasa de natalidad, que pasó de 13,83 % a 8,63 %, acompañada de una reducción significativa en el número total de nacimientos: de 647.521 a 453.901, es decir, cerca de 194.000 nacimientos menos (-29,9 %) en el periodo. Este cambio refleja una contracción progresiva de la cohorte infantil; sin embargo, dicha transición no se ha traducido en mejoras proporcionales en los indicadores de nutrición. Por el contrario, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años se redujo levemente hasta 2020-2021 (de 12,1 % a 11,2 %) y desde entonces retomó una tendencia al alza, pasando de 11,2 % en 2021 a 11,6 % en 2024.

Aún más revelador es que, pese a la disminución del tamaño de la población infantil, el número absoluto de niños y niñas con desnutrición crónica permanece prácticamente constante, alrededor de 430.000 casos a lo largo del periodo (453.852 en 2016 frente a 432.953 en 2024, apenas 20.899 casos menos, -4,6 %). Esto sugiere que la reducción de nacimientos no está aliviando la carga de la desnutrición, lo que evidencia la persistencia de factores estructurales como la pobreza, la inseguridad alimentaria y las desigualdades territoriales. En otras palabras, hay menos niños, pero no menos niños desnutridos en términos absolutos, lo que refleja una limitada capacidad del entorno social y económico para mejorar las condiciones nutricionales en la primera infancia.

Figura 4: Evolución de la natalidad y la desnutrición crónica en menores de 5 años



Fuente: Elaboración propia basada en indicadores de seguridad alimentaria de la FAO (FAOSTAT) y DANE (Estadísticas Vitales: Nacimientos según lugar de residencia y Proyecciones Poblacionales) 2024.

Estos hallazgos subrayan que la transición demográfica en curso no es suficiente, por sí sola, para modificar el panorama del estado nutricional infantil en Colombia. La persistencia de una elevada prevalencia y carga de retraso en talla evidencia el mantenimiento de determinantes estructurales que continúan limitando las oportunidades de desarrollo saludable para los niños y niñas en el país. En este contexto, la desnutrición crónica no puede ser abordada como un fenómeno coyuntural ni meramente demográfico; su permanencia y leve aumento en los últimos años la consolidan como una forma silenciosa y estructural de exclusión social.

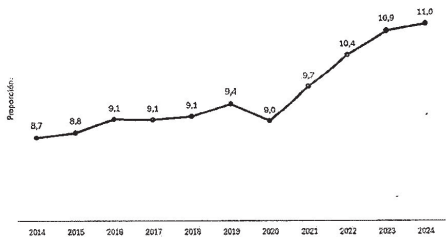
Por ello, se hace urgente una respuesta de política pública sostenida en el tiempo, articulada entre sectores y con un enfoque territorial que actúe sobre las causas de fondo. Cada año sin intervenciones efectivas no solo amplía las brechas existentes, sino que compromete de manera progresiva, y en muchos casos irreversible, el desarrollo físico, cognitivo y emocional de miles de niños y niñas en Colombia.

La desnutrición crónica en la infancia tiene múltiples determinantes, y uno de los más relevantes es el bajo peso al nacer (BPN), el cual refleja condiciones adversas durante la gestación, como desnutrición materna, atención prenatal inadecuada o infecciones durante el embarazo. Los niños con bajo peso al nacer tienen un mayor riesgo de sufrir retraso en talla, menor desarrollo cognitivo y una mayor predisposición a enfermedades crónicas en la adultez (Black et al., 2013)⁶.

Según The Lancet (Victoria, C. G et al., 2021), la mayor incidencia de retraso en talla y desnutrición aguda se presenta desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, con consecuencias críticas para la supervivencia—la combinación de retraso en talla y emaciación puede aumentar la mortalidad infantil hasta en 4,8 veces. Esto refuerza la urgencia de intervenciones nutricionales desde la gestación y los primeros 1.000 días⁷.

Un estudio publicado en 2023, que analizó el crecimiento lineal en la primera infancia mediante una revisión agrupada de 32 cohortes longitudinales en países de ingresos bajos y medianos (n = 52.640 niños, de 0 a 24 meses de edad), permitió identificar la edad típica de aparición del retraso en el crecimiento lineal y examinar su recurrencia en la vida temprana. Los hallazgos mostraron que la mayor incidencia de retraso en el crecimiento se presenta entre el nacimiento y los 3 meses de edad. Además, se observó una mayor probabilidad de recaída en niños que ya nacieron con retraso del crecimiento. Estos resultados destacan la importancia crítica de implementar intervenciones nutricionales y de salud antes del embarazo y durante el periodo prenatal para prevenir la aparición temprana y la recurrencia del retraso del crecimiento (Benjamin-Chung et al., 2023).⁸

Figura 5. Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer, Colombia, 2014-2024.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. (2024). Estadísticas vitales – Defunciones. <https://www.dane.gov.co> (según lugar de residencia).

En este contexto, la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna constituye una de las intervenciones de mayor costo-efectividad para la prevención de la desnutrición crónica y otras formas de malnutrición durante la primera infancia. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis (6) meses de vida y su continuación, junto con una alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más, proporciona los nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo, fortalece el sistema inmunológico, reduce el riesgo de enfermedades infecciosas y favorece la supervivencia infantil, especialmente en los niños con bajo peso al nacer. La Organización Mundial de la Salud recomienda mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuarla hasta los dos años o más, junto con una alimentación complementaria adecuada.

No obstante, Colombia aún enfrenta importantes desafíos para alcanzar estas recomendaciones. Los resultados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN 2015) evidenciaban que solo el 36,1 % de los menores de seis meses recibía lactancia materna exclusiva y que la mediana de su duración era de apenas 1,8 meses, muy por debajo de los seis meses recomendados por la OMS.

Si bien la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2025) actualiza la información nacional sobre salud materno-infantil y constituye una oportunidad para fortalecer la formulación de políticas públicas basadas en evidencia, el país mantiene el desafío de incrementar la prevalencia y duración de la lactancia materna exclusiva, fortalecer los entornos protectores para las madres lactantes y garantizar el cumplimiento efectivo de las políticas nacionales de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna como estrategia fundamental para prevenir la desnutrición crónica infantil.

Figura 6. Prevalencia de morbilidad por 100 desnutrición aguda en menores de 5 años, 2017-2025pr

⁶ Black, R.E., Victora, C.G., Walker, S.P., Bhutta, Z.A., ... the Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Maternal and Child Nutrition 1: Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. Available at [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X).

⁷ Victora, C. G., Christian, P., Vidaletti, L. P., Gatca-Dominguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: Variable progress towards an unfinished agenda. The Lancet, 397(10282), 1388–1399. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)

⁸ Benjamin-Chung, J., Mertens, A., Colford, JM et al. Crecimiento lineal en la primera infancia: un problema en países de ingresos bajos y medios. Nature 621 , 550–557 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06416-5>

Frente a este panorama, resulta fundamental reconocer que, si bien se han registrado avances en la reducción de la pobreza, estos no son suficientes por sí solos para revertir la tendencia ascendente de la desnutrición crónica infantil. Se requiere con urgencia la formulación e implementación de una política pública específica, sostenida en el tiempo y orientada a la prevención de esta condición. Dicha política debe tener un enfoque intersectorial, territorial y diferencial, que articule acciones en salud materno-infantil, nutrición, atención prenatal, promoción de la lactancia, saneamiento básico y vigilancia nutricional. A esto deben sumarse estrategias educativas, sociales y culturales que aborden de manera estructural los determinantes que perpetúan la desnutrición crónica y garanticen entornos adecuados para el desarrollo integral en la primera infancia.

El retraso en talla como un problema público

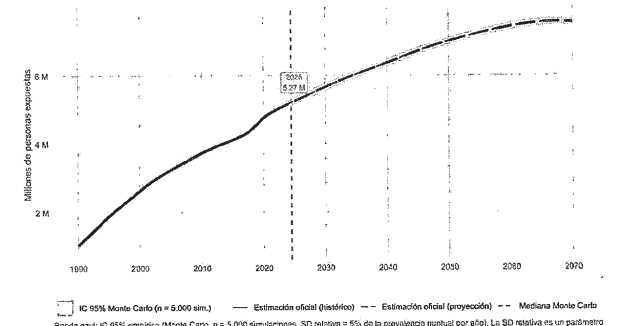
La desnutrición crónica infantil constituye un problema público de carácter estructural, cuyas consecuencias trascienden el ámbito de la salud y se expresan en el desarrollo humano, social y económico de los territorios. Al afectar de manera irreversible el desarrollo físico y cognitivo en etapas tempranas de la vida, el retraso en talla limita las oportunidades educativas, productivas y sociales de las personas.

Desde esta perspectiva, la desnutrición crónica no debe abordarse únicamente como un indicador antropométrico, sino como un determinante crítico del desarrollo territorial y del capital humano. La evidencia demuestra que la inversión en su prevención y manejo integral genera retornos sociales y económicos sustanciales, al potenciar el desarrollo pleno desde la gestación y evitar costos futuros asociados a menor productividad, mayor carga de enfermedad y exclusión social (Hoddinott et al., 2013).

De acuerdo con Akseer et al., (2022)¹⁴, la desnutrición crónica afecta negativamente el desarrollo cognitivo y educativo, lo que genera un círculo vicioso de baja productividad laboral y menor capacidad de ingreso, extendiendo su efecto a lo largo del ciclo de vida de las personas y reduciendo el capital humano nacional. El estudio estima que el sector privado en los países de ingresos bajos y medianos pierde más de US\$135 mil millones anuales en ventas debido al impacto de la desnutrición crónica sobre la productividad y el consumo. Señalan que, en el caso de Colombia, la desnutrición crónica infantil tiene un impacto económico significativo sobre el sector privado. Un trabajador adulto que fue víctima de retraso en talla durante su infancia pierde en promedio entre 41 y 58 dólares mensuales, lo que representa entre el 15,5 % y el 21,8 % de sus ingresos potenciales. Además, se estima que las empresas colombianas pierden aproximadamente 4.200 millones de dólares al año en ventas debido a la disminución de productividad asociada con el retraso en talla infantil. (Akseer et al., 2022).

¹⁴ Akseer, N., Tasic, H., Onah, M. N., Wigle, J., Rajakumar, R., Sanchez-Hernandez, D., Akuoku, J., Black, R. E., Horta, B. L., Nwuneli, N., Shina, R., Wazny, K., Japra, N., Shekar, M., & Hoddinott, J. (2022). Economic costs of childhood stunting to the private sector in low- and middle-income countries. *EClinicalMedicine*, 46, 101320. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101320>

Adicionalmente el estudio de Shekar et al., 2017 muestra que, en términos económicos, la inversión en nutrición es altamente costo-efectiva: al invertir un dólar en la reducción de la desnutrición crónica retornarán a la sociedad 11 dólares, reducir la desnutrición aguda tiene un retorno \$4 dólares y la promoción y apoyo a la lactancia materna exclusiva tiene el más alto retorno: \$35 dólares.¹⁵ En Colombia, se estima que al 2025 al menos 5.269.088¹⁶ personas pertenecen a cohortes expuestas a la desnutrición crónica infantil, y por tanto son población potencialmente afectada por sus consecuencias sobre el desarrollo cognitivo, la salud y la productividad a lo largo de la vida (Figura 10). Las proyecciones muestran que esta población continuará en aumento. Para el año 2035, se prevé que el número de personas expuestas en el país crecerá aproximadamente un 14,5 %, alcanzando un total de 6.034.243 personas¹⁷. **Figura 10.** Evolución del número acumulado de personas pertenecientes a cohortes expuestas a la desnutrición crónica infantil en Colombia (1990-2070).



Fuente: ABACO. Estimación de la carga poblacional histórica de cohortes expuestas a la desnutrición crónica infantil en Colombia: Metodología — Resultados a 2025.¹⁸

¹⁵ M Shekar, J Kakietek, JD Eberwein, D Walters (2017) An investment framework for nutrition: reaching the global targets for stunting, anemia, breastfeeding, and wasting. Washington D.C: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7

¹⁶ Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia [ABACO]. (2026). Estimación de la carga poblacional histórica de cohortes expuestas a la desnutrición crónica infantil en Colombia: Metodología — Resultados a 2025.

¹⁷ Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia [ABACO]. (2026). Estimación de la carga poblacional histórica de cohortes expuestas a la desnutrición crónica infantil en Colombia: Metodología — Resultados a 2025.

¹⁸ Las proyecciones se elaboraron utilizando la población total de Colombia estimada por el DANE (1990-2035) y aplicando la prevalencia de desnutrición crónica infantil más reciente disponible por la OMS (1990), la ENDS (1995, 2000) y la ENSIN (2005, 2010, 2015). Se asumió que la desnutrición crónica infantil sufrida en los primeros años de vida produce efectos permanentes y acumulativos sobre el desarrollo cognitivo. No se consideraron procesos de recuperación ni el impacto de posibles intervenciones posteriores.

Aunque se proyecta una disminución en la tasa de natalidad, la prevalencia de desnutrición crónica infantil se mantendría estable a lo largo de la próxima década (Figura 5). Esta persistencia, combinada con el efecto acumulativo de las cohortes previamente afectadas, implica una carga sostenida y creciente de personas con secuelas asociadas, incluso en un escenario de estabilidad epidemiológica. Este fenómeno demanda respuestas continuas, coordinadas y sostenidas a nivel nacional y local, que no solo aborden la prevención en los primeros años de vida, sino que también incluyan estrategias de mitigación y acompañamiento a largo plazo para quienes ya enfrentan estas consecuencias.

La evidencia muestra que la desnutrición crónica infantil es una problemática compleja ya que sus causas están profundamente arraigadas en determinantes sociales, económicos y ambientales. Factores como la desnutrición materna durante el embarazo, la falta de controles prenatales, la deficiencia de micronutrientes esenciales, la inadecuada lactancia materna, la inseguridad alimentaria y la alta incidencia de enfermedades infecciosas requieren una respuesta coordinada entre múltiples sectores. Por ello, las intervenciones en nutrición deben ser intersectoriales, articulando esfuerzos entre salud, educación, protección social, infraestructura y desarrollo económico. Al involucrar múltiples sectores, órdenes territoriales y actores (salud, social, educación, gobierno, comunitario y familiar) pueden mejorarse las prácticas y fomentar la vigilancia epidemiológica¹⁹.

El caso de Perú demuestra que es posible reducir de manera significativa la desnutrición crónica infantil cuando se actúa desde una política pública integral, no desde programas aislados. Entre los años 2005 y 2016 este país logró reducir la desnutrición crónica infantil del 28% al 13%, destacándose a nivel internacional por la rapidez y efectividad de sus estrategias. Este éxito fue posible gracias a una combinación de factores clave: compromiso político sostenido, mejoras en la gestión pública, coordinación intersectorial y el uso de estrategias basadas en evidencia²⁰.

De acuerdo con Marini, A & Roxo, C. (2017), hasta el año 2005, la desnutrición crónica en Perú se mantenía en niveles elevados, especialmente en zonas rurales. A pesar del crecimiento económico del país, los programas existentes eran fragmentados y no lograban un impacto significativo. Se reconoció que la desnutrición crónica era un problema multicausal, vinculado con la pobreza, el acceso a servicios básicos, la educación materna y la alimentación deficiente. Entre las principales estrategias y políticas implementadas se pueden resaltar las siguientes:

- Compromiso Político y Articulación Institucional: en 2006, se logró que los candidatos presidenciales firmaran el compromiso "5 por 5 por 5", que buscaba reducir la desnutrición en niños menores de 5 años en cinco puntos porcentuales en un período de cinco años. Esta iniciativa fue impulsada por la sociedad civil, organismos internacionales y el sector privado.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. (2014). Retraso del crecimiento en la niñez: Retos y oportunidades. Informe de un coloquio sobre cuestiones operativas relacionadas con el establecimiento y la ejecución de las agendas nacionales para la reducción del retraso del crecimiento. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

²⁰ Marini, A., & Roxo, C. (2017). Dando la talla: El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica. Banco Mundial.

- Presupuesto por Resultados (PpR): en 2007, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) estableció un sistema de presupuestos por resultados, priorizando la inversión en salud materno-infantil, nutrición y acceso a servicios básicos.
- Creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS): en 2011, se creó el MIDIS para liderar la lucha contra la desnutrición crónica y gestionar programas sociales como "Juntos", un programa de transferencias monetarias condicionadas para mejorar la alimentación y la salud de las familias más vulnerables.
- Implementación del Programa Articulado Nutricional (PAN): lanzado en 2008, el PAN permitió mejorar la focalización de recursos hacia regiones con alta desnutrición y priorizar intervenciones como control del crecimiento infantil, vacunaciones y suplementación con micronutrientes.
- Iniciativas de Comunicación y Concienciación: se promovieron campañas de información sobre la importancia de la nutrición en los primeros 1,000 días de vida, involucrando a medios de comunicación, líderes comunitarios y profesionales de la salud.
- Inversión en Agua y Saneamiento: el gobierno reconoció que el acceso a agua potable y saneamiento básico era clave para prevenir enfermedades y mejorar la nutrición infantil, por lo que destinó recursos a infraestructura en comunidades rurales.

Gracias a estas políticas, entre 2007 y 2016, el número de niños con desnutrición crónica disminuyó en un 49 % en zonas urbanas y un 50 % en zonas rurales. **Se demostró que la desnutrición podía reducirse con políticas bien diseñadas, focalización adecuada de recursos y un compromiso político sostenido.** El caso de Perú es una referencia a nivel mundial en la lucha contra la desnutrición crónica infantil, destacando la importancia de la coordinación multisectorial, la continuidad de políticas y la inversión en intervenciones basadas en evidencia.

En Colombia, hay antecedentes relevantes liderados por la sociedad civil en alianzas público privadas como la realizada por la Fundación Éxito, Fundación Santafé y el distrito de Bogotá que en el año 2019 diseñaron la **Guía Para La Prevención y el Manejo del Riesgo y la Desnutrición crónica en menores de un año en Bogotá, Colombia**, donde resaltan varios aspectos que sitúan el retraso en talla como un problema de salud pública: *"priorizar la intervención en la desnutrición crónica, no simplemente como una "clasificación antropométrica de talla baja o retraso en talla", sino como un problema de desarrollo social...Intervenir la desnutrición crónica, posicionarla como tal y no solo desde la clasificación antropométrica de talla baja o retraso en talla... debe ser una prioridad para el desarrollo de las sociedades y sus territorios"*²¹. A la fecha esta guía no se ha implementado.

²¹ Fundación Santa Fe de Bogotá, Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS), & Fundación Éxito. (2019). Guía de prevención y manejo del riesgo y la desnutrición crónica en menores de un año de edad como un evento de interés en salud pública. Fundación Éxito

Por lo anterior, se hace imprescindible gestionar la construcción y adopción de una política pública específica que permita la creación de un modelo integral para la prevención de la desnutrición crónica. Este modelo debe contemplar mecanismos eficaces para la identificación temprana, el monitoreo permanente y la gestión oportuna de sus determinantes estructurales, así como para el diagnóstico y tratamiento adecuado de los casos identificados. Su implementación debe estar a cargo de las entidades estatales competentes y contar con el respaldo activo de la academia, el sector privado y la sociedad civil, en un esfuerzo conjunto que garantice su sostenibilidad y efectividad.

5. IMPACTO FISCAL

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional:

"Las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último, en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica; empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7° de la Ley 819 de 2003 no puede interpretarse de modo tal que la falta de

concurrency del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.

Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.

Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda".

6. CONFLICTOS DE INTERÉS

Con base en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, según el cual el autor del proyecto y los ponentes presentan en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describe las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto y de acuerdo con los artículos 286 y 291 de la ley 5° de 1992, se incluyen criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.

Por lo anterior, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa:

"ARTÍCULO 3o. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (...)
a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.
b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil".

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

- a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.*
- b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.*
- c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.*
- d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.*
- f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...)"*

En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada congresista evaluarlos, pudiendo manifestar cuando considere que está inmerso en impedimento durante el trámite legislativo del Proyecto de Ley.

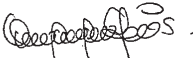
7. PROPOSICIÓN

En virtud de lo anterior, solicitamos a la Secretaría General del Senado de la República dar inicio al trámite legislativo respectivo del presente proyecto de ley **"Por medio de la cual se crea la política nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones"**.

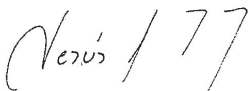
Atentamente,



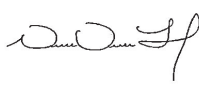
NORMA HURTADO SANCHEZ
Senadora de la República



ANA PAOLA GARCÍA SOTO
Senadora de la República



JESÚS ARMANDO BEDOYA RODRÍGUEZ
Representante a la Cámara por el Quinto Partido Centro
Democrático



NATALY VÉLEZ LOPERA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



GREGORIO ORJUELA PÉREZ
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático



BLEIDY PÉREZ BALLESTAS
Representante a la Cámara por Bogotá D.C. Partido
Liberal Colombiano

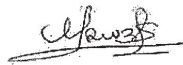


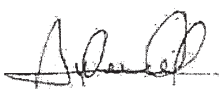
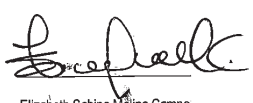
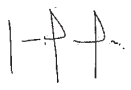
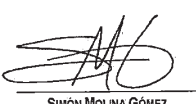
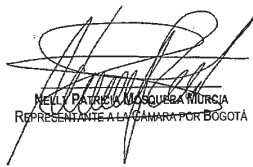
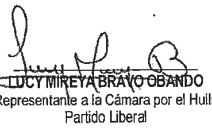
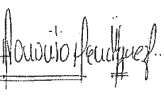
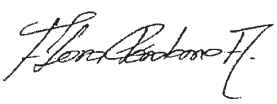
Juliana Aray Franco
Representante a la Cámara Departamento de Bolívar

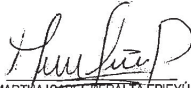
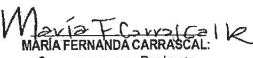
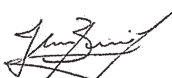
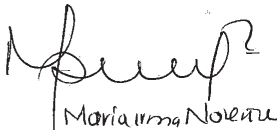
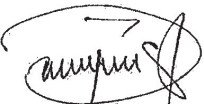
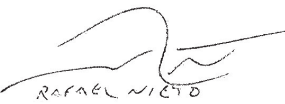


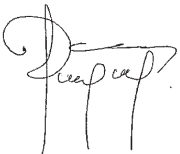
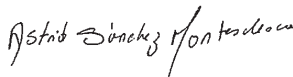
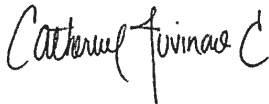
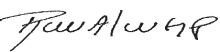
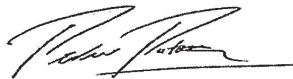
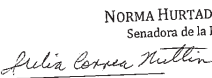
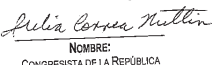
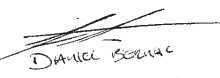
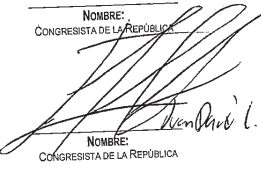
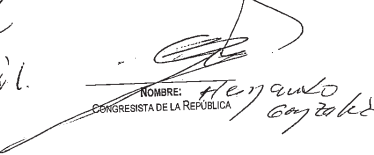
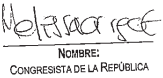
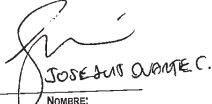
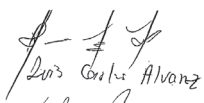
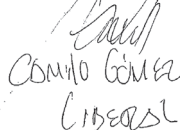
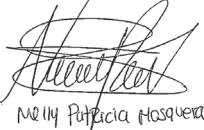
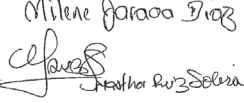
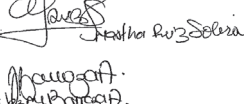
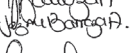
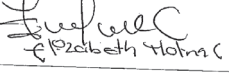
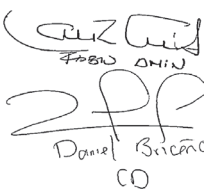
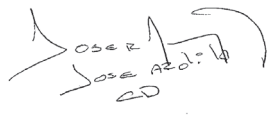
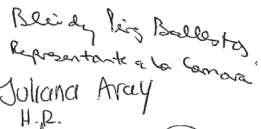
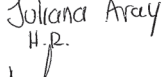
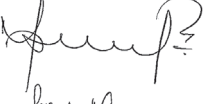
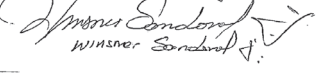
Diego GARCÍA ALFONSO.
Representante a la Cámara por Casanare
Alianza Verde





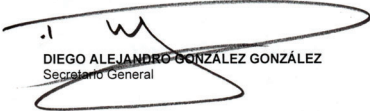
CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS SENADORA DE LA REPÚBLICA  JUAN ESPINAL Senador de la República  ANA LIGIA MORA MARTINEZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  JUAN LORETO GÓMEZ SOTO REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR LA GUAJIRA PARTIDO CONSERVADOR MARTHA ISABEL RUIZ SOLERA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR CÓRDOBA COLOMBIA RENACIENTE  ALEJANDRO CASTILLO GAITÁN Representante a la Cámara CITREP 7 META-GUAVIARE EIMY SUÁREZ GONZÁLEZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA CR NORTE DE SANTANDER  NOMBRE: CAROL BORDA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ SALVACIÓN NACIONAL.	Jennifer Pedraza S JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL SENADORA DE LA REPÚBLICA PARTIDO DIGNIDAD Y COMPROMISO  NADIA BLEL SCAFF SENADORA DE LA REPÚBLICA CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  LUIS ALFONSO CHAVEZ RIVERA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL VALLE DEL CAUCA PARTIDO DE LA U  Elizabeth Sabina Molina Campo REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR MAGDALENA PARTIDO DEMOCRATA COLOMBIANO  GUILLERMO LEÓN BLANCO VALENCIA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR SANTANDER PARTIDO CONSERVADOR COLOMBIANO  ALEJANDRO DE LA OSSA LACAYO Representante a la Cámara por Sucre CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA
 ESTEBAN QUINTERO CARDONA SENADOR DE LA REPÚBLICA  JUAN MANUEL LONDOÑO JARAMILLO REPRESENTANTE A LA CÁMARA  SIMÓN MOLINA GÓMEZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR ANTIOQUIA PARTIDO CREEMOS  VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL VALLE DEL CAUCA  LUIS GUILLERMO PATIÑO ARISTIZÁBAL REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR ANTIOQUIA PARTIDO CREEMOS  NEILY PATIÑO MASQUERA MURCIA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ	 JOHN ALEJANDRO BERMEO Senador de la Republica Salvación Nacional  LUIS CARLOS ÁLVAREZ MORALES REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL VICHADA PARTIDO LIBERAL  MILENE JARAVA DÍAZ Representante a la Cámara Departamento de Sucre  LUCYMIREYA BRAVO OBANDO Representante a la Cámara por el Huila Partido Liberal  NOMBRE: HONORIO HENRIQUEZ SENADOR DE LA REPÚBLICA  FLORA PERDOMO ANDRADE Representante a la Cámara por el Huila Partido Liberal  NOMBRE:LUIS CARLOS RÚA SANCHEZ CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  MAURICIO ANDRÉS TORO ORJUELA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOGOTÁ PARTIDO VERDE

 ÓSCAR DARÍO PÉREZ PINEDA Representante a la Cámara por Antioquia Partido Centro Democrático  MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ SENADORA DE LA REPÚBLICA - MAIS  PEDRO HERNANDO FLORES PORRAS SENADOR DE LA REPÚBLICA - PACTO HISTÓRICO  ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA  MARIA CAMILA SALAS SALAS REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR BOLÍVAR  JOSE LUIS ABDALA OLIVERA Representante a la Cámara  MARIA FERNANDA CARRASCAL CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  ALIX-WRLEY VARGAS TORRADO Senadora de la República	DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA  JHON JAIRÓ BERRÍO LÓPEZ Representante a la Cámara por Antioquia  ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA SENADOR DE LA REPÚBLICA CENTRO DEMOCRÁTICO  FERNEY SILVA IDROBO SENADOR DE LA REPÚBLICA  Maria Emma Nolente NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: CRISTIAN GARCÍA CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA SILVA
 CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Representante a la Cámara Por Vaupés  RAFAEL NIETO LOAIZA SENADOR DE LA REPÚBLICA CENTRO DEMOCRÁTICO  ALEXANDER BERMÚDEZ LASSO Representante a la Cámara Departamento  NOMBRE: HÉCTOR DAVID CHAPARRO Representante a la Cámara CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA	 NOMBRE: JUAN DAVID RANGEL YÁÑEZ Representante a la Cámara Departamento de Córdoba CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: SELMEN DAVID ARANA CANO CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: WILMER RAMIRO CARRILLO MENDOZA SENADOR DE LA REPÚBLICA  JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ Representante a La Cámara Norte de Santander  MELLO CASTRO GONZALEZ Representante a la Cámara

 DELCY ESPERANZA ISAZA BUENAVENTURA REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR EL TOLIMA PARTIDO CONSERVADOR  ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA H. Representante a la Cámara Departamento de Chocó  CATHERINE JUVINAO CLAVIJO Representante a la Cámara por Bogotá  EDGARDO MIGUEL ESPITIA CABRALES Senador De La República  RENZO ALEXANDER GARCÍA PARRA Representante a la Cámara por Tolima Pacto Histórico  ZANDRA MARÍA BERNAL RINCÓN Senadora de la República	 PEDRO ANTONIO PATERNINA GULFO Representante a la Cámara Departamento de Sucre Partido Liberal  JHONN ALEXANDER MOLINA BETANCUR Representante a la Cámara Departamento de Guainía Partido de la U  TATIANA JUDITH GAONA PINZON Representante a la Cámara CITREP No 4  JONATHAN PULIDO HERNÁNDEZ Senador de la República de Colombia.
 NORMA HURTADO SÁNCHEZ Senadora de la República  NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA  NOMBRE: CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA	 Luis Carlos Alvaraz  CONRADO GÓMEZ LIBERAL  Andrés  Melly Patricia Mosquera.  Milene Parrota Díaz  Natalia Rozadilla.  Juan Carlos  Elizabeth  David Briceno CO  Jose  David  Belén Liz Ballesteros Representante a la Cámara H.P.  Juliana Aray  Juan  Juan  Wilson

Bibliografía Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia [ABACO]. (2026). Estimación de la carga poblacional histórica de cohortes expuestas a la desnutrición crónica infantil en Colombia: Metodología – Resultados a 2025. Akseer, N., Tasic, H., Onah, M. N., Wigle, J., Rajakumar, R., Sanchez-Hernandez, D., Akuoku, J., Black, R. E., Horta, B. L., Nwuneli, N., Shine, R., Wasny, K., Japra, N., Shekar, M., & Hoddinott, J. (2022). <i>Economic costs of childhood stunting to the private sector in low- and middle-income countries</i>. <i>EClinicalMedicine</i>, 45, 101320. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101320 Benjamin-Chung, J., Mertens, A., Colford, JM et al. Crecimiento lineal en la primera infancia: un problema en países de ingresos bajos y medios. <i>Nature</i> 621, 550–557 (2023). https://doi.org/10.1038/s41586-023-06418-5 Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., ... & Uauy, R. (2013). <i>Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries</i>. <i>The Lancet</i>, 382(9890), 427-451. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X Byker Shanks, C., Andress, L., Hardison-Moody, A., Jilcott Pitts, S. B., Patton-López, M., Prewitt, T. E., Dupuis, V., Wong, K., Kirk-Epstein, M., Engelhard, E., Hake, M., Osborne, I., Hoff, C., & Haynes-Maslow, L. (2022). <i>Food insecurity in rural America: An examination of struggles and coping mechanisms to feed a family for households earning low incomes</i>. <i>Nutrients</i>, 14(24), 5250. https://doi.org/10.3390/nu14245250 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2025). <i>Proyecciones poblacionales 2024</i>. Recuperado de https://www.dane.gov.co Fundación Éxito, Fundación Santa Fe de Bogotá & Alcaldía de Bogotá. (2019). <i>Guía para la prevención y el manejo del riesgo y la desnutrición crónica en menores de un año en Bogotá, Colombia</i>. Bogotá: Fundación Éxito. Hills, A. P., Hills, S., Jayasinghe, S., & Byrne, N. M. (2025). Time to Focus on Movement and Active Play Across the First 2000 Days of Life. <i>Future</i>, 3(1), 4. Hoddinott, J., Alderman, H., Behrman, J. R., Haddad, L., & Horton, S. (2013). The economic rationale for investing in stunting reduction. <i>Maternal and Child Nutrition</i>, 9(S2), 69–82. https://doi.org/10.1111/mcn.12080 Huamán Guadalupe, L. N., Vásquez Chávez, N. M., & Gutiérrez Silva, M. A. (2018). <i>Inseguridad alimentaria y estado nutricional en niños menores de cinco años</i>. <i>Revista de la Facultad de Medicina Humana</i>, 18(4), 47-54. https://doi.org/10.25176/RFMH.v18i4.1631 Instituto Nacional de Salud (INS). (2024). <i>Tablero de vigilancia de morbilidad por desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años (2017–2024)</i>. Recuperado de https://www.ins.gov.co Laws, R., Adam, M., Esdalle, E., Love, P., & Campbell, K. J. (2022). What Works to Improve Nutrition and Food Sustainability across the First 2000 Days of Life: A Rapid Review. <i>Nutrients</i>, 14(4), 731. https://doi.org/10.3390/nu14040731 Masitoh, S., Nurokhmah, S., & Ronoatmodjo, S. (2023). <i>The correlation between food insecurity level and stunting in Indonesia</i>. <i>Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat</i>, 13(3), 385–398. https://doi.org/10.26553/ijkm.2022.13.2.385-398 Marini, A., & Rokx, C. (2017). <i>Standing Tall: Peru's Success in Overcoming Its Stunting Crisis</i>. Washington, DC: World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1017-6 Medellín Cómo Vamos & Fundación Éxito. (2025). Calidad de vida de la primera infancia en Medellín, 2023. https://www.medellincomovamos.org/system/files/2025-03/docuprivados/20250117_PRIMERA%20INFANCIA_V1.pdf Medellín Cómo Vamos. (2024). <i>Informe de Calidad de Vida de Medellín 2020-2023. Capítulo 3: Análisis sectorial de la calidad de vida</i>. Alcaldía de Medellín - Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.medellincomovamos.org Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). <i>Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia – ENSIN 2015</i>. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud – ICBF – Minsalud. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2024). <i>Suite of Food Security Indicators</i>. FAOSTAT. https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS Perfil Alimentario y Nutricional de los menores de 18 años de Antioquia – PAÑA. (2023). Gobernación de Antioquia – Secretaría Seccional de Salud y Protección Social. Silva, F. M. da, Sousa, F. I. da S. e., Pinheiro, A. D. V., Braga, R. A. M., Melo, M. L. P. de, Almondes, K. G. de S., & Maia, C. S. C. (2021). <i>Acute malnutrition is associated with the high nutritional risk obtained by STRONGkids in children and adolescents with infectious diseases</i>. <i>Research, Society and Development</i>, 10(11), e13101119599. https://doi.org/10.35448/rsd-v10i11.19599 Shekar, M., Kakietek, J., Eberwein, J. D., & Walters, D. (2017). <i>An Investment Framework for Nutrition: Reaching the Global Targets for Stunting, Anemia, Breastfeeding, and Wasting</i>. The World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1010-7 Tickell, K. D., Pavlinac, P. B., John-Stewart, G., Denno, D. M., Richardson, B. A., Naulikha, J. M., Kirera, R., Swierczewski, B. E., Singa, B., & Watson, J. L. (2017). <i>Impact of childhood nutritional status on pathogen prevalence and severity of acute diarrhea</i>. <i>The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene</i>, 97(5), 1337–1344. https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0139 UNICEF. (2021). The Innocenti Framework on Food Systems for Children and Adolescents. Saavedra et al. – Nutrition and the Microbiome in the First 1000 Days and Beyond. Victora, C. G., Christian, P., Videlletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: Variable progress towards an unfinished agenda. <i>The Lancet</i>, 397(10282), 1388–1399. 2021. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9	SECCION DE LEYES SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES Bogotá D.C., 08 de Septiembre de 2026 Señor Presidente: Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 237/26 Senado “POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA LA POLÍTICA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA Y MANEJO INTEGRAL DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores NORMA HURTADO SÁNCHEZ, ANA PAOLA GARCÍA SOTO, CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS, JUAN ESPINAL RAMÍREZ, JENNIFER PEDRAZA SANDOVAL, NADIA BLEI SCAFF, ESTEBAN QUINTERO CARDONA, JOHN ALEJANDRO BERMEO RODRÍGUEZ, HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO, MARTHA PERALTA EPIEYÚ, PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, HÉCTOR OLIMPO ESPINOSA OLIVER, ALFREDO DELUQUE ZULETA, ALIX YRLEY VARGAS TORRADO, FERNEY SILVA IDROBO, ANDRÉS FORERO MOLINA, MARÍA IRMA NOREÑA ARBOLEDA, CHRISTIAN MUNIR GARCÉS ALJURE, RAFAEL NIETO LOAIZA, SELMEN DAVID ARANA CANO, WILMER CARRILLO MENDOZA, EDGARDO MIGUEL ESPITIA CABRALES, ZANDRA BERNAL RINCÓN, JONATHAN PULIDO HERNÁNDEZ, JULIA CORREA NUTTIN, FABIO RAÚL AMIN SALEME; y los Honorables Representantes JESÚS ARMANDO BEDOYA RODRÍGUEZ, NATALY VÉLEZ LOPERA, GREGORIO ORJUELA PÉREZ, BLEIDY PÉREZ BALLESTAS, JULIANA ARAY FRANCO, DIEGO GARCÍA ALFONSO, MARTHA ISABEL RUIZ SOLERA, ALEJANDRO CASTILLO GAITÁN, ANA LIGIA MORA MARTÍNEZ, EIMY SUÁREZ GONZÁLEZ, JUAN LORETO GÓMEZ SOTO, CAROL BORDA, ELIZABETH SABINA MOLINA CAMPO, GUILLERMO LEÓN BLANCO VALENCIA, LUIS ALFONSO CHÁVEZ RIVERA, ALEJANDRO DE LA OSSA LACAYO, JUAN MANUEL LONDOÑO JARAMILLO, SIMÓN MOLINA GÓMEZ, VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO, LUIS GUILLERMO PATIÑO ARISTIZABAL, NELLY PATRICIA MOSQUERA MURCIA, LUIS CARLOS ÁLVAREZ MORALES, LUCY MIREYA BRAVO OBANDO, FLORA PERDOMO ANDRADE, LUIS CARLOS RÚA SÁNCHEZ, OSCAR DARIO PÉREZ PINEDA, ELIZABETH JAY-PANG DÍAZ, MARÍA CAMILA SALAS SALAS, MARÍA FERNANDA CARRASCAL, JOSÉ LUIS ABDALLA OLIVERA, JHON JAIRO BERRIO LÓPEZ, FRANYELA BERMÚDEZ SERNA, CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES, ALEXANDER BERMÚDEZ LASSO, HÉCTOR DAVID CHAPARRO, JUAN DAVID RANGEL YÁÑEZ, JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ, MELLO CASTRO GONZÁLEZ, DELCY ISAZA BUENAVENTURA, ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA, CATHERINE JUVINAO CLAVIJO, RENSO ALEXANDER GARCÍA PARRA, PEDRO ANTONIO PATERNINA GULFO, JHONN ALEXANDER MOLINA BETANCUR, TATIANA GAONA PINZÓN, DANIEL BERNAL MONTEALEGRE, JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ, HERNANDO GONZÁLEZ, MELISSA ORREGO EUSSE, JOSÉ LUIS DUARTE CONTRERAS, DIEGO ZAMBRANO PARDO, LUIS CARLOS ÁLVAREZ MORALES, CAMILO ANDRÉS GÓMEZ MOSQUERA, DANIEL BRICEÑO MONTES, ANDRÉS GUERRA HOYOS, JOSÉ RICARDO ARDILA PINEDO, DAVID COTE RODRÍGUEZ, JUAN DAVID ZULUAGA ZULUAGA, NELLY PATRICIA MOSQUERA, MILENE JARAVA DÍAZ, BLEIDY PÉREZ
---	---

BALLESTAS, JULIANA ARAY FRANCO, MARTHA RUIZ SOLERA, JEZMI BARRAZA ARRAUT, ELIZABETH MOLINA CAMPO, WINSNER SANDOVAL IBÁÑEZ, DIEGO FRAN ARIZA PÉREZ y otras firmas ilegibles. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SEPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.



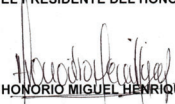
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – SEPTIEMBRE 08 DE 2026

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por reparto el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SEPTIMA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA



HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO
SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA



DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Proyecto: Política Nacional para la Prevención, Detección Temprana y Manejo Integral de la Desnutrición Crónica en Niños y Niñas de 0 a 59 Meses de Edad
Respeto: Dra. Juliana Franco

CARTAS DE ADHESIÓN

CARTA DE ADHESIÓN COMO COAUTOR AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 237 DE 2026 SENADO

HONORABLE SENADOR DIEGO FRAN ARIZA PÉREZ

por medio de la cual se crea la Política Nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones

Bogotá, D. C., 9 de septiembre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Senado de la República

Asunto: Adhesión al Proyecto de Ley No. 237 – “Por medio de la cual se crea la Política Nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones”

Respetado señor Secretario General:

Por medio de la presente, en mi calidad de Representante a la Cámara por el departamento de Santander, manifiesto formalmente mi adhesión como coautor al Proyecto de Ley No. 237, “Por medio de la cual se crea la Política Nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones”, iniciativa radicada por la Honorable Senadora Norma Hurtado Sánchez.

La protección integral de la primera infancia y, particularmente, la prevención y atención de la desnutrición crónica constituyen asuntos de especial relevancia para el país. En ese sentido, considero fundamental avanzar en la consolidación de una política pública nacional que permita fortalecer las acciones de prevención, detección temprana, atención y seguimiento integral de los niños y niñas entre los cero (0) y cincuenta y nueve (59) meses de edad.

Por lo anterior, respetuosamente solicito a la Secretaría General del Senado de la República que se sirva registrar mi adhesión como coautor de la mencionada iniciativa legislativa

Agradezco su atención y colaboración.

Cordialmente,



DIEGO FRAN ARIZA PÉREZ
Representante a la Cámara por Santander
Partido de la U

C O N T E N I D O

Gaceta número 1321 - Jueves, 17 de septiembre de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY Págs.

Proyecto de Ley número 237 de 2026 Senado, por medio de la cual se crea la política nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones	1
---	---

CARTAS DE ADHESIÓN

Carta de adhesión como coautor al Proyecto de Ley número 237 de 2026 Senado, honorable Senador Diego Fran Ariza Pérez, por medio de la cual se crea la Política Nacional para la prevención, detección temprana y manejo integral de la desnutrición crónica en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y se dictan otras disposiciones.....	20
--	----