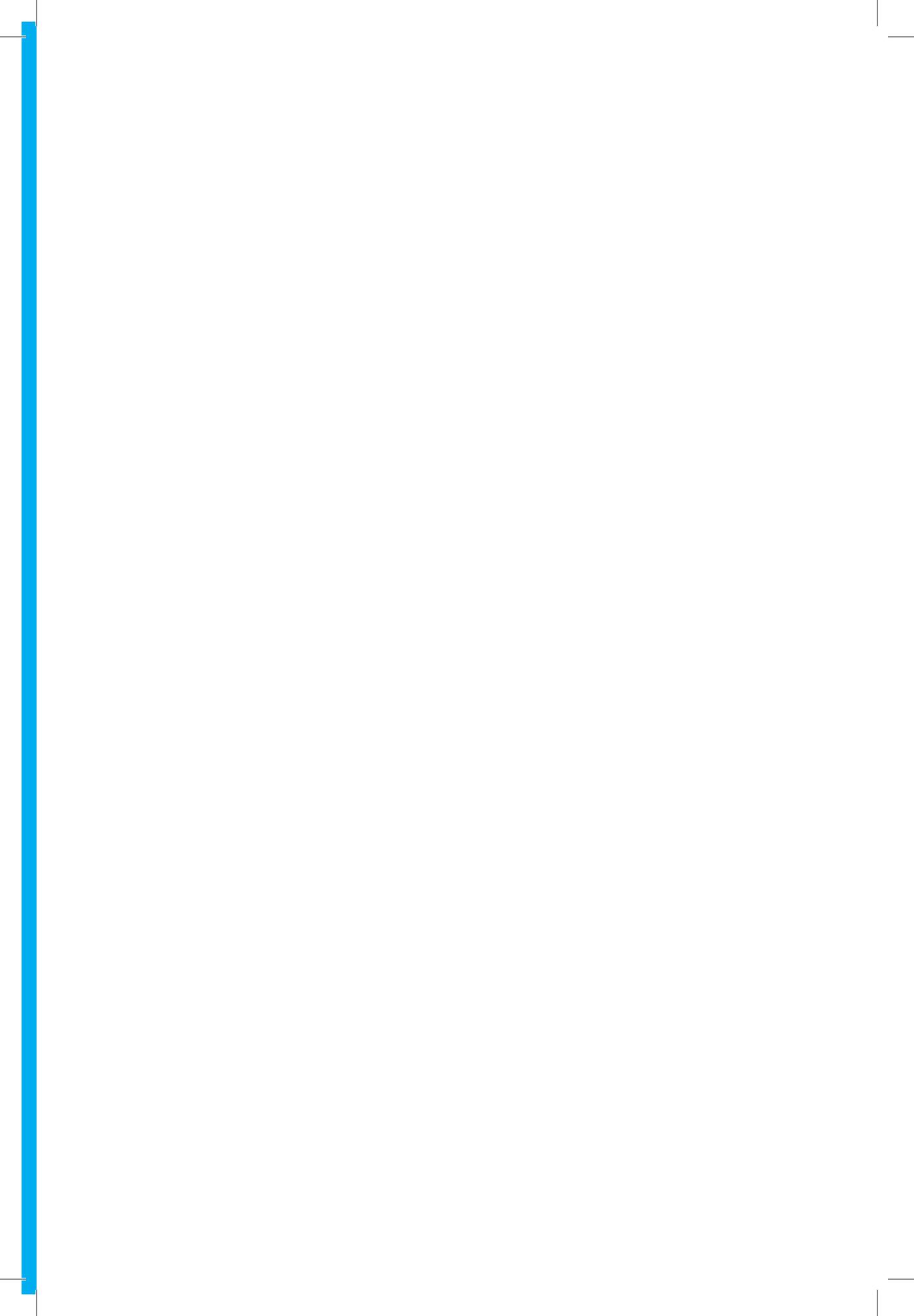




Evaluación de resultados Servicio de comedores

Alcaldía de Bogotá



Evaluación de resultados

Servicio de comedores

Secretaría Distrital de Integración Social

Primera edición: 250 ejemplares

Carrera 7 # 32 -12

Teléfono: +57 (1) 3 27 97 97

Edificio San Martín

E-mail: integracion@sdis.gov.co

Edición: Jacqueline Colmenares Rodríguez

Corrección de estilo: Alejandra Manrique - Felipe Bonilla Serna

Diseño interior: Juan Carlos Benavides

Foto portada: Archivo Secretaría Distrital de Integración Social

Impresión:

Panamericana e Impresos S.A.

Calle 65 # 95 - 28, Bogotá

Teléfono: 430 0355

Bogotá, D. C., Colombia

Impreso en Colombia



Todos los derechos reservados para la Secretaría Distrital de Integración Social 2019 ©

El contenido de esta publicación puede ser usado, citado y divulgado siempre y cuando se realice la debida cita bibliográfica cumpliendo las respectivas normas de derechos de autor.

Alcaldía de Bogotá

Enrique Peñalosa Londoño
Alcalde Mayor de Bogotá

Secretaría Distrital de Integración Social

María Consuelo Araujo (2016-2018)
Cristina Vélez Valencia (2018-2019)
Gladys Sanmiguel Bejarano (2019)
Secretaria de Integración Social

Maritza Mosquera Palacios
Subsecretaria

Liliana Pulido Villamil
Directora de Análisis y Diseño Estratégico

María Carolina Salazar Pardo
Directora Poblacional

Juan Carlos Peña
Director de Nutrición y Abastecimiento

Martha Liliana Huertas
Subdirectora de Nutrición

Mariana Muñoz Rincón
Coordinadora Grupo de Investigaciones

Amanda Ruíz
Grupo de investigaciones

Isegoría - E-valorar

Andrés Gordillo
Director

Hugo Navarro
Experto cuantitativo

Edison Castro
Experto cualitativo

Diego Cuellar
Estadístico

Paola Mamel
Coordinadora operative

Omar Herrera
Analista cuantitativo

Juan David Niño
Angélica Vera
Analistas cualitativos

Lucía Llanes
Consolidación de informes

Contenido

Presentación.....	17
Introducción.....	19
1. Marco conceptual.....	21
1.1. Seguridad alimentaria y nutricional.....	21
1.2. Estado nutricional.....	21
1.3. Hábitos saludables.....	22
1.4. Corresponsabilidad.....	22
2. Caracterización del servicio de comedores.....	23
2.1. Antecedentes.....	23
2.2. Mapa de actores del servicio.....	24
2.3. Cadena de valor.....	25
3. Objetivos de la evaluación.....	27
4. Metodología de la evaluación.....	29
4.1. Teoría de cambio.....	29
4.2. Fuentes de información y técnicas de análisis.....	32
4.2.1. Componente cuantitativo.....	32
4.2.2. Componente cualitativo.....	38
4.2.3. Triangulación.....	40
5. Resultados del análisis de la operación del servicio de comedores.....	45

5.1. Planeación.....	45
5.1.1. Procesos de ingreso y focalización.....	45
5.1.2. Procesos de egreso de los participantes.....	47
5.1.3. Contratación de operadores.....	48
5.1.4. Costeo de la operación.....	49
5.1.5. Unidades operativas: infraestructura y ubicación.....	50
5.1.6. Recurso humano.....	51
5.2. Implementación.....	51
5.2.1. Componente técnico.....	52
5.2.2. Componente social.....	57
5.2.3. Componente administrativo-financiero.....	60
5.3. Seguimiento y evaluación.....	61
5.3.1. Seguimiento y evaluación de otros actores.....	63
5.4. Coordinación inter e intrainstitucional.....	63
6. Resultados de la evaluación del servicio de comedores.....	67
6.1. Caracterización de los participantes.....	67
6.1.1. Aspectos sociodemográficos.....	68
6.1.2. Seguridad social y salud.....	69
6.1.3. Educación.....	70
6.1.4. Vivienda.....	70
6.1.5. Trabajo.....	70
6.1.6. Grupos etarios y población diferencial.....	71

6.1.7. Género	76
6.1.8. Etnia.....	76
6.2. Resultados de los componentes del servicio.....	77
6.2.1. Estado nutricional.....	77
6.2.2 Adquisición de hábitos y estilos de vida saludables.....	88
6.2.3 Seguridad alimentaria.....	102
6.2.4 Plan de Atención Individual y Familiar – PAIF, corresponsabilidad y gestión..	108
6.2.5 Redes sociales y comunitarias.....	116
6.3 Resultados indirectos	118
6.4 Pertinencia.....	121
Bibliografía	157

Listado de gráficas

Gráfica 1. Principales hitos históricos del servicio de comedores.....	24
Gráfica 2. Principales actores que se relacionan con el servicio.....	24
Gráfica 3. Cadena de valor del servicio de comedores	25
Gráfica 4. Lógica de la evaluación de resultados.....	30
Gráfica 5. Teoría de cambio que se analiza en la evaluación	30
Gráfica 6. Distribución por raciones.....	35
Gráfica 7. Esquema de campo operativo del componente cuantitativo	36
Gráfica 8. Suministro alimentario	54
Gráfica 9. Actividades del subcomponente sanitario y buenas prácticas de manufactura.....	56
Gráfica 10. Funcionamiento del componente social.....	57
Gráfica 11. Acuerdos de corresponsabilidad.....	58
Gráfica 12. Distribución de los participantes por edad	68
Gráfica 13. Estado nutricional de los participantes menores de 18 años por el indicador de talla para la edad en cada toma 2017-2018(I) ...	80
Gráfica 14. Estado nutricional de los participantes menores de 18 años por el IMC para la edad, en cada toma 2017-2018(I).....	81
Gráfica 15. Estado nutricional de los participantes mayores de 18 años por el IMC para la edad en cada toma, servicio de comedores 2017-2018(I).....	82
Gráfica 16. Cambio en la clasificación del estado nutricional de los participantes considerados “En Normalidad” según el IMC para la edad.....	85
Gráfica 17. Comparativo entre IMC real y autopercepción del peso corporal por grupo etario en participantes con IMC normal	88
Gráfica 18. Distribución de la población con inseguridad alimentaria según severidad, comedores 2018.....	103

Gráfica 19. Inseguridad por nivel de exposición	104
Gráfica 20. Inseguridad alimentaria por grupos etarios	105
Gráfica 21. Distribución de tiempo con el PAIF	110
Gráfica 22. Distribución de número de compromisos	111
Gráfica 23. Distribución de compromisos por derechos.....	112

Listado de tablas

Tabla 1. Marco muestral.....	34
Tabla 2. Técnicas cualitativas implementadas durante la evaluación.....	39
Tabla 3. Personas por toma	78
Tabla 4. Indicadores de conocimientos.....	90
Tabla 5. Diferencias en indicadores de conocimientos sobre hábitos de actividad física.....	92
Tabla 6. Indicadores de actitudes.....	93
Tabla 7. Diferencias en indicadores de actitudes sobre hábitos de actividad física...	96
Tabla 8. Indicadores de prácticas	97
Tabla 9. Resumen hallazgos en conocimientos, actitudes y prácticas.....	99
Tabla 10. Variables de análisis respecto a la satisfacción con actividades de Educación Alimentaria y Nutricional 2017 - 2018 (I).....	101
Tabla 11. Resultados de regresiones.....	107
Tabla 12. Diferencias de personas sin PAIF	109
Tabla 13. Cumplimiento por derecho.....	112
Tabla 14. Correlación del PAIF con otros resultados	115
Tabla 15. Modelos de regresión para determinar pertinencia bajo criterios de focalización y priorización del servicio de comedores.....	127

Listado de ilustraciones

Ilustración 1. Lógica de cambios en puntaje de IMC para llevar a clasificación normal.....	84
--	----

Listado de mapas

Mapa 1. Relación entre número de cupos y población objetivo del servicio de comedores en cada UPZ	124
---	-----

Mapa 2. Colegios distritales más cercanos alrededor de los comedores.....	129
---	-----

Listado de anexos

Anexo 1. Preguntas orientadoras de la evaluación.....	135
---	-----

Anexo 2. Indicadores de contexto por grupos etarios	140
---	-----

Anexo 3. Estimación del cambio entre tomas en el estado nutricional por el IMC: Menores de edad.....	144
--	-----

Anexo 4. Estimación del cambio entre tomas en el estado nutricional por el IMC: Menores de edad.....	145
--	-----

Anexo 5. Estimador de diferencias en diferencias de cambio en el estado nutricional por el IMC.....	146
---	-----

Anexo 6. Puntaje promedio y coeficiente de variación para cada una de las variables analizadas sobre conocimientos en hábitos y estilos de vida saludables, desagregación por grupos.....	148
---	-----

Anexo 7. Puntaje promedio y coeficiente de variación para cada una de las variables analizadas sobre actitudes frente a hábitos y estilos de vida saludables, desagregación por grupos.....	150
---	-----

Anexo 8. Puntaje promedio y coeficiente de variación para cada una de las variables analizadas sobre prácticas en hábitos y estilos de vida saludables, desagregación por grupos.....	152
---	-----

Anexo 9. Resultados en satisfacción del servicio por grupos etarios	154
---	-----

Presentación

La Secretaría Distrital de Integración Social, entidad líder del sector social en la ciudad de Bogotá, responsable de la formulación e implementación de políticas públicas poblacionales orientadas al ejercicio de derechos, ofrece servicios sociales y promueve de forma articulada la inclusión social, el desarrollo de capacidades y la mejora en la calidad de vida de la población en mayor condición de vulnerabilidad.

En el Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Mejora para Todos 2016-2020, en el pilar Calidad de vida, se encuentra el proyecto estratégico Bogotá te Nutre, que busca avanzar en el diseño, implementación y evaluación de estrategias que conlleven a la educación, el acceso a los alimentos y el mejoramiento nutricional de la población de la ciudad. Con especial énfasis en la atención de niños y niñas menores de cinco años, mujeres en gestación y hogares identificados y caracterizados en inseguridad alimentaria.

En este marco se realizó, por primera vez, la evaluación de resultados del servicio de comedores, con el fin de conocer de manera objetiva su estado actual y diseñar estrategias de mejoramiento que contribuyan a su calidad en beneficio de la población más vulnerable.

El presente documento presenta los principales resultados y recomendaciones de dicha evaluación, realizada por la Unión Temporal Isegoría / E-valorar, a través de concurso de méritos, que tuvo como propósito medir los efectos del servicio sobre el estado nutricional, la adopción de hábitos saludables, la seguridad alimentaria y la corresponsabilidad de la población atendida.

Liliana Pulido Villamil

Directora de Análisis y Diseño Estratégico
Secretaría Distrital de Integración Social

Introducción

El objetivo del servicio de comedores es beneficiar a la población en inseguridad alimentaria moderada y severa de la ciudad mediante la entrega de una alimentación equilibrada, suficiente, adecuada e inocua. Los comedores ofrecen una comida diaria a los participantes que corresponde al 40 % del requerimiento diario de energía y nutrientes, estimados a partir de las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes – RIEN. Adicionalmente, este servicio desarrolla procesos de inclusión social y fortalecimiento de capacidades de los participantes.

En 2018, la Secretaría Distrital de Integración Social tenía en funcionamiento 124 comedores distribuidos en 18 localidades de la ciudad¹. En estos, se atendieron 45.795² personas, a través de 35.700 cupos correspondientes a la capacidad instalada para atender 5.700 personas diarias. El presupuesto ejecutado en el 2018 por el servicio de comedores fue de \$56.432.006.027³ millones de pesos, del total de los \$190.131.744.094 millones ejecutados por el proyecto Bogotá te Nutre (SDIS, 2018e).

19

Hasta la fecha el servicio ha experimentado cambios encaminados a responder a las necesidades de la población más vulnerable de la ciudad. En la actualidad cuenta con tres componentes: social, que brinda herramientas y oportunidades para que los participantes superen sus condiciones de vulnerabilidad; técnico, que se compone de acciones directas para mejorar las condiciones nutricionales de los participantes; y el componente administrativo y financiero.

¹Antonio Nariño, Barrios Unidos, Bosa, Chapinero, Ciudad Bolívar, Engativá, Fontibón, Kennedy, La Candelaria, Los Mártires, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Santa Fe, Suba, Tunjuelito, Usaquén y Usme. En 2019 se mantiene el mismo número de comedores en funcionamiento.

²Esta cifra corresponde al reporte de Personas Únicas Atendidas – PUA. Fuente: Secretaría Distrital de Integración Social - Dirección de Análisis y Diseño Estratégico. 2018.

³Adicionalmente, se ejecutaron \$6.443.654.541 millones de pesos en contratos de interventoría a comedores. Fuente: Secretaría Distrital de Integración Social.

La evaluación estableció cuatro objetivos específicos:

- Caracterizar el servicio de comedores y las personas que asisten al mismo.
- Identificar los resultados que el servicio de comedores tiene en las personas atendidas.
- Determinar el efecto que tiene la operación del servicio sobre el logro de los objetivos.
- Establecer si el servicio de comedores es pertinente para los perfiles de los participantes.

El presente documento se estructura en siete capítulos. Los cuatro primeros corresponden al marco conceptual, descripción y caracterización del servicio, los objetivos y la metodología utilizada para la evaluación. En el quinto capítulo se realiza un análisis de la operación del servicio, según las fases de planeación, implementación, seguimiento y evaluación, además, incluye un análisis sobre la coordinación inter e intrainstitucional.

El sexto capítulo presenta la evaluación de resultados, de acuerdo con sus temas más relevantes: estado nutricional, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, seguridad alimentaria, corresponsabilidad y Plan de Atención Integral Familiar - PAIF, redes sociales y comunitarias, pertinencia del servicio. Finalmente, se plantean las conclusiones de la evaluación y la bibliografía.

1. Marco conceptual

1.1 Seguridad alimentaria y nutricional

La seguridad alimentaria y nutricional como antítesis del hambre es un concepto dinámico y flexible que en Colombia se concreta desde el Conpes 113 (2007), en donde es definida como: “La disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa”.

1.2 Estado nutricional

21

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura -FAO por sus siglas en inglés-, el estado nutricional se define como la condición del organismo, que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos.

Sin embargo, la relación entre ingesta de alimentos y gasto energético adquiere relevancia cuando no se suplen las necesidades diarias de un individuo y aparecen en escena los estados de malnutrición como el sobrepeso, o estados más contrarios a la dignificación del ser humano: el hambre. El hambre es una condición que obliga a millones de seres humanos a desempeñar sus funciones orgánicas con menos nutrientes de los que requieren, llevándolos a un estado que les impide disfrutar de una vida sana y digna.

Así mismo, la malnutrición se observa también en el sobrepeso y la obesidad, definidos por la Organización Mundial de la Salud -OMS como una acumulación anormal

o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Reviste importancia dado que la obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. De allí la necesidad de diseñar e implementar estrategias consistentes en educación alimentaria y nutricional para la promoción de hábitos y estilos de vida saludable.

1.3 Hábitos saludables

Los hábitos conforman las costumbres, actitudes y formas de comportamiento que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales llevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que se mantienen en el tiempo y repercuten -favorable o desfavorablemente- en el estado de salud, nutrición y bienestar.

En este marco, la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, lo cual implica que va más allá de la existencia o no de enfermedad. En consecuencia, hay que hablar de estilos de vida saludables, los cuales se abordan desde la alimentación, la actividad física, la prevención de enfermedades, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social.

22

De esta forma, se construyen los hábitos alimentarios saludables entendidos como la consolidación de pautas de vida respecto a la alimentación, en función de un mejor estado de salud y nutrición.

1.4 Corresponsabilidad

La corresponsabilidad, también conocida como responsabilidad compartida, viene de la relación del individuo con los otros actores del contexto en el que se desenvuelve, para el caso, con el Estado. En este sentido, se refiere a la importancia de que los participantes del servicio de comedores sean dueños de sus acciones, es decir, hagan las veces de integrador de las acciones en materia de estabilización de su estado nutricional, adopción de hábitos de vida saludables y capacidad de agencia en cuanto a su seguridad alimentaria y nutricional.

2. Caracterización del servicio de comedores

A continuación, se presenta una caracterización del servicio de comedores en cuatro aspectos: antecedentes del servicio o línea de tiempo, descripción de sus componentes, el mapeo de actores clave y la cadena de valor del servicio.

2.1 Antecedentes

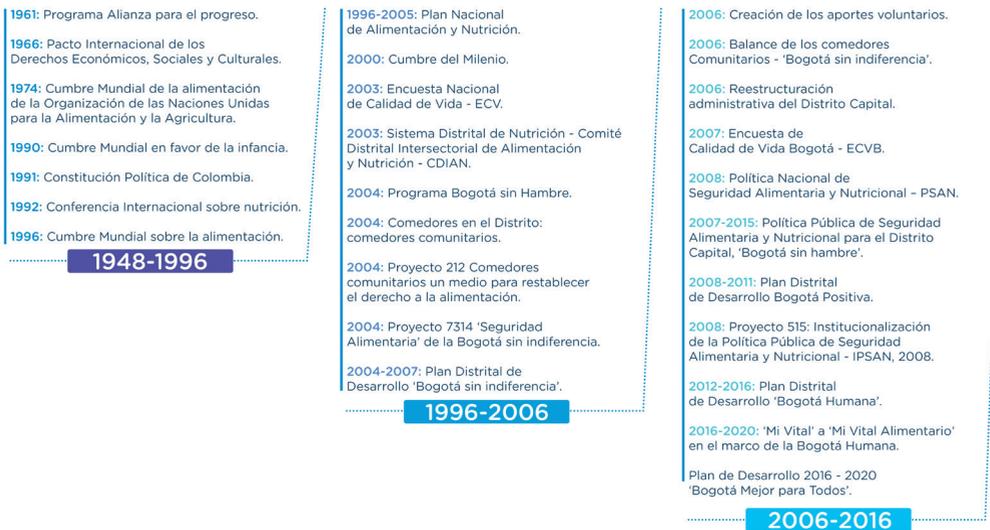
Entre los antecedentes del servicio de comedores hay dos fundamentales: el marco de la seguridad alimentaria y nutricional, un concepto dinámico y flexible, que se ha venido configurando con base en los acuerdos internacionales suscritos por el país; y el crecimiento de la ciudad por fenómenos como el desplazamiento interno que ha tenido impacto en los indicadores sociales⁴.

La reconstrucción de los hitos históricos tiene como propósito identificar cuáles son los principales desde su origen hasta el 2018⁵. La línea de tiempo se hizo a partir de la revisión de fuentes de información secundaria, principalmente, se complementó con testimonios y aportes de diferentes actores entrevistados en el marco de la evaluación y se apoyó en diferentes documentos técnicos o de política.

⁴Murcia L, C.(2019). Análisis de pobreza multidimensional en la población víctima de desplazamiento forzado residente en la ciudad de Bogotá 2014-2017. Universidad de la Salle.

⁵ La descripción presentada está contenida en el organizador gráfico online Timeline, un software libre que permite crear líneas de tiempo interactivas y visualmente ricas. Para acceder a la línea de tiempo se deben seguir los siguientes pasos: 1) Ingresar a la URL <https://cutt.ly/ZrsA2wX> 2) Dirigirse a la sección "Make a Timeline" y en la barra del Paso tres: "Google Spreadsheet URL" pegar la siguiente dirección: <https://cutt.ly/JrsSq0Y> 3) Ingresar al Paso 4 de la misma sección "Make a Timeline" y dar clic en el botón "Preview".

Gráfica 1. Principales hitos históricos del servicio de comedores



Fuente: Secretaría Distrital de Integración Social con base en información de UT Isegoría / E-valor.

2.2 Mapa de actores del servicio

El mapa de actores tiene como propósito identificar los roles que ejerce o podría ejercer cada uno de los actores relacionados con las acciones adelantadas por el servicio de comedores, la manera en la que se articulan y los espacios de encuentro. Los resultados del ejercicio se presentan en la Gráfica 2, considerando los contextos Nacional, Distrital y local.

Gráfica 2. Principales actores que se relacionan con el servicio



Fuente: Secretaría Distrital de Integración Social con base en información de UT Isegoría / E-valor.

2.3 Cadena de valor

La cadena de valor es una herramienta que permite describir “la relación secuencial y lógica entre insumos, actividades, productos y resultados en la que se añade valor a lo largo del proceso de transformación” (DNP, 2014) de una política pública, programa o proyecto. El marco de referencia para una evaluación de operaciones se desarrolla tras el análisis a profundidad de los eslabones de insumos y actividades, mientras que, para el análisis de los resultados, se abordan los eslabones de productos y resultados. La cadena de valor del servicio de comedores está representada en la implementación de los tres componentes: el social, el técnico y el administrativo-financiero.

Gráfica 3. Cadena de valor del servicio de comedores

Insumos	Actividades	Productos	Resultados
<p>Recursos humanos: talleristas y profesional social. Materiales y ayudas para la implementación de procesos del componente. Herramientas: matriz de registro de acuerdos de corresponsabilidad.</p>	<p>Elaborar el plan de trabajo. Establecer acuerdos de convivencia y participación. Implementar la estrategia de desarrollo de capacidades para la inclusión.</p>	<p>Documento de acuerdo de convivencia y participación actualizado. Planes de atención individual y familiar elaborados. Matiz de avance de los PAIF elaboradas. Grupos de interés conformados. Documento de lecturas de realidades poblacional y territorial construidos. Ficha SIRBE diligenciada y actualizada. Reporte de participantes y egresos. Plan de trabajo y cronograma.</p>	<p>Participantes con más capital social y gestionando su proyecto de vida.</p>
<p>Lineamientos y procedimientos técnicos: minuta patrón, ciclos de menús. Condiciones generales de infraestructura. Documentación para la manipulación de alimentos. Equipos de medición: balanza, tallímetro; equipos y menaje. Personal para recepción y manipulación de alimentos.</p>	<p>Entregar el suministro alimentario. Realizar actividades de vigilancia y seguimiento nutricional, socialización, aplicación de encuestas de validación, entre otros. Promover estilos de vida saludables mediante acciones de información, educación y comunicación. Realizar el proceso del servicio de alimentación desde la adquisición hasta la distribución. Toma de muestras microbiológicas. Desarrollo de programas del Plan de Saneamiento Básico.</p>	<p>Raciones de alimentos entregadas con las características técnicas establecidas. Mediciones antropométricas realizadas. Plan de saneamiento básico elaborado. Concepto higiénico sanitario emitido. Plan de promoción de estilos de vida saludable ejecutado.</p>	<p>Participantes con hábitos y estilos de vida saludables y un adecuado estado nutricional. Participantes con una alimentación equilibrada, suficiente, adecuada e inocua.</p>
<p>Esquema de compras y proveedores. Esquemas de procesos de toda la cadena de alimentos (desde adquisición hasta distribución). Análisis de riesgos y planes de acción. Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos. Gestión documental. Plan de emergencias y contingencias. Medios físicos/magnéticos y evidencias del sistema de gestión ambiental.</p>	<p>Contratar el talento humano requerido. Elaborar el esquema de administración y operación. Manejar la información según políticas de la Secretaría Distrital de Integración Social. Elaborar e implementar el plan de emergencias y contingencias. Implementar el sistema de gestión ambiental.</p>	<p>Riesgos ambientales manejados de manera correcta. Procedimientos administrativos cumplidos. Información administrativa y financiera manejada adecuadamente. Alimentos administrados de acuerdo con lineamientos técnicos. Talento humano capacitado.</p>	<p>Lineamientos para la operación del servicio de comedores cumplidos.</p>

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

3. Objetivos de la evaluación

El objetivo central de la Evaluación de resultados del servicio de comedores es medir los efectos del servicio sobre el estado nutricional, la adopción de hábitos saludables, la seguridad alimentaria y la corresponsabilidad de la población atendida por la Secretaría Distrital de Integración Social. Para lograrlo, se establecieron cuatro objetivos específicos:

- Caracterizar el servicio de comedores y las personas que asisten.
- Identificar los resultados que el servicio de comedores tiene en las personas atendidas.
- Determinar el efecto que tiene la operación del servicio sobre el logro de los objetivos.
- Establecer si el servicio de comedores es pertinente con los perfiles de los participantes.

27

Con el fin de cumplir los objetivos, se retomaron las 36 preguntas orientadoras formuladas por la Secretaría Distrital de Integración Social que fueron establecidas en el “anexo técnico” para la contratación de la evaluación (Anexo 1).

4. Metodología de la evaluación

4.1 Teoría de cambio

El Departamento Nacional de Planeación – DNP define la evaluación de resultados como “un tipo de evaluación que se utiliza para estudiar los cambios en las condiciones de los beneficiarios como consecuencia -directa, indirecta, atribuible o no- de los productos entregados por una intervención en un horizonte de corto y mediano plazo” (DNP, 2012). Su objetivo principal es valorar el cambio social ocurrido en la población objeto de la intervención.

En la mayoría de las intervenciones, el cambio social se describe a partir del logro de objetivos y resultados esperados en diferentes dimensiones de la vida de las personas alcanzadas por la intervención. Para la presente evaluación, este cambio social se enfocó en una alimentación equilibrada, suficiente, adecuada e inocua.

Dado que el cambio en las intervenciones sociales no se genera de manera automática, las evaluaciones de resultados son también una oportunidad para comprender el proceso de cambio de los participantes, al pasar de una situación inicial desfavorable a una situación deseada. En la Gráfica 4 se presenta la lógica de la evaluación de resultados.

Gráfica 4. Lógica de la evaluación de resultados



Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

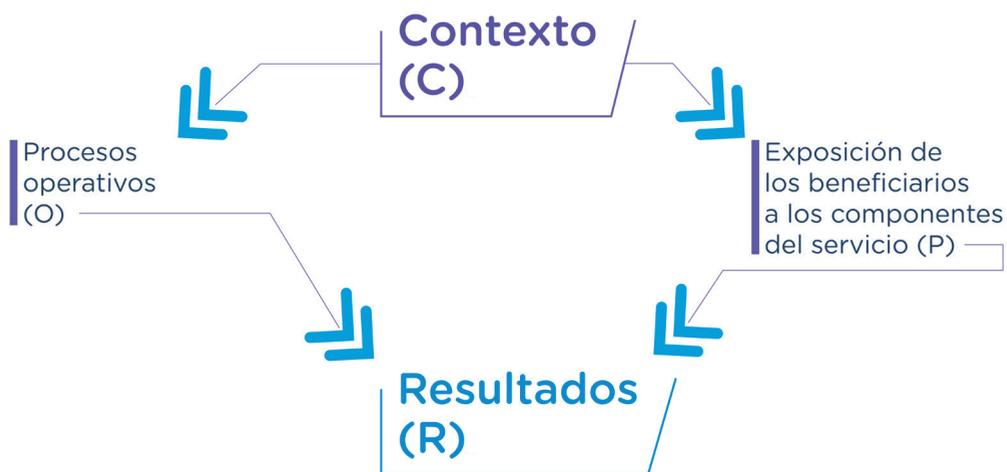
Para esta evaluación, en particular, se propuso un diseño metodológico basado en la teoría de cambio de la intervención y en la aplicación de métodos mixtos de evaluación (multimétodos), para comprender el proceso de cambio que experimentan los participantes y así alcanzar los resultados esperados.

La teoría de cambio es una metodología de diseño que busca explicar la manera como las actividades de una intervención darán lugar a los cambios esperados. Está compuesta por supuestos que configuran relaciones de causa y efecto que deben ocurrir para alcanzar las transformaciones sociales que se desean, por lo tanto, es una herramienta apropiada para esta evaluación que busca identificar los cambios que se logran con el servicio de comedores, cómo se alcanzan y en qué contexto.

Para el presente caso, dicha teoría de cambio está compuesta por cuatro dimensiones: contexto, procesos operativos, exposición de los participantes a los componentes del servicio y resultados (Gráfica 5).

30

Gráfica 5. Teoría de cambio que se analiza en la evaluación



Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

• Dimensión 1. Contexto

Este componente abarca los aspectos que caracterizan al servicio de comedores. En ella se abordan las características del entorno, los participantes y el servicio, que se asocian a un total de 46 indicadores.

En las **características del entorno** se buscó determinar las condiciones nutricionales y alimentarias de la población que se ubica próxima a los comedores. Además, describir la problemática de seguridad alimentaria en la ciudad, la ubicación de las unidades operativas, la identificación de las barreras de acceso y la pertinencia del servicio.

Con respecto a las **características de los participantes** se indagó sobre rasgos y perfiles poblacionales como condiciones étnicas, generacionales, de género, de entornos familiares o comunitarios, así como condiciones de vivienda y del hogar⁶.

Finalmente, frente a las **características del servicio** se abordaron aspectos generales como la naturaleza jurídica de los operadores, las unidades operativas que tienen a cargo y la experiencia en el servicio. Incluye algunas tipologías de operadores y sus efectos diferenciales identificados por los actores, así como su relación con el entorno comunitario y local.

• Dimensión 2. Procesos operativos

Se centra en todas las acciones de implementación del servicio de comedores, desde el ingreso y la permanencia, la entrega de alimentos y el desarrollo de sus componentes, hasta los procesos de interventoría para el cumplimiento de los estándares higiénico-sanitarios y la coordinación intra e intersectorial.

31

• Dimensión 3. Percepción de los participantes de los componentes del servicio

La vinculación al servicio de comedores abre la oportunidad de acceso a diferentes bienes y servicios organizados por componentes (nutricional, alimentario y social), los cuales son evaluados por los participantes en diferentes aspectos asociados al recurso humano, duración, calidad, etc.

⁶Esta información se recolectó a partir de variables cuantitativas consignadas en el Sistema Registro de Beneficiarios de la Secretaría Distrital de Integración Social - Sirbe, y a través de otras técnicas de recolección de información.

• **Dimensión 4. Resultados del servicio**

La exposición de los participantes a los componentes del servicio es el mecanismo de intervención para promover cambios en los participantes y sus familias, cuyos efectos se ven influenciados por el nivel exposición o el tiempo de permanencia en este. Por ello, el análisis de los resultados se centra en los efectos del servicio sobre los participantes en sus variables más relevantes, asociados al nivel de exposición: estado nutricional, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, seguridad alimentaria, corresponsabilidad y Plan de Atención Integral Familiar - PAIF, redes sociales y comunitarias, y pertinencia.

4.2 Fuentes de información y técnicas de análisis

La metodología utilizada para el análisis planteado dentro de la evaluación es mixta, es decir, combina métodos cuantitativos y cualitativos, lo que permite acceder a información profunda y extensa de los fenómenos estudiados. En la valoración del proceso de cambio se aprovecha la riqueza de la información cualitativa, mientras que en la medición del cambio se prioriza el uso de indicadores cuantitativos. A continuación, se presentan las fuentes de información y las técnicas de análisis aplicadas para el desarrollo de la Evaluación.

32

4.2.1 Componente cuantitativo

La información cuantitativa recolectada para la evaluación procede de tres fuentes.

Registros administrativos

- Sistema de Registro de Beneficiarios - Sirbe: contiene información sobre las características sociodemográficas de los participantes.
- Mapoteca de la Secretaría Distrital de Integración Social: cuenta con información georreferenciada de la oferta de servicios sociales de la ciudad.
- Plan de Atención Individual y Familiar - PAIF: a partir del PAIF se construyeron indicadores sobre el nivel de cumplimiento de los compromisos que se enmarcan en la autogestión y la corresponsabilidad del servicio.

- Sistema de Vigilancia Nutricional: de este sistema se obtuvo la información de seguimiento al estado nutricional de los participantes a partir de las medidas antropométricas capturadas en los comedores de manera periódica.

Fuentes de información secundaria

Encuestas realizadas por entidades del orden Nacional y Distrital permitieron comparar el estado de los participantes del servicio con el resto de la población. La Encuesta Multipropósito de Bogotá 2017 brindó información sobre las características de los hogares bogotanos y sus integrantes, y analizar sus condiciones de seguridad alimentaria y hábitos de vida saludable.

Encuestas a participantes

Se diseñó una encuesta de recolección de información cuantitativa que tuvo como objetivo recoger datos puntuales sobre los participantes del servicio, su percepción sobre sus componentes y los efectos percibidos.

Posteriormente, se realizó el diseño metodológico de la investigación que incluye el diseño de muestreo, donde se establecen las características, parámetros y procedimientos para el levantamiento de la información en la muestra probabilística.

La **población objetivo del estudio**, como se definió en el diseño de muestra, son los participantes de los comedores de seis años o más, de ambos sexos, activos durante todo el 2017 y que continuaron activos hasta el 30 de junio de 2018. El marco muestral está constituido por un listado de 30.574 participantes, distribuidos como se indica en la Tabla 1.

Tabla 1. Marco muestral

Grupos de edad	Población
Niñez (6 a 12 años)	• 13.460
Adolescencia (13 a 17 años)	• 706
Juventud (18 a 26 años)	• 6.432
Adultez (27 a 59 años)	• 3.567
Persona mayor (60 años o más)	• 6.409
Total	• 30.574

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

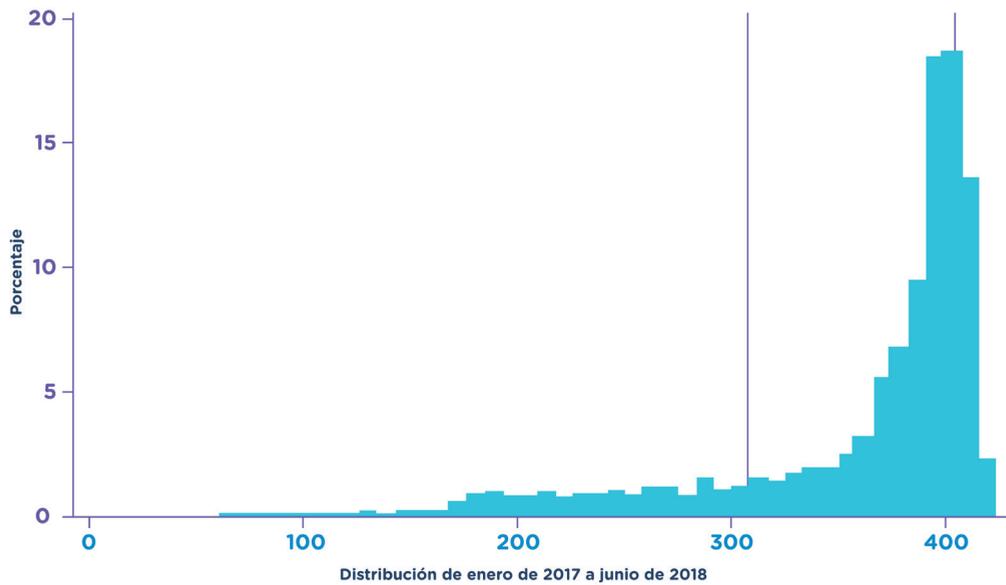
34

La unidad de observación que, para este caso, es la misma unidad de análisis o muestreo.

En el caso de los participantes menores de edad, el informante calificado fue un adulto encargado del cuidado del menor en el momento de la entrevista. Se verificó la identidad de los participantes mediante nombres, apellidos, tipo y número de documento de identidad. Así se vinculó la información levantada en la encuesta con la información contenida en Sirbe. Esto fue pertinente para realizar análisis multivariados con campos extraídos de ambas fuentes.

Adicionalmente, en función de la evaluación, se realizó una agrupación de los participantes por raciones conforme a la cantidad de raciones que recibieron durante 18 meses de asistencia al comedor. En promedio y durante el período de análisis de la evaluación, los participantes recibieron 360 raciones, con un máximo de 430 y un mínimo de 39. Según la distribución del número de raciones se construyeron tres categorías, tal como se evidencia en la Gráfica 6:

Gráfica 6. Distribución por raciones



Fuente: UT Isegoría / E-valor.

- Raciones altas: correspondientes a los participantes por encima del percentil 80.
- Raciones medias: entre el percentil 20 y 80.
- Pocas raciones: los restantes.

Esta categorización permitió diferenciar a los participantes con un alto número de raciones recibidas con los que recibieron un bajo número de estas, lo que sirve como aproximación del nivel de exposición que tienen los participantes al servicio de comedores.

35

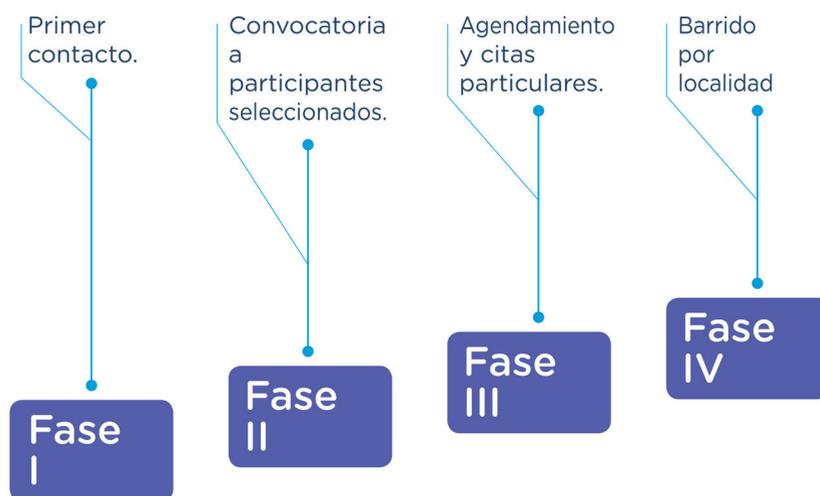
Se determinó un tamaño de muestra de 1.362 beneficiarios de seis años o más activos en el servicio de comedores durante todo el 2017 y que continúan siéndolo con corte de 30 de junio de 2018. Este tamaño de muestra permitió estimar proporciones poblacionales con un coeficiente de variación menor al 3 %, una confiabilidad del 95 % y demás criterios de calidad que se determinaron para esta evaluación para los coeficientes de variación, potencia y diferencias mínimas detectables.

El compromiso para control de tamaños de muestra en los estratos fue únicamente sobre las agrupaciones de grupos de edad, niñez, adolescencia, juventud, adultez y adulto mayor y para grupos conforme al número de raciones recibidas: pocas raciones, raciones medias y altas raciones. Además, se consideró

una sobremuestra del 15 % para poder cubrir las eventuales pérdidas durante el levantamiento de información.

Entre el 1 de noviembre y el 12 de diciembre de 2018 se llevó a cabo la toma de información del instrumento cuantitativo, de acuerdo con las actividades propuestas en el esquema de campo operativo (Gráfica 7).

Gráfica 7. Esquema de campo operativo del componente cuantitativo



Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

36

Se visitaron 124 comedores de Bogotá y se diligenciaron 1.544 encuestas, cubriendo la totalidad de los grupos etarios y los segmentos por raciones, alcanzando una cobertura del 113,4 %⁷.

Técnicas de análisis cuantitativas

Los análisis para el componente cuantitativo se realizaron mediante el software estadístico *Stata 15*. Las técnicas de análisis de la información fueron: análisis descriptivo, análisis comparativo entre grupos y en el tiempo, y análisis de regresión multivariada.

El análisis descriptivo sirve para resumir la información obtenida y establecer las condiciones actuales y perspectivas generales de los grupos poblacionales de

⁷El diligenciamiento del instrumento se realizó en tabletas, utilizando el software CPro 71, aplicación CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*), especializada en la captura de censos y encuestas. Las encuestas a participantes fueron transmitidas diariamente a un servidor y, después de ser procesadas, se verificaron mediante el paquete estadístico SPSS valores permitidos para cada variable, datos vacíos, consistencia de datos, consistencia del flujo de las preguntas.

interés, de acuerdo con edad, sexo, jefe de hogar, grupo étnico y discapacidad⁸, así como la agrupación de las raciones. Este tipo de análisis radica en la posibilidad de vislumbrar tendencias que emergen del panorama general analizado, permitiendo sintetizar los datos y caracterizar el servicio.

El análisis comparativo entre grupos se utilizó para determinar diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos poblacionales de interés y entre los grupos con diferentes niveles de exposición a los comedores, a partir de la clasificación de raciones -poca, media y alta-, con respecto a los indicadores cuantitativos que se contemplan tanto en la dimensión de contexto como de resultados.

Con el fin de establecer las diferencias o similitudes entre grupos, se tuvieron en cuenta variables cuantitativas continuas y variables categóricas, las cuales pueden tomar dos o más valores discretos, y se hizo uso de dos tipos de prueba, la de diferencia de medias para variables cuantitativas o dicótomas y la de independencia χ^2 para variables que toman dos o más valores discretos.

Los análisis comparativos en el tiempo buscan medir el cambio en el tiempo, tomando en cuenta el estado inicial de los participantes. En este caso, la comparación se hace con respecto al primer registro que se tiene sobre las medidas antropométricas, suponiendo que dicho registro está sujeto a una nula o muy baja exposición al servicio, muy similar a lo que sería su condición antropométrica de no haber asistido a los comedores.

Teniendo en cuenta que, para los indicadores antropométricos es posible contar con comparaciones entre grupos de exposición al servicio, se utilizó el método de análisis *diferencias en diferencias* para todo el universo de participantes. Este tiene en cuenta tanto las diferencias de nivel entre los grupos de exposición, como sus tendencias, lo que hace referencia a la evaluación natural del comportamiento de los indicadores a través del tiempo.

Debido a la estrecha correlación que guardan los niveles de exposición con el tiempo de duración en el servicio, este tipo de análisis se aplicó solo para analizar el contraste entre los grupos de baja y alta exposición y su relación entre su primera toma antropométrica con respecto a la última registrada.

⁸ Se identificó a la población con limitaciones permanentes.

Adicionalmente, se empleó un modelo de *regresión multivariada*, con el fin de encontrar indicios sobre los determinantes de la participación en el servicio e ilustrar las características de los participantes, del entorno del comedor y de los comedores mismos y su influencia en la exposición de los beneficiarios a los componentes del servicio. También, se buscó identificar los efectos que tiene la exposición al servicio sobre los resultados obtenidos por los participantes en cada uno de los componentes de este -alimentario, nutricional y social-, usando los indicadores específicos definidos para cada uno de ellos.

4.2.2 Componente cualitativo

La recolección de información cualitativa se hizo con base en fuentes primarias, a partir del uso de herramientas de investigación a lo largo de las diferentes instancias del proceso y que fueron aplicadas a los actores involucrados en el servicio: participantes adultos, participantes adolescentes, participantes niños y niñas, operadores, comunidad, servidores del nivel central y local de la Secretaría e interventores.

En total, se diseñaron diez instrumentos de recolección que consistieron en guías de grupos focales, guías de entrevistas semiestructuradas y formato de observación in situ. Para la recolección de la información cualitativa se priorizaron seis comedores y sus respectivas localidades (Rafael Uribe Uribe, Puente Aranda, Suba, Chapinero, Engativá y San Cristóbal); allí se aplicaron los instrumentos diseñados a participantes y operadores entre el 9 de noviembre y el 12 de diciembre de 2018, los cuales se relacionan en la Tabla 2.

38

Por otra parte, se seleccionaron seis casos emblemáticos para ser estudiados o *estudios de caso colectivos*, cuyo registro se basó fundamentalmente en técnicas cualitativas con uso de herramientas propias de la disciplina antropológica: observación etnográfica, entrevistas individuales y grupales.

Tabla 2. Técnicas cualitativas implementadas durante la evaluación

Localidad	Comedor	Actividades	Total actividades
Rafael Uribe Uribe	Inglés	Entrevistas Grupos focales Observación in situ	8 2 1
Puente Aranda	Puente Aranda	Entrevistas Grupos focales Observación in situ	7 2 1
Suba	Lisboa	Entrevistas Grupos focales Observación in situ	8 2 1
Chapinero	Lourdes	Entrevistas Grupos focales Observación in situ	7 1 1
Engativá	La Florida	Entrevistas Grupos focales Observación in situ	8 1 1
San Cristóbal	Juan Rey	Entrevistas Grupos focales Observación in situ	9 2 1
		Total	63

Fuente: UT Isegoría / E-valor.

Técnicas de análisis cuantitativas

39

La *teoría fundamentada* es uno de los métodos más influyentes de las ciencias sociales y uno de múltiples marcos o enfoques metodológicos disponibles para la investigación y evaluación con métodos cualitativos. Esta aproximación incorpora y aplica conceptos de tipo cuantitativo como validez, causalidad, generalización, confiabilidad, a la vez que sus procedimientos son sistematizados y prescriptivos y se adaptan a los diferentes contextos. A pesar de estar basada en la objetividad y la rigurosidad, la teoría fundamentada no deja de lado la sensibilidad y la creatividad.

El proceso inicia con la codificación u organización de los datos en categorías de análisis o conceptos que representan fenómenos que son relevantes para la descripción de la realidad objeto de análisis. Mediante la definición de categorías iniciales es posible comparar, organizar y sintetizar grandes cantidades de datos. A medida que avanza el proceso de codificación surgen categorías emergentes, que complementan la aproximación preliminar al fenómeno.

4.2.3 Triangulación

Con el fin de encontrar coincidencias y divergencias entre los resultados y análisis de los investigadores, y de esta manera, aumentar la validez de los resultados y minimizar los posibles sesgos, se procedió a la triangulación de la información recolectada. El fundamento de la técnica de triangulación consiste en que, cuando una hipótesis sobrevive a la confrontación entre diferentes metodologías e investigadores, tiene un mayor grado de validez.

En el marco de la evaluación, la triangulación de la información incluyó todas las herramientas y acciones orientadas a favorecer la complementariedad entre métodos cuantitativos y cualitativos y reducir la limitación de cada método o perspectiva en un estudio.

Para la evaluación, se discriminó la corroboración o el contraste de métodos desde las preguntas orientadoras del estudio, incorporadas en la matriz de consistencia que se diseñó para tal propósito, mediante un proceso de comparación de los hallazgos obtenidos. Adicionalmente, se recogió información cualitativa sobre temas emergentes como los resultados no esperados del servicio en los participantes.

El abordaje y análisis de cada uno de los componentes de la teoría de cambio de la evaluación se realizará de la siguiente manera:

40

- **Contexto:** se usó la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2017, en particular la información de seguridad alimentaria, gasto de alimentos, calidad de la vivienda, cobertura de servicios públicos y condiciones habitacionales para preparación de alimentos. A partir de esta se construyó un índice de pertinencia del servicio, cuya unidad de análisis fue la Unidad de Planeamiento Zonal - UPZ.

- **Procesos:** se basa fundamentalmente en la revisión de los lineamientos operativos del servicio, tanto de la vigencia 2017 como 2018, en la evidencia empírica recabada con métodos cualitativos (entrevistas a servidores y observaciones *in situ*) y en los resultados de la encuesta a participantes. Para obtener información relacionada con este componente se analizaron aspectos como:

- La selección de los operadores de los comedores.
- Los perfiles de los empleados de los operadores.

- Los procesos operativos que comprenden la priorización o focalización de población vulnerable; así como el ingreso, egreso y permanencia de los participantes en el servicio.
 - El vínculo de los participantes con la labor de la Secretaría Distrital de Integración Social.
 - La entrega de alimentos en condiciones adecuadas y la cualificación del proceso.
 - La vigilancia y seguimiento nutricional, así como la identificación de la población en inseguridad alimentaria.
 - El alcance de logros y objetivos del componente social.
 - Las actividades de información, comunicación y educación de promoción de estilos de vida saludables.
 - Los mecanismos de retroalimentación, aspectos a fortalecer y evaluación de la interventoría.
 - Los escenarios, actores y obstáculos en el proceso de coordinación intra e intersectorial.
- **Percepción de los participantes a los componentes del servicio:** se definieron cinco categorías de análisis y 34 variables de la exposición al servicio que se analizaron con técnicas cuantitativas y cualitativas.
- **El suministro alimentario:** incluye el acceso de las personas a una ración diaria de alimentos que representa el 40 % de las calorías diarias que debe consumir una persona. Fue medido a partir de nueve indicadores que valoran la recepción o satisfacción con el suministro alimentario en relación con su calidad, cantidad y pertinencia.
- La vigilancia y seguimiento nutricional se midió a partir de ocho indicadores que dan cuenta de la exposición de los participantes y de su satisfacción en cuanto a calidad, frecuencia y pertinencia.
 - La promoción de estilos de vida saludables se mide a partir de siete indicadores enfocados en valorar si los participantes conocen los servicios de información,

capacitación, educación y promoción de estilos de vida saludables, la frecuencia de su asistencia y las temáticas que son difundidas y enseñadas.

- El componente social cuya principal estrategia es el Plan de Atención Individual y Familiar - PAIF, cuenta con nueve indicadores que buscan determinar los compromisos adquiridos por las familias, su duración, seguimiento y el grado de satisfacción con estos.
 - La quinta categoría aborda las percepciones, prácticas y conocimientos sobre el servicio y busca capturar los beneficios adicionales percibidos por los asistentes.
- **Resultados:** los resultados del servicio se analizaron a partir de seis categorías y 33 indicadores. Se plantearon cinco resultados principales: estado nutricional, hábitos y estilos de vida saludables, seguridad alimentaria, redes sociales y comunitarias, y autogestión y corresponsabilidad. A estos, se agregaron dos categorías que abordan los resultados no esperados o indirectos y los avances en corresponsabilidad intra e intersectorial.
- **Estado nutricional:** el análisis se basó en nueve indicadores, de los cuales, cinco corresponden a indicadores antropométricos. Estos se complementaron con indicadores que indagan sobre la autopercepción de los participantes con respecto a su peso corporal. Se tomó como referencia la *Encuesta de identificación estilos de vida: hábitos alimentarios y actividad física población beneficiaria de proyectos* de la Secretaría, además de técnicas cualitativas que examinan la percepción de los participantes y su contribución a su estado nutricional.
- **Hábitos y estilos de vida saludables:** se desarrolla a partir de actividades mensuales de difusión, talleres educativos y jornadas de actividad física. Las categorías se organizaron para diferenciar los conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes acerca de hábitos alimentarios y de actividad física.
- **Seguridad alimentaria:** fueron identificados los mecanismos asociados al tema, a través del gasto dedicado a alimentos, la sostenibilidad de la canasta familiar, el acceso a empleo, la disponibilidad de tiempo para otras tareas productivas de los participantes y la incertidumbre sobre la sostenibilidad alimentaria de los hogares. Además, se calculó la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria - ELCSA.

- **Redes sociales y comunitarias:** se analizaron a partir de cuatro indicadores, los cuales miden el relacionamiento con otras personas que asisten al servicio y la participación en instancias comunitarias. Las variables cualitativas valoraron la contribución del servicio a la formación, gestión o fortalecimiento de dichas redes y otras iniciativas de movilización social o comunitaria.

- **Autogestión y la corresponsabilidad:** se valoraron a partir de diez indicadores. Desde el análisis cualitativo se explora si el servicio ha contribuido a la promoción de roles como agentes de cambio entre los participantes. Para el análisis cuantitativo, los indicadores están referidos principalmente al PAIF, la percepción de sus participantes y los factores que pueden estar limitando el cumplimiento de los acuerdos.

Por último la dimensión de resultados **exploró los indirectos**, es decir, externalidades positivas o negativas asociadas al uso del servicio, las familias, la comunidad o los participantes.

5. Resultados del análisis de la operación del servicio de comedores

El análisis de la operación del servicio de comedores tiene como propósito establecer la manera como se llevan a cabo las actividades que permiten la entrega del servicio a los participantes y cómo estas contribuyen a generar los efectos esperados, a la luz de los cambios en los lineamientos del servicio durante el 2017 y 2018.

5.1 Planeación

Contempla procesos ligados a los participantes tales como la proyección de criterios e instrumentos para identificar la población susceptible de recibir el servicio, así como criterios y procesos para definir el egreso. También incluye aspectos ligados a los recursos financieros y a los recursos físicos para la operación como la infraestructura, las condiciones de operación de los comedores y las características del recurso humano.

45

5.1.1 Procesos de ingreso y focalización

Desde la formalización del servicio, uno de los grandes retos ha sido estandarizar y regular los criterios de ingreso y egreso. Si en un principio el operador era el encargado de priorizar y focalizar a la población que ingresaba al servicio con base en criterios propios, con el transcurso de los años se construyeron herramientas para regular este proceso y la responsabilidad del ingreso migró hacia las subdirecciones locales de la Secretaría Distrital de Integración Social.

En 2017, año de vigencia de esta evaluación, la población susceptible de ingresar al servicio debía cumplir con la condición de residir en Bogotá y encontrarse

en “inseguridad alimentaria y nutricional” (SDIS, 2013), tal como lo establecía la Resolución 764 de 2013. Luego, las subdirecciones locales de la Entidad realizaban la priorización, de acuerdo con los siguientes criterios:

- Remitidos por malnutrición.
- Menores de 18 años sin servicio de restaurante escolar.
- Personas con discapacidad.
- Personas mayores.
- Víctimas del conflicto.
- Personas LGBTI con enfermedades terminales.
- Ciudadanos habitantes de calle.
- Estudiantes de universidades públicas sin apoyos económicos adicionales.

En general, el procedimiento de ingreso, como se planteaba para el año 2017, no garantizaba una focalización real, ya que los criterios de identificación -lugar de residencia y vulnerabilidad- eran amplios y poco claros. Adicionalmente, no había un instrumento eficaz para estandarizar el procedimiento que garantizara la legitimidad del proceso de selección y focalización.

46

Para la vigencia 2018 entra en vigor la Resolución 0825 de 2018 que modifica los criterios de focalización, ingreso y egreso de los servicios de la Entidad para los procesos de identificación de población vulnerable y potencial beneficiaria de los servicios sociales de la Secretaría. De esta manera, se implementa la normativa vigente en relación con focalización del gasto social y se utiliza el instrumento de *focalización individual*, en particular el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – Sisbén (SDIS, 2018e), para cinco servicios y apoyos sociales de los 30 que tiene la Entidad.

En la Resolución 0825 se establecieron los siguientes criterios de focalización para el servicio de comedores:

- Puntaje Sisbén de 46,77 o inferior como punto de corte para los hogares en inseguridad alimentaria susceptibles de recibir el servicio.

- Ciudadanos habitantes de calle y las personas en pobreza extrema sin acceso a la encuesta Sisbén.
- Ciudadanos registrados en el censo oficial indígena del Ministerio del Interior (SDIS, 2018f).

De acuerdo con lo anterior, se establece la priorización de las siguientes poblaciones:

- Mujeres gestantes.
- Personas con discapacidad.
- Hogares con personas mayores.
- Víctimas del conflicto armado registradas como tal en el Registro Único de Víctimas - RUV.

En general, el procedimiento de ingreso desde junio de 2018 (Resolución 0825 de 2018) garantiza un mayor nivel de transparencia y eficiencia, ya que el proceso es más técnico y está soportado en bases de datos, lo que exige una mayor precisión de la información que allí reposa para evitar errores y reprocesos. Así mismo, reduce el trabajo de los referentes locales y garantiza mayor transparencia.

5.1.2 Procesos de egreso de los participantes

Para 2017, de acuerdo con la Resolución 764 de 2013 (SDIS, 2013), los criterios para egresar del servicio eran:

- Inasistencia injustificada de manera continua por más de diez días.
- Retiro voluntario, fallecimiento o activación en otro servicio (por simultaneidad).
- Incumplimiento del 20 % de los acuerdos de corresponsabilidad o de un mismo acuerdo durante tres veces.
- Falsedad u omisión de información suministrada.
- Superación de condiciones de inseguridad alimentaria.
- Cambio de residencia a otra localidad o municipio, privación de la libertad, o cuando los estudiantes no cuentan con un vínculo vigente con la universidad.

Con la Resolución 0825 de 2018 (SDIS, 2018f) se mantuvieron los criterios antes mencionados y se añadieron nuevos:

- El incumplimiento de uno solo de los acuerdos descritos en el PAIF es causal de egreso.
- Se retiraron del servicio a los menores de edad “institucionalizados en proceso administrativo de restablecimiento de derechos” (SDIS, 2018f).
- Se estableció que el incumplimiento de los acuerdos establecidos en el acta de compromisos, suscrita al ingreso al servicio, es una causal de egreso.

Adicionalmente, se diseñó un procedimiento en la Entidad que inicia estableciendo la causal de egreso, la aprobación del concepto del profesional que realiza la validación de condiciones, el registro de la suspensión del participante en el Sistema de Identificación de Beneficiarios (Sirbe), la emisión del *acto administrativo de egreso*, la notificación de dicho acto administrativo al participante y su familia (personalmente o por aviso, si éste no asiste), la resolución de los eventuales recursos interpuestos, su registro y el cambio de estado en el sistema de información misional de suspendido o bloqueado a egresado (Ver SDIS, 2018f).

Del análisis de los cambios más significativos en los procesos de focalización, ingreso y egreso entre 2017 y 2018 se concluye que, establecer un debido proceso que incluye cartas de retiro y visitas domiciliarias previas al egreso fomenta la transparencia reduciendo las quejas y reclamos por parte de los participantes.

5.1.3 Contratación de operadores

De acuerdo con el estudio del sector realizado por la Secretaría para la contratación de los operadores del servicio de comedores en el año 2018 (SDIS, 2018b), la mayoría de estos han sido históricamente entidades sin ánimo de lucro. Sin embargo, existen otros actores que prestan servicios similares, tales como las cajas de compensación familiar, los servicios de alimentación a cárceles, de alimentación escolar o de *catering*.

Las características del servicio crearon una demanda específica, en la medida en que incluye un componente social, además del suministro alimentario, y ello determinó una oferta específica, que ha sido satisfecha por las organizaciones que

han estado vinculadas con la operación del servicio de manera histórica.

No obstante, entre la vigencia 2017 y 2018 hubo cambios en la forma de contratación. Mientras que en el 2017 se realizaba contratación directa para el impulso a programas sociales con entidades sin ánimo de lucro, en 2018 se implementó el procedimiento para esta contratación en cumplimiento del Decreto 092 de 2017 que exige la realización de procesos competitivos, que permitan contratar entidades idóneas para la operación de servicios sociales. De esta manera se empezaron a generar convenios de asociación entre la Secretaría y las entidades sin ánimo de lucro que realizan aportes no inferiores al 30 % para la operación del servicio, en los cuales los operadores asumen el carácter de asociados.

El cambio en la forma de contratación entre 2017 y 2018 ha sido un hito en el servicio, en la medida en que aumenta la transparencia en la contratación de los operadores. Así mismo, evalúa la capacidad de adaptación de las organizaciones comunitarias y favorece la incorporación de entidades sin ánimo de lucro debidamente establecidas y con amplia experiencia en la prestación de este tipo de servicios.

5.1.4 Costeo de la operación

49

La Secretaría Distrital de Integración Social paga a los asociados/operadores por las raciones entregadas. El registro de raciones entregadas es el soporte para las raciones pagadas al operador y deben ser reportadas en un sistema de Registro de Asistencia Diaria - RAD que funciona en línea y que debe ser diligenciado antes de las 4 p.m. del día en que se entregaron. Esta tarea es responsabilidad del coordinador del comedor.

La sostenibilidad de la operación del servicio, desde el punto de vista del operador, depende de los cupos asignados y de las raciones efectivamente entregadas, las cuales están sujetas a la asistencia de los participantes al servicio. Por ello, se establecen responsabilidades directas e indirectas entre el operador y la Secretaría para garantizar las coberturas de dicha operación. Para mejorar la fiabilidad de la información, se adelantó con éxito la implementación de un sistema biométrico para registro con huella de los participantes, que ha incluido la capacitación al personal y el uso de los equipos tecnológicos.

5.1.5 Unidades operativas: infraestructura y ubicación

A continuación se presentan las principales características comunes entre los comedores, de acuerdo con el análisis realizado.

- **Ubicación:** se ubican en zonas de la ciudad donde se encuentra la población con mayores niveles de inseguridad alimentaria, de acuerdo con la Encuesta Multipropósito (2017).
- **Percepciones de los usuarios sobre ubicación:** el 43,8 % de los participantes encuestados considera que el comedor se encuentra en una zona adecuada dentro de la localización del barrio.
- **Tenencia / Propiedad:** en la mayoría de los casos las unidades operativas son espacios alquilados a terceros (generalmente a la Junta de Acción Comunal o particulares); ocasionalmente pertenecen al operador. Solo cuatro de ellas operan en predios pertenecientes a la Secretaría.
- **Infraestructura:** los espacios se han adaptado para el servicio de suministro alimentario, las adecuaciones más comunes identificadas se han realizado en cocina y baños y redondeo de esquinas de las paredes (o medias cañas).
- **Área:** el área es variable, algunos cuentan incluso con espacios especializados; otros tienen dificultades para separar las áreas descritas en el “anexo técnico” para manipulación de alimentos y disposición de residuos, entre otros aspectos que se requieren, por tener un espacio restringido.
- **Distancia:** la mayoría de los participantes se desplaza a pie hasta la unidad operativa y camina en promedio 12,6 minutos.

50

Los operadores tienen la responsabilidad de ubicar un *espacio físico funcional* para la operación del servicio. Estos predios reciben una visita de la Secretaría que emite un concepto técnico para permitir el funcionamiento de las unidades operativas como comedores. Las unidades operativas deben adecuar áreas, canecas, contenedores, espacio y mobiliario para garantizar una operación adecuada del servicio en cuanto a diferentes tipos de residuos de la operación y del servido, gestión documental, señalización del plan de emergencias, manipulación de alimentos, bodegaje, entrega de los alimentos, baños o uso del servicio. Sin

embargo, la adecuación de los espacios a los nuevos lineamientos del “anexo técnico 2018” supuso para algunos operadores la readecuación de espacios para la prestación de servicios, en algunos casos, en localidades cuya oferta de predios con las características requeridas, es limitada, afectando el cumplimiento de los requisitos técnicos e incluso la asistencia al comedor⁹.

5.1.6 Recurso humano

Durante la vigencia 2017, las unidades operativas debían contar con un coordinador, un profesional social o inclusor, y un equipo de operarios de cocina. La inclusión de un nutricionista en el equipo de trabajo quedaba a criterio del operador.

Esta situación fue corregida en el 2018 y el operador es quien contrata a un nutricionista como parte de los aportes económicos que debe hacer en el convenio. En general, las novedades introducidas exigen que los nutricionistas de las unidades operativas elaboren un informe de diagnóstico para darle mayor solidez al seguimiento y la vigilancia. Además, esto permite una mejor comunicación entre los nutricionistas referentes del servicio en cada localidad y los de cada comedor, que antes era ocasional y variaba mucho dependiendo de cada comedor y localidad.

51

El nutricionista es el encargado de acompañar los procesos de referenciación al sector salud (que también realiza el profesional social) y de garantizar que los participantes consuman completamente los alimentos, además de generar una retroalimentación más personalizada de los resultados de los procesos de vigilancia nutricional y de desarrollar los talleres de educación nutricional (más adelante se profundiza en estos temas).

5.2 Implementación

La evaluación del proceso de implementación considera los tres componentes del servicio: técnico, social y administrativo-financiero.

⁹ Por la existencia de barreras invisibles cercanas a la ubicación de los comedores o de barreras geográficas como ríos y caños.

5.2.1 Componente técnico

El componente técnico incluye tres subcomponentes: vigilancia y seguimiento nutricional, educación nutricional y suministro alimentario, sanitario y de buenas prácticas de manufactura.

• Vigilancia y seguimiento nutricional

La implementación de la vigilancia y el seguimiento nutricional, como parte del componente técnico-nutricional del servicio de comedores para evaluar el estado nutricional de los participantes, se hace, primero, con base en la toma de talla y peso del participante (primera toma al ingresar al servicio y dos tomas posteriores) (SDIS, 2017a), a través de medidas estándares para cada grupo de edad, las cuales son registradas en el Sistema de Vigilancia y Seguimiento Nutricional de la Secretaría.

La primera toma permite hacer un diagnóstico inicial sobre el estado nutricional de los participantes, mientras que la segunda da cuenta de su progreso, a través de los seis meses transcurridos desde la primera toma. A partir de los resultados antropométricos obtenidos en estas tomas, y siguiendo el protocolo de intervención nutricional (SDIS, 2017a), se individualiza cada caso y se informa a cada participante acerca de su estado nutricional.

52

Una vez socializados estos resultados antropométricos se identifican los porcentajes de personas con sobrepeso o con bajo peso y se activa la ruta de referenciación. La remisión al sector salud, a través de las EPS de los participantes, es responsabilidad del profesional social, aunque la efectividad de estas remisiones depende del sector salud y las facilidades o dificultades con que se topen los participantes en este proceso. Hechas las remisiones, se hace el seguimiento y se indaga sobre su asistencia a las citas médicas y las conclusiones de estas.

Adicional a las tomas de medidas, en los comedores hay un acompañamiento directo en el que los operadores verifican la asistencia de los usuarios y que estos consuman todo el plato saludable que diariamente les ofrece el servicio. Incluso las personas que ingresan al servicio con alguna observación de bajo peso o sobrepeso tienen un acompañamiento especial de los nutricionistas locales para

hacer seguimiento y saber cómo progresa su estado con la asistencia al comedor.

En la vigencia 2018 la exigencia de que cada comedor cuente con una nutricionista de la unidad operativa favorece que se haga un acompañamiento más riguroso de cómo la asistencia al comedor pueda llegar a generar impactos positivos en el estado nutricional de los participantes, tener un control más minucioso de los casos en bajo peso o sobrepeso que se reporten en las medidas antropométricas masivas y hacer un seguimiento de los casos remitidos al sector salud.

• Suministro alimentario

Como ya se mencionó, los participantes atendidos en los comedores reciben un 40 % del requerimiento diario de energía y nutrientes a partir de las Recomendaciones de Ingesta y Energía y Nutrientes – RIEN¹⁰ para la población colombiana, a través de un almuerzo diario. Estos requerimientos son tenidos en cuenta para la elaboración de la minuta patrón¹¹ del servicio definida para cada grupo de edad que asiste al servicio, así como en el ciclo de menús¹².

Uno de los cambios más notorios para los participantes fueron las modificaciones hechas a las minutas patrón con la reducción de la sal y el azúcar, así como el hecho de que ya no se sirve sopa diariamente, ya que muchos están acostumbrados a acompañar siempre sus almuerzos con este alimento.

De la misma forma, se ha percibido que los cambios identificados y mencionados por los participantes tienen que ver con que ya no se les da un postre industrializado, que antes podían llevar a casa, sino que se les da alguna fruta que obligatoriamente deben ingerir en el comedor.

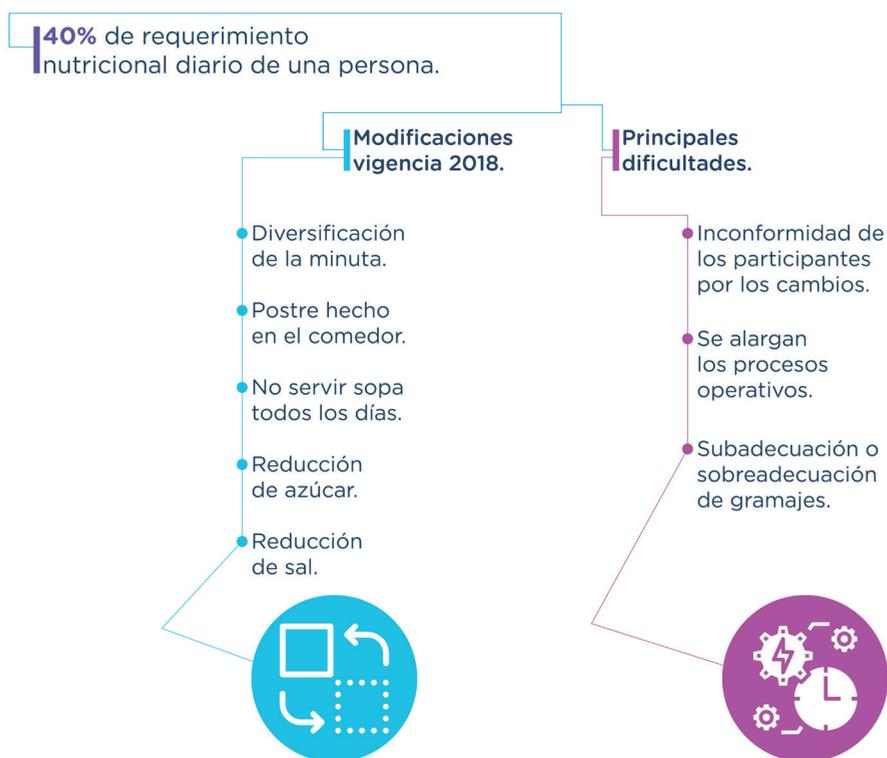
En general, si bien al principio de la implementación de las nuevas minutas hubo quejas por parte de los usuarios, ha habido un proceso de adaptación y aceptación que se ha facilitado gracias a la diversificación de la minuta.

¹⁰Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

¹¹ Modelos que sirven de base para la elaboración de menús, que incluye la lista de grupos de alimentos con su correspondiente porción, frecuencia y medida casera, por tiempo de comida (ICBF, 2015, Guías alimentarias para población mayor de dos años).

¹² En el cual se definen el almuerzo para un ciclo de cinco semanas, compuesto por un alimento proteico, cereal, verdura o ensalada, tubérculo o plátano, sopa o crema, bebida de fruta y postre.

Gráfica 8. Suministro alimentario



Fuente: UT Isegoría / E-valorar, con base en información del anexo técnico 2017 y en información recolectada en campo.

54

Aquí también la presencia permanente de un nutricionista en la unidad operativa contribuye a la calidad en el suministro alimentario, ya que están más vinculados al proceso: hacen recomendaciones y emiten conceptos a los coordinadores en relación con el suministro alimentario, lo que garantiza tener una mayor vigilancia y calidad en la prestación del servicio.

• **Educación nutricional**

Como complemento del suministro alimentario, a partir del 2018 se impulsa una estrategia de educación nutricional centrada en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en los participantes. Dicha estrategia tiene metas y proyecciones sobre el número de hogares que se deben capacitar y ha mostrado resultados positivos.

Dentro del actual plan de capacitación está contenida una estrategia denominada *Nutricircuito* que, en palabras de una nutricionista, consiste en:

Darles a conocer [a los participantes] los seis grupos de alimentos que hay, que conozcan que una papa es un tubérculo, que un banano es una fruta y la importancia de consumir los alimentos de los seis grupos en las porciones adecuadas. La actividad se hizo con ayuda del IDR, era muy lúdica, muy participativa por parte de ellos. El circuito eran seis estaciones, en cada estación las personas van rotando y van poniendo alimentos en un plato que tiene un imán. Por ejemplo, deben identificar los lácteos y ubicarlos en el grupo correspondiente, y después se les hace una retroalimentación de toda la información, se les corrigen muchos mitos (nutricionista local, 2018).

Adicional a esta estrategia, se realizan talleres de nutrición y de actividad física, que se complementan con un plan de acción en estilos de vida saludables, basado principalmente en acciones de difusión, actividad física y talleres de nutrición que hacen los nutricionistas de los comedores y que avala el nutricionista local.

En diferentes comedores, los profesionales sociales y los nutricionistas han intentado impulsar diferentes iniciativas de abordaje de las actividades relacionadas con la promoción en hábitos y estilos de vida saludables. Algunos de estos abordajes diferenciales se hicieron desde el punto de vista económico con la finalidad de enseñar a los participantes a alimentarse saludablemente a bajo costo, considerando que uno de los grandes retos en este tema es comprar los ingredientes necesarios para tener una alimentación balanceada en casa a bajo costo.

• Sanitario y buenas prácticas de manufactura

El subcomponente sanitario y de buenas prácticas de manufactura ha tenido una atención importante en las últimas vigencias, buscando garantizar la inocuidad de los alimentos servidos a los participantes.

El proceso empieza desde la compra que hacen las unidades operativas, desde la precaución en la selección de los proveedores: que cuenten con toda la documentación requerida para garantizar que desde la planta de producción el alimento cuente con las condiciones de calidad (nutricionista, 2018).

La calidad de todo este proceso se garantiza también con capacitaciones continuas a las operarias de cocina de los comedores, haciendo énfasis en aquellos temas en los que se identifiquen dificultades sanitarias y de Buenas Prácticas de Manufactura - BPM.

Gráfica 9. Actividades del subcomponente sanitario y buenas prácticas de manufactura

Selección de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> • Que cuenten con documentación requerida. • Garantizar condiciones de calidad de la planta de producción de alimentos.
Desplazamiento y entrega de los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición de alimentos en vehículo de acuerdo con sus características. • Manipulación del alimento en la entrega.
Almacenamiento en bodega	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de lotes y empaques. • Verificación de la calidad y la cantidad de alimentos recibidos. • Separación de alimentos que requieran refrigeración y distribución de cada uno en su espacio adecuado.
Priorización de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Según fechas de vencimiento.
Desinfección	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de vectores contaminantes en los espacios, alimentos y utensilios. • Evitar contaminación cruzada.
Manejo de agua potable	
Capacitación continua a operarias	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de residuos sólidos. • Control de plagas. • Distribución y metraje.

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

Aunque la mayor parte de operadores cuentan con la experiencia y conocimientos suficientes en este tema, la interventoría que se hace sobre este aspecto es muy rigurosa¹³. Ante incumplimientos del operador encontrados en la interventoría, se establecen requerimientos y planes de mejoramiento que deben seguirse a cabalidad y, desde la Secretaría, se hace un control para que se cumpla con lo dictaminado por la interventoría, garantizando así la calidad de los alimentos entregados a los participantes.

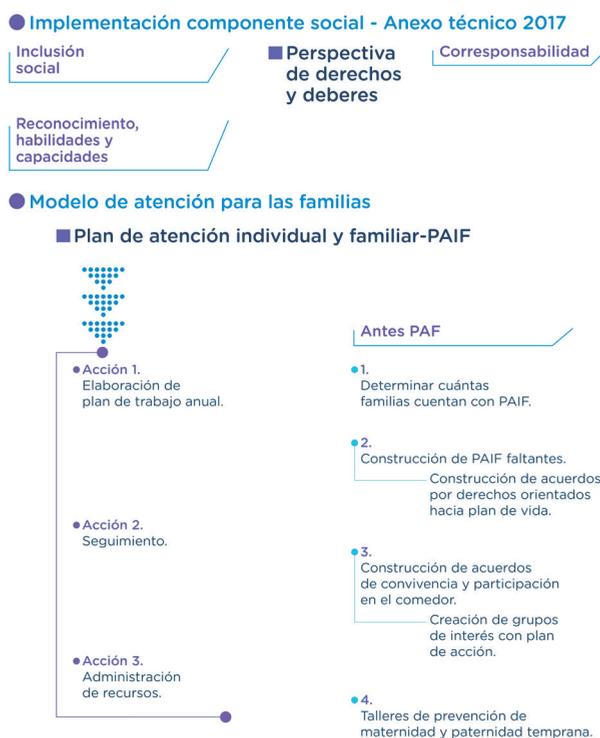
¹³Respecto al tema de la interventoría, el lector puede remitirse a la sección de seguimiento y evaluación para una mejor comprensión de este aspecto.

5.2.2 Componente social

El componente social se entiende dentro de un proceso de reconocimiento de habilidades y capacidades de la población participante. Se busca que dichas capacidades se traduzcan en el mejoramiento de su calidad de vida “a través de un conjunto de acciones integrales que aporten al ejercicio de una ciudadanía activa de los participantes y sus familias” (SDIS, p.4, 2017). Este componente contempla la implementación de la *Estrategia para el desarrollo de capacidades para la inclusión social*, mediante cuatro procesos:

- Identificación de necesidades y capacidades: aplicación del instrumento PAIF.
- Soluciones integrales: coordinación intra e interinstitucional, trabajo con grupos de interés.
- Gestión del conocimiento: caracterización de la población.
- Monitoreo y seguimiento: construcción de indicadores para seguimiento a la implementación de la estrategia.

Gráfica 10. Funcionamiento del componente social



Las acciones del componente social se realizan mediante talleres, encuentros, procesos de capacitación, remisión a otros proyectos o entidades, acompañamiento y orientación, todo en el marco de la corresponsabilidad, la cual implica una inclusión social desde un marco de acción que involucre a los ciudadanos como sujetos con derechos y deberes. Estas acciones se materializan a través del *Plan de Atención Individual y Familiar - PAIF*, en el cual se definen acuerdos de corresponsabilidad con los hogares de los participantes, con base en ocho derechos de los que se desprenden diferentes tipos de compromisos, como se puede observar a continuación:

Gráfica 11. Acuerdos de corresponsabilidad

Identificación	<ul style="list-style-type: none"> ● Actualizar documentos de identificación.
Salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Control de crecimiento, vacunación, citologías, consultas de planificación familiar, control prenatal, entre otros.
Educación	<ul style="list-style-type: none"> ● Vinculación y permanencia en sistema escolar.
Vida libre de violencias	<ul style="list-style-type: none"> ● Asistencia a actividades relacionadas con prevención de violencia.
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejoramiento de condiciones higiénicas de la vivienda.
Formación y capacitación	<ul style="list-style-type: none"> ● Asistencia y permanencia en procesos de formación y capacitación para la generación de ingresos.
Participación y organización	<ul style="list-style-type: none"> ● Participación en comités de veeduría, control y grupos de interés.
Recreación, cultura y deporte	<ul style="list-style-type: none"> ● Participación en espacios lúdicos y deportivos.

Fuente: UT Isegoría / E-valorar, con base en información del anexo técnico 2017.

De esta manera, el componente social se elabora a partir de tres acciones: plan de trabajo anual, seguimiento y administración de recursos. La primera acción incorpora tres líneas estratégicas: determinar cuántas familias tienen PAIF¹⁴ y establecer las acciones para aquellos que no lo tienen; la construcción de acuerdos de convivencia y participación, que incluyen la puesta en marcha de grupos de interés; y, por último, los talleres de prevención de maternidad y paternidad tempranas.

La implementación del componente social es central para el servicio de comedores teniendo en cuenta que este, más allá de brindar el 40 % de la alimentación diaria a sus participantes, busca generar en ellos un efecto positivo en su condición de ciudadanos.

Por otro lado, los profesionales sociales, quienes son los encargados de implementar el componente social, están en constante comunicación con los participantes y sus hogares, lo que les permite realizar un seguimiento constante a sus condiciones de vulnerabilidad y, por ende, generar acciones pertinentes para su mejoramiento.

Grupos de interés

Los grupos de interés son una de las condiciones a evaluar dentro del derecho de participación y organización contemplado en el PAIF. En estos grupos se desarrollan actividades en torno al bienestar y cohesión de los participantes en una gran gama de temáticas: actividades físicas como juegos para niños, fútbol, aeróbicos o danzas y actividades manuales como clases de artesanías, bisutería o de cocina.

Se desarrollan como mínimo dos grupos de interés al mes dentro o fuera del espacio del comedor. Se evidencia que, en su mayoría, las actividades se enmarcan en grupos de fútbol y actividades que buscan generar algún ingreso en las familias. Así mismo, la información cualitativa recolectada sugiere que estos grupos se convierten en momentos de esparcimiento para los participantes y en espacios de socialización e interacción entre personas con diversas características: población LGBTI, ciudadanos habitantes de calle, personas mayores, entre otros.

¹⁴El PAIF se plantea a partir de una visita en casa del hogar del participante donde se establecen unos acuerdos o compromisos entorno a un grupo de indicadores y derechos. Para este levantamiento se presentan una serie de dificultades debido a las vulnerabilidades en las que viven muchos de los participantes del servicio. Por ejemplo, algunos de ellos viven en paga diarios o presentan discapacidades cognitivas con pocas (o nulas) redes de apoyo que dificulta la consecución de los compromisos adquiridos.

A partir de lo anteriormente descrito se pueden nombrar algunas conclusiones respecto a la implementación del componente social. Por un lado, el componente social y su implementación se construyen desde el conocimiento y capacidad de empatía de los profesionales sociales y referentes. Por esta razón, varias profesionales afirman que los conocimientos adquiridos sobre la población que asiste a los comedores desde una interacción continua y cotidiana, es una herramienta poco aprovechada para el enriquecimiento del servicio. Esto teniendo en cuenta que cada sector y comedor componen universos sociales diferenciados enmarcados en contextos y necesidades particulares.

En segundo lugar, es notable que existe cierta flexibilidad en la implementación del componente social, debido a que las mayores responsabilidades en torno a este aspecto recaen en el operador. Este hecho puede ser efectivo en la medida en que responde a las particularidades de los contextos y sectores. Sin embargo, puede acarrear riesgos teniendo en cuenta que la labor del profesional social y de las partes del componente social pueden resultar desdibujadas debido a otro tipo de cargas laborales y funciones dentro de las unidades operativas.

Finalmente, son notables los espacios de interacción y creación de ciudadanía que han constituido los grupos de interés, sin embargo, en estos espacios de participación la motivación y el interés de los participantes recae de manera importante en la iniciativa y las habilidades individuales de los profesionales sociales, por lo que se necesitaría un recurso pedagógico que permita potenciarlos.

5.2.3 Componente administrativo-financiero

El componente administrativo-financiero se refiere a procesos y actividades tales como: los requisitos mínimos para iniciar la operación del comedor, el manejo de la información, la certificación para el pago, la elaboración y entrega de informes de ejecución, el trámite a requerimientos de la ciudadanía, los bienes entregados a título de comodato, y los protocolos de seguridad y la gestión ambiental (SDIS, 2017a).

A partir de la vigencia 2018 se requiere además la estructura de aportes entre asociado y Secretaría para cada rubro –talento humano, muebles y enseres, gastos administrativos, etc.–; las obligaciones del nutricionista que incluyen el apoyo a la

gestión de los alimentos y del plan de saneamiento básico, que eran responsabilidad exclusiva del coordinador en 2017 (SDIS, 2018a).

En relación con el manejo de la información, el “anexo técnico” para la contratación del servicio describe la infraestructura tecnológica requerida: equipos de cómputo, conexión a internet, equipos de descifrado de código de barras para registro de la asistencia de participantes, instalación de aplicativos de acceso al Sirbe, soporte y capacitación.

Como parte de este componente, los comedores deben desarrollar actividades de gestión documental y archivo, con el objetivo de “procurar la adecuada conservación y organización de los archivos, facilitando el tratamiento de los expedientes producidos durante la ejecución de los contratos suscritos entre las organizaciones operadoras y la SDIS” (SDIS, 2017, p. 124). Esto, con el fin de lograr el fácil acceso a los documentos de archivo a usuarios internos y externos, y de abogar por la preservación de la memoria institucional. Estas actividades son asumidas usualmente por los profesionales del componente social, las cuales interfieren con el desarrollo de las actividades propias de este componente.

Al respecto, algunos profesionales líderes señalan dificultades relacionadas con que no hay reglas claras, lo que genera que se tengan conceptos diferentes sobre lo que se debe hacer y los alcances de las distintas tareas.

5.3 Seguimiento y evaluación

La Dirección de Nutrición y Abastecimiento¹⁵ y sus subdirecciones técnicas, Subdirección de Nutrición y Subdirección de Abastecimiento, tiene a su cargo responsabilidades relacionadas con los procesos de seguimiento y evaluación.

En general, el seguimiento y monitoreo al servicio tiene diferentes dimensiones. En primer lugar, se realiza un seguimiento al cumplimiento de las metas del proyecto y al desempeño de los equipos de trabajo, así como al desempeño de los comedores y operadores.

Por otro lado, la información individual de los participantes –tomas antropométricas,

¹⁵ Creada mediante el Decreto Distrital 587 del 1 de noviembre de 2017.

acuerdos suscritos, asistencias al comedor- queda registrada en el Sistema Institucional de Registro de Beneficiarios - Sirbe de la Secretaría. En el nivel directivo se utilizan estos indicadores de seguimiento para tomar decisiones que permitan hacer ajustes al servicio.

En el marco de las acciones de seguimiento y evaluación, la Entidad realiza labores de monitoreo a los comedores y los operadores, lideradas por la Subdirección de Abastecimiento. Esta es la dimensión de seguimiento a la operación del servicio propiamente dicha. Finalmente, los actores involucrados -funcionarios locales, operadores y participantes- desarrollan acciones de observación complementaria y adyacente a las dos descritas, que intervienen de manera indirecta en la evaluación como proceso institucional.

La Subdirección de Abastecimiento se encarga del seguimiento a los operadores y a las unidades operativas, a través de una interventoría y la participación en escenarios locales de monitoreo. Esta interventoría se realiza actualmente por un tercero, contratado por la Entidad, que verifica el cumplimiento del “anexo técnico” del servicio en sus tres componentes en las unidades operativas.

Al respecto, se identificaron esfuerzos por parte de la Secretaría de continuar ajustando las matrices de tipificación con las que se evalúan los componentes en las visitas de interventoría y la aceptación del rol que cumple la verificación hecha por la interventoría o supervisión entre operadores y servidores locales. Sin embargo, existen retos importantes en relación con la sistematización y acceso a la información producida para consolidar, de manera centralizada, el desempeño de la operación de los comedores, de tal forma que permita tener información pertinente para la toma de decisiones.

Durante la evaluación se evidenció que, la ausencia de un coordinador de servicio en el nivel central, figura que desapareció con la creación de la Dirección de Nutrición y Abastecimiento, ha dificultado los procesos de comunicación, de articulación de los tres componentes del servicio y de respuesta a las situaciones de los participantes que desbordan los lineamientos y documentos técnicos.

5.3.1 Seguimiento y evaluación de otros actores

Existen seguimientos más informales o complementarios a la operación del servicio, a través de los referentes, nutricionistas locales y, eventualmente, participantes. En algunos de estos procesos de monitoreo se identificaron procesos de retroalimentación. Estos escenarios determinan unas posibilidades de mejora continua, de participación y de articulación de actores.

Así mismo, los participantes cuentan en cada comedor con un buzón de sugerencias, se han establecido en algunas localidades acuerdos explícitos sobre el lenguaje a utilizar para identificar los aspectos por mejorar y en algunas unidades operativas y localidades se desarrollan sesiones de asamblea para debatir aspectos recopilados a través del buzón. También se identificaron prácticas simbólicas de reconocimiento hacia los comedores con mejor desempeño en su gestión ambiental.

Finalmente, es importante continuar fortaleciendo los escenarios locales como los Consejos Locales de Política Social - CLOPS, que se constituyen en mesas intersectoriales que funcionan como escenarios simultáneos de diagnóstico y evaluación.

5.4 Coordinación inter e intrainstitucional

La coordinación inter e intrainstitucional sintetiza los escenarios de diálogo entre el nivel local y central para la operación del servicio y los que se establecen entre el servicio o a través de este con otras entidades involucradas directa o indirectamente con la política de seguridad alimentaria en la ciudad.

A nivel intrainstitucional, el proceso más importante es la gestión de información entre el nivel central y local. Los actores más relevantes de este proceso son el operador (coordinador, profesional social, nutricionista y operarias de cocina), los participantes, los funcionarios locales referentes y nutricionistas locales, y la Dirección de Nutrición y Abastecimiento de la Secretaría Distrital de Integración Social.

Los escenarios más importantes de coordinación intrainstitucional se generan en la Dirección de Nutrición y Abastecimiento con espacios de retroalimentación, como las reuniones de seguimiento y de equipos por componente, además de la articulación a través del área de planeación de la misma Dirección.

Las articulaciones más relevantes entre la unidad operativa y el nivel local se dan a través de las profesionales sociales y los referentes del proyecto *Bogotá te Nutre*, quienes tienen un espacio de encuentro en los comités de seguimiento. En estos escenarios existe la oportunidad de diálogo entre los representantes de cada componente en el nivel local desde la Secretaría, y con el operador. También es un espacio de monitoreo transversal, que puede ofrecer la perspectiva local y central sobre la operación.

En general, para la Entidad ha sido un desafío importante la comunicación entre las Subdirecciones de Nutrición y Abastecimiento y los distintos equipos, para la resolución de problemas específicos del servicio que provienen del nivel local. La articulación desde el nivel central se ha enfocado en las labores que se proponen desde el área de planeación de la Dirección de Nutrición y Abastecimiento para coordinar dichos equipos en la proyección de tareas y actividades.

Un reto adicional en esta comunicación nivel central-nivel local tiene que ver con que no siempre se sigue un conducto regular que informe previamente a los profesionales locales, sino que en ocasiones se establece comunicación directa con los operadores para establecer cambios o ajustes en algunos aspectos de la operación.

64

En la coordinación interinstitucional el proceso más importante es la referenciación a servicios desde y hacia otras entidades a partir de la elaboración del PAIF y el seguimiento nutricional, principalmente hacia el sector salud. Al respecto, la mayor dificultad se encuentra en el acceso al sistema de salud, lo cual afecta los compromisos suscritos en el PAIF de referenciación, tanto por las dilaciones en la remisión, como por la percepción de bajo logro que tiene el trámite al interior de los participantes. También la referenciación a servicios distritales y el desarrollo de actividades asociadas a los grupos de interés, son dos procesos clave en la coordinación entre los funcionarios de la Entidad y el personal adscrito a otras entidades del Distrito.

Los escenarios de la coordinación interinstitucional identificados son:

- Mesas de Desarrollo Comunitario: con participación de distintas entidades en las localidades.
- Comités de Seguridad Alimentaria: se realiza seguimiento y referenciación a casos graves de desnutrición, incluidas acciones de educación nutricional y referenciación a salud e incluso al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en los casos de negligencia.
- Comités Locales Operativos de Política Social - CLOPS: su labor es de diagnóstico temático, se proponen temas de discusión para monitorear el estado de la población en relación con los fenómenos analizados.

Además de las entidades de salud, el actor más visible con el que se articula el servicio de comedores es el Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRDR, cuya presencia es asidua en varias unidades operativas. El IDRDR ha favorecido el uso de otros espacios de la ciudad para que los participantes desarrollen actividades complementarias de recreación.

La Secretaría de Desarrollo Económico, con su componente de empleabilidad, es un actor sobre el cual se tienen altas expectativas en relación con los propósitos del servicio, pero que cuenta con poca visibilidad. Los proyectos de capacitación en emprendimiento se presentan como talleres de manualidades en varios comedores, por lo tanto, es necesario que las actividades se enfoquen en mejorar las capacidades de empleabilidad de los participantes. Además, las ferias de empleo organizadas por dicha Secretaría no derivan en la contratación de ningún participante, por lo que se considera una estrategia insuficiente.

En general, la articulación interinstitucional resulta pertinente para los propósitos del servicio, ya que la población que asiste a los comedores al ser vulnerable se convierte en un actor relevante para el desarrollo de múltiples intervenciones. No obstante, se evidenció que estas no siempre se encuentran debidamente articuladas, lo que puede afectar su credibilidad y pertinencia. Por lo tanto, es necesario realizar acuerdos entre los niveles directivos –no locales–, que vayan más allá de los procesos de referenciación individual o familiar que se realiza desde el servicio y fortalecer los procesos de transferencia de conocimiento.

6. Resultados de la evaluación del servicio de comedores

En este capítulo se aborda la caracterización de los participantes evaluados y se presentan los resultados del servicio desagregados en cada uno de sus componentes.

6.1 Caracterización de los participantes

67

La caracterización de los participantes del servicio de comedores se estructura en dos partes. En la primera, se describen los participantes a partir de la información obtenida de la encuesta aplicada. En la segunda, se caracterizan las distintas poblaciones sobre las cuales se analizan los resultados del servicio, dando prioridad a los grupos etarios atendidos, así como a grupos poblacionales específicos; esto con el objetivo de identificar los atributos que sean más relevantes, a partir de los indicadores que presenten diferencias significativas¹⁶ y magnitudes relevantes.

A partir de la base de datos, construida con la información de la encuesta expandida a 30.754 personas, se diseñaron 34 indicadores sociodemográficos distribuidos en las categorías de características demográficas y de jefatura del hogar, seguridad social y salud, educación, vivienda y mercado laboral.

Para estos 34 indicadores se encontraron 20 desagregaciones relacionadas

¹⁶Una diferencia estadísticamente significativa implica que es poco probable que la diferencia observada se haya debido al azar, por lo que se rechaza la hipótesis de que los valores sean iguales.

con los distintos grupos etarios, 21 referidas a discapacidad, 16 a población víctima, 10 relacionadas con el género, dos asociadas a la etnia y dos en referencia a la jefatura del hogar. Esto, con diferencias significativas de al menos 10 % de confianza entre los grupos de comparación y con coeficientes de variación del proceso de estimación de la muestra inferiores al 20 %¹⁷.

La cantidad de desagregaciones que se tiene para la edad se explica, en parte, porque se tomaron los cinco grupos etarios que establece el servicio para su atención, de acuerdo con los requerimientos nutricionales:

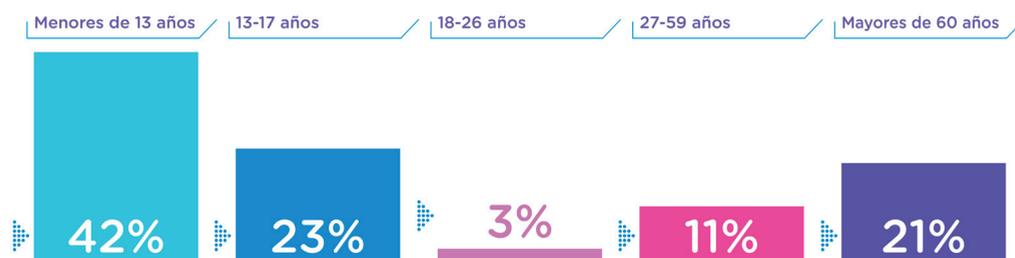
- Menores de 13 años (niños y niñas).
- Entre 13 y 17 años (adolescentes).
- Entre 18 y 26 años (jóvenes).
- Entre 27 y 59 años (adultos).
- Mayores de 60 años (personas mayores).

6.1.1 Aspectos sociodemográficos

68

En relación con los aspectos sociodemográficos de los participantes de los comedores, se encontró que su edad se ubica en un rango de seis a 88 años. El grupo etario de menores de 13 años (42,1 %) tiene la mayor participación y la población entre 18 y 26 años tiene la menor participación, como se muestra en la Gráfica 12.

Gráfica 12. Distribución de los participantes por edad



Fuente: UT Isegoría - Evaluar.

¹⁷ Según el DANE, los coeficientes de variación permiten evaluar la calidad estadística de las estimaciones. Cuando este coeficiente está debajo del 7 % es preciso, del 8 al 14 % es aceptable, del 15 % al 20 % es regular. Coeficientes que superan el 20 % ya no son precisos.

El 50,8 % de los participantes son mujeres, destacando que, en el grupo de 27 a 59 años hay una diferencia significativa en la proporción de mujeres: 66,6 % frente al 49 % para los demás grupos etarios. Por localidades, aquellas que concentran el mayor número de participantes son Ciudad Bolívar (17, 5%), Usme (11,5 %) y San Cristóbal (10,3 %).

El hogar promedio de los participantes del servicio está compuesto por 4,14 integrantes. Por otra parte, el 49,1 % de los hogares tiene jefatura única, es decir, que no tiene cónyuge, y el 51,6 % tiene jefatura femenina. Es de resaltar que en el servicio de comedores participan varios integrantes del hogar: ocho de cada diez participantes afirman que otros miembros de su hogar lo hacen y, en promedio, casi la mitad del hogar asiste al comedor (47,5 %).

El 6,9 % de los participantes se reconoce como perteneciente a un grupo étnico y el 9,9 % como víctima del conflicto armado. El 87,9 % de los participantes es de los estratos socioeconómicos uno y dos.

6.1.2 Seguridad social y salud

El 98,2 % de los participantes está afiliado a seguridad social y, de ellos, el 64,7 % pertenece al régimen subsidiado de salud y el 35,3 % al contributivo, incluidos regímenes especiales.

En relación con las condiciones de salud, se indagó por las 12 enfermedades más recurrentes en Colombia¹⁸ y se encontró que el 40,5 % de los participantes ha sido diagnosticado con al menos una de esas enfermedades alguna vez en su vida y el 19,7 % con dos o más enfermedades. El 15,8 % tiene una comorbilidad asociada a la malnutrición por exceso relacionada con diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal, tumores malignos o cáncer. El 71,7 % de los participantes menores de 14 años ha presentado al menos una enfermedad en el último año. Finalmente, el 22 % de los participantes del servicio de comedores son personas con alguna limitación permanente.

¹⁸ La lista de las enfermedades se obtuvo del documento Análisis de la Situación de Salud - ASIS 2017. También a partir de la revisión de las preguntas de la Encuesta Multipropósito y teniendo en cuenta las condiciones no transmisibles que son prevalentes en la población y están asociadas a la alimentación. Las enfermedades que se incluyeron son: enfermedades cardiovasculares e hipertensión, enfermedades respiratorias, bronquitis y enfisema, insuficiencia renal, enfermedades digestivas y úlcera gástrica, enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis y artritis, diabetes, tumores malignos y cáncer, enfermedades mentales, trastornos de la conciencia (depresión, ansiedad), asma, alergia crónica, epilepsia y trastornos de la conducta.

6.1.3 Educación

El 77,6 % de las personas menores de 13 años y el 79,4 % entre 13 y 17 años está cursando el grado escolar que corresponde con su edad. Por otra parte, el 27 % de las personas entre 18 y 26 años alcanzó el nivel de secundaria completa. Este nivel de educación solo fue logrado por el 9,7 % y el 4,1 % de las personas entre 27 y 60 años y los mayores de esa edad, respectivamente. El 58,9 % de los hogares tiene jefe de hogar con secundaria completa.

6.1.4 Vivienda

El 79,7 % de los participantes de los comedores vive en casa o apartamento, el resto viven en cuartos o en otros tipos de vivienda como carpa o tienda. En el 25,1 % de los casos la vivienda es propia y el 97,2 % de las viviendas disponen de todos los servicios básicos. El 15,7 % de los participantes vive en hacinamiento.

70

6.1.5 Trabajo

Frente a los aspectos laborales, el 54,3 % de los participantes está en edad de trabajar, es decir, que son mayores de 14 años¹⁹; de estos, el 25,9 % hace parte de la población económicamente activa. Para el 66,2 % de los hogares, el jefe de hogar está trabajando. El 49,7 % de los participantes manifiesta que no les alcanzan los recursos en especie y monetarios para cubrir los gastos mínimos²⁰.

Frente a los aspectos sociodemográficos se puede concluir:

- A los comedores asisten, principalmente, menores de 13 años, adolescentes y personas mayores.

¹⁹ Para esta evaluación, las preguntas sobre mercado laboral solo se le aplicaron a la población mayor de 14 años.

²⁰ No se pudo determinar la población ocupada porque el coeficiente de variación superaba el 20 %.

- Hay una alta asistencia de población que se reconoce como perteneciente a un grupo étnico o víctima del conflicto.
- La mitad de los hogares que asisten tienen jefatura única y, en general, de cada hogar asiste más de una persona.
- Hay una alta afiliación a seguridad social en salud mientras que los niveles educativos para la edad son bajos para todos los grupos etarios, pero especialmente para la población adulta.
- La mitad de los hogares reporta que no les alcanzan los ingresos para cubrir los gastos mínimos.

Además de esta caracterización general, se identificaron, a través de métodos cualitativos, otros perfiles de vulnerabilidad y de población sujeta a enfoque diferencial. Algunas de estas poblaciones son ciudadanos habitantes de calle, vendedores ambulantes y trabajadores informales que reciben servicio en una localidad diferente a aquella en la que viven, personas que habitan en paga diarios, población migrante y personas en situación de pobreza oculta.

6.1.6 Grupos etarios y población diferencial

71

En esta sección se presentan los indicadores para la población participante en el servicio, señalando los más relevantes según su grupo de edad (ver Anexo 2).

Menores de 13 años: tienen 9,8 años en promedio, casi la mitad pertenece a hogares con jefatura única (45,7 %) y uno de cada cinco (22,4 %) no tiene el nivel educativo adecuado para su edad. Uno de cada diez (11,6 %) presenta alguna limitación permanente. Al comparar a los menores de 13 años con los otros grupos etarios de la evaluación, se encuentran diferencias significativas en 20 indicadores, de los cuales se presentan a continuación los de mayores magnitudes.

- El tamaño del hogar es mayor, en promedio, en cerca de 1,4 personas más frente al resto de grupos etarios: 5 frente a 3,6, respectivamente.
- El 7,8 % es víctima del conflicto armado.
- El 92,6 % pertenece a los estratos uno y dos.

- El 52,5 % está afiliado al Régimen Subsidiado de Salud (frente al 73,5 % de los otros grupos etarios).
- Asisten a los niveles educativos de acuerdo con su edad en mayor proporción que los demás grupos etarios: 77,6 % frente a 36,5 %²¹, respectivamente.
- Viven en casa o apartamento, en mayor proporción que los otros grupos etarios: 88,7 % frente a 73,1 %. Cerca de la mitad se encuentran ubicados en la zona sur de la ciudad: 49 % frente a 35 % de los demás grupos etarios.
- Este grupo poblacional ha sido diagnosticado en menor proporción que los demás grupos etarios con al menos una de las 12 enfermedades más comunes que padece la población colombiana: 22,7 % frente a 53,5 %.
- Esta población gasta 4,5 minutos menos que los otros grupos etarios en el trayecto para llegar al comedor: 10,6 frente a 15,1 minutos, lo que pareciera indicar que viven más cerca de los comedores.

Adolescentes entre 13 y 17 años: tienen en promedio 15 años y el 79,4 % tiene el nivel educativo adecuado para su edad. Los resultados de los indicadores que más se destacan son:

- La presencia de adolescentes jefes de hogar: se identificaron 341 casos, es decir, el 5,4 % de los participantes de este grupo.
- El 56,7 % pertenece al régimen subsidiado.
- El 9,4 % tiene alguna limitación permanente, frente al 26 % de la población de los otros grupos.
- El 90,8 % pertenece a los estratos uno y dos.
- El 30,2 % viven en vivienda propia.
- El 2,9 % hace parte de la población económicamente activa.

72

²¹ El indicador de nivel educativo para la edad responde a la propuesta del DANE donde establece que las personas de seis a diez años deben estar en primaria, de 11 a 14 años en media y de 15 a 16 años en secundaria. Si es mayor de 17 años debe tener la secundaria completa.

Jóvenes entre 18 y 26 años: tienen en promedio 19,8 años y, en su gran mayoría, se encuentran trabajando (88,5 %). El 16,5 % tiene alguna limitación permanente, el 59 % pertenece a hogares con jefatura femenina y el 6,6 % son jefes de hogar. Otros indicadores relevantes son:

- El porcentaje de participantes cuyo jefe de hogar está trabajando es superior al de los otros grupos etarios: 78,1 % frente a 65,9 %.
- En este grupo se encuentra una menor proporción de participantes que son trabajadores por cuenta propia, con respecto a los demás grupos etarios: 35,3 % frente a 78,5 %.
- Las personas entre 18 y 26 años tienen una menor proporción de participantes en el nivel educativo adecuado para su edad –secundaria completa– en comparación con los otros grupos etarios: 26,9 % frente a 54,6 %, respectivamente.

Adultos entre 27 y 59 años: tienen en promedio 49,3 años y el 10,9 % pertenece a alguna etnia. En su mayoría son mujeres (66,6 %), jefes de hogar (70,2 %) y, proporcionalmente, pocos tienen compañero(a) permanente (23,8 %). En una alta proporción se encuentran trabajando (94,5 %) y solo el 9,7 % tiene el nivel educativo adecuado para su edad –secundaria completa–. En este grupo, el 40,4 % de personas tiene limitaciones permanentes; el 66,1 % ha sido diagnosticada con al menos una enfermedad y el 38,9 % con dos o más. Otros indicadores para destacar son:

- Un 63,6 % de los participantes pertenece a hogares con jefatura única frente a 47,6 % para el resto de los grupos etarios.
- El 51,5 % de los participantes hacen parte de la Población Económicamente Activa - PEA, frente al 19,3 % de los otros grupos de población.
- Se destaca que el 84,4 % de los participantes está afiliado al Régimen Subsidiado frente al 62,3 % de los otros grupos.

Mayores de 60 años: tienen en promedio 71,4 años. El 48,2 % presenta alguna limitación permanente, mientras que ocho de cada diez personas (77,6 %) han sido diagnosticadas con al menos una enfermedad o problema de salud. El 19,7 % está casado o tiene pareja permanente, y en alta medida son ellos mismos jefes de

hogar (80 %). El 61 % de los hogares a los que pertenecen tiene jefatura única. Otros indicadores para destacar son:

- Para el 41,1 % de los hogares de este grupo etario, el jefe de hogar se encuentra trabajando, frente al 73 % de los otros grupos etarios.
- Las mayores proporciones tanto de diagnóstico de al menos una o más de dos enfermedades, así como de comorbilidad son de 53,1 % y de 52,3, respectivamente.
- En relación con las limitaciones permanentes, se presenta en un 48,2 % frente al 15 % de los demás grupos etarios.

A partir del análisis cualitativo, las personas mayores tienen unas características específicas en varios aspectos:

- La expectativa de rotación de esta población en el servicio es baja, frente a otros grupos etarios que tienen un comportamiento distinto en relación con su permanencia. Los niños y niñas se ubican en jardines infantiles donde se les cubre el 70 % de los nutrientes; y los adolescentes y jóvenes son población que permanece en el servicio, generalmente, durante su etapa escolar.
- La mayor parte de las personas mayores que hacen parte del servicio viven solas y no cuentan con círculos de socialización ni redes de apoyo familiares.

Población con discapacidad: las personas con discapacidad que asisten al servicio de comedores tienen en promedio 47,2 años y solo el 22,7 % tiene el nivel educativo adecuado para su edad. Una alta proporción tiene problemas de salud: al 68,8 % le han diagnosticado al menos una enfermedad. El 71,7 % pertenece a un hogar donde el jefe de hogar tiene secundaria completa.

La población con discapacidad que participa en el servicio de comedores presenta características muy diferentes al resto de la población atendida. Por ejemplo, sus condiciones socioeconómicas son más difíciles, como se observa en los siguientes indicadores:

- Las mayores proporciones de personas con discapacidad se ubican en los grupos de 27 a 59 años y los mayores de 60 años: 40,4 % y 48,2 %, respectivamente.

- Han sido diagnosticados en mayor proporción, tanto con al menos una (68,8 %), como con más de dos enfermedades (42,3 %), en comparación con el resto de los participantes.
- El 53 % de los participantes con discapacidad son jefes del núcleo familiar, en comparación con el 20,2 % del resto de población participante del servicio.
- La proporción de participantes con discapacidad cuyo jefe de hogar está trabajando es del 48 %.

Población víctima del conflicto: las personas participantes que han sido víctimas del conflicto tienen en promedio 32,4 años. En este grupo poblacional es mayor la pertenencia a una identidad étnica (17,7 %). Una de cada dos personas ha sido diagnosticada con al menos una de las enfermedades más prevalentes en la población colombiana, mientras que un tercio presenta algún tipo de discapacidad.

Son jefes de su hogar en el 42,9 % de los casos y a pesar de que tienen la secundaria completa en mayor proporción que las personas que no son víctimas del conflicto, no se encuentran ocupados. Esto representa un hecho atípico, dado que, usualmente mayores niveles educativos se relacionan con facilidad para ingresar al mercado laboral.

Se destaca que en promedio hay una mayor proporción de participantes víctimas del conflicto que manifiestan que los recursos no les alcanzan para cubrir los gastos mínimos, frente a quienes no son víctimas del conflicto: 65,5 % y 48 %, respectivamente.

Los participantes víctimas son trabajadores por cuenta propia en menor proporción que los participantes no víctimas: 64,2 % frente a 78 %, respectivamente. Así mismo los jefes de hogar de esta población trabajan en menor proporción cuando se compara con los jefes de hogar al que pertenecen al resto de poblaciones: 57,1 % frente a 67,2 %.

Así mismo, los participantes víctimas son jefes de hogar en una alta proporción (42,9 %), frente a los participantes que no son víctimas (25,7 %). Se destaca una diferencia respecto a la afiliación al régimen subsidiado de salud entre participantes víctimas y quienes no lo son, de 17 puntos porcentuales.

6.1.7 Género

Las mujeres participantes del servicio de comedores son adultas, con edad promedio de 29 años. El 14,8 % tiene pareja y el 27,1 % es jefe de su núcleo familiar. El 22,8 % tiene alguna discapacidad y el 6,4 % pertenece a una etnia. Se destacan otros indicadores que muestran que en promedio las mujeres participantes del servicio de comedores enfrentan situaciones más difíciles que el resto de los participantes:

- El 62 % de las participantes pertenece a hogares con jefatura femenina, en comparación con el 40,7 % de los hombres.
- En relación con el diagnóstico de dos o más enfermedades, esta proporción es superior en 10 puntos porcentuales para las mujeres frente a los hombres: 24,6 % frente a 14,6 %, respectivamente, comportamiento similar frente el diagnóstico de al menos una enfermedad.
- Las mujeres presentan en mayor proporción niveles educativos para su edad (49,4 % frente a 40,5 %); y en menor proporción, con respecto a los hombres, han logrado la secundaria completa: este indicador es de 49,4 % para las mujeres y de 58,3 % para los hombres.

76

6.1.8 Etnia

El 47 % de los participantes que se identifican con una etnia son mujeres. En promedio, son adultos con 27,2 años. El 30 % son jefes de hogar. El 51,5 % tiene el nivel educativo esperado para su edad y casi la mitad de la población (48 %) se encuentra económicamente activa. El 79,4 % vive en una casa o apartamento, pero la propiedad de estas no supera el 23 %. En términos de salud, el 39,8 % presenta al menos una enfermedad.

La proporción de población étnica que pertenece a la población económicamente activa es de 48 %, frente al 24 % para la población no étnica. Además, esta población étnica tiene mayor proporción de víctimas del conflicto armado con 16,5 puntos porcentuales de diferencia, comparado con el resto de la población.

En conclusión, las principales diferencias entre los grupos etarios responden

a temas asociados al ciclo de vida que inciden directamente sobre los indicadores analizados. Llama la atención que la mayoría de las diferencias en relación con las mujeres están asociadas al mercado laboral. Por otra parte, la pertenencia a una etnia parece no implicar diferencias significativas frente a la población que no se identifica con alguna; mientras que ser víctima del conflicto sí determina muchas diferencias frente al resto de la población.

6.2. Resultados de los componentes del servicio

6.2.1 Estado nutricional

La hipótesis que se plantea en relación con este aspecto es que, a mayor exposición al servicio de comedores, los participantes mostrarán una estabilización de su estado nutricional, percibida como el paso de un estado nutricional carencial o de exceso a un estado nutricional de normalidad, de acuerdo con el resultado del Índice de Masa Corporal - IMC para todos los grupos etarios.

Como ya se mencionó, el ejercicio se construyó a partir de la aproximación a la exposición de los participantes al servicio, tomando como punto de partida la suma de la cantidad de raciones recibidas entre enero de 2017 y junio de 2018 (período que comprende esta evaluación).

77

Para el análisis del estado nutricional de los participantes se tomaron los indicadores de talla para la edad y el IMC calculados para el universo de participantes del servicio de comedores de cinco o más años, que registran en el Sirbe mediciones antropométricas entre 2017 y 2018, correspondientes a 31.227 personas²². Durante este período se realizaron tres tomas antropométricas o tamizajes. La Tabla 3 ilustra la distribución de participantes en cada tamizaje.

²²No se tienen en cuenta los tamizajes a mujeres embarazadas, ya que se debe tener información de las semanas de gestación para el cálculo de su estado nutricional. Por otra parte, para menores de 18 años la clasificación nutricional se hace conforme a tablas de referencia, las cuales asignan puntajes (z scores) según su edad y sexo (hombre-mujer). Por esa razón, tampoco se tienen en cuenta las tomas realizadas a menores de 18 años que registran como intersexuales.

Tabla 3. Personas por toma**● Distribución de los participantes por edad**

Evento	Fecha	Número de participantes
Toma 1	2017 - semestre I	26.146
Toma 2	2017 - semestre II	29.742
Toma 3	2018 - semestre I	30.274

Fuente: UT Isegoría / E-valorar, con base en datos Sirbe.

A continuación, se presentan tres tipos de análisis. El primero es descriptivo, calculando el promedio de los indicadores en cada uno de los tamizajes, estimando las diferencias entre tomas antropométricas y desagregando los resultados para la población de cinco a 17 años y adultos de 18 a 64 años.

El segundo es un análisis de comparación uno a uno, antes y después, para cuantificar los cambios en la clasificación nutricional de los participantes, entre la primera toma y la tercera, diferenciando entre tres niveles de IMC: déficit, normalidad y exceso.

78

El tercer análisis, que también es uno a uno, corresponde a la estimación de una regresión con el método de diferencias en diferencias para determinar el efecto de la asistencia al servicio en el tiempo, para el nivel de exposición bajo y alto de los participantes. De manera complementaria se presentan los resultados de la autopercepción de la silueta corporal.

Análisis descriptivo del estado nutricional

Niñas, niños y adolescentes de cinco a 17 años: los criterios de clasificación del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes de cinco a 17 años son:

Talla para la edad:

- Talla adecuada para la edad.
- Riesgo de retraso en talla.
- Talla baja para la edad o retraso en talla.

La talla para la edad es un indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad y que da cuenta del estado nutricional acumulativo. Es decir, que su alteración permite identificar estados de privación o déficit nutricional de larga data. Aunque no es un indicador sensible a cambios mínimos en la alimentación, sí da cuenta de un grado de severidad que suministra información para la priorización de acciones dentro de los sistemas de vigilancia nutricional.

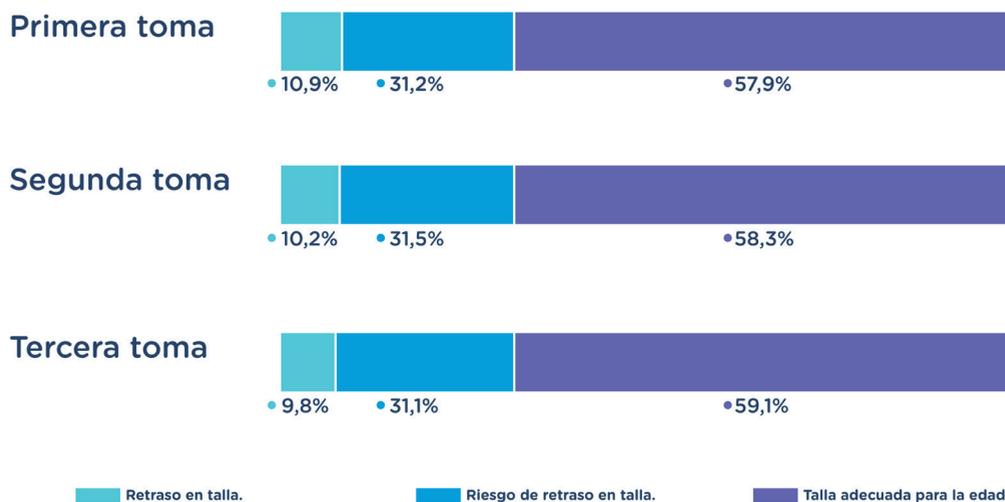
Índice de Masa Corporal - IMC:

- Obesidad.
- Sobrepeso.
- Normal.
- Riesgo de delgadez.
- Delgadez.

El IMC es un indicador que correlaciona el peso corporal total en relación con la talla, de acuerdo con la edad, lo que permite una identificación global de estas tres variables en un individuo. Además, a diferencia del anterior indicador, muestra mejor sensibilidad a las intervenciones nutricionales de corto plazo²³.

En la Gráfica 13 se presenta la proporción de participantes menores de 18 años del servicio de comedores, según su estado nutricional, por talla y edad en cada toma.

²³Sin embargo, tiene algunos sesgos en la interpretación. Por ejemplo, personas con un nivel medio alto de actividad física y, por ende, con mayor porcentaje de masa pueden ser clasificadas como en exceso.

Gráfica 13. Estado nutricional de los participantes menores de 18 años por el indicador de talla para la edad en cada toma 2017-2018(I)

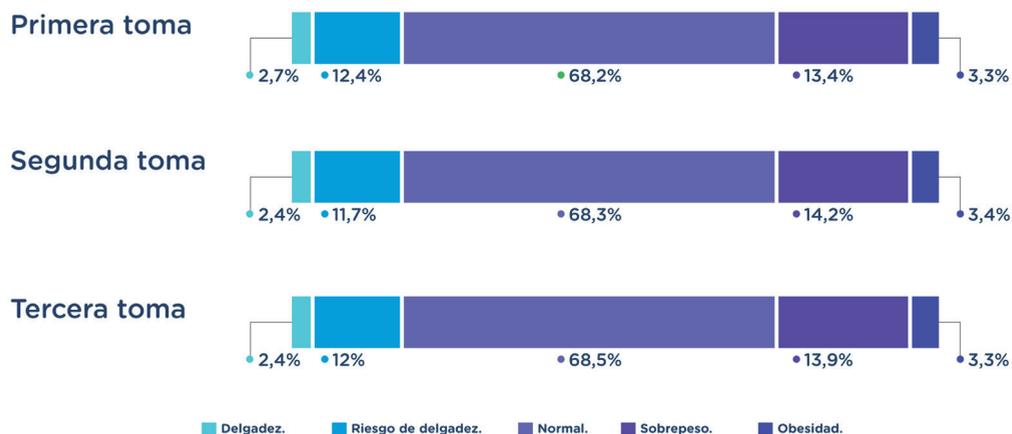
Fuente: UT Isegoría / E-valorar a partir de información Sirbe.

El estado nutricional de los participantes menores de edad medido por el indicador de talla para la edad muestra que, aproximadamente, seis de cada diez participantes no presentan alteraciones en el crecimiento en talla en cada una de las tomas. Sin embargo, es relevante que cerca del 10 % de los participantes presenten retraso en talla propiamente dicha, lo que se podría catalogar como desnutrición crónica.

80

Ahora bien, el IMC que da cuenta de la progresión de peso y talla de acuerdo con la edad de los menores de edad, se mantuvo estable durante el período de análisis para todas las clasificaciones. Este indicador es aún más concluyente dada la estabilidad del indicador talla para la edad (Gráfica 14).

Gráfica 14. Estado nutricional de los participantes menores de 18 años por el IMC para la edad, en cada toma 2017-2018(I)



Fuente: UT Isegoría / E-valorar a partir de información Sirbe.

De lo anterior se infiere que, a pesar de los resultados en el estado nutricional para menores de edad, los participantes del servicio de comedores presentan una tendencia a la normalidad en poco más de dos terceras partes de la población, distribuyéndose casi que en la misma proporción para la malnutrición por déficit o riesgo de déficit (15,2 % en la tercera toma) y por exceso (16,5 % para la tercera toma).

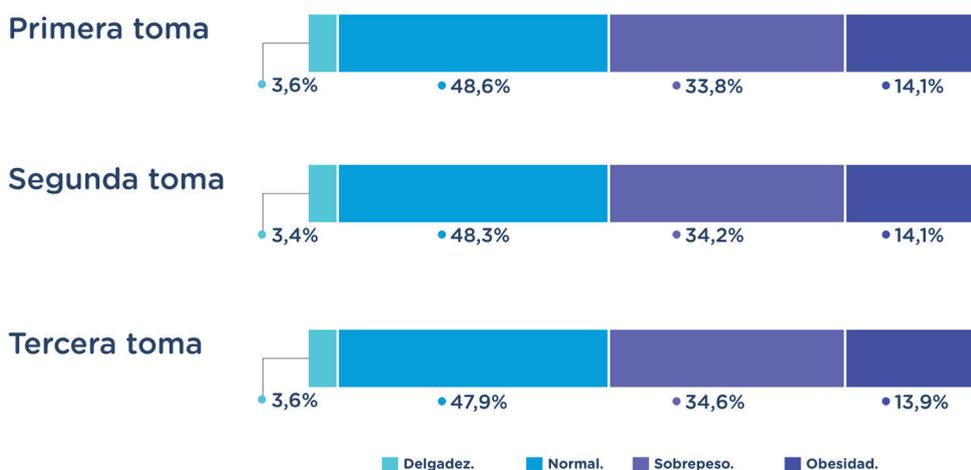
Adultos de 18 a 64 años: los criterios de clasificación nutricional de los adultos entre 18 y 64 años son:

- Delgadez.
- Normalidad.
- Sobrepeso.
- Obesidad grado I.
- Obesidad grado II.
- Obesidad grado III.

Para este grupo etario únicamente se presentan resultados del IMC, ya que el indicador de talla para la edad no es sensible del estado nutricional, puesto que el crecimiento longitudinal es mínimo.

También es importante considerar que, para el caso, el IMC solo es la correlación de peso para la talla, ya que en adultos no se cuenta con puntos de corte diferenciados por edad y sexo.²⁴

Gráfica 15. Estado nutricional de los participantes mayores de 18 años por el IMC para la edad en cada toma, servicio de comedores 2017-2018(I)



Fuente: UT Isegoría / E-valorar, a partir de información Sirbe.

En cuanto al estado nutricional de los adultos participantes del servicio de comedores, se encuentra que se mantiene estable la clasificación nutricional durante las tres tomas para todas las categorías de clasificación del IMC durante el período de análisis. Sin embargo, aproximadamente uno de cada dos participantes adultos presenta sobrepeso u obesidad y un 3,6 % malnutrición por déficit en cada una de las tomas. Estos participantes deberían contar con remisión y seguimiento para indagar sobre sus causas.

Cabe señalar que, los datos objeto de este análisis no corresponden de manera estricta a los mismos participantes, es decir, la base de la tercera toma de medidas antropométricas no contiene a todos los participantes evaluados en la segunda y primera toma. Por ello, surge la necesidad de hacer una comparación entre pares

²⁴Para consultar en detalle los criterios del estado nutricional en niños, niñas y adolescentes de cinco a 17 años y en adultos de 18 a 64 años, revisar anexos 3 y 4.

o uno a uno²⁵ para determinar la evolución de los participantes en su IMC, entre la primera y la última toma antropométrica.

Evaluación del estado nutricional según IMC para edad

Para la evaluación del estado nutricional se realiza una evaluación pre-post que mide el cambio en los resultados de los participantes en el tiempo, esto es, la diferencia entre la situación inicial y posterior a la exposición al servicio de comedores.

En esta medida, en la estimación pre-post solo se tienen en cuenta aquellos participantes del servicio que fueron tamizados en la primera toma y en la tercera toma, por lo que es un análisis uno a uno con una diferencia entre medidas de aproximadamente un año. Esta condición reduce el número de participantes a 25.356²⁶. Esta población se divide según cumplimiento de requisito de mayoría de edad (18 años), ya que, como se mencionó antes, el cálculo del IMC y su interpretación difiere del grupo de menores de 18 años.

La evaluación pre-post del servicio de comedores se basa en tres tipos de análisis, los cuales toman como referencia la clasificación normal, según el indicador de IMC.

El primer análisis, denominado “En déficit”, considera a todos los participantes que en su primer tamizaje se ubicaron por debajo de la clasificación normal, que, para el caso de los menores, corresponde a un punto de corte de < -1 Desviación Estándar - DE y para los mayores de edad, a un punto de corte de $< 18,5$ Kg/m². El segundo, denominado “En normalidad”, se asocia a los participantes en clasificación normal según su IMC en la primera toma. Finalmente, el llamado “En exceso” refleja todo lo contrario al primer análisis, es decir, los participantes con puntos de corte por encima de la clasificación normal.

La comparación entre el primer y el tercer análisis permite determinar el cambio en el IMC entre la primera y tercera toma, y corroborar si este conlleva a un acercamiento a la clasificación nutricional normal, hecho a manera de inicio/fin de la ventana de tiempo de la presente evaluación.²⁷

²⁵ Mismo individuo en los dos momentos del tiempo.

²⁶ No contempla los casos de mujeres embarazadas, ya que para el cálculo de su IMC se hace necesaria la información de número de semanas de gestación y no estaba disponible. Solo se tienen en cuenta participantes de cinco años o más.

²⁷ Cualquier acercamiento, así sea marginal, a la clasificación nutricional normal se considera un efecto positivo. Considerar como cambio positivo pasar de una clasificación de “En déficit” o “En exceso” a “En normalidad” resulta ser una condición altamente restrictiva, ya que cambiar de una clasificación nutricional a otra implica efectos de hasta una desviación estándar.

La estimación del cambio se realiza mediante un modelo de regresión, el cual tiene en cuenta otras posibles variables que inciden en los resultados del IMC y pueden estar sesgando el estimador pre-post, tales como las características sociodemográficas de los participantes y la asistencia a los comedores. En la Ilustración 1 se presenta la lógica de cambios en el puntaje de IMC para llevar a clasificación normal.

Ilustración 1. Lógica de cambios en puntaje de IMC para llevar a clasificación normal



Los resultados de las regresiones muestran que la estimación del coeficiente que acompaña a la variable -Después-, que captura la diferencia en el IMC entre la primera y la tercera toma, es coherente con los signos esperados y es estadísticamente significativa.

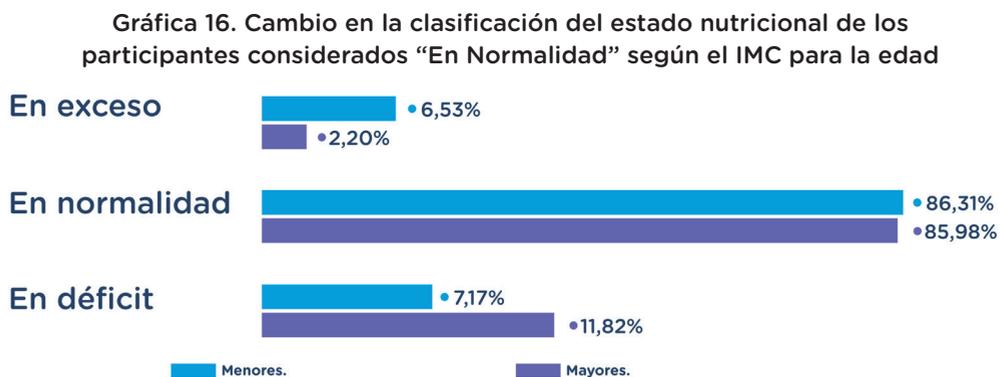
Para el caso de los menores de edad se estima un aumento promedio de 0,41 desviaciones estándar en los participantes que se registraron "En déficit" en la primera toma. Por otro lado, los que se registraron "En exceso" reportaron una caída de 0,287 entre tamizajes, evidenciando una tendencia hasta el estado nutricional "En normalidad". En este sentido, se evidencia una mejora en el estado nutricional de los participantes entre la primera y la tercera toma.

Para el caso de los mayores de edad, existe una tendencia hacia una

clasificación “normal” según el IMC, entre la primera y la segunda toma, lo que puede traducirse como un efecto positivo del servicio sobre aspectos nutricionales de los participantes, asumiendo que la diferencia entre medidas antropométricas es atribuible a la participación en el comedor.

Para participantes que fueron clasificados en la primera medición de IMC como “En normalidad” no es válido el análisis de regresión antes planteado, ya que aumentos o caídas en los respectivos puntajes no implican necesariamente un empeoramiento o mejora de la condición nutricional. Solo se puede dar un criterio evaluativo si existe un cambio en la clasificación nutricional del participante entre tomas, ya sea porque pasó de normal a un estado de delgadez o pasó a clasificación de sobrepeso u obesidad.

La Gráfica 16 presenta la diferencia del estado nutricional de los participantes que fueron clasificados inicialmente como “En normalidad” para menores y mayores de edad. Se observa que el 86,31 % de los menores de edad conservó la clasificación, mientras que el 6,53 % bajó su clasificación a la denominación “En déficit” y el 7,17 % se ubicó en “En exceso”. Para el segundo grupo, el 85,98 % de los mayores conservó su clasificación nutricional; el 2,20 % cambió a “En déficit” y el 11,81 % a “En exceso”.



Fuente: UT Isegoría / E-valorar a partir de información Sirbe.

Se puede concluir que el perfil nutricional de la población menor de edad presenta una mejor clasificación del estado nutricional en comparación con la población adulta. Sin embargo, la malnutrición en su conjunto (déficit y exceso) es levemente mayor en la población adulta. En términos generales, los cambios en el estado nutricional de los participantes siguen la tendencia esperada de acuerdo con los objetivos del servicio de comedores.

Las personas catalogadas “En déficit” o “En exceso” muestran, en promedio, resultados que convergen hacia un IMC adecuado para su edad. Aquellas personas que se clasifican “En normalidad” tienden a mantenerse en ese estado con una leve tendencia hacia el sobrepeso, un comportamiento permisible en la medida en que la prioridad es prevenir la desnutrición. Aun así, la evidencia sugiere que, cuando se detecta malnutrición por exceso, efectivamente se busca que la persona vuelva a su estado normal.

La evaluación pre-post presenta limitaciones al momento de inferir causalidad, ya que para ello supone que el servicio de comedores es el único factor que influye en el cambio del estado nutricional, pero existen otros que varían con el tiempo y pueden afectarlo²⁸. Con el objetivo de mitigar estos problemas y tener una estimación más precisa, se hace uso del método de diferencias en diferencias que busca controlar por los tipos de exposición de los participantes al servicio.

Evaluación de la exposición del servicio sobre el estado nutricional

Se plantea el supuesto de que a mayor exposición al servicio mejoran los resultados del estado nutricional de los participantes. Para ello se emplea el método de diferencias en diferencias -dif en dif- que busca determinar el efecto del servicio en el tiempo de acuerdo con el nivel de la exposición al mismo²⁹, utilizando la clasificación de raciones (altas, medias y pocas).

86

En relación con lo anterior, al igual que el caso de la estimación pre-post, el estimador de diferencias en diferencias se realiza mediante modelos de regresión, contemplando participantes “En déficit” y “En exceso” por tipo de población (menores y adultos) y controlando por características sociodemográficas de los participantes y efectos fijos de comedores.

Los resultados de las regresiones³⁰ muestran que las consecuencias de una mayor exposición al servicio no presentan efectos sobre un mejor estado nutricional de los participantes. Es más, para el caso de los menores de edad resulta ser

²⁸ En particular, la comparación pre-post no controla el efecto de la tendencia secular o de choques, ajenos al servicio, que afectan el resultado, por lo que no se puede saber la contribución exacta de los comedores sobre el estado nutricional.

²⁹ Se estima un efecto no causal ya que no se tiene información previa para validar el supuesto de tendencias paralelas.

³⁰ Ver Anexo 5.

hasta contraproducente una mayor exposición, en específico si se comparan los participantes de bajas raciones con los de raciones medias.

En ese sentido, y tal como se expresó en la evaluación pre-post, estos resultados no dan certeza de un impacto causal y, para el caso del estimador de diferencias en diferencias, valdría la pena contemplar otras medidas de exposición que involucren elementos adicionales además de las raciones, como la promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

Autopercepción del estado nutricional

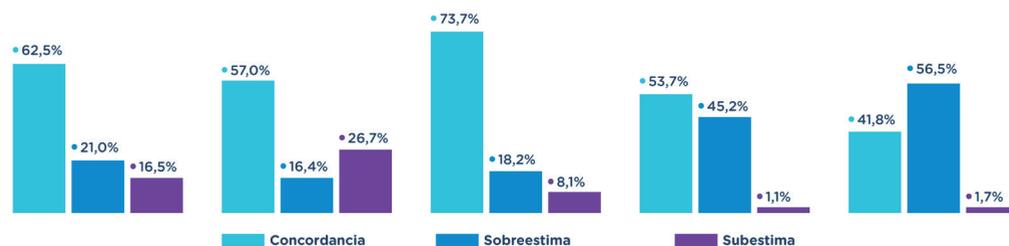
Para complementar los análisis anteriores se indagó en la autopercepción de la silueta corporal en contraste con los resultados del estado nutricional por antropometría, tomando como referente a los participantes con un adecuado estado nutricional, por representar dos terceras partes del total.

Para ello, se emplearon las siluetas corporales propuestas por Montero, Morales y Carbajal (2004), que corresponden a una prueba de siete siluetas levemente oblicuas y con pequeños detalles como: ojos, orejas y nariz. Estos modelos se diferencian para hombres y mujeres en una escala de 18kg/m² a 40kg/m². A cada uno de los participantes les fueron presentadas las imágenes y se les pidió señalar con cuál se sentían identificados. Para efectos de los resultados se presenta una escala en tres niveles:

87

- **Coincidencia:** participantes con adecuado estado nutricional de acuerdo con el IMC y que refieren percibirse en adecuado estado nutricional por modelos corporales.
- **Sobreestima:** participantes con adecuado estado nutricional de acuerdo con el IMC y que refieren percibirse en exceso por modelos corporales.
- **Subestima:** participantes con adecuado estado nutricional de acuerdo con el IMC y que refieren percibirse en déficit por modelos corporales.

La Gráfica 17 evidencia que el grupo etario de 18 a 26 años es el que muestra la mayor coincidencia. Sin embargo, casi una cuarta parte de los participantes de este grupo se percibe en exceso (18,2 %).

Gráfica 17. Comparativo entre IMC real y autopercepción del peso corporal por grupo etario en participantes con IMC normal

Nota: los datos en fuente color rojo hacen referencia a que la comparación no es estadísticamente significativa.

Fuente: UT Isegoría / E-valorar a partir de información Sirbe e instrumento de encuesta a participantes.

Llama la atención que, a medida que aumenta la edad, casi uno de cada dos participantes se percibe en exceso y muy pocos con algún tipo de déficit. Contrario a ello, en los grupos de menor edad es mayor la percepción de déficit.

Se concluye entonces que hay cambios hacia el mejoramiento del estado nutricional de la población analizada, sin embargo, estos no parecen directamente proporcionales al aumento en la exposición al servicio o al mayor número de raciones recibidas. Así mismo, no se puede concluir que estos dependan de manera exclusiva del aporte nutricional del servicio, ya que se desconoce el resto del patrón alimentario de los participantes: el servicio llega hasta la provisión del 40 % de las recomendaciones diarias y no se cuenta con información sobre las características del 60 % restante, incluso si este se suple o no por los propios participantes fuera de los límites del comedor.

6.2.2 Adquisición de hábitos y estilos de vida saludables

En este apartado se presentan los resultados en relación con la adquisición de hábitos y estilos de vida saludable. Se tiene como hipótesis que, a mayor exposición al servicio se evidencia mayor aprehensión de conocimientos sobre hábitos por parte de los participantes y mejores actitudes respecto a estos hábitos. Esto se vería reflejado en la incorporación de prácticas saludables como parte de su vida diaria.

Los hábitos y estilos de vida saludables se abordan a partir de los hallazgos de la evaluación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas - CAP (ver Anexos 6, 7 y 8), incluida en la encuesta a participantes. Para este ejercicio se tomó como principal referente la *Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición* de la FAO (2014). Este instrumento pretende indagar sobre el manejo de los conceptos y la posición que asumen los participantes frente a estos. En este sentido, se indagó por las tres dimensiones del CAP para las siguientes temáticas agrupadas, así:

- **Hábitos alimentarios:** hace referencia al consumo de alimentos/productos que aportan nutrientes críticos a la dieta, desde el punto de vista de las temáticas de trabajo propuestas en el componente de acciones en Información, Educación y Comunicación en Alimentación y Nutrición - IECAN, así como el conocimiento de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - GABA.
- **Hábitos de higiene:** se refiere a la realización de actividades rutinarias en pro de la buena salud, dentro de estas se encuentran el lavado de manos, higiene oral y manipulación de alimentos en el hogar.
- **Hábitos de actividad física:** relacionado particularmente con la incorporación o práctica de actividad física en la cotidianidad.

Se presentan los resultados en términos de un índice para conocimientos, actitudes y prácticas, así como lo obtenido para cada una de estas temáticas de manera desagregada por los distintos grupos que se consideran en la evaluación.

Medición de conocimientos

El objetivo de esta medición es identificar el conjunto de experiencias, saberes, valores, información, percepciones e ideas que crean determinada estructura mental en el sujeto para evaluar e incorporar nuevas ideas, saberes y experiencias en relación con las tres categorías de hábitos ya descritas.

Para ello se diseñó el índice de conocimientos, que es una medida agregada de los indicadores de conocimientos, cuyos resultados se ubican en un nivel medio: en 51,7 puntos dentro una escala de 0 a 100. Esto muestra que un buen número de participantes ha recibido información sobre hábitos y estilos de vida saludables que puede provenir de escenarios como el comedor, instituciones hospitalarias, colegios e incluso medios de comunicación.

Los temas sobre los que los encuestados mostraron menor conocimiento tienen que ver con las recomendaciones de consumo de agua, frutas y verduras; y con prácticas de manipulación de alimentos en el hogar, como la desinfección de frutas y verduras.

La Tabla 4 presenta los indicadores de conocimientos que fueron calculados, así como la media y el coeficiente de variación - CV de cada uno.

Tabla 4. Indicadores de conocimientos

Indicador	Media	CV
■ Porcentaje de participantes con conocimiento sobre:		
Consumo de agua	25,5%	5,0
Bebidas azucaradas	62,9%	2,4
Cepillado de los dientes	39,2%	3,9
Los beneficios de hacer ejercicio	73,9%	1,8
Consumo de embutidos	36,6%	3,7
Consumo de frutas y verduras	9,7%	9,4
Productos de paquetes	79,8%	1,6
Alimentación saludable	86,0%	1,3
■ Grado de conocimiento promedio sobre		
Lavado de manos (0-100max)	40,2	1,6
Comidas rápidas (0-100max)	26,7	1,9
Desinfección de frutas y verduras (0-100max)	7,8	5,8
■ Índice conocimiento en hábitos y estilos de vida saludables (0-100max)	51,7	1,1

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

Hábitos alimentarios

En el análisis de conocimientos sobre hábitos alimentarios se identifican diferencias en los indicadores por grupo etario, exposición al servicio y características demográficas. Aproximadamente, uno de cada diez participantes, es decir, un 9,7 % tiene conocimiento de la recomendación de consumo de cinco porciones diarias de frutas y verduras, lo cual no muestra variación en cuanto a mayor exposición al servicio.

En promedio, seis de cada diez participantes, es decir, el 62,9 % logra identificar las bebidas azucaradas y diferenciarlas de los jugos preparados con fruta natural, proporción que no presenta cambios de acuerdo con la exposición.

El 36,6 % de los participantes reconoce los productos embutidos, mostrando una diferencia estadísticamente significativa desde baja a media exposición, en todos los grupos etarios, excepto los de 13 a 17 años.

En cuanto al conocimiento de las razones para no consumir comidas rápidas, los encuestados obtuvieron una calificación de 26,7 puntos en una escala de 0 a 100 con diferencia estadísticamente significativa para exposición baja a media, en los grupos menores de 26 años y mujeres.

Así mismo, ocho de cada diez participantes, es decir, un 79,8 %, reconoce que los productos de paquete, incluso los de sabor dulce, son perjudiciales para la presión arterial. En promedio, uno de cada cuatro participantes, es decir, un 25,5 % sabe que al día se deben tomar dos litros de agua o su equivalente a ocho vasos, con diferencia estadísticamente significativa para mujeres, todos los grupos etarios y víctimas.

El 86 % de los participantes conoce las características de una alimentación saludable, con una diferencia estadísticamente significativa para todos los grupos etarios y grupos étnicos.

Hábitos de higiene

Frente al conocimiento sobre los momentos en que se debe realizar el lavado de manos, se encontró una calificación de 40,2 sobre una escala de 0 a 100 puntos, en la que el mayor puntaje equivale a mayor conocimiento, con diferencia estadísticamente significativa para mujeres, menores de 13 años y mayores de 27 años, así como para personas con discapacidad.

Cuatro de cada diez participantes, el 39,2 %, conoce los momentos para realizar el lavado de dientes, con diferencia estadísticamente significativa para mujeres, los menores de 27 años y personas con discapacidad.

Finalmente, los participantes obtuvieron una calificación de 7,8 en una escala de 0 a 100 puntos respecto a conocimiento sobre productos que se pueden emplear para desinfectar frutas y verduras.

Hábitos de actividad física

El 73,9 % de los participantes conoce los beneficios que tiene la práctica del ejercicio para la salud. En la siguiente tabla se presentan los resultados de las variables que son estadísticamente significativas en cuanto a raciones, grupo etario o variable sociodemográfica.

Tabla 5. Diferencias en indicadores de conocimientos sobre hábitos de actividad física

	Media	CVE
Pocas raciones	69,2 %	3,11
Raciones medias	75,7 %	2,68
Altas raciones	73,5 %	3,04
Menor 13 años	56,5 %	4,85
De 13 a 17 años	82,6 %	2,87
De 18 a 26 años	87,4 %	2,85
De 27 a 59 años	88,7 %	2,4
Mayor de 60 años	89,8 %	1,9
Mujer	72,1 %	2,7
Etnia	78,8 %	6,27
Víctima	77,1 %	4,72
Discapacidad	81,9 %	2,87
Jefe hogar	.	.

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

Medición de actitudes

Las actitudes se pueden definir como una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada (Rokeach, 1968). El instrumento de evaluación estuvo conformado por once afirmaciones y una escala de Likert³¹, desde “Muy en desacuerdo” hasta “Muy de acuerdo”, incluyendo la opción “no sabe/no responde”. A partir de dicho instrumento se construyó el índice de actitudes. A continuación, se presentan las actitudes de los participantes frente a las tres categorías de hábitos que se analizaron.

Tabla 6. Indicadores de actitudes

Indicador	Media	CV
■ Porcentaje en desacuerdo con la afirmación		
Consumir cinco porciones de frutas o verduras en un mismo día es mucho.	44,6 %	3,5
El sabor de las gaseosas o el té en botella es mejor que el de los jugos naturales.	84,8 %	1,4
Consumir una tajada de jamón, mortadela o una salchicha al día, no tiene por qué afectar la presión arterial.	39,6 %	3,9
■ Porcentaje de acuerdo con la afirmación		
Es fácil dejar de consumir comidas rápidas.	59,2 %	2,6
Es fácil reemplazar el consumo de productos de paquete, por frutas o verduras.	70,9 %	2,0
Es fácil tomar ocho vasos de agua al día.	68,2 %	2,1
Cualquier persona puede alimentarse de manera saludable.	82,2 %	1,4
Es probable tener una diarrea por no lavarse las manos antes de comer o preparar los alimentos.	82,0 %	1,5
■ Porcentaje en desacuerdo con la afirmación		
El lavado de dientes en la mañana y en la noche es suficiente para mantener unos dientes sanos.	37,7 %	4,0
Lavar las frutas y verduras con jabón, es ponerle más químicos al alimento.	31,9 %	4,6
■ Porcentaje de acuerdo con la afirmación		
Es fácil estar motivado para hacer ejercicio todos los días.	79,5 %	1,6
■ Índice actitudes en hábitos y estilos de vida saludable (0-100max)	61,9	0,8

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

³¹ La escala de Likert es utilizada en las investigaciones para medir el nivel de acuerdo o desacuerdo de una persona ante una afirmación.

El índice de actitudes se ubicó en un nivel medio alto con 61,9 puntos en una escala de 0 a 100, el cual se construye al consolidar las calificaciones individuales. Se encontró que, para un buen número de individuos, hay predisposición a seleccionar alimentos saludables y a la adquisición de estilos de vida saludables.

Sin embargo, al indagar por el lavado de frutas y verduras con agua y jabón, aproximadamente dos terceras partes (68,1 %) considera que va en contra de la calidad del alimento, ya que le adiciona químicos. Así mismo, un 62,3 % expresó que la higiene oral dos veces al día es suficiente para mantener dientes sanos y un 60,4 % cree que el consumo diario de embutidos no tiene por qué afectar la presión arterial.

Hábitos alimentarios

Al indagar por el consumo de algunos productos o alimentos de interés, se encontró que un 55,4 % de los participantes manifiesta que consumir cinco porciones de frutas y verduras en un mismo día es mucho. Solo el grupo que va entre los 13 y 17 años mostró una diferencia estadísticamente significativa con respecto al resto de grupos. Esta proporción es de tres de cada cinco personas (61,4 %) en población étnica.

94

Al indagar por las actitudes frente al consumo de productos procesados, se encuentra que en promedio un 63,7 % de los participantes refiere no estar de acuerdo con su consumo. Esto se explica en que, en promedio, el 84,8 % de los participantes considera que el sabor de los jugos naturales es mejor que el de las gaseosas o el té en botella. Los grupos de menores de 13 años y los que están entre los 27 a 60 años y más, mostraron diferencia estadísticamente significativa en favor de esta afirmación.

El 60,4 % considera que el consumo de embutidos una vez al día sí afecta la presión arterial, con diferencia estadísticamente significativa solo para los grupos etarios que van entre los 18 a 59 años. El 59,2 % considera que es fácil dejar de consumir comidas rápidas y el 70,9 % que es fácil remplazar los productos de paquete por frutas o verduras, con diferencia estadísticamente significativa para todos los grupos etarios.

Al examinar las diferencias por exposición al servicio -pocas raciones, medias y altas- se encontraron diferencias en solo dos indicadores de actitudes. Las personas con menor exposición -pocas raciones- respondieron en menor proporción que

«Es fácil tomar ocho vasos de agua al día» y los de mayor exposición respondieron en mayor proporción que «Cualquier persona puede alimentarse de manera saludable». Sin embargo, en la mayoría de los indicadores de actitudes no se encontraron diferencias por exposición.

Hábitos de higiene

Un 50,5 % de los participantes se declara a favor de los hábitos de higiene. Al indagar en detalle, un 82 % de los participantes considera que es probable tener una diarrea por no lavarse las manos antes de comer o preparar los alimentos con diferencia estadísticamente significativa para menores de 18 y los de 27 años en adelante (y para las personas con discapacidad). El 37,7 % considera que el lavado de los dientes en la mañana y en la noche no es suficiente para mantener dientes sanos.

Hábitos de actividad física

Un 79,5 % de los participantes manifiesta que para ellos es fácil estar motivado para realizar ejercicio todos los días, lo cual mostró diferencia estadísticamente significativa para el grupo de participantes de baja exposición, el grupo de entre 18 y 26 años, mujeres y personas con discapacidad (Tabla 7).

Tabla 7. Diferencias en indicadores de actitudes sobre hábitos de actividad física

	Media	CVE	Diff
■ Porcentaje de acuerdo con la afirmación			
Pocas raciones	73,9 %	2,86	-7,0
Raciones medias	80,7 %	2,29	2,9
Altas raciones	81,3 %	2,34	2,4
Menor 13 años	81,6 %	2,6	3,6
De 13 a 17 años	79,5 %	3,16	0,0
De 18 a 26 años	67,8 %	5,13	-12,0
De 27 a 59 años	76,3 %	3,6	-3,5
Mayor de 60 años	78,4 %	3,24	-1,3
Mujer	75,0 %	2,51	-9,1
Etnia	75,7 %	7,03	-4,0
Víctima	74,2 %	5,65	-5,9
Discapacidad	75,6 %	3,41	-5,0
Jefe hogar	.	.	.

“Es fácil estar motivado para hacer ejercicio todos los días”

■ *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Los valores se refieren a diferencias en puntos porcentuales.

Fuente: UT Isegoría / E-valor.

Medición de prácticas

96

Se considera como práctica la acción de aplicar o hacer uso de algo que se ha aprendido. En este sentido, los resultados arrojaron un índice de prácticas en un nivel bajo, al ubicarse en 18,1 puntos en una escala de 0 a 100. Este se construye al consolidar las calificaciones individuales de lo esperado frente a cada una de las once prácticas³² presentadas al participante.

Cabe aclarar que este índice está construido a partir de cuatro variables de un grupo de once, que corresponden a aquellas prácticas para las que se cuenta con una recomendación, un ideal o esperado, como lo son el consumo de frutas y verduras, consumo de agua, frecuencia de cepillado de dientes, lavado de frutas y verduras, y realización de actividad física.

En la Tabla 8 se presentan todos los indicadores de prácticas que se analizan en la presente sección.

³²El instrumento de evaluación indagó puntualmente sobre once prácticas en una escala de tiempo como: día anterior, día habitual o semana habitual con opciones de respuesta dicotómicas y determinación de frecuencias de realización.

Tabla 8. Indicadores de prácticas

Indicador	Media	CV
■ Porcentaje de participantes...		
Con consumo adecuado de frutas y/o verduras.	1,8 %	25,5
Con consumo adecuado de agua pura.	2,9 %	17,9
Que consumieron menos de un litro (4 vasos) de agua, ayer durante el día y la noche.	53,7 %	2,9
Con frecuencia adecuada de cepillado de dientes.	56,7 %	2,7
Que lava con agua y jabón las frutas y verduras.	7,2 %	10,7
Que realiza actividad física diaria significativa para la edad.	22,0 %	5,7
■ Número de veces promedio que...		
Consumió frutas y/o verduras, ayer durante el día y la noche (0-7 máx.).	1,7	2,2
Consumió frituras o grasas, ayer durante el día y la noche (0-7 máx.).	0,6	4,5
Se lava las manos con agua y jabón en un día habitual (0-7 máx.).	3,2	1,5
Se cepilla los dientes (0-7 máx.).	2,5	1,2
Consumen bebidas azucaradas en una semana habitual (0-7 máx.).	1,6	3,7
Consumen embutidos en una semana habitual (0-7 máx.).	1,0	4,1
Consumen comidas rápidas en una semana habitual (0-7 máx.).	0,8	4,9
Consumen productos de paquete en una semana habitual (0-7 máx.).	1,3	4,2
■ Índice de prácticas en hábitos y estilos de vida saludable (0-100 máx.).	18,1	2,6

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Los valores para indicadores expresados en “%” se refieren a diferencias en puntos porcentuales.

Fuente: UT Isegoría / E-valor.

Hábitos alimentarios

Como parte del índice, se encuentra que una baja proporción (1,8 %) de los participantes cumple la recomendación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos de consumo de cinco porciones diarias de frutas y verduras. Los beneficiarios consumen una media de 1,7 porciones al día, con diferencia estadísticamente significativa para los grupos con exposición media a alta y población étnica. Así mismo, el 2,9 % de los participantes cumple la recomendación de consumir dos litros de agua al día o su equivalente de ocho vasos y aproximadamente una de cada dos personas (53,7 %) refiere consumir menos de un litro de agua o su equivalente en vasos al día.³³

³³ En el análisis de prácticas sobre hábitos alimentarios se identifican diferencias en los indicadores por grupo etario, exposición al servicio y características demográficas.

Las variables que no conforman el índice están relacionadas en especial con el consumo de productos procesados, así: La media de consumo de...

- **Frituras o alimentos fuente de grasas saturadas:** está en 0,6 veces por día, con diferencia estadísticamente significativa en la desagregación para los grupos de baja exposición, todos los grupos etarios y personas con discapacidad.
- **Bebidas azucaradas:** se ubicó en 1,6 días a la semana con diferencia estadísticamente significativa para mujeres, todos los grupos etarios, víctimas y personas con discapacidad.
- **Embutidos:** está en 1,0 día a la semana, con diferencia estadísticamente significativa para mayores de 13 años y personas con discapacidad.
- **Comidas rápidas:** se ubicó en menos de un día a la semana (0,8) con diferencia estadísticamente significativa para mujeres, mayores de 13 años, víctimas y personas con discapacidad.
- **Productos de paquete:** 1,3 días a la semana, con diferencia estadísticamente significativa para los grupos de baja exposición, menores de 18 años y los de 27 años en adelante, y personas con discapacidad.

Hábitos de higiene

98

Los hábitos que conforman el índice muestran que, aproximadamente, uno de cada dos participantes, es decir, el 56,7 % realiza el cepillado de dientes tres veces al día, con diferencia significativa para mujeres y el grupo etario entre los 18 a 26 años. El 7,2 % de los participantes refiere lavar las frutas y verduras con agua y jabón, con diferencia estadísticamente significativa para exposición media a alta.

En cuanto a la variable sobre lavado de las manos con agua y jabón, que no hace parte del índice, se encuentra que la media está en 3,2 lavados de manos en un día habitual, con diferencia estadísticamente significativa para todos los grupos etarios, mujeres y personas con discapacidad.

Hábitos de actividad física

Respecto a la variable sobre la realización diaria de actividad física de acuerdo con la edad, se encontró que aproximadamente uno de cada cinco participantes cumple la recomendación de 180 minutos a la semana para menores de edad y 150 minutos a la semana para mayores de 18 años.

En conclusión, se identifica que, si bien se encuentran índices de conocimientos y actitudes de 51,7 y 61,9 puntos respectivamente en los participantes, la medición de prácticas muestra una baja implementación de aquellas relacionadas con hábitos saludables como consumo diario de frutas y verduras, consumo de agua, lavado de frutas y verduras, y realización de la meta diaria de actividad física.

Así mismo, las prácticas relacionadas con el consumo de productos considerados como no saludables muestran buen panorama en general, es decir, un bajo consumo semanal de frituras, bebidas azucaradas, embutidos, comidas rápidas y productos de paquete. Sin embargo, estos resultados no se encuentran directamente asociados a mayor exposición.

Tabla 9. Resumen hallazgos en conocimientos, actitudes y prácticas

Objetivo	Variables	Conocimientos (51,7)	Actitudes (61,9)	Prácticas* (18,1**)	Resultados ENSIN 2010
Motivar	Consumo de frutas y verduras.	9,7 %	55,4	1,8 porciones/día**	1/3 no consume frutas diariamente. 71,9 % no consume verduras diariamente.
Desmotivar	Consumo de bebidas azucaradas.	62,9 %	84,8 %	1,6 días /semana.	22,1 % consume diariamente.
Desmotivar	Consumo de embutidos.	36,6 %	60,4 %	1 día/semana.	7 % consume diariamente.
Desmotivar	Consumo de comidas rápidas.	26,7	59,2 %	0,8 días /semana.	24,5 % consume semanalmente.
Desmotivar	Consumo de productos de paquete.	79,8 %	70,9 %	1,3 días /semana.	1/7 consume diariamente.
Motivar	Consumo de agua.	25,5 %	68,2 %	2,9% (consumo 2 litros/día)**	SD.
Motivar	Alimentación saludable.	86 %	82,2 %	0,643 días/semana de consumo de frituras.	SD.

Categorías

Hábitos alimentarios

Categorías	Objetivo	Variables	Conocimientos	Actitudes	Prácticas*	Resultados ENSIN 2010
	Hábitos de higiene	Motivar	Lavado de manos.	40,2	82 %	3,2 lavados /día.
Motivar		Lavado de dientes.	39,2 %	37,7 %	56,7 % (tres lavados /día)**	SD.
Motivar		Desinfección de frutas y verduras	7,8	31,9 %	7,2%	SD.
Hábito de actividad física	Motivar	Realización de actividad física.	73,9 %	79,5 %	1/5 (Recomendación GABA)**	1/5 cumple recomendación GABA.

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

Estrategias de educación nutricional

La promoción de hábitos y estilos de vida saludable se enmarca en un plan de capacitación de la población a partir de diferentes estrategias de educación nutricional, las cuales alcanzaron en 2018 a 15.016 hogares. Entre estas estrategias se encuadran los talleres de nutrición y las actividades físicas que se adelantan en el servicio de comedores y que hacen parte de un plan de acción de hábitos y estilos de vida saludables a cargo del profesional en nutrición de la unidad operativa.

100

Por su parte, los talleres de nutrición son complementados con acciones de difusión. Los testimonios recopilados en relación con la implementación del componente técnico-nutricional evidencian que es posible valorar los conocimientos adquiridos a partir de las actividades que se hacen en los talleres, así como verificar que los participantes se estén ejercitando en las sesiones de actividad física. Sin embargo, no es posible saber en qué medida están incorporando dichos conocimientos en su vida diaria.

Los testimonios revelan una percepción generalizada entre nutricionistas y es que los participantes acuden a los talleres de nutrición más por obligación que por interés, mientras que la percepción de los usuarios es que estos talleres resultan repetitivos y monótonos, lo que puede explicar el desinterés hacia estos. Lograr conectar significativamente a los participantes con los temas que se les busca enseñar, proporciona una mayor certeza de que los conocimientos adquiridos tendrán mayor impacto sobre sus vidas y los interiorizarán y aplicarán.

Frente a la interiorización del conocimiento y las prácticas saludables, es necesario tener en cuenta las limitaciones económicas de los participantes, las cuales pueden dificultar la compra de los ingredientes suficientes y necesarios para garantizar una alimentación diaria. Es preciso mencionar que muchos nutricionistas en sus talleres hacen énfasis en este tema, buscando enseñar cómo lograr una alimentación saludable, balanceada y suficiente a bajo costo.

Por otra parte, una proporción importante de los participantes³⁴ vive en paga diarios, inquilinatos y habitaciones, lo cual, en muchos casos, implica no tener una cocina y, por lo tanto, no tener la posibilidad de preparar alimentos de acuerdo con la educación nutricional recibida. A esto se debe sumar el desconocimiento que muchos participantes tienen acerca de la preparación de alimentos, componente que podría integrarse a los talleres de nutrición.

La indagación a los participantes en relación con las actividades de Educación Alimentaria y Nutricional se adelantó en el marco de las apreciaciones frente a la calidad de las actividades desarrolladas por los profesionales del comedor. Se encontró homogeneidad en las variables evaluadas (Tabla 10).

Tabla 10. Variables de análisis respecto a la satisfacción con actividades de Educación Alimentaria y Nutricional 2017 - 2018 (I)

Variable evaluada	Participantes satisfechos (promedio)
Forma en que los profesionales dictan los talleres.	77,4 %
Materiales empleados en los talleres.	75,1 %
Temas abordados en los talleres.	77,7 %
Actividades realizadas en los talleres.	75,9 %
Forma en que los profesionales dirigen las jornadas.	68,9 %
Materiales empleados en los talleres.	66,5 %
Tipo de actividades físicas realizadas.	66,6 %
Nivel de esfuerzo de las actividades físicas.	66,6 %
Lugar destinado para las actividades físicas.	64,5 %

Fuente: UT Isegoría / E-valorar, a partir de encuesta a participantes.

³⁴ Como se mostraba en la caracterización de los participantes: el 79,7 % de los participantes de los comedores vive en casa o apartamento, el resto de los participantes vive en cuartos o en otros tipos de vivienda como carpa o tienda. En el 25,1 % de los casos la vivienda es propia. Por otra parte, el 15,7 % de los participantes vive en hacinamiento.

6.2.3 Seguridad alimentaria

El análisis de los resultados frente a la seguridad alimentaria plantea la hipótesis de que, a mayor exposición de los participantes en el servicio, se mejora su seguridad alimentaria y nutricional. Esto debido a que el binomio entre los componentes técnico y social contribuye no solo a garantizar un suministro diario del 40 % de los requerimientos nutricionales de energía y nutrientes, sino a fortalecer sus capacidades individuales y familiares para que superen una condición de vulnerabilidad.

Para el desarrollo de esta sección se consideró la Escala Latinoamericana y Caribe de Seguridad Alimentaria - ELCSA, propuesta por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura - FAO, la cual indaga por el acceso a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfagan las necesidades energéticas diarias para llevar una vida sana y activa por un período de 90 días³⁵. Su uso en el análisis se explica en que uno de los criterios de ingreso al servicio de comedores es la incapacidad de acceder a alimentos.

A continuación, se presentan dos tipos de análisis. El primero es descriptivo, donde se presenta la clasificación del nivel de inseguridad alimentaria de los hogares participantes del servicio desagregada por grupos etarios y niveles de exposición al servicio. El segundo análisis corresponde a la estimación de una regresión binaria para determinar la relación existente entre los niveles de inseguridad alimentaria y la exposición al servicio.

102

Análisis descriptivo: por poblaciones de interés

El ejercicio que se plantea en esta sección parte de clasificar cada uno de los grados de inseguridad alimentaria.

1. Inseguridad alimentaria severa: todos los miembros del hogar han reducido la ingesta de alimentos hasta el extremo en que los niños experimentan hambre. Los adultos en las familias con o sin niños han experimentado repetidamente grandes reducciones en la ingesta de alimentos.

³⁵Definición de la entidad consultada el 28 de enero de 2019, tomada de la página: <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/es/>

2. Inseguridad alimentaria moderada: la ingesta de alimentos por parte de los adultos en las familias ha sido reducida de tal modo que implica una experiencia psicológica constante de sensación de hambre.

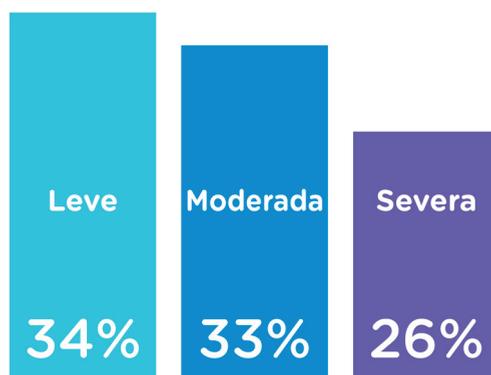
3. Inseguridad alimentaria leve: se evidencia en las preocupaciones de los miembros del hogar por el abastecimiento suficiente de alimentos y los ajustes alimentarios, como la disminución de la calidad de los alimentos. Se reporta poca o ninguna reducción en la cantidad de alimentos de los que usualmente se dispone en el hogar.

Para el cálculo del indicador se tomó la información de la encuesta, las 15 preguntas de la ELCSA y, a partir de esos resultados, se clasificaron los hogares de los participantes como seguros e inseguros con tres grados de severidad: leve, moderada o severa. Esta información fue complementada con las entrevistas realizadas a los profesionales sociales y los grupos focales con participantes.

El porcentaje de participantes en hogares con seguridad alimentaria es bajo, 6,54 %. Se trata de un resultado esperado, debido a que uno de los criterios de ingreso al servicio es la presencia de algún grado de inseguridad alimentaria en el hogar.

Como se muestra en la Gráfica 18, la inseguridad alimentaria tiene una distribución descendente, lo que indica que, a mayor gravedad de la inseguridad, menor es la población que la sufre. Sin embargo, los datos no están concentrados en alguno de los niveles de inseguridad alimentaria.

Gráfica 18. Distribución de la población con inseguridad alimentaria según severidad, comedores 2018



Fuente: UT Isegoría / E-valorar, a partir de encuesta a participantes.

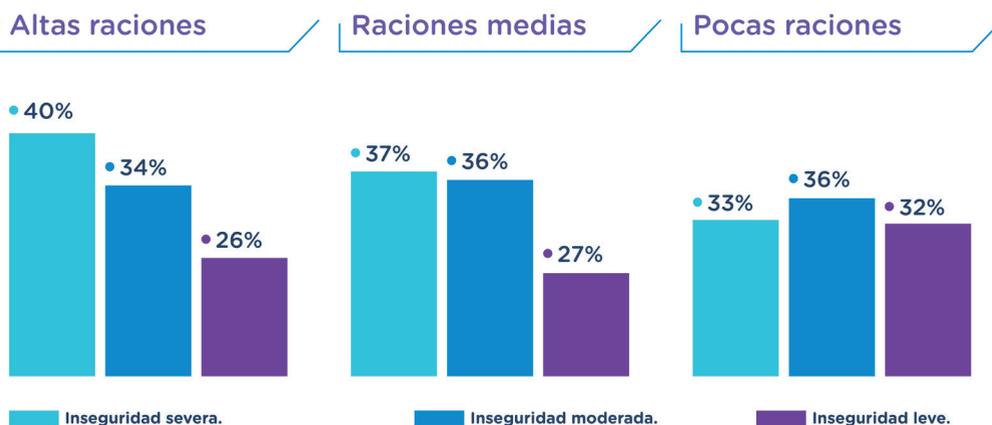
Para profundizar en los resultados, los indicadores se desagregan por grupos poblacionales, partiendo del hecho de que el indicador agregado de inseguridad alimentaria tiene poca varianza, dado que más del 90 % de los participantes están en hogares con esa condición.

Se identifican diferencias entre grupos en dos variables, reforzando que esta condición es generalizada en esta población: grupo étnico, con cuatro puntos porcentuales menos que la media general, y personas con discapacidad, con tres puntos porcentuales por debajo de la media general. Estas diferencias muestran lo que de manera intuitiva se esperaría, dado que es población de especial cuidado, tal como lo ha manifestado el Ministerio de Salud³⁶. Otro grupo que presenta diferencias significativas es el de víctimas del conflicto: la diferencia muestra que esta población está 15 puntos porcentuales menos en el estado leve y más en el severo.

Se calcularon las diferencias entre grupos de interés para los diferentes niveles de inseguridad alimentaria buscando en cuáles había diferencias significativas entre ellas. Como lo muestra la Gráfica 19, las personas con pocas raciones -baja exposición- están en mayor proporción en inseguridad severa, evidenciando una situación precaria de las personas con menor exposición al servicio de comedores.

Gráfica 19. Inseguridad por nivel de exposición

104



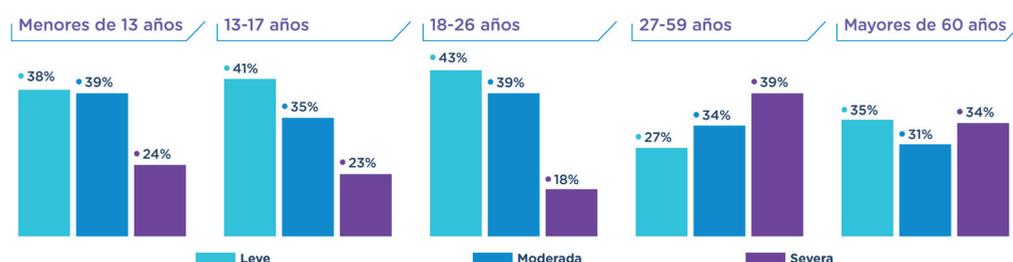
Fuente: UT Isegoría / E-valor.

³⁶ Concepto tomado de la entidad el 28 de enero de 2019, de la página: <https://www.min-salud.gov.co/salud/publica/poblaciones-vulnerables/Paginas/poblaciones-vulnerables.aspx>

Por el lado de los grupos etarios, los hogares de las personas menores de 13 años al igual que los de los participantes entre 18 y 26 años presentan inseguridad alimentaria severa en menor proporción. Sin embargo, no se observan diferencias significativas en los otros dos grados de severidad.

El grupo entre los 27 a los 59 años presenta principalmente inseguridad alimentaria severa, suponiendo el peor estado para esta población. Para finalizar, las personas mayores de 60 años están en menor proporción en el estado moderado y más en el severo, otro panorama poco alentador. Estos resultados marcan una tendencia de mayor severidad de la inseguridad alimentaria a partir de los 27 años. La Gráfica 20 resume los resultados de inseguridad desagregado por grupos etarios.

Gráfica 20. Inseguridad alimentaria por grupos etarios



Fuente: UT Isegoría / E-valor.

Otro grupo que presenta diferencias significativas es el de víctimas del conflicto. La diferencia muestra que esta población está 15 puntos porcentuales menos en el estado leve y más en el severo. Esta magnitud es considerable, dado que es la diferencia más alta entre los grupos poblacionales, mostrando un panorama negativo.

Así mismo, se encontró que las personas con discapacidad presentan inseguridad alimentaria moderada a severa. Estos hallazgos, en conjunto con los del indicador de inseguridad alimentaria agregado, muestran que estos dos grupos poblacionales -personas víctimas del conflicto y personas con discapacidad- no solo sufren del fenómeno en mayor proporción, sino que además se concentran en los estados más extremos de inseguridad como lo es el moderado y el severo.

Para establecer resultados del servicio frente a la seguridad alimentaria, se cruzaron los indicadores de caracterización de los participantes, los niveles de

exposición al servicio y resultados, con la variable de seguridad alimentaria: con 99 % de certeza se correlacionaron nueve indicadores. Esos indicadores fueron utilizados en una *prueba t* para conocer las diferencias en esos criterios, de los que surgieron siete con diferencias estadísticas.

En general, las personas con inseguridad alimentaria son personas con condiciones de vivienda más precaria, debido a que pocos de ellos tienen vivienda propia y viven en casa o apartamento. En términos de ingresos, son más pobres de manera drástica, ya que manifiestan en mayor proporción que no les alcanzan sus ingresos y más personas de su hogar asisten al comedor.

Un elemento favorable que se identificó sobre la exposición al servicio es que las personas con inseguridad alimentaria son quienes manifestaron tener más acompañamiento e información para realizar el PAIF. Esta diferencia es positiva porque indica que las personas en esta condición tienen más herramientas que les pueden permitir superarla.

Adicionalmente, se identificó una relación entre la seguridad alimentaria con lo que se refiere a autogestión y corresponsabilidad. Se encontró que las personas con seguridad alimentaria creen, más frecuentemente, que su vida es producto de sus decisiones personales.

Análisis inferencial: exposición al servicio y su efecto en la seguridad alimentaria

De manera complementaria a los ejercicios ya realizados, se planteó un modelo para establecer si la seguridad alimentaria se ve afectada por la exposición al servicio de comedores, controlando por unas variables de caracterización demográfica. Los resultados marginales de la regresión binaria donde 1 es estar inseguro y 0 lo contrario son expuestos a continuación:

Tabla 11. Resultados de regresiones

Variable	Probit
Raciones medias.	0,021 (0,013)
Raciones altas.	0,00853 (0,007)
Porcentaje de participantes con espacio exclusivo para alimentos.	-0,0580** (0,014)
Tipo de vivienda.	-0,0441*** (0,013)
Índice de hacinamiento.	0,0315** (0,014)
18 a 26 años.	-0,0401*** (0,021)
Limitación permanente.	0,0211(0,013)
Mujer.	0,0145(0,012)
Pseudo Rcuadrado.	4,9 %
Observaciones.	1,543

LR Chi cuadrado (8) =41,39

Prob>Chi cuadrado: 0

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fuente: UT Isegoría / E-valor

Los resultados muestran que el nivel de exposición no parece estar correlacionado con la inseguridad alimentaria de los participantes. Sin embargo, se evidencia que la inseguridad alimentaria severa predomina en el grupo de bajas raciones, mientras que la leve predomina en el grupo de altas raciones.

En relación con la vivienda, las variables tipo de vivienda y espacio único para los alimentos tienen signo negativo, lo que indica que hay menor probabilidad de que las personas que cumplan con estas condiciones tengan inseguridad alimentaria. Esto es esperado, ya que las personas que tienen acceso a dichas condiciones pueden estar mejor económicamente y asegurar su situación alimentaria. En relación con el hacinamiento de los hogares, se obtuvo un valor positivo, lo que indica que los hogares con hacinamiento tienen mayor probabilidad de estar inseguros a nivel alimentario.

La variable del rango de edad de 18 a 26 años sí resultó significativa e indica que las personas que pertenecen a este grupo etario se encuentran en hogares con menor probabilidad de estar en inseguridad alimentaria. Esto se puede explicar teniendo en cuenta que, a esa edad, se facilita conseguir trabajo para uno de los integrantes del hogar, reduciendo los dependientes económicos (además, la variable utilizada es un muy buen predictor de inseguridad alimentaria).

6.2.4 Plan de Atención Individual y Familiar - PAIF, corresponsabilidad y gestión

Los comedores promueven el PAIF como un mecanismo para que los participantes y sus hogares fortalezcan su capacidad de autogestión y corresponsabilidad en aras de lograr mejores condiciones de vida. En esta sección se abordan resultados relacionados con el conocimiento, uso y cumplimiento de los compromisos del PAIF, así como la autogestión y corresponsabilidad y la participación.

Para ello, se analizaron tres fuentes de información. La primera fue la base de datos suministrada por la Secretaría Distrital de Integración Social, en donde se documentan cada uno de los compromisos de PAIF adquiridos y realizados por los participantes. La segunda fue la batería de indicadores que se construyó con la información obtenida de la encuesta aplicada a los participantes en la evaluación. Y la tercera, los hallazgos cualitativos de las investigaciones realizadas en el trabajo de campo.

Aunque los hallazgos cualitativos indicaron que las personas no reconocen el nombre del PAIF, por medio de la encuesta se pudo corroborar que el 88,7 % de los participantes sí reconocen que, como parte del servicio de comedores, las familias se comprometen a realizar actividades para mejorar sus condiciones de vida.

108

Desde el análisis de datos cuantitativos también se evidencia una diferencia significativa en cuanto al género, ya que las mujeres conocen más el plan que los hombres, lo que podría indicar una participación más activa de estas en el plan de mejora del PAIF.

Para conocer más a fondo si las personas usan y se guían por el PAIF se cruzó la base de datos suministrada por la Secretaría Distrital³⁷ de Integración Social con la encuesta. Se encontró que, entre el 11,2 % y el 12,5 % de las personas no tiene el PAIF. Esto, en parte, puede explicar las brechas en el conocimiento en los compromisos de corresponsabilidad. Esta ausencia se encuentra aparentemente³⁸ concentrada en personas con menor nivel educativo -en promedio 0,12 menos- y personas con 6,8 años más en promedio (Tabla 12), que contiene los resultados de una *prueba t*

³⁷ Este intervalo se definió con el límite inferior por las personas que no sabían del componente en la encuesta y como límite superior las personas que no tienen registros del PAIF en la ficha Sirbe.

³⁸ La variable no se puede entender en términos de años porque es cualitativa.

Tabla 12. Diferencias de personas sin PAIF

	Nivel educativo	Años en edad
Con PAIF	3,02	29,57
Sin PAIF	2,9	36,32
Diferencia	0,12	-6,75

■ *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

Adicional a esto, se evidencia que hay diferencias significativas en ese rezago entre localidades. Por ejemplo, al 12 de diciembre de 2018, Usaqué tenía el 24 % de sus participantes sin PAIF³⁹, casi el doble del promedio general (11,2 % o 12,5 %)⁴⁰. Por otro lado, localidades como Barrios Unidos y Los Mártires presentaban 6,4 % y 6,5 % de participantes, respectivamente, sin PAIF, que corresponde a la mitad de la media general.

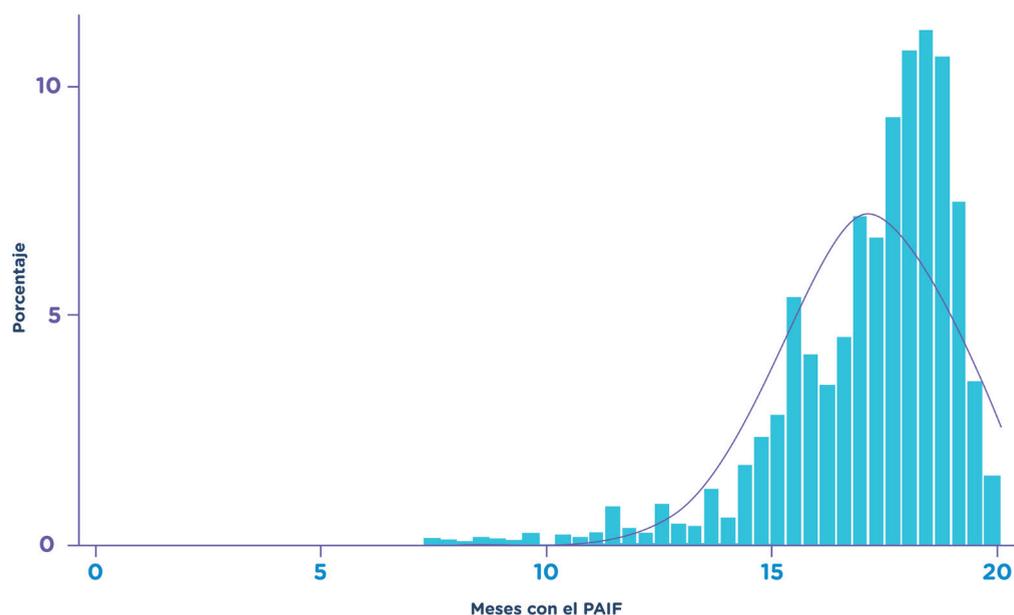
Este escenario se podría relacionar con los nuevos ingresos al servicio y con los cierres temporales de los comedores que pueden haber generado más dificultades para la gestión de las unidades operativas y la realización de visitas domiciliarias y diligenciamiento del PAIF.

Las personas que tienen el PAIF han estado con este en promedio durante 17 meses, con un coeficiente de variación del 11 %. Esta concentración de los datos se ilustra en la Gráfica 21, mostrando que la media es muy sensible a los datos atípicos. Por esta razón, es la medida más precisa para el valor real de los meses con el PAIF. En realidad, las personas tienen más tiempo, pero hay valores pequeños que desvían el promedio como lo muestra la mediana de 17,5 superior al promedio.

³⁹ Este resultado está relacionado con que los PAIF han sido diligenciados en físico, sin embargo, no han sido cargados al sistema.

⁴⁰ Algunas de estas localidades no fueron visitadas durante el trabajo cualitativo.

Gráfica 21. Distribución de tiempo con el PAIF



Fuente: UT Isegoría / E-valor.

Por otro lado, la variable que hace referencia al tiempo que llevan los participantes con el PAIF también expone diferencias significativas entre localidades. Por ejemplo, se destacan Puente Aranda y Fontibón por sus valores altos. Al contrario de estas localidades, Antonio Nariño y Barrios Unidos muestran la menor cantidad de tiempo. Sin embargo, las magnitudes no superan los 30 días.

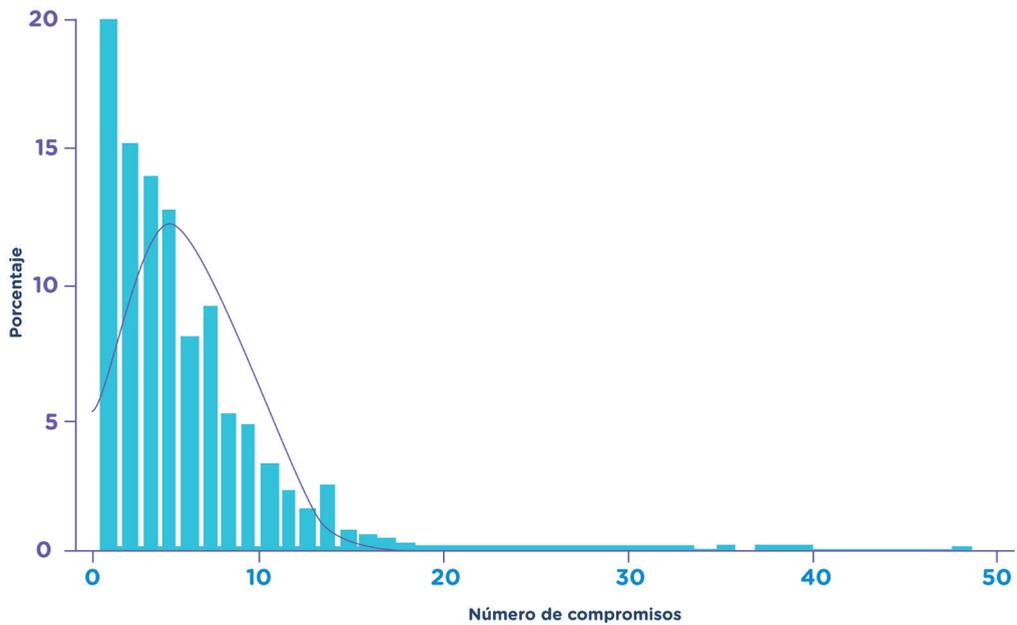
110

En promedio, las personas adquieren seis compromisos, pero dada la alta varianza del dato, se usa la mediana⁴¹, que tiene un valor de cinco como medida de referencia central. Esta clase de dispersión se debe a que hay un grupo elevado de participantes que tiene máximo dos compromisos y, el percentil 10⁴², tiene mínimo 19.

⁴¹ La mediana es la posición central del conjunto de datos.

⁴² El percentil 10 representa el 10 % de las personas con menos compromisos.

Gráfica 22. Distribución de número de compromisos



Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

Esta es la primera variable que presenta diferencias significativas entre integrantes de la familia, ya que el jefe de hogar tiene en promedio un compromiso más que los demás miembros. Se trata de un resultado intuitivo, dado que ellos son los responsables de mejorar las condiciones generales de su vivienda.

En la Gráfica 23 se presenta la proporción de compromisos realizados por cada uno de los derechos. Hay una alta participación en los derechos que buscan impactar directamente el servicio de comedores. Esta diferencia es tan marcada, que los acuerdos de nutrición y alimentación, y salud representan cerca del 60 % de los compromisos. Esta distribución muestra que la población tiene dificultades con los aspectos que el comedor busca solventar, como salud y nutrición.

Gráfica 23. Distribución de compromisos por derechos

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

El cumplimiento de los derechos es muy alto, desde el primer cuartil es de 83,3 %, mostrando un compromiso importante por parte de los participantes con el desarrollo del PAIF. En la Tabla 13 se presenta el índice de cumplimiento desagregado por derechos.

Tabla 13. Cumplimiento por derecho

Nombre acuerdo	Índice de cumplimiento
Salud.	90,6 %
Otros.	87,8 %
Educación.	87,8 %
Nutrición y alimentación.	87,5 %
Vida libre de violencia.	85,3 %
Vivienda digna.	84,7 %
Recreación, cultura y deporte.	84,5 %
Participación y organización.	82,7 %
Identificación.	80,5 %
Seguridad económica.	78,9 %

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

El primer resultado es que los derechos con mayor cumplimiento no corresponden con los que tienen mayor número de compromisos, mostrando que su selección no radica en la facilidad para lograrlos, tal como se esperaba. Esto teniendo en cuenta que uno de los criterios de expulsión del servicio es el incumplimiento reiterado de los compromisos.

Para entender estos resultados inesperados se cruzaron las preguntas de la encuesta que contenían las posibles razones para el incumplimiento de los compromisos con cada derecho. En este análisis se lograron identificar problemas recurrentes: el tiempo entre las supervisiones al PAIF es muy corto y, en esa medida, es difícil lograr los compromisos pactados entre una medición y la siguiente; los participantes, en ocasiones, no poseen la suficiente información para ejecutar los compromisos por sí solos.

En relación con el cumplimiento de los derechos, se indagó por el único que presenta un alto volumen de compromisos y cumplimiento: salud. Al revisar la clase de compromisos que adquirieron los participantes, se encontró que la mayoría se refiere a solicitar citas o asistir a los talleres del servicio de comedores. Esto da sentido a los resultados de la encuesta en la medida en que, para cumplir con dichos compromisos, se requiere poca disposición de tiempo, conocimiento o apoyo de las entidades.

Una situación similar se presenta con los compromisos adquiridos frente al derecho a la educación, dado que estos se refieren principalmente a la asistencia a las jornadas del colegio (cerca de la mitad de los casos). Al requerir de una menor cantidad de tiempo para el trámite, información o apoyo de otros para su cumplimiento, son compromisos que se cumplen fácilmente. Según los referentes locales, la misma dinámica del comedor y la manera en que se encuentra planteada la estrategia PAIF contribuye a que los compromisos que se estipulan al participante sean a corto plazo y de fácil consecución.

El compromiso que menor nivel de cumplimiento tiene es el de seguridad económica. Los participantes perciben que para lograrlo requieren destinar una cantidad de tiempo importante, así como de información y apoyo por parte de las entidades, ya sea para conseguir una fuente de ingreso o para aumentar las capacidades que les permitan desenvolverse en el mercado laboral.

Los hallazgos de campo cualitativos evidenciaron que la estrategia del

PAIF genera espacios de diálogo en el ámbito familiar y que contribuye a la mejora de las relaciones familiares y la atribución de roles, compromisos y tareas.

A través de la observación participante, se percibe una actitud diferente con respecto al cumplimiento de los compromisos por parte de las personas solas y que no tienen un hogar estable como los ciudadanos habitantes de calle o personas que duermen en albergue. Por lo tanto, cabe preguntarse sobre la pertinencia del instrumento para poblaciones que asisten al servicio y que no cuentan con redes familiares, las que no tienen hogares y las que están en el servicio como beneficiarios de becas de estudio, o por pertenecer a grupos étnicos. En efecto, para estas personas no hay posibilidad de desarrollar compromisos compartidos y, en algunos casos, no se genera el debido compromiso, ya que no hay una expectativa de mejora de calidad de vida y menos de construir un hogar estable.

Para medir autogestión y corresponsabilidad se seleccionaron tres indicadores a partir de la encuesta. El primero indica si se está o no de acuerdo con que las personas pueden resolver los problemas de la comunidad. El segundo es la cantidad de beneficiarios que cree que su bienestar depende de ellos mismos. El tercero son las personas que creen que las circunstancias de su vida son producto de sus decisiones.

114

En cuanto a los grupos etarios se ve que todos los indicadores empiezan a tener un incremento progresivo hasta el tercer grupo etario (18 a 26 años) y después empieza una reducción. Esto parece implicar que las personas van desarrollando la noción de corresponsabilidad y autogestión, pero a medida que envejecen se les dificulta materializar estos resultados.

Con respecto a la participación comunitaria, se analizaron dos variables. La primera es la inclusión de algún miembro del hogar en alguna organización social, la cual tiene una media de 53,7 %. El tipo de organizaciones a las que con mayor frecuencia asisten los participantes del servicio de comedores son: grupos religiosos, grupos de personas mayores y organizaciones dedicadas al deporte y la recreación. La segunda, es que el hogar haga parte de las actividades comunitarias organizadas por el comedor, que arrojó que el 82,7 % lo hizo.

Con las variables de interés claras y su comportamiento conocido, se procedió a establecer la relación de la autogestión y corresponsabilidad, y la participación

comunitaria con el PAIF. Para ello se realizó un ejercicio de correlaciones de personas en el cual se buscó encontrar magnitudes de significancia estadística al 99 %. Como se puede evidenciar (Tabla 14), las tres variables de exposición mostraron relación con los resultados en ciertas variables (ver celdas resaltadas en color azul).

Dado que el estudio de correlaciones es preliminar, se realizaron pruebas adicionales para verificar si el PAIF ayuda a la organización de las personas e incide en aumentar su corresponsabilidad.

Tabla 14. Correlación del PAIF con otros resultados

Indicadores	Meses con el PAIF	Cumplimiento compromisos	Número de compromisos
% de beneficiarios que han participado en las actividades comunitarias organizadas por el comedor.	0,0585	0,1439	-0,0871
% muy de acuerdo o de acuerdo con que pueden resolver problemas de su comunidad.	-0,0333	-0,0102	-0,0441
% que cree que el bienestar de las personas depende las personas mismas.	0,0282	-0,0267	0,0922
% que creen que su vida es producto de sus decisiones personales.	-0,0255	0,0058	-0,0331
% de participantes que tienen alguien de su hogar en una organización social.	0,0843	0,0069	0,0290

Fuente: UT Isegoría / E-valorar.

Por otra parte, la variable de participación en actividades comunitarias organizadas por el comedor arroja una relación positiva con el cumplimiento y una relación inversa con el número de derechos.⁴³ Por el lado de integrantes del hogar que participan en organizaciones sociales, se ve que tienen mayor cantidad de meses en el servicio. Estos resultados muestran que **el PAIF sí tiene un efecto en la participación comunitaria y que este efecto es positivo.**

⁴³Para no descartar el efecto del PAIF se revisó la relación de cumplimiento con número de derechos y es negativa, por lo tanto, no se puede descartar el efecto del PAIF por el resultado inverso.

6.2.5 Redes sociales y comunitarias

En este capítulo se hace un énfasis especial en el desarrollo de redes de apoyo y la generación de vínculos de diferentes tipos entre los participantes. Los comedores constituyen espacios de socialización, convivencia y construcción de capital social. Para analizar este resultado se realizaron entrevistas a servidores, profesionales y participantes que revelaron el efecto positivo de los comedores. Adicionalmente, se crearon cuatro indicadores a partir de la encuesta, que se refieren a estos aspectos y sus resultados fueron diferenciados por las variables de interés que han sido mencionadas a lo largo del documento:

1. Nivel de relacionamiento con otros beneficiarios del comedor.
2. Porcentaje de hogares (de los beneficiarios) que participaron en actividades comunitarias gestionadas desde el servicio de comedores.
3. Porcentaje de beneficiarios que participan en actividades comunitarias gestionadas desde el servicio de comedores.
4. Tasa de participación en organizaciones o instancias comunitarias promovidas por el servicio.

116

En general, el 78,5 % de los participantes cree que el comedor es un espacio importante o muy importante para compartir con otras personas. Desde el trabajo cualitativo y cuantitativo es claro que las personas no perciben el comedor como un espacio solo para alimentarse, sino que lo consideran un espacio de inclusión efectiva en donde se sienten parte de un grupo y comparten con las demás personas (grupo focal encuestadores, 2018).

Aunque se generan de manera modesta grupos a nivel barrial o comunitario, las personas construyen redes de apoyo, sobre todo cuando las redes familiares son muy frágiles y, en algunos casos, inexistentes.

Se habla también de relaciones de amistad que se conforman entre los miembros de los comedores: el 85,2 % de los participantes hizo amigos en el comedor y esta clase de relaciones tienen un efecto muy positivo.

Sin embargo, estas interacciones han generado otros efectos menos

positivos. Al menos el 59,8 % de los participantes ha vivido situaciones negativas en los comedores como apodos, burlas, amenazas o insultos.⁴⁴

Entre los grupos etarios que tienen resultados diferenciales están las personas de 18 a 26 años, con menores resultados en la creación de redes. Esta población tiene 8,4 puntos porcentuales menos en los indicadores de hacer amigos y considerar importante el comedor para compartir con otras personas. Esto se puede deber a que, dada la etapa de vida en la que están, sus círculos sociales son más estables y también a que esta población en muchos casos se encuentra vinculada a alguna institución educativa y/o tiene un empleo, ya sea formal o informal.

Las mujeres tienen menor desarrollo de las redes, ya que han hecho menos amigos y han sido menos invitadas a realizar actividades fuera del comedor en cinco y nueve puntos porcentuales, respectivamente. Las personas con discapacidad también son menos invitadas a realizar actividades fuera del comedor por otros participantes, por 6 puntos porcentuales.

A pesar de lo anterior, **desde la observación en campo se identificó que, en general, los participantes encuentran en el comedor un espacio de inclusión en donde, a pesar de las diferencias, reciben un trato igualitario y pueden compartir con otras personas.** Así lo observaron las encuestadoras que visitaron los 124 comedores:

117

Una persona bipolar, esquizofrénica, o con discapacidad motriz, se siente discriminada en otros espacios de la sociedad. Los estigmatizan, los rechazan. En el comedor no, allá pueden hablar con la persona de al lado, que puede que sea el mismo de siempre o puede que sea otro. Es un espacio de inclusión, creo que es el aspecto que más se puede rescatar de los comedores, porque no solo es el lugar donde van a comer, sino es el lugar donde van para sentirse personas. Y eso es en todos los comedores de la ciudad (grupo focal encuestadores, 2018).

⁴⁴Otras que se indagaron en la encuesta son: decir mentiras o rumores sobre alguien (28,6 %), agresiones físicas (23,9 %), robos de dinero o material (10,5 %) y obligar a alguien a hacer cosas que no quiere (8,5 %).

Para continuar con el análisis, se exploró la correlación que tienen estos cuatro indicadores con la edad y la exposición, sobre los que se encontraron diferencias significativas. Se observa que las personas con mayor edad definen al comedor como un lugar para compartir y hacer más amigos de manera significativa. Algo que se puede ver sustentado también en que las personas mayores viven menos situaciones negativas en las interacciones en el comedor, como burlas y el uso de apodos. En cuanto a la exposición al servicio de comedores, medida en este caso como el número de raciones recibidas, las diferencias indican que quienes han hecho amigos o consideran el espacio como un lugar para compartir, han tenido más raciones y, por ende, más exposición.

Al analizar estos dos resultados de manera conjunta, es claro que, entre más exposición tienen las personas, más se ven beneficiadas de la externalidad positiva de conocer y frecuentar personas e incluso de identificar redes de apoyo. **Este tema de exposición es muy relevante porque evidencia que las personas que asisten a los talleres adicionales que se realizan en el comedor logran mejorar sus vínculos de amistad,** teniendo en cuenta que aprovechan los espacios que ofrece el servicio de manera regular.

Además, las personas con mejores resultados en el índice de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición han hecho más amigos en el comedor y le dan más importancia como un espacio para compartir. Se evidencia que, compartir con los demás participantes aumenta los espacios para una mayor apropiación de los conocimientos y afianza los aprendizajes brindados por el servicio.

118

6.3 Resultados indirectos

En esta sección se identifican y retoman los principales resultados indirectos que se atribuyen al servicio.

En la evaluación se definió que el servicio de comedores es un espacio de socialización y convivencia, de inclusión y ciudadanía. En específico, esto se debe a que los participantes, al ingresar al servicio, firman un acta de compromiso de acuerdos con reglas básicas que son concurrentes, con algunas diferencias por comedores.

En la observación de campo se evidenció que, a partir de estas reglas, las

personas adquieren rutinas de cuidado y autocuidado que dignifican a las personas y les permiten estrechar lazos entre sí y al interior de sus núcleos familiares. Adicionalmente, en el respeto de las reglas, las personas logran apaciguar los conflictos al interior del comedor y evitar discusiones compartiendo de igual a igual:

El comedor es un espacio donde todos, sin diferencias por su condición, cumplen con las mismas reglas. Todos, por ejemplo, hacen la misma fila, reciben el mismo plato de comida, comparten la misma mesa y consumen su almuerzo en un tiempo preestablecido igual para todos. Muchos de ellos en ninguna otra parte tienen que cumplir con acuerdos y estas reglas no desestimulan su participación, sino que los motivan a seguir asistiendo al servicio (grupo focal con encuestadores, 2018).

El comedor, en esta línea, es un espacio de encuentro entre generaciones: personas mayores conversan con adolescentes, aunque de manera ocasional, y personas con distintos antecedentes sociales (clase media en situación de vulnerabilidad, recicladores, personas con discapacidad).

Para el caso de los niños, niñas y adolescentes, se recogieron testimonios en los que se evidencia cómo el comedor se convierte en un escenario donde se desarrollan competencias socioemocionales: “Cuando yo era muy muy pequeño, antes de entrar [al comedor], yo era muy tímido, retraído, ya en los comedores al conocer más gente (...) me siento un poco mejor que antes” (participante joven, 2018).

Además, el comedor ha sido un espacio ocasional para la prevención de la violencia y la delincuencia. Así lo menciona una referente respecto a un grupo de interés:

¿Qué estamos haciendo al mismo tiempo? Rapándole a la delincuencia nuestros niños, que desde los 8 años están en riesgo aquí por el consumo de sustancias psicoactivas, por el vandalismo, por el robo. ¡Mire!, y qué dicha, porque les hemos enseñado en medio de todo hasta a ser organizados. En otro momento, nosotros no teníamos niños ahí sentados conversando (referente local, 2018).

Este tipo de involucramiento y vínculo con la comunidad es relevante para la operación dado que otorga, en muchas de las unidades operativas visitadas, legitimidad a la figura del profesional social.

En algunos casos, la articulación con otros actores incrementa las posibilidades de que la población participante acceda a otros recursos (recreativos, deportivos) y otras acciones que desarrolla el asociado, además de la operación del comedor. Cuando existe sinergia entre instituciones se registran historias de participantes que logran, en el entorno del comedor, superar sus condiciones de vulnerabilidad e incluso generar círculos virtuosos, en los que, más que satisfacer una necesidad, empiezan a hacer parte del capital humano de iniciativas de desarrollo social.

Sin embargo, en algunos casos, el servicio también ha generado dependencia como una externalidad negativa ligada al suministro alimentario. Estas dinámicas, si bien evidencian la gran capacidad de las personas de adaptarse a las múltiples situaciones que se presentan en sus vidas, generan inquietudes por aquellas que están entendiendo el servicio, no como un momento transitorio hasta lograr superar la condición de vulnerabilidad, sino como algo que hace parte de sus vidas y economía familiar, y de lo que no pueden prescindir.

Ahora bien, también hay testimonios de personas que afirman que, a través del comedor, han podido concentrar sus esfuerzos en la generación de medios de vida para superar la condición de vulnerabilidad. En este sentido, se sugiere repensar los espacios de atención psicosocial y de formación, para que se fortalezcan las redes encaminadas a generar competencias y habilidades para la empleabilidad y la mejora de las relaciones familiares en sus hogares.

120

Como se mencionó en el capítulo de coordinación, un resultado adicional que se percibe como un escenario potencial para integrar los objetivos de los componentes nutricionales y sociales se encuentra en algunos de los grupos de interés que se desarrollan en las unidades operativas. Las actividades que allí se realizan se perciben como una acción para ocupar el tiempo libre y son reportadas como tal. No se registra que el propósito de estas actividades sea el emprendimiento o la autogestión, en términos concretos, sino experiencial.

6.4 Pertinencia

El análisis de pertinencia buscó determinar si el servicio de comedores es una respuesta de política pública adecuada a la problemática. Por supuesto, no es posible realizar la evaluación de la pertinencia del servicio sin considerar los múltiples aspectos que pueden y deben tenerse en cuenta para dar una respuesta adecuada al problema para el que se diseñó la intervención. En este apartado, se responden los interrogantes contenidos en el “anexo técnico” de la evaluación.⁴⁵

¿La prestación del servicio de comedores responde a las causas que generan inseguridad alimentaria y deficiencias de nutrición de la población atendida?

La inseguridad alimentaria y las deficiencias nutricionales son fenómenos complejos y multicausales. De acuerdo con la FAO, las principales causas de la inseguridad alimentaria en Colombia no radican tanto en la escasez de alimentos, sino en la imposibilidad de acceder a ellos. También inciden fallas de funcionamiento de los sistemas de abastecimiento y distribución del sistema agroalimentario que afectan los precios de los alimentos e impactan en las poblaciones de menores ingresos. Por otra parte, las deficiencias de nutrición de la población atendida se manifiestan tanto en desnutrición como en sobrepeso y obesidad, y obedecen a factores culturales, en particular a hábitos y estilos de vida basados en actitudes frente a la alimentación y la actividad física.

121

El servicio de comedores, como está diseñado, ofrece pocas respuestas a las causas que generan inseguridad alimentaria y una mejor respuesta a las causas de las deficiencias de nutrición.

Con respecto a la inseguridad alimentaria, a través del componente social, se ha buscado incentivar estrategias de generación de medios de vida. Algunas iniciativas que se han realizado en esta materia no cuentan con el acompañamiento profesional requerido, de los diagnósticos especializados y de los procesos de formación. Así mismo, enfrentan el reto de que las poblaciones atendidas atraviesan momentos vitales muy diversos, con aspiraciones diferentes, algunas con muy pocas posibilidades de inserción laboral o emprendimiento (personas mayores, ciudadanos habitantes de calle, enfermos psiquiátricos).

⁴⁵Las respuestas a estos interrogantes se basan en gran medida en la triangulación de información analizada en las anteriores secciones de la evaluación.

Por otra parte, por medio de análisis de correlación, a pesar de que no se pudo establecer la asociación directa entre reducción de inseguridad y exposición al servicio, se encontró que la inseguridad alimentaria se encuentra correlacionada de manera significativa con aspectos que escapan el alcance del servicio de comedores, como condiciones de la vivienda (hacinamiento) y disponibilidad de espacios separados para preparar alimentos. Igualmente, estar desocupado, ser mujer y víctima del conflicto están en mayor proporción asociadas con estado severo de inseguridad alimentaria.

¿Cómo se establece la pertinencia del servicio de comedores en el territorio?

De acuerdo con la encuesta, el 43,8 % de los participantes considera que el comedor está en una zona adecuada. La proporción de las mujeres que consideran que los comedores se localizan en zonas adecuadas (39,6 %) es menor comparada con la opinión de los hombres (48,1 %). Sin embargo, la encuesta demuestra que los comedores son accesibles: el 92,9 % de los participantes llega a pie y gasta en promedio solamente 12,6 minutos en su desplazamiento.

A partir de la investigación cualitativa se comprobó que la mayoría de los participantes manifestaron estar conformes con la ubicación de sus comedores, ya que viven en zonas cercanas a las unidades operativas o estas resultan de fácil acceso (esto teniendo en cuenta que no todas las personas viven cerca de los comedores, sino que se encuentran en zonas aledañas a sus trabajos).

122

Por otra parte, para determinar la pertinencia del servicio de comedores en el territorio, se realizaron dos ejercicios diferentes. En primer lugar, utilizando como fuente la Encuesta Multipropósito 2017, se indagó por las condiciones de la población bogotana en términos de inseguridad alimentaria. Luego se cruzó esta información con su localización en el Distrito, y la correspondencia de esto con la ubicación de los comedores y los cupos ofrecidos.

Se encontró que hay una relación positiva y significativa al 99 % de confianza del número de personas con inseguridad alimentaria moderada y severa en una UPZ sobre el número de cupos que ofrece el servicio de comedores en la UPZ. En segundo lugar, mediante la construcción de un índice sintético se buscó clasificar la ubicación de los comedores conforme a su cercanía a equipamientos de salud, educación y de la Secretaría Distrital de Integración Social relevantes de acuerdo con los objetivos del servicio.

Pertinencia de la ubicación

La Encuesta Multipropósito para el año 2017 - EM 2017, en comparación con las aplicadas en los años 2011 y 2014, incluyó toda la batería de preguntas para la medición de seguridad alimentaria conforme a la ELCSA, por lo que es la medición más reciente que se tiene para analizar la problemática de inseguridad alimentaria en el Distrito Capital. Según los resultados obtenidos, de las 213.782 personas encuestadas en la zona urbana de Bogotá, que representan 8.044.713 personas⁴⁶, el 80,64 % pertenecen a un hogar en condición de seguridad alimentaria, 13,91 % de inseguridad leve, 3,28 % de inseguridad moderada y el 2,16 % de inseguridad severa.

A partir de los resultados de la Encuesta Multipropósito 2017 fue posible analizar la pertinencia de los servicios que ofrece la Secretaría Distrital de Integración Social en materia de seguridad alimentaria. Para ello se llevó a cabo un análisis de regresión buscando determinar la asociación entre seguridad alimentaria y la cobertura de los comedores en la vigencia 2018.

Según la Resolución 0825 de 2018 de la Secretaría Distrital de Integración Social, el servicio de comedores tiene como población objetivo a personas mayores de cuatro años en inseguridad alimentaria severa o moderada que habiten en Bogotá. En ese sentido, la pertinencia del servicio está dada como la relación proporcional esperada entre el número de cupos que ofrece el servicio en una determinada UPZ⁴⁷ y las personas mayores de cuatro años en condición de inseguridad alimentaria moderada y severa que habitan ahí.

123

En otras palabras, se buscó determinar si un mayor número de cupos en una UPZ obedece a mayor presencia de población objetivo del servicio en la misma, por lo que la pertinencia se da en términos de una buena focalización del servicio.

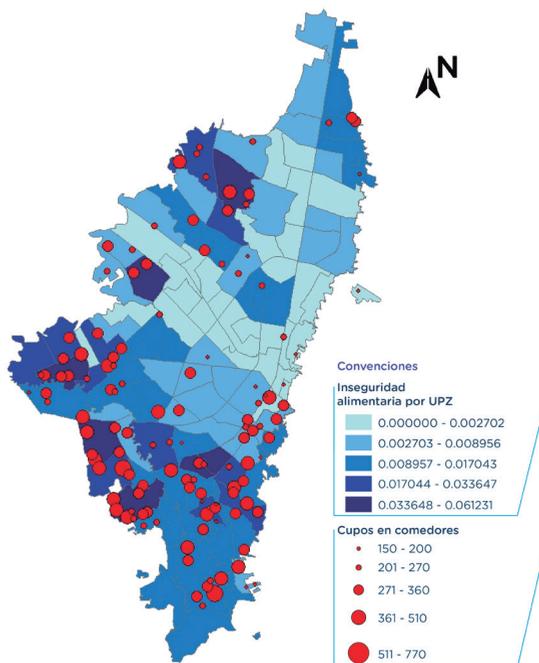
⁴⁶Todas las cifras que hacen referencia a la Encuesta Multipropósito 2017 hacen uso del factor de expansión. Los porcentajes menores al 10 % pueden presentar errores de muestreo superiores al 5 %. En este caso los datos deben usarse con precaución.

⁴⁷La EM 2017 aumentó la desagregación de Bogotá a nivel de UPZ, antes solo se contaba con información a nivel de localidades.

Los 124 comedores activos a 31 de octubre de 2018 están distribuidos en 60 UPZ, 58 según la categorización de la EM 2017⁴⁸. En promedio, una UPZ cuenta con 411 cupos del servicio de comedores, con un máximo de 2.620, correspondiente a la zona Lucero en la localidad de Ciudad Bolívar y un mínimo de 0, que corresponde a las zonas en donde no existen comedores.

En lo que respecta a la población objetivo del servicio, se tiene que la UPZ con mayor población de este tipo está en El Rincón, en la localidad de Suba, con 24.861 personas (6.1 % del total), mientras que las UPZ Chico Lago y Refugio de la localidad de Chapinero no presentan personas con esas características. En promedio una UPZ presenta 4.511 personas mayores de cuatro años en condición de inseguridad alimentaria moderada y severa, es decir, que son población objetivo del servicio de comedores.

Mapa 1. Relación entre número de cupos y población objetivo del servicio de comedores en cada UPZ



Fuente: UT Isegoría / E-valuar.

⁴⁸De las 112 UPZ en las que se divide la zona urbana de Bogotá, la Encuesta Multipropósito categoriza un total de 90 ya que se cuenta con 13 casos en los cuales se unifican 2 o 3 UPZ de una misma localidad en una sola categoría, a saber: Suba: La Floresta + La Alhambra; Suba: La Academia + Guaymaral + San José de Bavaria; Barrios Unidos: Parque Salitre + Doce de Octubre; Teusaquillo: Parque Simón Bolívar - CAN + La Esmeralda; Puente Aranda: Zona Industrial + Puente Aranda; Engativá: Santa Cecilia + Álamos + Jardín Botánico; Usme: Alfonso López + Ciudad Usme; Usme: Parque Entre Nubes + Danubio; Fontibón: Aeropuerto Eldorado + Capellanía; Santa Fe: Nieves + Sagrado Corazón; Ciudad Bolívar: Monteblando + Tesoro + Mochuelo; Chapinero: Pardo Rubio + Chapinero; Chapinero: Chico Lago + Refugio.

En el Mapa 1 se presenta el contraste entre el número de cupos del servicio de comedores en las UPZ y la participación que tiene cada una de ellas con respecto a la población objetivo de la ciudad⁴⁹. En el mapa se evidencia que las zonas con mayor participación de población objetivo (las de tonalidades azules más oscuras) son aquellas en donde el número de cupos es mayor (bola roja más grande). Lo anterior sugiere que el número de cupos puede ser explicado parcialmente por los niveles de inseguridad alimentaria que presenta la zona⁵⁰.

Dado que el servicio de comedores cuenta con criterios de focalización y priorización adicionales a la condición de seguridad alimentaria, se realizaron regresiones para verificar si estos criterios de ingreso y priorización tienen relación con el número de cupos.

Dentro de los criterios de focalización que establece el servicio de comedores se encuentran (Resolución 0825 de 2018):

1. Sisbén igual o menor a 46,77 y que habiten la ciudad de Bogotá, o,
2. Registrado en el listado censal indígena oficial reconocido por el Ministerio del Interior, o,
3. Ciudadanos habitantes de calle o en alto riesgo de habitar la calle, registrados en la base de población especial, o,
4. Población en pobreza extrema o inseguridad alimentaria que no puede acceder a la encuesta Sisbén.

Los criterios 1 y 4 obedecen a las condiciones de pobreza de las personas. La Encuesta Multipropósito 2017 no ofrece información del Sisbén de los encuestados, no obstante, ofrece un set amplio de preguntas para poder identificar las condiciones económicas del hogar. En este caso, por practicidad, se hizo uso de la percepción de los encuestados sobre los ingresos de su hogar.

⁴⁹Participación hace referencia al número de personas que hacen parte de la población objetivo del programa en la UPZ sobre el total de esta población.

⁵⁰Se asume una relación entre incidencia de inseguridad alimentaria sobre la definición de los cupos del comedor, producto del análisis descriptivo. Esta relación no implica causalidad, ya que existen otros factores que influyen en la definición de los cupos y puede existir simultaneidad.

Las personas que respondieron que dichos ingresos “no alcanzan para cubrir los gastos mínimos” se asumen como pobres⁵¹. Para el criterio 2 se considera el autorreconocimiento del encuestado como indígena para el cumplimiento de este. Como la Encuesta Multipropósito 2017 es una encuesta de hogares, no es posible contemplar el fenómeno de habitabilidad en calle.

En lo que respecta a los criterios de priorización, el servicio expone los siguientes:

1. Gestantes y lactantes.
2. Personas con discapacidad.
3. Registrados en listado censal indígena oficial avalado por el Ministerio del Interior.
4. Personas de hogares constituidos exclusivamente por personas mayores.
5. Personas víctimas de hechos violentos asociados con el conflicto armado.

Aunque la Encuesta Multipropósito 2017 permite identificar a las mujeres embarazadas, no es posible determinar la condición de lactancia, por lo que se asume a toda mujer con hijos menores de dos años como tal. La discapacidad se construye a partir de los reportes sobre limitaciones permanentes. El criterio de indígena ya se tiene en cuenta como criterio de focalización en la regresión (2). El criterio 4 se construye a partir de la información demográfica del hogar.

126

Finalmente, la Encuesta Multipropósito 2017 no tiene preguntas sobre condición de víctima del conflicto, pero se toma una aproximación a partir de la información sobre efectos del conflicto armado en el último año⁵². La limitación de esta aproximación es que solo se tienen en cuenta las personas que reportan hechos en el último año, por lo que no se contemplan las víctimas sin novedad en los últimos 12 meses. Como son criterios de priorización, en este caso el número de personas que cumplan los mismos se restringen a aquellas que hacen parte de la población objetivo del servicio de comedores.

⁵¹ Pobreza subjetiva. Aunque el ingreso tiene el mayor peso en la percepción de pobreza, estudios demuestran diferencias significativas entre la percepción y clasificación de pobreza monetaria. Si bien lo ideal es usar pobreza monetaria, para la EM 2017, a diferencia de las versiones de años anteriores, no existe información oficial al respecto. Dado que el cálculo de pobreza monetaria es complejo y no existe información de referencia, se opta usar por practicidad una medida de pobreza subjetiva.

⁵² Aquellas personas que fueron víctimas de desplazamiento forzado en los últimos 12 meses o que han sido ayudadas por un centro local de atención a víctimas cuando llegaron al municipio por última vez.

La Tabla 15 presenta los resultados de los tres modelos de regresión estimados, los cuales consideran la relación -no efectos causales- de la presencia de población objetivo, de personas que cumplen los criterios de focalización y priorización sobre el número de cupos del servicio de comedores en las UPZ. Los resultados de los coeficientes deben usarse con precaución y siempre con la salvedad de que no son efectos causales.

Tabla 15. Modelos de regresión para determinar pertinencia bajo criterios de focalización y priorización del servicio de comedores

VARIABLES	1	2	3
	#Cupos	#Cupos	#Cupos
Personas población objetivo	0,0627*** (0,0146)	0,0346** (0,0149)	
Personas pobres		0,0138*** (0,00347)	
Personas indígenas		0,0655 (0,280)	
Mujeres gestantes/lactantes			0,985*** (0,178)
Personas con discapacidad			-0,208 (0,175)
Solo personas mayores en hogar			1,221*** (0,349)
Personas víctimas			-0,413 (0,278)
Constante	128,3** (53,13)	69,93 (51,25)	121,3** (47,54)
● Observaciones	90	90	90
● R-cuadrado	0,423	0,502	0,500

■ Errores estándares robustos en paréntesis

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Fuente: UT Isegoría - E-valorar, a partir de información de EM2017 y Secretaría Distrital de Integración Social.

A partir del modelo uno se concluye que, manteniendo todo lo demás constante, hay una relación positiva y significativa al 99 % de confianza del número de personas con inseguridad alimentaria moderada y severa en una UPZ sobre el número de cupos que ofrece el servicio de comedores en la UPZ. De hecho, se estima que, en promedio, por cada 100 personas que hacen parte de la población objetivo dentro de una UPZ, existen 6,2 cupos del servicio. El incluir los criterios de focalización, modelo dos, hace que la relación de población objetivo caiga a 3,4 cupos, con una confianza del 95 % y manteniendo todo lo demás constante. La caída obedece a la estrecha relación existente entre inseguridad alimentaria y pobreza, en este caso subjetiva, por lo que el efecto en cupos se distribuye entre estos dos determinantes.

Finalmente, el modelo tres evidencia que, entre los criterios de priorización y manteniendo todo lo demás constante, el que mayor relación tiene sobre el número de cupos es el número de personas mayores que conviven solas o con otras personas mayores. Se estima que, en promedio, toda persona mayor que haga parte de la población objetivo y cumpla con la condición anteriormente descrita tiene cupo en el comedor de la UPZ donde reside. Lo mismo se puede concluir con respecto a las mujeres gestantes y lactantes.

A partir de lo anterior se concluye que, efectivamente, el servicio de comedores es pertinente en lo que refiere a su localización y focalización, es decir, sus cupos se concentran en aquellos lugares en donde la incidencia de inseguridad alimentaria es mayor.

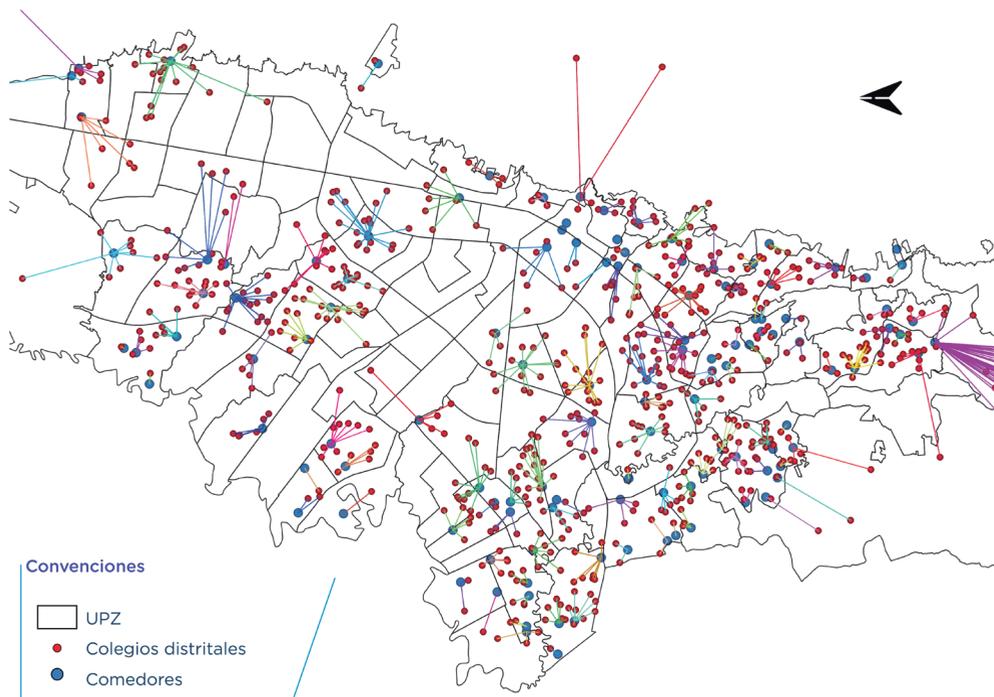
128

Cercanía a equipamientos relevantes

Esta sección muestra los resultados de la construcción de un índice sintético que clasifica a los comedores según su cercanía a equipamientos relevantes de acuerdo con los objetivos del servicio y su población objetivo.

Se analizaron tres tipos de equipamientos. En primer lugar, las unidades operativas asociadas a la Dirección Territorial de la Secretaría de las que hacen parte las Subdirecciones Locales. En estas subdirecciones las personas pueden adelantar trámites y empezar la gestión para ser beneficiarios de los servicios sociales que ofrece la Entidad. En segundo lugar, se contempló la cercanía a equipamientos de salud, en particular, los que involucran el primer nivel de atención dentro de la organización operativa del servicio de salud⁵³. Finalmente, se analizó la distancia de los comedores a los colegios distritales más cercanos (Mapa 2), ya que más del 60 % de los participantes del servicio son población en edad escolar para niveles de educación básica y media⁵⁴.

Mapa 2. Colegios distritales más cercanos alrededor de los comedores



Fuente: UT Isegoría - E-valorar, a partir de información de la Encuesta Multipropósito 2017 y la Secretaría Distrital de Integración Social.

⁵³El primer nivel lo caracteriza la atención básica prestada por puestos y centros de salud y los hospitales locales, los cuales cuentan con servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización bajo la atención de médicos generales y los Centros de Atención Médica Inmediata o CAMI.

⁵⁴Población entre los 6 y 17 años. El porcentaje de participantes con esta característica se estima a partir de información de la Encuesta haciendo uso del factor de expansión.

El cálculo del índice se llevó a cabo en dos etapas. En la primera se estimó una medida por cada tipo de equipamiento (salud, colegio distrital y Subdirecciones Locales) para cada uno de los comedores, la cual obedece a la distancia más corta que hay entre el comedor y el respectivo equipamiento. Para el caso de colegios distritales se promedió la distancia entre las tres instituciones más cercanas a cada comedor. De manera similar, se promediaron las instituciones de salud más cercanas al comedor por grado de complejidad de estas.

En la segunda etapa se obtuvo una única medida por comedor promediando los resultados de los tres tipos de equipamientos. De esta manera el índice se interpretó como la distancia promedio en metros que tiene el comedor hacia los equipamientos relevantes más cercanos. Según los resultados del índice, los comedores que están mejor posicionados son: Arborizadora (Ciudad Bolívar), San Martín de Loba (San Cristóbal), Resurrección (Rafael Uribe Uribe), San Blas (San Cristóbal) y Granjas de San Pablo (Rafael Uribe Uribe).

La localidad de Suba es la que presenta más comedores con las distancias más lejanas a equipamientos relevantes, como es el caso del comedor Lisboa, desde el cual se debe hacer un desplazamiento de más de tres kilómetros en promedio para llegar a un equipamiento relevante.

Satisfacción con el suministro de alimentos

130

En general, se encontró una alta satisfacción⁵⁵ de los participantes con el suministro de alimentos. De acuerdo con la encuesta, se pudo determinar que el 85,2 % de los participantes está satisfecho con la presentación del plato y cubiertos, entendido como la ausencia de piezas sucias, rotas, en mal estado o mal servidas. El sabor, color, olor y consistencia de las preparaciones obtuvo una satisfacción del 76,7 %.

En cuanto a la cantidad de alimentos, el 78 % de los participantes se siente satisfecho con los tamaños de porción. Respecto a la variedad de las preparaciones, en promedio, el 85,2 % de los participantes refirió sentirse satisfecho. El 70 % de los participantes se encuentra satisfecho con el tiempo de espera para recibir los alimentos. Además, el 88,4 % está satisfecho con el tiempo disponible para el consumo de estos.

⁵⁵ Ver Anexo 9.

El suministro de alimentos tiene un efecto importante en la economía familiar, que es valorado positivamente por los participantes, ya que el 49,8 % de estos manifestaron que con el dinero que se ahorran en alimentación han logrado cubrir al menos dos de las siguientes necesidades: pago de deudas, adquirir bienes para el hogar, cubrir gastos básicos del hogar, gastar más en alimentos, en transporte, gastos educativos, en salud u otra.

¿Los participantes conocen y cumplen con los criterios de ingreso, permanencia y egreso del servicio de comedores?

De acuerdo con los hallazgos cualitativos y la observación de campo se concluye que los participantes conocen y cumplen con los criterios de ingreso al servicio en las vigencias 2017 y 2018. Dichos criterios han sido claros para ellos en todo momento y manifiestan que el ingreso al servicio siempre ha sido ágil, aunque haya ido cambiando con el transcurso del tiempo. Para el 2017, el ingreso al servicio se determinaba por una visita domiciliaria y dependía más de la voluntad y el criterio de los referentes locales. Para el 2018, el proceso se estandariza y agiliza en la medida en que se elimina la visita y se garantiza más fiabilidad del dato ya que se verifica la información en el sistema de información de la Secretaría Distrital de Integración Social y luego se procede a la asignación de un cupo.

En este sentido, la estandarización y el diseño de un protocolo de egreso, más estricto para el año 2018, permitirán ejercer un mayor control y regulación del trato y de las relaciones de poder al interior del comedor. Como manifestaron los funcionarios locales, para el 2017 el egreso dependía del operador que a su criterio se encargaba de egresar a las personas del servicio lo cual generaba muchas quejas por parte de los participantes.

131

¿El servicio de comedores en sus diferentes componentes responde a un enfoque diferencial de acuerdo con el perfil de los participantes y egreso del servicio de comedores?

A partir de los datos recabados en la encuesta, se observa que la satisfacción con el servicio de suministro alimentario es alta en los diferentes segmentos de población. Sin embargo, en los grupos etarios de menores de 26 años hay una tendencia a mostrar menores resultados que en los otros grupos, y cuando se superan los 27 años, los puntajes en relación con la satisfacción frente al servicio se incrementan.

Ahora bien, con respecto a los diferentes componentes (estado nutricional, seguridad alimentaria y hábitos y estilo de vida saludable) el servicio es pertinente por edades, sexo y población étnica. No obstante, se identifica que el enfoque diferencial solo atiende las diferencias en peso de las raciones por grupos etarios⁵⁶.

Aunque el servicio está orientado formalmente a atender población sana, el 40,5 % de los participantes ha sido diagnosticado con al menos una de las enfermedades prevalentes y el 19,7 % presenta comorbilidades. Al menos uno de cada cinco participantes presenta algún tipo de limitación permanente. A pesar de que el 15,8 % presenta una comorbilidad asociada a malnutrición por exceso, el servicio no ha implementado un suministro alimentario diferenciado para este tipo de cuadros⁵⁷.

Por último, cabe recordar que las personas mayores representan una quinta parte de la población general y que participan de forma visible en otras actividades, además del suministro alimentario. Es la población que presenta mayores vulnerabilidades en relación con redes y apoyos familiares, morbilidades, comorbilidades y discapacidad. Al mismo tiempo, son quienes aprovechan el comedor como un espacio de socialización y convivencia de manera recurrente. La evaluación señala la importancia de diseñar medidas diferenciales y específicas orientadas a extender la protección brindada a este grupo etario, tanto dentro como fuera del servicio.

132

¿El servicio de comedores ha contribuido con la identificación de población con inseguridad alimentaria o malnutrición?

El acceso al servicio de comedores se realiza por demanda tanto para la vigencia 2017 como para la de 2018. Este mecanismo no incluye estrategias de identificación y búsqueda activa de población con inseguridad alimentaria o malnutrición. Sin embargo, se cuenta con estrategias para la socialización del servicio tanto en las instituciones de educación y salud locales como también en otros servicios de la Secretaría, que se encargan de remitir a las personas con casos de inseguridad

⁵⁶De hecho, aunque no existen diferencias operativas en el peso de las porciones para mayores de 13 años (operativamente, y de acuerdo con las RIEN, estas no serían suficientemente significativas), los nutricionistas locales y otros actores señalan que generalmente los adolescentes en muchos casos sí demandan porciones más grandes, ligado ello tanto a las actividades deportivas y escolares que desarrollan, como a sus procesos de crecimiento.

⁵⁷De acuerdo con el anexo técnico de 2018 no se establecen requerimientos nutricionales diferenciales según estado nutricional.

alimentaria severa a las subdirecciones locales. Además, líderes comunitarios utilizan el voz a voz y la presentación del servicio en espacios de participación comunitaria, y logran identificar casos de inseguridad alimentaria o malnutrición.

Adicionalmente, una vez la persona ingresa al servicio, la toma de las medidas antropométricas y el seguimiento permiten identificar los casos más graves de inseguridad alimentaria que se remiten al servicio de salud. Por otro lado, a través del acompañamiento en el componente nutricional y social, nutricionistas y profesionales sociales también se identifican casos. Sin embargo, no existe un protocolo de priorización interinstitucional o de garantía en la atención a las remisiones o referenciaciones desarrolladas a través del PAIF.

¿Cuáles son las principales motivaciones para que los participantes asistan al servicio de comedores y qué explica la intermitencia?

Como se ha visto anteriormente, los participantes a los comedores tienen una alta asistencia al servicio. La motivación de la asistencia está dada porque es un requerimiento para su permanencia, pero también por una serie de consideraciones de tipo práctico, ya que el servicio cubre necesidades sentidas por la población:

1. La calidad del alimento y el ahorro que su disponibilidad genera en las familias. Al respecto, el 49,8 % manifestó que con el dinero que se ahorra en alimentación ha logrado cubrir al menos dos de las siguientes necesidades: pago de deudas, adquirir bienes para el hogar, cubrir gastos básicos del hogar, gastar más en alimentos, en transporte, gastos educativos, en salud u otra.
2. La percepción de una alta calidad del servicio y buen trato.
3. Las oportunidades para compartir con otros en el comedor dignifican a poblaciones muchas veces marginadas.

133

¿Qué factores explican la permanencia de largo plazo de los participantes en el servicio de comedores?

Entre los factores que explican la permanencia se identificó que las personas naturalizan el servicio y lo vuelven parte de su rutina como familia. El comedor les permite generar ahorros o poder dividir sus gastos prescindiendo de parte de los recursos para la alimentación. En este sentido, se evidencia que, para el caso de las familias, de las cuales el 53,85 % tienen jefatura única, los padres participantes del

servicio junto con sus hijos tienen estrategias para que el gasto en alimentación del hogar sea casi que nulo invirtiendo en el desayuno y la comida lo estrictamente indispensable. Además, en el comedor se atienden poblaciones que por sus condiciones de vulnerabilidad tienen menos acceso al mercado laboral y por ende tienen mayores barreras para superar dicha situación de vulnerabilidad.

Si a estos factores se suman los hallazgos cualitativos, que evidencian que estos grupos etarios cuentan con escasas o débiles redes familiares y de apoyo (especialmente, las personas mayores), y bajos niveles educativos (en especial en las personas mayores), se concluye que la intersección de estos factores es la que determina la permanencia a largo plazo de esta población en el servicio, así como la importancia de este para su salud mental y nutricional.

Anexos

Anexo 1. Preguntas orientadoras de la evaluación

Objetivo central

Medir los resultados que el servicio de comedores tiene sobre el estado nutricional, la adopción de hábitos saludables, la seguridad alimentaria y corresponsabilidad de la población atendida.

¿El servicio de comedores ha contribuido a mejorar el estado nutricional, la seguridad alimentaria y los hábitos saludables de los participantes?

¿El servicio de comedores ha contribuido a promover en sus participantes el rol de gestores de su propio cambio para superar sus condiciones de vulnerabilidad?

¿En qué medida el servicio de comedores aporta al logro de los objetivos del proyecto Bogotá te Nutre?

135

¿El servicio de comedores ha contribuido a mejorar la coordinación interinstitucional e intersectorial para el diseño, implementación y seguimiento de acciones que garanticen la seguridad alimentaria y nutricional en el Distrito?

Objetivos específicos

1. Caracterizar el servicio y las personas que asisten al servicio de comedores.

¿Cuáles son las características del servicio de comedores?

¿Cuáles son los perfiles de los diferentes grupos poblacionales atendidos en el servicio de comedores y sus familias?

¿Los participantes del servicio de comedores lo perciben como un servicio prestado por la Secretaría Distrital de Integración Social?

2. Identificar los resultados que el servicio de comedores tiene en las personas atendidas.

¿Cómo ha contribuido el servicio de comedores en el mejoramiento del estado nutricional de los participantes?

¿De qué manera la asistencia de los participantes al servicio de comedores incentiva la adopción de hábitos y estilos de vida saludables?

¿Cómo ha contribuido el servicio de comedores en el mejoramiento de las condiciones de seguridad alimentaria de sus participantes?

¿Las acciones realizadas para fomentar la corresponsabilidad contribuyen a un cambio de enfoque asistencial a uno de gestores de cambio en los participantes del servicio?

¿Promueve el servicio de comedores la creación de redes sociales y comunitarias?

¿Promueve el servicio de comedores la construcción e implementación de planes de vida de los participantes y sus familias?

¿De qué manera las acciones de corresponsabilidad del componente social contribuyen a mejorar la calidad de vida de los participantes y sus familias?

¿Qué efectos tiene la intermitencia en la asistencia de los participantes al servicio de comedores sobre los objetivos del servicio?

¿Qué barreras de acceso se identifican en la prestación del servicio de comedores?

136

3. Determinar el efecto que tiene la operación del servicio sobre el logro de los objetivos.

¿Qué aspectos de la operación del servicio de comedores se deben fortalecer o cambiar dado que limitan el cumplimiento de los objetivos del servicio?

¿Cuáles son las características de los operadores que prestan el servicio de comedores? ¿Qué incidencia tiene la tipología de estos sobre la prestación del servicio y el logro de sus objetivos?

¿Cómo se desarrolla el proceso de vigilancia y seguimiento nutricional al interior de comedores? ¿Es adecuado y cumple con los estándares técnicos? ¿Cómo ha contribuido a la identificación del estado nutricional de los participantes? ¿Cómo ha contribuido al logro de los objetivos del servicio?

¿La operación del servicio de comedores incluye el seguimiento al logro de objetivos individuales y familiares de los participantes? ¿Cómo son usados los insumos de este seguimiento en la operación del servicio?

¿La operación del servicio de comedores incluye mecanismos de retroalimentación por parte de operadores y participantes del servicio? ¿Cómo son usados los insumos de este seguimiento en la operación del servicio?

¿Son adecuados los procesos de interventoría, y cumplimiento de estándares y normas higiénico-sanitarias en la prestación del servicio? ¿Cómo son usados estos insumos en el proceso de mejora continua del servicio de comedores?

¿Qué restricciones se identifican para que nuevos o actuales operadores quieran participar en la prestación del servicio?

¿El servicio garantiza la entrega de alimentos inocuos y de calidad (sin riesgos físicos, biológicos o químicos)? ¿Es adecuado el proceso que garantiza la calidad y la cantidad de los alimentos entregados?

¿Cuáles son las características de la infraestructura en la cual se presta el servicio de comedores? ¿Cuál es el efecto que tiene la infraestructura de los comedores en la prestación del servicio?

4. Establecer si el servicio de comedores es pertinente con los perfiles de los participantes.

137

¿La prestación del servicio de comedores responde a causas que generan inseguridad alimentaria y deficiencias de nutrición de la población atendida?

¿Cómo se establece la pertinencia del comedor en el territorio y qué mecanismos están definidos para su permanencia y reubicación? ¿Son adecuados estos mecanismos?

¿Cuáles son los niveles de satisfacción declarados por los participantes en relación con la prestación del servicio de comedores?

¿Cuáles son los beneficios, adicionales a los del componente nutricional, percibidos por los participantes?

¿Los participantes conocen y cumplen con los criterios de ingreso, permanencia y egreso del servicio de comedores?

¿El servicio de comedores en sus diferentes componentes responde a un enfoque diferencial de acuerdo con el perfil de los participantes?

¿El servicio de comedores ha contribuido en la identificación de población con inseguridad alimentaria o malnutrición?

¿Cuáles son las principales motivaciones para que los participantes asistan al servicio de comedores?

¿Qué factores explican la intermitencia en la asistencia de los participantes al servicio de comedores?

¿Qué factores explican la permanencia de largo plazo de los participantes al servicio de comedores?

¿Cuáles estrategias alternativas identifican los participantes del servicio de comedores para mejorar su seguridad alimentaria y estado nutricional?

Fuente: Secretaría Distrital de Integración Social, Anexo Técnico 2018

Anexo 2. Indicadores de contexto por grupos etarios

Indicador		Menor 13 años	De 13 - 17 años	
Características individuales	Sexo: mujer %	% CV 5,61 DM -2,3 p.p	49,5 47,5 -4,3 p.p	
	Edad promedio	# CV 1,05 DM -32,2***	9,8 15,0 -17,6***	
	Estado civil: casados o con pareja permanente %	% CV . DM .	. 1,7% 56,79 -18,8 p.p ***	
	Ser jefe de hogar %	% CV 26,39 DM -40,7 p.p ***	3,8% 26,08 -28,7 p.p ***	
	Pertenencia étnica %	% CV 20,65 DM 0,2 p.p	7,0% 6,4% 24,53 -0,6 p.p	
	Ser víctimas del conflicto armado %	% CV 18,74 DM -3,6 p.p *	7,8% 18,89 -0,3 p.p	
	Nivel educativo adecuado para edad %	% CV 3,03 DM 41,0 p.p ***	77,6% 79,4% 3,19 33,3 p.p ***	
	Pertenecer a hogar con jefatura femenina %	% CV 5,29 DM 1,4 p.p	52,3% 53,0% 5,97 1,8 p.p	
	Jefe del hogar	Pertenece a hogar cuyo jefe tiene secundaria completa %	% CV 6,04 DM -22,6 p.p ***	45,9% 44,7% 7,04 -18,6 p.p ***
		Jefe de hogar está trabajando %	% CV 3,28 DM 13,3 p.p ***	73,9% 76,9% 3,42 13,9 p.p ***
Pertenece a hogar con jefatura única %		% CV 6,05 DM -6,7 p.p *	45,7% 45,0% 6,98 -5,7 p.p	
Mercado laboral	Participantes económicamente activos (PEA)	% CV . DM .	. 2,9% 43,37 -36,0 p.p ***	
	Participantes que trabajan %	% CV . DM .	. 100,0% 0,00 4,3 p.p ***	
	Participantes que son trabajadores por cuenta propia 5.	% CV . DM .	. 48,9% 0,00 -28,4 p.p ***	
	Participantes que reportan que los ingresos monetarios y no monetarios del hogar no alcanzan para cubrir los gastos mínimos %	% CV 6,23 DM -9,3 p.p ***	44,3% 40,7% 7,67 -11,6 p.p ***	

De 18 - 26 años			De 27 - 59 años			Mayor 60 años			Total		
▮	54,1		▮	66,6		▮	48,2		▮	50,8	
▮	7,04		▮	4,66		▮	6,36		▮	3,08	
▮	3,4 p.p		▮	17,8 p.p ***		▮	-3,2 p.p				
▮	19,8		▮	49,3		▮	71,4		▮	28,5	
▮	0,87		▮	1,13		▮	0,60		▮	,42	
▮	-8,9***		▮	23,5***		▮	54,2***				
▮	13,3%		▮	23,8%		▮	19,7%		▮	14%	
▮	18,67		▮	11,23		▮	12,60		▮	8,43	
▮	-0,7 p.p		▮	12,5 p.p ***		▮	9 p.p ***				
▮	6,6%		▮	70,2%		▮	79,9%		▮	27,4%	
▮	27,42		▮	4,22		▮	3,07		▮	2,95	
▮	-21,3 p.p ***		▮	48,1 p.p ***		▮	66,2 p.p ***				
▮	7,4%		▮	10,9%		▮	5,0%		▮	6,9%	
▮	27,21		▮	19,04		▮	27,80		▮	11,65	
▮	0,5 p.p		▮	4,5 p.p *		▮	-2,4 p.p				
▮	7,7%		▮	17,3%		▮	10,7%		▮	9,9%	
▮	25,61		▮	14,04		▮	16,87		▮	8,91	
▮	-2,3 p.p		▮	8,3 p.p ***		▮	1,1 p.p				
▮	26,9%		▮	9,7%		▮	4,1%		▮	53,8%	
▮	12,78		▮	21,08		▮	28,55		▮	2,23	
▮	-27,7 p.p ***		▮	-49,6 p.p ***		▮	-62,8 p.p ***				
▮	59,0%		▮	55,3%		▮	45,4%		▮	51,6%	
▮	6,35		▮	5,89		▮	6,74		▮	3,03	
▮	7,7 p.p *		▮	4,2 p.p		▮	-7,8 p.p **				
▮	52,9%		▮	82,6%		▮	89,7%		▮	58,9	
▮	7,18		▮	2,93		▮	2,05		▮	2,47	
▮	-6,2 p.p		▮	26,6 p.p ***		▮	38,8 p.p ***				
▮	78,1%		▮	58,5%		▮	41,1%		▮	66,1%	
▮	4,04		▮	5,55		▮	7,35		▮	2,11	
▮	12,2 p.p ***		▮	-8,6 p.p **		▮	-31,7 p.p ***				
▮	46,9%		▮	63,6%		▮	61,0%		▮	49,1%	
▮	8,21		▮	5,68		▮	6,77		▮	3,45	
▮	-2,4 p.p		▮	16,0 p.p ***		▮	13,5 p.p ***				
▮	31,2%		▮	51,5%		▮	33,3%		▮	25,8%	
▮	11,23		▮	6,38		▮	8,66		▮	5,34	
▮	5,6 p.p		▮	32,2 p.p ***		▮	12 p.p ***				
▮	88,5%		▮	94,5%		▮	97,7%		▮	95,9%	
▮	5,06		▮	1,92		▮	1,16				
▮	-7,9 p.p ***		▮	-2,4 p.p ***		▮	3,5 p.p ***				
▮	35,3%		▮	76,2%		▮	82,9%		▮	76%	
▮	18,60		▮	5,29		▮	4,88				
▮	-43,2 p.p ***		▮	0,3 p.p ***		▮	13,7 p.p ***				
▮	29,0%		▮	59,7%		▮	68,0%		▮	49,7%	
▮	11,73		▮	5,34		▮	4,21		▮	3,1	
▮	-21,3 p.p ***		▮	11,3 p.p ***		▮	23,1 p.p ***				

Salud	Afiliación a seguridad social %	%	99,3%	97,9%
		CV	0,35	0,89
		DM	1,9 p.p ***	-0,4 p.p
	Afiliación al régimen Subsidiado (EPS-S) %	%	52,5%	56,7%
		CV	5,40	5,63
		DM	-21,0 p.p ***	-10,5 p.p ***
	Comorbilidad %	%	3,0%	3,4%
	CV	31,63	28,98	
	DM	-22,2 p.p ***	-16,3 p.p ***	
Limitaciones permanentes %	%	11,6%	9,4%	
	CV	15,67	19,75	
	DM	-18,0 p.p ***	-16,5 p.p ***	
Diagnóstico de al menos una enfermedad o problema de salud %	%	22,7%	27,3%	
	CV	10,14	10,21	
	DM	-30,7 p.p ***	-17,2 p.p ***	
Diagnóstico de 2 o más enfermedades o problemas de salud %	%	5,1%	7,9%	
	CV	24,74	20,83	
	DM	-25,2 p.p ***	-15,4 p.p ***	
Menores de 14 años que presentan enfermedades o problemas de salud en el último año %	%	72,0%	67,6%	
	CV	3,45	10,53	
	DM	4,4 p.p	-4,4 p.p	
Vivienda	Residencia zona Centro Oriente %	%	12,6%	12,8%
		CV	15,36	16,47
		DM	-9,9 p.p ***	-7,2 p.p ***
	Residencia en zona Norte %	%	17,2%	15,3%
		CV	11,24	15,07
		DM	-1,9 p.p	-3,8 p.p
	Residencia zona Sur %	%	48,9%	44,1%
		CV	5,67	7,12
		DM	13,6 p.p	4,0 p.p
	Residencia zona Sur Occidente %	%	21,4%	27,7%
		CV	10,50	10,15
		DM	-1,7 p.p	7,0 p.p **
	Vivienda casa o apartamento %	%	88,7%	88,7%
		CV	2,03	2,16
		DM	15,6 p.p ***	11,8 p.p ***
Residencia zona urbana %	%	100,0%	99,3%	
	CV	0,00	0,57	
	DM	0,3 p.p	-0,7 p.p	
Reside en vivienda propia %	%	21,9%	30,2%	
	CV	10,84	9,77	
	DM	-5,6 p.p *	6,7 p.p *	
Reside en vivienda con todos los servicios públicos básicos %	%	96,6%	97,6%	
	CV	1,05	0,92	
	DM	-1,0 p.p	0,5 p.p	
Índice de hacinamiento %	%	21,0%	18,4%	
	CV	10,55	13,40	
	DM	9 p.p ***	3,4 p.p	
Tamaño promedio del hogar de los participantes	#	5,0	4,8	
	CV	1,90	2,23	
	DM	1,4***	0,9***	
Hogares en estrato 1 y 2 %	%	92,7%	90,8%	
	CV	1,64	2,12	
	DM	8,5 p.p	3,9 p.p	
Tiempo promedio de desplazamiento al comedor.	%	10,6	11,1	
	CV	3,92	5,31	
	DM	-4,5	-2,8	

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1 - Los indicadores expresados en Tiempo, Promedio o Tamaño se refieren a diferencias en puntos.

93,6%	94,9%	98,6%	98,2%
1,83	1,48	0,77	,34
-4,7 p.p **	-3,7 p.p **	0,5 p.p	
67,8%	84,4%	87,3%	64,7%
5,53	3,05	2,34	2,32
3,2 p.p	22,0 p.p ***	28,8 p.p ***	
8,0%	24,6%	52,3%	15,8%
25,88	11,61	5,87	5,35
-8,1 p.p ***	9,9 p.p ***	46,0 p.p ***	
16,5%	40,4%	48,2%	22%
17,46	8,00	6,36	5,2
-5,7 p.p *	20,7 p.p ***	33,1 p.p ***	
42,2%	66,1%	77,6%	40,5%
8,96	4,62	3,34	3,29
1,7 p.p	28,7 p.p ***	46,8 p.p ***	
12,8%	38,9%	53,1%	19,7%
19,96	8,27	5,77	4,99
-7,0 p.p ***	21,6 p.p ***	42,3 p.p ***	
.	.	.	71,7%
.	.	.	3,29
.	.	.	
21,0%	34,1%	27,4%	18,8%
14,73	9,08	10,00	3,51
2,8 p.p	17,7 p.p ***	11,5 p.p ***	
27,3%	22,0%	20,6%	18,3%
12,69	12,71	12,45	6,33
9,3 p.p **	4,3 p.p	2,9 p.p *	
26,2%	26,7%	31,2%	41%
11,88	10,88	8,99	3,73
-15,2 p.p ***	-16,1 p.p ***	-12,4 p.p ***	
25,5%	17,2%	20,8%	23,4%
13,19	14,03	11,78	5,76
3,2 p.p	-5,8 p.p **	-2 p.p	
84,8%	61,0%	60,5%	79,7%
3,25	5,25	4,94	8,43
5,2 p.p *	-21 p.p ***	-24,2 p.p ***	
100,0%	99,8%	100,0%	99,8%
0,00	0,22	0,00	,113
0,2 p.p	0,0 p.p	0,2 p.p	
21,8%	23,9%	27,1%	25,1%
14,53	11,88	10,24	5,5
-3,4 p.p	-1,4 p.p	2,5 p.p	
97,3%	97,4%	97,9%	97,2%
1,26	1,02	0,86	,54
0,0 p.p	0,2 p.p	0,8 p.p	
15,1%	16,8%	1,8%	15,7%
18,61	14,71	45,67	7,25
-0,6 p.p	1,1 p.p	-17,7 p.p ***	
4,4	3,0	2,2	4,14
3,22	4,14	4,54	1,29
0,3*	-1,2***	-2,4***	
83,4%	79,5%	78,6%	87,9%
3,81	3,79	3,54	1,17
-4,6 p.p	-9,3 p.p	-11,5 p.p	
13,4	17,3	18,7	13,2
8,41	5,11	4,88	2,35
,2	4,5	6,9	

Anexo 3. Estimación del cambio entre tomas en el estado nutricional por el IMC: Menores de edad

Variables	1	2	3	4	5	6
	Puntaje D.E. "En déficit"			Puntaje D.E. "En Exceso"		
Después	0,408*** (0,0205)	0,409*** (0,0221)	0,410*** (0,0219)	-0,293*** (0,0181)	-0,288*** (0,0196)	-0,287*** (0,0194)
Hombre		-0,0995*** (0,0221)	-0,0860*** (0,0227)		0,0428** (0,0196)	0,0348* (0,0199)
Grupo poblacional		-0,0733*** (0,0278)	-0,0689** (0,0290)		-0,0111 (0,0304)	-0,0132 (0,0310)
Puntaje SISBEN		0,00136* (0,000764)	0,000830 (0,000809)		0,000528 (0,000675)	0,000559 (0,000718)
Sin primaria		-0,129*** (0,0412)	-0,143*** (0,0422)		0,0427 (0,0300)	0,0265 (0,0309)
Con primaria		-0,123*** (0,0457)	-0,144*** (0,0493)		-0,0312 (0,0396)	-0,0518 (0,0419)
Con secundaria y media		0,0720 (0,140)	-0,0335 (0,172)		-0,346*** (0,0694)	-0,311*** (0,0983)
Con educación superior		0,0101 (0,0400)	0,0127 (0,0423)		-0,00486 (0,0422)	-0,0152 (0,0441)
Etnia		-0,113 (0,102)	-0,0988 (0,107)		0,0242 (0,0521)	0,0354 (0,0544)
Víctima conflicto		-0,00466 (0,0378)	-0,0214 (0,0396)		0,00795 (0,0407)	0,0120 (0,0421)
Efecto fijo Comedor	NO	NO	SI	NO	NO	SI
Constante	-1,609*** (0,0130)	-1,324*** (0,0772)	-2,198*** (0,0883)	1,608*** (0,00988)	1,573*** (0,0800)	1,234*** (0,0781)
Observaciones	5,076	4,288	4,288	5,672	4,960	4,960
R-cuadrado	0,072	0,085	0,131	0,044	0,048	0,091
Prob > F	0,000	0,000	,	0,000	0,000	,

144

Errores estándares robustos en paréntesis

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fuente: UT Isegoría / E-valorar, a partir de información SIRBE y Sistema de Vigilancia Nutricional.

Anexo 4. Estimación del cambio entre tomas en el estado nutricional por el IMC: Menores de edad

	1	2	3	4	5	6
Variables	Puntaje IMC "En déficit"	Puntaje IMC "En déficit"	Puntaje IMC "En déficit"	Puntaje IMC "En Exceso"	Puntaje IMC "En Exceso"	Puntaje IMC "En Exceso"
Después	0,964*** (0,144)	1,029*** (0,165)	1,007*** (0,162)	-0,228*** (0,0786)	-0,229*** (0,0786)	-0,230*** (0,0780)
Hombre		-0,141 (0,198)	0,154 (0,250)		-1,876*** (0,0765)	-1,872*** (0,0790)
Grupo poblacional		-0,125 (0,125)	-0,0713 (0,179)		-0,387*** (0,0867)	-0,402*** (0,0886)
Puntaje SISBEN		0,00855 (0,00727)	0,00535 (0,0101)		0,00552* (0,00305)	0,00425 (0,00316)
Sin primaria		0,178 (0,274)	0,215 (0,373)		0,262** (0,121)	0,300** (0,123)
Con primaria		-0,0587 (0,277)	-0,0178 (0,377)		-0,0819 (0,139)	-0,0393 (0,143)
Con secundaria y media		0,0823 (0,410)	0,282 (0,499)		-0,360 (0,240)	-0,343 (0,248)
Con educación superior		0,216 (0,359)	0,176 (0,458)		-0,0638 (0,249)	-0,158 (0,250)
Etnia		-0,132 (0,512)	-0,591 (0,733)		0,359 (0,458)	0,326 (0,458)
Víctima conflicto		0,737* (0,429)	0,894** (0,419)		-0,131 (0,175)	-0,170 (0,175)
Efecto fijo Comedor	NO	NO	SI	NO	NO	SI
Constante	17,53*** (0,102)	17,77*** (0,810)	15,83*** (1,409)	28,93*** (0,0556)	31,56*** (0,564)	30,13*** (0,615)
Observaciones	586	494	494	8,170	7,530	7,530
R-cuadrado	0,071	0,087	0,291	0,001	0,076	0,107
Prob > F	0,000	0,000	,	0,000	0,000	,

■ Errores estándares robustos en paréntesis
 *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

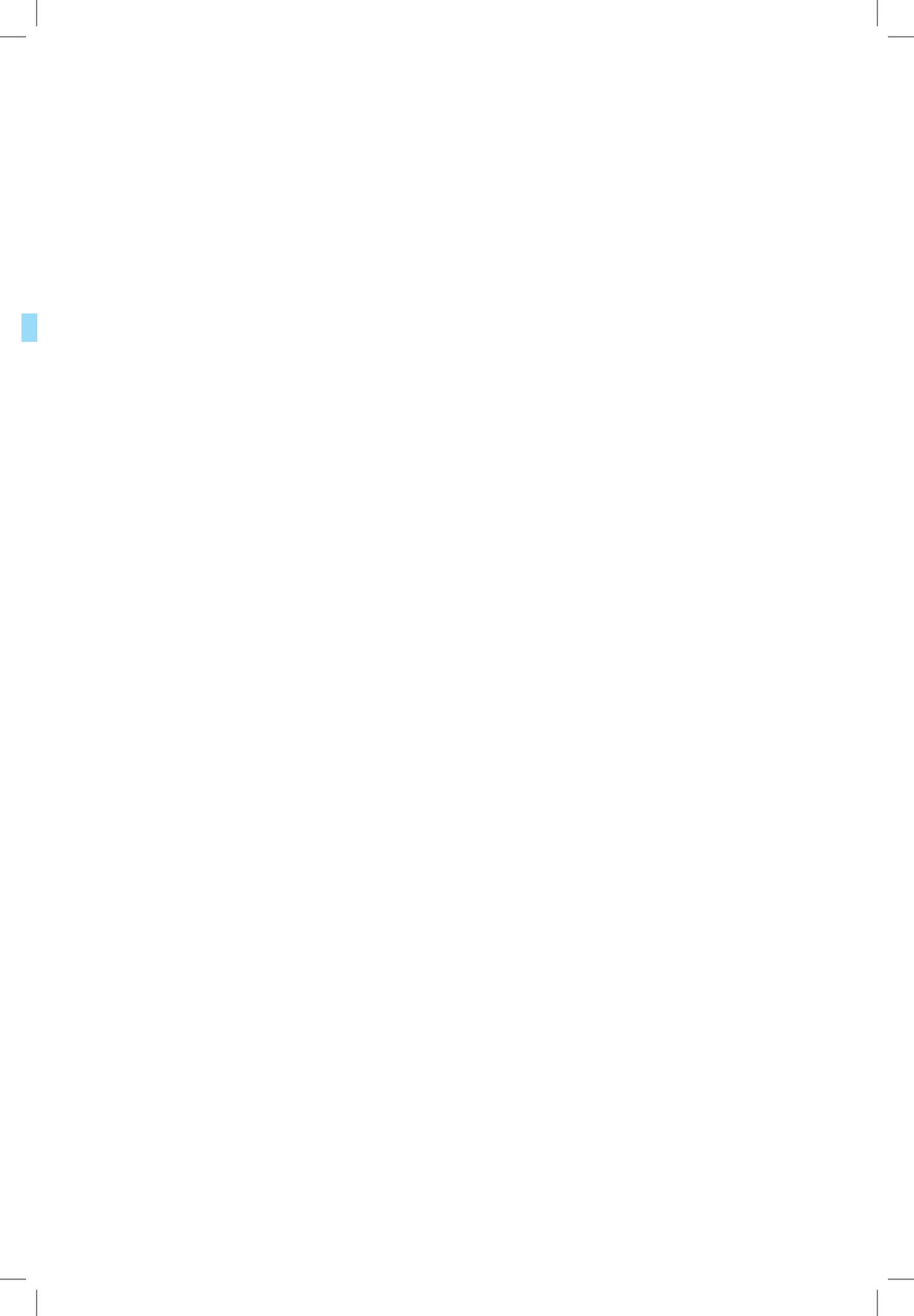
Fuente: UT Isegoría / E-valor, a partir de información SIRBE y Sistema de Vigilancia Nutricional.

Anexo 5. Estimador de diferencias en diferencias de cambio en el estado nutricional por el IMC

Variables	Menores de Edad				Mayores de Edad			
	1	2	3	4	1	2	3	4
	Puntaje IMC "En déficit"	Puntaje IMC "En déficit"	Puntaje IMC "En exceso"	Puntaje IMC "En exceso"	Puntaje IMC "En déficit"	Puntaje IMC "En déficit"	Puntaje IMC "En exceso"	Puntaje IMC "En exceso"
Después	0,507*** (0,0550)	0,526*** (0,0608)	-0,429*** (0,0563)	-0,437*** (0,0607)	0,874** (0,412)	1,115** (0,443)	-0,427** (0,194)	-0,415** (0,199)
Raciones medias	0,0131 (0,0389)	0,0474 (0,0503)	-0,0834** (0,0328)	-0,0726* (0,0385)	-0,0225 (0,320)	0,0276 (0,328)	-0,00176 (0,154)	0,0975 (0,160)
Altas raciones	-0,0281 (0,0470)	0,0173 (0,0572)	-0,0157 (0,0377)	-0,0173 (0,0491)	-0,0936 (0,349)	0,0873 (0,386)	-0,102 (0,183)	-0,0862 (0,194)
Después* Raciones medias	-0,122** (0,0606)	-0,136** (0,0665)	0,175*** (0,0603)	0,191*** (0,0646)	0,0771 (0,453)	-0,192 (0,475)	0,252 (0,218)	0,233 (0,222)
Después* Altas Raciones	-0,0923 (0,0709)	-0,127* (0,0754)	0,108 (0,0689)	0,119 (0,0734)	0,154 (0,494)	0,0316 (0,594)	0,199 (0,258)	0,183 (0,258)
Controles	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
Constante	-1,611*** (0,0356)	-2,314*** (0,107)	1,665*** (0,0306)	1,236*** (0,0776)	17,57*** (0,292)	15,79*** (1,492)	28,95*** (0,137)	30,19*** (0,615)
Observaciones	5,076	4,288	5,672	4,960	586	494	8,170	7,530
R-cuadrado	0,073	0,132	0,046	0,094	0,071	0,293	0,001	0,108

■ Errores estándares robustos en paréntesis
 *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Fuente: UT Isegoría / E-valorar, a partir de información SIRBE.



Anexo 6. Puntaje promedio y coeficiente de variación para cada una de las variables analizadas

Indicador	% de beneficiarios con conocimiento en consumo de agua		% de beneficiarios con conocimiento en bebidas azucaradas		Grado de conocimiento promedio sobre comidas rápidas (0-100max)		Grado de conocimiento promedio sobre desinfección de frutas y verduras (0-100max)		% de beneficiarios con conocimiento en cepillar los dientes		% de beneficiarios con conocimiento de los beneficios de hacer ejercicio	
	%	CV	%	CV	VALOR	CV	VALOR	CV	%	CV	%	CV
Población total	25,50%	5	62,90%	2,4	26,7	1,9	7,8	5,8	39,20%	3,9	73,90%	1,8
Grupo etario												
< de 13 años	14.4%	13.57	56.8%	4.84	23.5	3.71	1.4	35.72	35.3%	7.55	56.5%	4.85
13 a 17 años	31.6%	9.43	73.6%	3.85	30.2	3.07	4.7	18.55	43.9%	7.14	82.6%	2.87
18 a 26 años	38.9%	9.51	76.8%	4.23	31.9	4.23	8.3	14.41	48.7%	7.84	87.4%	2.85
27 a 59 años	39.2%	8.17	67.5%	4.56	28.4	3.85	22.5	6.83	41.3%	7.86	88.7%	2.4
> a 60 años	31.9%	9.05	58.9%	5.13	27.7	3.8	16.5	8.9	39.6%	7.46	89.8%	1.9
Raciones medias												
Pocas raciones	23.2%	8.26	60.4%	3.9	25.1	3.18	7.3	8.95	40.1%	5.83	69.2%	3.11
Raciones medias	26.6%	7.37	63.0%	3.65	27.6	2.71	8.2	8.63	39.1%	5.89	75.7%	2.68
Altas raciones	24.4%	8.22	64.9%	3.67	25.7	3.03	7.3	9.03	38.6%	6.22	73.5%	3.04
Características demográficas												
Mujer	27.8%	6.33	62.1%	3.44	27.5	2.61	11.7	6.43	42.0%	5.08	72.1%	2.70
Etnia	28.4%	17.59	63.4%	8.97	29.7	7.67	8.2	20.75	39.4%	15.45	78.8%	6.27
Víctima	33.4%	13.18	65.2%	6.92	28.0	6.26	8.6	16.15	45.2%	10.26	77.1%	4.72
Discapacidad	29.1%	8.83	62.0%	4.92	27.5	3.88	13.4	8.73	32.6%	8.56	81.9%	2.87
Jefe de hogar	36.3%	*	62.3%	*	29.8	*	17.1	*	40.7%	*	90.3%	*

*Para el caso, no fue posible calcular el coeficiente de variación.

sobre conocimientos en hábitos y estilos de vida saludables, desagregación por grupos

% de beneficiarios con conocimiento en consumo de embutidos		% de beneficiarios con conocimiento en consumo de frutas y verduras		Grado de conocimiento promedio sobre lavado de manos (0-100max)		% de beneficiarios con conocimiento en productos de paquetes		% de beneficiarios con conocimiento en alimentación saludable		índice conocimiento en hábitos y estilos de vida saludables (0-100max)	
%	CV	%	CV	VALOR	CV	%	CV	%	CV	VALOR	CV
36,60%	3,7	9,70%	9,4	40,2	1,6	79,80%	1,6	86,00%	1,3	51,7	1,1
17,7%	12,44	9,8%	16,28	36,3	2,91	73,8%	3,3	77,5%	2,93	42,7	2,46
35,8%	8,49	10,5%	17,66	38,9	3,02	79,1%	3,18	91,8%	2,0	56,1	1,96
45,5%	8,37	9,9%	21,36	42,1	3,65	79,9%	3,89	94,7%	1,87	60,2	2,23
65,9%	4,62	7,1%	23,14	45,7	3,17	89,0%	2,25	92,8%	1,74	61,4	1,92
58,9%	5,1	10,1%	19,38	46,3	3,2	87,9%	2,31	91,9%	1,71	58,6	1,93
31,9%	5,7	10,9%	14,2	39,9	2,42	81,8%	2,3	84,7%	2,15	50,3	1,81
39,4%	5,38	9,2%	14,93	39,9	2,37	80,4%	2,4	87,2%	1,9	52,6	1,65
33,2%	6,36	10,2%	14,71	41,1	2,56	76,3%	2,85	83,9%	2,27	50,6	1,94
40,1%	4,85	9,2%	12,75	42,4	2,17	82,6%	2,05	87,5%	1,7	52,9	1,55
40,1%	11,33	13,5%	32,15	40,0	6,89	84,5%	5,59	92,9%	3,66	55,1	4,05
41,6%	8,75	8,8%	32,72	39,6	4,72	74,9%	5,69	83,3%	4,47	53,7	3,89
47,3%	5,74	12,6%	16,9	44,0	3,25	79,9%	3,14	86,9%	2,46	54,0	2,2
60,5%	*	8,3%	*	45,7	*	86,8%	*	92,9%	*	59,8	*

Anexo 7. Puntaje promedio y coeficiente de variación para cada una de las variables analizadas

Indicador	% desacuerdo con afirmación: "Consumir cinco porciones de frutas o verduras en un mismo día es mucho"	% desacuerdo con afirmación: "El sabor de las gaseosas o el té en botella es mejor que el de los jugos naturales"	% desacuerdo con afirmación: "Consumir una tajada de jamón, mortadela o una salchicha al día, no tiene por qué afectar la presión arterial"	% de acuerdo con: "Es fácil dejar de consumir comidas rápidas"	% de acuerdo con: "Es fácil reemplazar el consumo de productos de paquete, por frutas o verduras"	% de acuerdo con: "Es fácil tomar ocho vasos de agua al día"
-----------	---	---	---	--	---	--

	%	CV	%	CV	%	CV	%	CV	%	CV	%	CV
Población total	44.6%	3.49	84.8%	1.36	39.6%	3.86	59.2%	2.57	70.9%	1.99	68.2%	2.13
Grupo etario												
< de 13 años	42.4%	6.49	81.5%	2.62	39.2%	6.94	53.3%	5.2	67.3%	3.88	64.9%	4.04
13 a 17 años	50.1%	6.31	83.6%	2.86	36.0%	8.34	48.7%	6.51	62.7%	4.78	74.4%	3.69
18 a 26 años	48.5%	7.87	88.4%	2.77	32.8%	10.93	47.2%	8.07	63.0%	5.8	66.0%	5.49
27 a 59 años	47.5%	6.92	90.2%	2.18	46.7%	7.01	70.7%	4.26	78.6%	3.51	71.2%	4.2
> a 60 años	40.8%	7.41	89.7%	2.15	41.6%	7.27	78.5%	3.24	84.5%	2.56	66.7%	4.31
Raciones medias												
Pocas raciones	41.6%	5.71	84.0%	2.19	37.6%	6.18	62.8%	3.68	71.3%	3.03	62.5%	3.76
Raciones medias	46.1%	5.12	84.2%	2.09	40.1%	5.78	58.3%	3.96	71.9%	2.97	69.7%	3.13
Altas raciones	43.2%	5.73	87.2%	1.95	39.8%	6.12	58.5%	4.14	67.9%	3.41	69.6%	3.34
Características demográficas												
Mujer	45.2%	4.81	85.5%	1.87	41.0%	5.24	58.0%	3.67	71.9%	2.74	67.4%	3.03
Etnia	38.6%	15.19	82.6%	5.55	36.1%	16.81	58.6%	10.64	70.3%	8.1	71.7%	8.0
Víctima	47.3%	10.07	81.4%	4.8	35.9%	12.38	56.2%	8.4	74.3%	5.04	74.6%	5.39
Discapacidad	42.2%	7.39	85.1%	2.64	42.1%	7.35	64.6%	4.4	75.9%	3.55	70.7%	3.86
Jefe de hogar	46.7%	*	90.4%	*	42.7%	*	72.7%	*	82.4%	*	69.1%	*

*Para el caso, no fue posible calcular el coeficiente de variación.

sobre actitudes frente a hábitos y estilos de vida saludables, desagregación por grupos

% de acuerdo con: "Cualquier persona puede alimentarse de manera saludable"	% de acuerdo con: "Es probable tener una diarrea por no lavarse las manos antes de comer o preparar los alimentos"	% desacuerdo con: "El lavado de dientes en la mañana y en la noche es suficiente para mantener unos dientes sanos"	% desacuerdo con: "Lavar las frutas y verduras con jabón, es ponerle más químicos al alimento"	% de acuerdo con: "Es fácil estar motivado para hacer ejercicio todos los días"	índice actitudes en hábitos y estilos de vida saludables (0-100max)
--	---	---	---	--	---

%	CV	%	CV	%	CV	%	CV	%	CV	VALOR	CV
82.2%	1.44	82.0%	1.5	37.7%	4.02	31.9%	4.57	79.5%	1.55	61.9	0.79
85.8%	2.31	76%	3.08	33.6%	7.89	39.4%	6.87	81.6%	2.6	60.5	1.47
85.6%	2.66	76.6%	3.56	45.1%	6.99	28.4%	9.97	79.5%	3.16	60.9	1.45
82.7%	3.43	81.9%	3.65	54.2%	6.96	36.2%	10.18	67.8%	5.13	60.8	1.92
78.9%	3.43	93.1%	1.71	38.5%	8.32	31.7%	9.67	76.3%	3.6	65.8	1.59
72.6%	3.82	93.6%	1.53	34.8%	8.45	20.2%	12.18	78.4%	3.24	63.8	1.52
83.5%	2.07	82.9%	2.27	33.0%	6.57	34.6%	6.67	73.9%	2.86	60.7	1.3
80.5%	2.27	82.0%	2.26	40.5%	5.74	31.2%	7.05	80.7%	2.29	62.3	1.17
85.4%	2.01	81.1%	2.48	34.2%	6.89	31.2%	7.44	81.3%	2.34	61.8	1.28
80.8%	2.16	83.8%	1.98	39.2%	5.41	32.9%	6.29	75.0%	2.51	61.9	1.15
83.6%	4.56	80.2%	6.58	43.5%	14.31	30.3%	18.17	75.7%	7.03	61.0	3.45
78.2%	5.27	82.8%	4.71	27.4%	14.79	27.7%	15.19	74.2%	5.65	60.0	3.08
73.6%	3.8	86.7%	2.53	28.1%	9.11	28.4%	9.85	75.6%	3.41	61.2	1.66
75.1%	*	92.5%	*	36.0%	*	24.9%	*	79.4%	*	64.7	*

Anexo 8. Puntaje promedio y coeficiente de variación para cada una de las variables analizadas

Indicador	% de beneficiarios con consumo adecuado de frutas y/o verduras		% de beneficiarios con consumo adecuado de agua pura		Número de veces promedio que se lava las manos con agua y jabón en un día habitual (0-7max)		Número de veces promedio que consumió frituras o grasas, ayer durante el día y la noche (0-7max)		% de beneficiarios con frecuencia adecuada de cepillado de dientes		Número de días promedio que consumen bebidas azucaradas en una semana habitual (0-7max)	
	%	CV	%	CV	VECES	CV	VECES	CV	%	CV	DÍAS	CV
Población total	1.8%	25.49	2.9%	17.86	3.24	1.5	0.6	4.5	56.7	2.75	1.6	3.73
Grupo etario												
< de 13 años	2.3%	38.42	1.7%	44.17	2.9	2.71	0.7	7.96	57.8%	4.76	1.8	6.09
13 a 17 años	3.1%	36.54	3.9%	33.86	2.9	3.31	0.9	6.61	55.7%	5.65	2.2	5.51
18 a 26 años	1.9%	59.67	6.1%	31.3	3.5	3.71	0.9	8.44	72.2%	4.69	2.2	7.9
27 a 59 años	0.5%	71.26	4.0%	29.09	3.9	3.25	0.4	10.18	57.3%	5.67	1.0	11.25
> a 60 años	0.0%	-	3.2%	34.69	3.8	2.82	0.3	11.81	53.2%	5.77	0.6	13.89
Raciones medias												
Pocas raciones	1.3%	44.6	2.4%	27.0	3.3	2.36	0.6	6.39	59.6%	3.99	1.5	6.1
Raciones medias	2.1%	34.33	3.3%	24.82	3.3	2.23	0.7	6.76	55.1%	4.3	1.6	5.5
Altas raciones	1.3%	42.09	2.3%	30.76	3.1	2.54	0.6	6.37	58.4%	4.21	1.5	5.92
Características demográficas												
Mujer	1.6%	38.43	2.2%	25.06	3.5	1.95	0.6	6.22	59.3%	3.67	1.4	5.73
Etnia	0.5%	100.0	1.8%	60.19	3.3	5.1	0.6	14.51	62.3%	9.49	1.8	10.92
Víctima	0.2%	100.0	9.9%	31.97	3.4	4.58	0.6	9.63	56.8%	8.03	1.09	11.17
Discapacidad	0.4%	74.63	3.2%	29.35	3.6	3.07	0.4	9.1	55.8%	5.58	1.15	9.45
Jefe de hogar	0.3%	*	4.4%	*	3.8	*	0.4	*	54.1%	*	0.8	*

*Para el caso, no fue posible calcular el coeficiente de variación.

sobre prácticas en hábitos y estilos de vida saludables, desagregación por grupos

Número de días promedio que consumen embutidos en una semana habitual (0-7max)		Número de días promedio que consumen comidas rápidas en una semana habitual (0-7max)		Número de días promedio que consumen productos de paquete en una semana habitual (0-7max)		% de beneficiarios que lava con agua y jabón las frutas y verduras		% de beneficiarios que realiza actividad física diaria significativa para edad		índice de prácticas en hábitos y estilos de vida saludables (0-100max)	
DÍAS	CV	DÍAS	CV	DÍAS	CV	%	CV	%	CV	VALOR	CV
1.0	4.09	0.8	4.94	1.3	4.18	7.2%	10.68	22.0%	5.66	18.1	2.59
1.1	7.05	0.8	7.97	1.7	6.34	8.1%	17.4	13.9%	14.08	16.8	4.62
1.7	5.95	1.3	8.26	2.0	6.32	3.7%	26.97	24.1%	11.4	18.1	5.44
1.5	8.0	1.1	9.58	1.5	9.25	6.4%	29.25	34.3%	10.6	24.2	5.54
0.6	10.45	0.5	14.78	0.4	12.61	6.8%	23.1	30.1%	10.13	19.8	5.42
0.3	15.18	0.3	15.82	0.2	17.78	9.3%	19.62	30.3%	9.37	19.2	5.37
1.02	6.77	0.7	7.55	1.1	6.68	9.0%	15.8	18.2%	9.52	18.1	3.96
1.0	6.34	0.9	7.18	1.4	6.09	5.7%	19.08	23.6%	8.11	17.9	3.99
1.1	5.84	0.7	8.21	1.4	6.93	9.6%	15.76	21.2%	9.26	18.6	3.9
1.0	6.47	0.7	7.2	1.3	5.93	7.6%	14.27	16.5%	9.54	17.5	3.69
1.2	16.43	0.9	17.38	1.3	15.85	12.3%	30.85	27.7%	19.85	20.9	9.87
0.9	13.62	0.6	17.39	1.2	13.5	7.4%	27.69	20.5%	18.03	18.9	8.34
0.7	10.0	0.5	13.04	0.7	10.4	8.4%	19.2	23.3%	10.03	18.2	4.93
0.5	*	0.5	*	0.4	*	6.5%	*	30.6%	*	19.2	*

Anexo 9. Resultados en satisfacción del servicio por grupos etarios

	Estadísticas	Menos de 13 años	De 13 a 17 años	De 18 a 26 años	De 27 a 59 años	Mayor de 60 años
% de participantes satisfechos con la presentación del plato y cubiertos	Media	86%	86%	87%	80%	85%
	CVE	2,24	2,6	2,8	3,26	2,35
	Diff	1,8p.p	0,6p.p	2,1p.p	-5,5p.p*	-0,4p.p
% de participantes satisfechos con sabor, color, olor y consistencia de las preparaciones	Media	77%	73%	78%	73%	81%
	CVE	3,01	3,86	3,97	4,02	2,88
	Diff	0,9p.p	-4,1p.p	1,9p.p	-3,7p.p	5,0p.p*
% de participantes satisfechos con la cantidad de los alimentos	Media	77%	83%	79%	71%	77%
	CVE	3,07	2,83	4,01	4,18	3,26
	Diff	-1,2p.p	6,7p.p**	0,6p.p	-7,4p.p**	-1,2p.p
% de participantes satisfechos con la variedad de las preparaciones	Media	88%	84%	84%	83%	83%
	CVE	1,92	2,82	3,43	3,06	2,74
	Diff	4,6p.p**	-1,9p.p	-1,5p.p	-2,7p.p	-2,9p.p
% de participantes satisfechos con el tiempo que esperaba para recibir los alimentos	Media	64%	63%	74%	82%	82%
	CVE	4,16	4,82	4,41	2,98	2,82
	Diff	-10,2p.p***	-9,0p.p***	4,5p.p	14,1p.p***	15,8p.p***
% de participantes satisfechos con la forma en que los profesionales dictan los talleres	Media	72%	78%	81%	88%	82%
	CVE	3,48	3,32	3,66	2,48	2,8
	Diff	-9,4p.p***	0,2p.p	3,8p.p	11,5p.p***	6,3p.p**
% de participantes satisfechos con los materiales con los que realizan los talleres	Media	71%	74%	75%	83%	80%
	CVE	3,54	3,73	4,43	3,01	3,05
	Diff	-6,6p.p**	-2,0p.p	-0,1p.p	9,0p.p***	6,6p.p**
% de participantes satisfechos con los temas que les enseñaron	Media	72%	78%	83%	86%	83%
	CVE	3,49	3,26	3,44	2,66	2,77
	Diff	-9,7p.p***	0,8p.p	5,0p.p	9,6p.p***	7,0p.p**
% de participantes satisfechos con las actividades que se realizan en el taller	Media	71%	75%	79%	84%	83%
	CVE	3,59	3,64	3,9	2,92	2,74
	Diff	-8,9p.p***	-1,5p.p	3,6p.p	8,8p.p***	8,9p.p***
% de participantes satisfechos con la forma en que los profesionales dirigen las jornadas	Media	70%	64%	58%	68%	74%
	CVE	3,6	4,76	6,39	4,44	3,5
	Diff	2,2p.p	-6,6p.p*	-10,7p.p***	-0,5p.p	6,0p.p*
% de participantes satisfechos con los materiales con los que realizan las jornadas	Media	70%	61%	54%	63%	70%
	CVE	3,65	5,06	7,05	5,01	3,86
	Diff	5,1p.p*	-7,2p.p**	-13,0p.p***	-3,5p.p	4,5p.p
% de participantes satisfechos con el tipo de actividades físicas que se realizan	Media	66%	63%	53%	68%	73%
	CVE	3,98	4,88	7,15	4,51	3,64
	Diff	-0,2p.p	-5,3p.p	-13,8p.p***	1,5p.p	7,5p.p**
% de participantes satisfechos con el lugar en el que se desarrollan las jornadas	Media	65%	59%	48%	66%	71%
	CVE	4,1	5,2	7,87	4,69	3,79
	Diff	0,4p.p	-6,8p.p*	-16,4p.p***	1,9p.p	8,3p.p***
% de participantes satisfechos con el nivel de esfuerzo de las actividades físicas realizadas	Media	67%	62%	54%	67%	73%
	CVE	3,92	4,92	7	4,68	3,49
	Diff	-0,1p.p	-5,9p.p*	-12,7p.p***	0,0p.p	8,6p.p***

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: UT Isegoria - E-valorar.

Bibliografía

Bernal, R., & Camacho, A. (2012). La política de primera infancia en el contexto de la equidad y movilidad social en Colombia. Documentos CEDE. Vol. 33. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Politica-Primera-Infancia-Contexto-Equidad-Movilidad-Social-Colombia.pdf>

Departamento Nacional de Planeación. (2007, 31 de marzo). Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (Documento Conpes 113). Bogotá D.C., Colombia: DNP.

Departamento Nacional de Planeación. (2019). Guía para la construcción y estandarización de la cadena de valor. Bogotá D.C., Colombia: DNP.

Heckman, J. J. (1999). Policies to foster human capital (NBER Working Paper Series No. 7288). Massachusetts.

Herrera, M. (2003). Mortalidad Materna en el mundo. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 68. Nro 6. p. 536–543. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0717-75262003000600015>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). Anexo Contexto externo e interno del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras. Bogotá. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/a5.ms_de_anexo_contexto_externo_-_interno_icbf_v2_0.pdf

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (1992). Decreto 1403. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 3803 de 22 de agosto de 2016. Por la cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para la población colombiana y se dictan otras disposiciones. Colombia.

Murcia L, C.(2019). Análisis de pobreza multidimensional en la población víctima de desplazamiento forzado residente en la ciudad de Bogotá 2014-2017. Universidad de la Salle.

Plataforma de Infancia. (2018). La tasa de retorno a la sociedad de la inversión en infancia es superior a la inversión en bolsa. Disponible en: <http://plataformadeinfancia.org/tasa-retorno-a-la-sociedad-inversion-infancia-es-superior-a-la-inversion-bolsa/> España.

República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Artículo 355.

Rokeach, M. (1968) Naturaleza de las actitudes. Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Vol. 1.

158

Ruel, M., Aderman, H., & Grupo de Estudio de Nutrición Materno-Infantil. (2013). Intervenciones y programas con incidencia nutricional: ¿De qué forma pueden ayudar a acelerar el avance del mejoramiento de la nutrición materno-infantil? The Lancet. Vol. 382(9890), p. 427-451. Disponible en: http://www.incap.org.gt/index.php/es/publicaciones/doc_view/695-serie-2013-sobre-nutricion-materno-infantil

Secretaría Distrital de Integración Social. (2013). Resolución 764 de 2013. Bogotá, D.C.

– (2016). Protocolo seguimiento al cumplimiento de los criterios vigentes en los servicios sociales. Bogotá, D.C.

– (2017a). Anexo Técnico. Servicio de Comedores Comunitarios. Bogotá, D.C.

- (2017b). Bogotá te Nutre. Perfil del proyecto de Inversión. Subdirección para la Gestión Integral Local. Bogotá, D.C.
- (2017c). Contrato para el impulso de programas y actividades de interés público. Contrato N° 5302. 21 de marzo. Bogotá, D.C.
- (2017d). Informe de Gestión del servicio de comedores. Bogotá, D.C.
- (2018a). Anexo Técnico. Servicio de Comedores Comunitarios. Bogotá, D.C.
- (2018b). Estudio de sector. Servicio de comedores. Bogotá, D.C.
- (2018c). Estudios previos para el proceso de contratación para prestar servicio de comedores comunitarios en cumplimiento del proyecto 1098. Bogotá, D.C.
- (2018d). Procedimiento Egreso. Proceso Prestación de servicios Sociales. Bogotá, D.C.
- (2018e). Informe de Gestión 2018 Plan Distrital de Desarrollo 2016-2020 «Bogotá Mejor para Todos». Bogotá, D.C.
- (2018f). Resolución 0825 de 2018. Bogotá, D.C.

Secretaría Distrital de Planeación. (2017). Encuesta Multipropósito. Bogotá D.C., Colombia.

Siigo. (2018). ¿Qué es un kardex? Disponible en: <https://www.siigo.com/blog/empresario/que-es-un-kardex/>



Entre agosto de 2018 y marzo de 2019 se realizó la primera evaluación de resultados externa del servicio social de comedores de la Secretaría Distrital de Integración Social. Este documento presenta los principales resultados y recomendaciones de dicha evaluación, que tuvo como propósito medir los efectos del servicio sobre el estado nutricional, la adopción de hábitos saludables, la seguridad alimentaria y la corresponsabilidad de la población atendida.

Secretaría Distrital de Integración Social