

**EVALUAR LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION DE LA PRIMERA
INFANCIA EMPLEADO EN EL HOGAR INFANTIL COMUNITARIO SANTA RITA EN EL PRIMER
SEMESTRE DEL 2014**

**MARIANA LARRAHONDO GOMEZ
IRLENA MARTINEZ BUELVAS**
Estudiantes

PROYECTO DE INVESTIGACION
Catedra

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
ESPECIALIZACION GERENCIA EN SALUD COHORTE XXIV
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.
2015**

INDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 DESCRIPCION	4
1.2 FORMULACION	5
2. OBJETIVOS	
2.1 GENERAL.....	6
2.2 ESPECIFICOS	6
3. JUSTIFICACION.....	7
4. MARCO TEORICO	
4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	10
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	15
4.3 MARCO INSTITUCIONAL.....	25
4.4 MARCO CONCEPTUAL.....	29
4.5 MARCO LEGAL.....	66
5. GLOSARIO DE TERMINOS	74
6. DESCRIPCION DE CAPITULOS.....	78
6.1 CAPITULO 1	78
6.2 CAPITULO 2.....	83
6.3 CAPITULO 3	87
6.4 CAPITULO 4.....	90
7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	92
8. DISEÑO METODOLOGICO	92
8.1 TIPO DE ESTUDIO	92
8.2 POBLACION Y MUESTRA	92
8.3 TECNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACION Y RECOLECCION DE DATOS.....	93

8.4 PLAN DE RECOLECCION.....	93
8.5 TABULACION Y ANALISIS DE LA ENCUESTA.....	94
8.6 DIAGNOSTICO.....	100
9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	101
9.1 CRONOGRAMA.....	101
9.2 PRESUPUESTO	102
9.3 RECURSOS.....	102
9.4 ANEXOS	102
10.CONCLUSIONES.....	103
11.RECOMENDACIONES	104
12.BIBLIOGRAFIA.....	105

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) es una institución pública que se encarga de administrar la salud de la población del Distrito de Cartagena, mediante la ejecución de las acciones necesarias de promoción y prevención, como también la vigilancia y control de atención a las personas y de los factores de riesgos biológicos, ambientales y del comportamiento. Se encuentra ubicado en la zona norte de la ciudad de Cartagena en la calle 25 N° 8B -177.

La atención alimentaria y nutricional hace parte de la cobertura de atención integral creada por la estrategia de cero a siempre para lo cual aplica un esquema de gestión interinstitucional e intersectorial en línea con las políticas nacionales a favor de la nutrición, con lo cual se espera complementar el énfasis en la seguridad alimentaria con los aspectos para promover el adecuado crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños en su periodo más crítico y garantizar su alimentación y nutrición desde los cero años y para siempre ¹

En la actualidad Colombia, al igual que otros países de América latina, vive en una situación nutricional llamada de transición, caracterizada por la combinación de problemas, debido de una parte, a deficientes ingesta de nutrientes como la desnutrición crónica en la infancia (retraso en el crecimiento) y la deficiencia de micronutrientes (vitaminas y minerales), y de otra, a exceso de peso (sobre peso y obesidad) ² más propios de desequilibrios en la dieta, todos ellos problemas que se inician desde el comienzo de la vida. Se hace importante mantener una adecuada actualización de datos sobre el estado nutricional de la población asegurando el uso de correctivos adecuados y promoción de peso saludable.

En la ciudad de Cartagena bajo la responsabilidad del departamento administrativo distrital de salud, se ejecuta el programa de alimentación saludable que beneficia a la población infantil residente en la ciudad, que tiene como objetivo incrementar la seguridad alimentaria y nutricional de las poblaciones vulnerables e identificar en los periodos cortos de tiempo, los cambios en el estado nutricional de los niños.

¹ *Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia, Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, Estrategia de 0 a Siempre, p 7*

² *Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia, Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, Estrategia de 0 a Siempre, Pag 9*

Actualmente el programa se lleva a cabo pero las acciones de monitoreo y seguimiento de los resultados no se logran obtener de manera oportuna para garantizar acciones de mejora y disminuir efectos negativos en el desarrollo infantil; por otra parte existe una rotación constante del personal encargado del control y vigilancia, lo que genera un retroceso en la búsqueda de enfermedades, sistemas de información y vinculación del personal que desconoce la aplicabilidad de los protocolos y procedimientos del programa, ubicándose en contra de las políticas nacionales a favor de la nutrición.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anterior surgen las siguientes preguntas ¿CUAL ES LA CALIDAD EN EL PROGRAMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION DE LA PRIMERA INFANCIA IMPLEMENTADO EN EL HOGAR INFANTIL COMUNITARIO SANTA RITA?

Preguntas complementarias:

¿CUAL ES NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS ACUDIENTES QUE SE BENEFICIAN EN EL PROGRAMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION DE LA PRIMERA INFANCIA?

¿HASTA QUE PUNTO SE VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL LINEAMIENTO TECNICO ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

EVALUAR LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE ALIMENTACION Y NUTRICION DE LA PRIMERA INFANCIA EMPLEADO EN EL HOGAR INFANTIL COMUNITARIO SANTA RITA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2014

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar el cumplimiento del lineamiento técnico del Programa de Alimentación y Nutrición del Departamento Administrativo Distrital de Salud
- Identificar los factores que intervienen en el seguimiento y control del programa.
- Determinar el cumplimiento del perfil y la efectividad del talento humano que lleva a cabo el Programa.
- Evaluar la satisfacción de los usuarios que se benefician del programa.

3. JUSTIFICACION

La niñez es la etapa de la vida más importante, ya que en ella se producen cambios en forma constante, por ello es esencial tener en cuenta la importancia de la alimentación infantil, a partir de una nutrición sana, equilibrada y completa para niños, se puede lograr un mejor desarrollo tanto físico como intelectual.

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia (0 a 5 años) pueden ser devastadores y duraderos. Pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así la futura productividad en el trabajo. Dado que el retraso en el crecimiento ocurre casi exclusivamente durante el periodo intrauterino y en los 2 primeros años de vida, es importante que las intervenciones de prevención de la atrofia, la anemia o la xeroftalmia ocurran en la edad temprana.³

Si el niño está o no bien alimentado durante los primeros años de vida, puede tener un efecto profundo en su salud, así como en su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. Una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida y es la base fundamental de un excelente sistema inmunológico y así mismo una muy bien fortalecida estructura ósea. "Cuando no hay suficiente comida, el cuerpo tiene que tomar una decisión sobre cómo invertir la cantidad limitada de sustancias alimenticias disponibles. Primero está la supervivencia, luego el crecimiento. En cuanto a la nutrición, el cuerpo parece que está obligado a clasificar el aprendizaje en último lugar. Es mejor ser estúpido y estar vivo a ser inteligente y estar muerto" (Sagan y Druyan).⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (2007) la primera infancia es considerada la fase más importante de desarrollo a través de la vida de una persona. Un saludable desarrollo temprano del niño (físico, social- emocional, cognitivo- lingüístico) es esencial para el éxito y felicidad, no solamente para la niñez, sino durante toda la vida⁵ . Por ello, uno de los principales indicadores de calidad de vida de una

³ Martorell, R. 1996. "Undernutrition During Pregnancy and Early Childhood and its Consequences for Behavioral Development." Ponencia preparada para la conferencia del Banco Mundial sobre el Desarrollo Infantil Temprano: *Invirtiendo en el Futuro (Early Child Development: Investing in the Future)*, 8 y 9 de abril de 1996.

⁴ Sagan, C., A. Druyan.1994. "Literacy - The Path to a More Prosperous. Less Dangerous America." *Parade Magazine*, 6 de marzo de 1994.

⁵ *Estado de Avance de los objetivos de Desarrollo del milenio, Programa de las naciones unidas para el desarrollo del PDU, Bolívar Cartagena 2012. Pag 122*

población es la mortalidad infantil en la medida que refleja la insuficiencia de la provisión de salud pública y de soporte nutricional, así como las deficiencias en seguridad social y carencias de protección estatal.

Las estadísticas presentadas por la OMS, el impacto de muertes por desnutrición en niños menores de 5 años en Cartagena, en el año 2009, alcanzo uno de los 15 peores indicadores en el Departamento de Bolívar y fue superado por 31 municipios, reportando 11 casos para una incidencia de 9,41 por 100.000 niños menores de 5 años, de los cuales, el 72,7% de los casos corresponden a menores de 1 año de edad, mientras que el 27,3% a niños entre 1 y 4 años; así como en el año 2010 muestran que cada año mueren en el mundo 7,6 millones de menores de cinco años y que más de dos tercios de estas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles⁶.

El primer indicador ODM es la tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años, que registra una caída sistemática en Cartagena desde el año 2005, al pasar de 29.4 a 25.9 en 2010. No obstante el descenso es insuficiente, puesto que el indicador se encuentra siete puntos por encima de la meta para 2015 y cinco puntos por encima del promedio nacional.⁷

En esta medida, las políticas y programas de seguridad alimentaria y nutricional deben ser intersectoriales, como una forma de enfrentar las distintas causas y deben contemplar estrategias de corto, mediano y largo plazo, que se pueden sintetizar en varios tipos de intervenciones focalizadas en la población afectada.

Esta investigación nos permite evaluar las acciones de seguimiento y control en el Departamento Administrativo Distrital de Salud, en donde se evidencia, la inestabilidad laboral de los Profesionales y no contar con recursos económicos para la realización de actividades de promoción y prevención y contratación de más recurso humano, lo cual genera una insuficiente calidad de la prestación del servicio, especialmente en su funcionamiento, cobertura, y la ejecución de acciones de mejora en la prevención de enfermedades y la nutrición saludable para favorecer en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil y desnutrición tanto en Colombia como en la región caribe.

⁶ *Comportamiento de los eventos bajo vigilancia epidemiológica. Capítulo 3.2, Oficina de Vigilancia Epidemiológica Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, Bolívar Cartagena 2013. Pág. 81, 82.*

⁷ *Estado de Avance de los objetivos de Desarrollo del milenio, Programa de las naciones unidas para el desarrollo del PDU, Bolívar Cartagena 2012. Pág. 122*

Por esta razón es determinante la verificación y el cumplimiento de los objetivos del plan técnico de alimentación implementado en el primer semestre del año en curso que competen a la seguridad alimenticia a nivel distrital, que orienten la toma de decisiones de los actores involucrados y evaluación de los resultados alcanzados.

4. MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

En Colombia las intervenciones nutricionales comenzaron en 1950 con el programa de fortificación de la sal con yodo, de gran efectividad porque prácticamente erradicó el bocio endémico. El organismo responsable de estos programas era el Instituto Nacional de Nutrición, creado en 1963 e incorporado en 1968 como una división dentro del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Hasta mediados de la década de 1970, todas las intervenciones nutricionales estaban bajo la autoridad del ICBF adscrito al Ministerio de Salud⁸ entre ellas el Programa Integrado de Nutrición Aplicada (PINA) y el programa de yodación de la sal. También incluyó el Programa Nacional de Educación Nutricional y Alimentación Complementaria (PRONENCA), a través del cual se instrumentaba un proyecto del Programa Mundial de Alimentos (PMA) que distribuía alimentos como harina de trigo, aceite vegetal, carne enlatada, lentejas (aportadas por el PMA) y Bienestarina (una mezcla de cereal con oleaginosa desarrollada por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá [INCAP] en la década de 1950). El PRONENCA llegó a cubrir un millón de beneficiarios por año, pero debido a la reducción de la ayuda alimentaria, en 1979 su cobertura se había reducido a la mitad.

En 1975 se creó el consejo Nacional de Alimentación y Nutrición, cuya función era fijar las políticas respectivas para coordinar el Programa de Desarrollo Rural Integrado y el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), aprobado ese mismo año por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). El PAN estaba orientado a enfrentar de manera integral las tres dimensiones del problema alimentario nutricional: la disponibilidad, el consumo y la utilización biológica de los alimentos. Entre 1976 y 1981 se desarrollaron diversos componentes para contribuir con los objetivos del PAN para cumplir con su objetivo, entre ellos el Programa de Cupones; la distribución directa de alimentos; los huertos familiares y el desarrollo tecnológico y transferencia de tecnología⁹. En el país desde hace tres décadas se comenzó a diseñar y aplicar estrategias de alimentación y nutrición, con un enfoque de subsidios y ayuda humanitaria otorgados a través de diferentes instancias, con el propósito de favorecer a las familias más pobres. Sin embargo, no existían responsables en el tema de seguridad alimentaria y

⁸ Organización Panamericana de la Salud. *Estudio sobre intervenciones alimentario nutricionales para poblaciones de bajos ingresos en Latinoamérica y el Caribe. Cuaderno técnico no. 21, Washington, D. C., 1990*

⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Estudio sobre intervenciones alimentario nutricionales para poblaciones de bajos ingresos en Latinoamérica y el Caribe. Cuaderno técnico no. 21, Washington, D. C., 1990.*

nutricional, ni tampoco lineamientos que permitieran desarrollar acciones específicas, para disminuir la inseguridad alimentaria y nutricional en la población colombiana.

Por lo anterior, a partir del año 2006 se inició el proceso de construcción de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PNSAN, a partir de la conformación de una Mesa Nacional compuesta por entidades del orden nacional, departamental, municipal, organismos internacionales, de la sociedad civil, gremios y universidades. Así mismo, se creó la Secretaría Técnica encargada de coordinar esta iniciativa.

El documento de política de seguridad alimentaria y nutricional que surgió de ese proceso, incorporó los resultados de consultas y concertaciones realizadas a través de talleres con entidades territoriales, en diferentes regiones del país y posteriormente fue presentando para su aprobación a los representantes de los niveles directivo y técnico de los ministerios y otras organizaciones públicas nacionales. El documento PSAN fue sometido a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES y después de las respectivas revisiones y ajustes, fue aprobado como documento CONPES 113 de marzo 31 de 2008.

Una de las estrategias planteadas en el documento de política SAN, es la construcción y puesta en marcha de un Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PNSAN, como instrumento operativo de la Política. Para ello la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN (creada como instancia de concertación, armonización y seguimiento de la Política) ha sido actor responsable y participe en la construcción del PNSAN y debe velar por la ejecución del mismo.

El PNSAN, además de servir de instrumento para cumplir con los objetivos de la política, pretende servir de guía para la construcción e implementación de los planes territoriales. ¹⁰ De acuerdo con la circular 018 del 18 de Febrero de 2004 en el programa Plan de Alimentación y la nutrición, el Ministerio de la Protección Social, propuso metas, actividades e indicadores de las acciones del plan de salud pública para el logro de las metas propuestas en el plan de desarrollo respecto a las prioridades de salud pública definidas por la nación, en esta circular, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, deben desarrollar intervenciones e indicadores en los planes de salud pública durante las vigencias 2004-2007. ¹¹

Hoy Colombia tiene cuatro políticas con objetivos generales y específicos relacionados con la mejora de la situación nutricional de la población y con programas e intervenciones relevantes.

4.1.1. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

¹⁰ *Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PNSAN) 2012-2019. PG 11*

¹¹ <http://dadiscartagena.gov.co/index.php/salud-publica/objetivo-general>

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN), aprobada por el CONPES (113) el 31 de marzo de 2008, es el resultado de un proceso de participación y concertación entre entidades de nivel nacional, departamental y municipal, con organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, universidades y gremios, entre otros.¹²

La visión central de la política es la seguridad alimentaria y nutrición definidas 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.” La política está dirigida a toda la población colombiana, y requiere de la realización de acciones que contribuyan a reducir las desigualdades sociales y económicas asociadas a la inseguridad alimentaria y nutricional en los grupos de población más vulnerables: desplazados por la violencia, afectados por los desastres naturales, grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos, raizales, gitanos), niños, las mujeres gestantes y las madres en lactancia, y los grupos –incluidos campesinos- de más bajos recursos.¹³ Su objetivo es garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad.

El concepto de seguridad alimentaria y nutricional está definido por los cinco ejes siguientes:

1. Disponibilidad, referida a la cantidad de alimentos con los que se cuenta a nivel nacional, regional y local, está relacionada con un suministro suficiente frente a los requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación;¹⁴
2. Acceso, referido a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país, es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible;
3. Consumo, referido a los alimentos que comen las personas, y la selección, las creencias, las actitudes y las prácticas alimentarias;
4. Aprovechamiento o utilización biológica, alude a cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y cómo los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo, y

¹² Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. CONPES 113

<https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/php/decide.php?patron=03.01010201>

¹³ Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. CONPES 113

<https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/php/decide.php?patron=03.01010201>

¹⁴ Neufeld LM, Dominguez CP, Garcia A, Habich J. Significant dose-response of supplementation with micronutrient syrup, a fortified food or sprinkles on child length at 24 MO of age in Mexican children. Micronutrient Forum 2009, Beijing, China

5. Calidad e inocuidad, referidas al conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, exigen el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta el consumo y su aprovechamiento, asegurando que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud. No se puede prescindir de la inocuidad de un alimento al examinar la calidad, dado que la inocuidad es un atributo de la calidad.

4.1.2. Política pública nacional de primera infancia “Colombia por la Primera Infancia”

La política —Colombia por la Primera Infancia se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y tiene como objetivo general —promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años de edad, respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al logro de la equidad e inclusión social en Colombia¹⁵.

Como objetivos, la política enuncia:

- (i) Fortalecer y aumentar las coberturas de educación inicial en sus modalidades de atención integral en los entornos comunitario, familiar e institucional, garantizando su sostenibilidad financiera;
- (ii) Posicionar el tema de primera infancia para sensibilizar y movilizar al país sobre la importancia crucial de los primeros años de vida en el desarrollo humano y como factor de progreso y desarrollo de la nación.
- (iii) Promover la salud, la nutrición y los ambientes sanos desde la gestación hasta los 6 años, prevenir y atender la enfermedad, e impulsar prácticas de vida saludable y condiciones de saneamiento básico y vivienda;
- (iv) Promover prácticas socioculturales y educativas, que potencien el desarrollo integral de los niños y niñas menores de 6 años;
- (v) Garantizar la protección integral y la restitución de los derechos de los niños y niñas que hayan sido vulnerados, especialmente aquellos pertenecientes a grupos y/o poblaciones en riesgo;
- (vi) Potenciar a las familias y cuidadores primarios para relacionarse con los niños y las niñas de manera más equitativa e inclusiva, e igualmente a los centros de desarrollo infantil y la comunidad, partiendo del respeto por la diversidad cultural en las pautas de crianza;
- (vii) Crear y fortalecer los mecanismos necesarios para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de la política de primera infancia, para que tanto el Estado como la sociedad puedan realizar análisis periódicos para garantizar una eficiente y eficaz gestión de la política.

¹⁵ Documento Conpes Social 109. Política Pública Nacional de Primera Infancia —Colombia por la Primera Infancia||. Bogotá, DC., 3 de diciembre de 2007

4.1.3. Red Juntos y Familias en Acción.

Juntos; es una estrategia de intervención integral y coordinada que se enmarca dentro del Sistema de Protección Social (SPS), creado por la Ley 789 de 2002 Red Juntos.¹⁶ Este se definió como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de la población más desprotegida. Juntos tiene como objetivo motivar a 1,5 millones de familias colombianas a superar su situación de pobreza extrema mediante el cumplimiento de 45 logros básicos, a través de un acompañamiento familiar efectuado por cogestores sociales, quienes facilitan a los beneficiarios la elaboración de su plan familiar. Existen 5.892 cogestores que recorren todo el territorio nacional con un computador de bolsillo, vinculando a las familias colombianas más vulnerables y desplazadas a la estrategia.

4.1.4. La Ley de Obesidad

Además de las políticas actuales, en octubre de 2009 fue aprobada la Ley de Obesidad (No. 1355), la cual abarca la mayoría de las áreas fundamentales relacionadas con la multi-causalidad del problema de la obesidad. Específicamente, los artículos de la ley dan las pautas para acciones relacionadas con la 1) reglamentación de la oferta, venta y publicidad de los alimentos, protegiendo específicamente la oferta y publicidad dirigida a niños, 2) la reglamentación de la producción y controles a nivel industrial, 3) leyes y reglamentos relacionados con el etiquetado y guías alimentarias, 4) promoción de estilos de vida saludables, incluyendo educación en control del consumo de alimentos y actividad física y, 5) la modificación de ambientes a favor de estilos de vida saludables. Con esta política en posición, será de suma importancia dar seguimiento a los temas para asegurar la implementación oportuna de acciones concretas relacionadas con los 5 ejes de acción mencionados arriba. Se recomienda que las acciones sean agresivas, dirigidas a todos los grupos etarios en todas las regiones y subgrupos poblacionales y que se logre su implementación a corto plazo, dando prioridad a acciones de comprobada efectividad. Por ejemplo, uno de los programas con mayor impacto a corto plazo es la modificación del ambiente escolar, restringiendo la venta de productos no saludables, particularmente bebidas con alto contenido de azúcar, y modificando el ambiente escolar para favorecer la actividad física. También habría que considerar estrategias innovadoras, como por ejemplo reducir la prevalencia de obesidad mediante la simple implementación de un impuesto sobre las bebidas azucaradas.¹⁷

¹⁶ <http://web.presidencia.gov.co/especial/juntos/index.html>

¹⁷ Documento Conpes Social 109. Política Pública Nacional de Primera Infancia —Colombia por la Primera Infancia||. Bogotá, DC., 3 de diciembre de 2007

4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.2.1 NOMBRE DE LA INVESTIGACIÓN: DESNUTRICIÓN INFANTIL EN COLOMBIA INEQUIDADES Y DETERMINANTES

Autores: Carmen Elisa Flórez, Oscar Andrés Nupia

Lugar: Bogotá

RESUMEN: Con datos de la encuesta DHS de 1995 y del censo nacional de Población de 1993, en este documento se profundiza en el conocimiento sobre las magnitudes de las inequidades en desnutrición crónica haciendo uso de curvas e índices de concentración y, en las relaciones entre condiciones socioeconómicas y desigualdades e inequidades en dicho indicador usando modelos econométricos multinivel. Del análisis de inequidades se encontró que la desnutrición crónica muestra una relación positiva, bastante marcada, con el nivel socioeconómico, especialmente en las zonas urbanas. Como determinantes del estado nutricional de los niños y su relación con las inequidades observadas se encontró que, las inequidades en la condición económica del hogar, el nivel educativo de la madre, las condiciones de salud de la madre, el uso de los servicios de salud en la gestación y el parto, el nivel de paridad, y la frecuencia de alimentación complementaria contribuyen a explicar las inequidades observadas. De otro lado, contextos con mayores niveles de pobreza en el nivel departamental, mayores tasas de ocupación de las mujeres en el nivel municipal y con mayores inequidades regionales en educación, tienen un menor estado nutricional mientras que contextos con mayor participación de la mujer como jefe de hogar a nivel municipal, tienen mejores condiciones nutricionales de los niños. Adicionalmente, se encontró que las desigualdades en la distribución del ingreso poseen efectos contextuales a través de variables individuales, especialmente del estatus socioeconómico.

MARCO CONCEPTUAL Y ANALÍTICO

Consideramos importante, en primer lugar, resaltar la diferencia entre los términos “desigualdad” e “inequidad” (Whitehead, 1992; Braveman, 1998). Desigualdad indica diferencias relevantes y sistemáticas entre individuos y grupos sociales en una población dada, e inequidad significa que la desigualdad observada es además innecesaria e injusta. Equidad significa entonces que, las necesidades de las personas guían la distribución de oportunidades para el bienestar (Casas y Bambas, 1999). Buscar la equidad en el estado de salud y en la atención de salud implica tratar de reducir las brechas evitables en las condiciones de salud de las personas y en su acceso, utilización y gasto en atención de salud entre grupos con niveles sociales y económicos diferentes.

Para la medición de las inequidades seguimos la técnica propuesta por Wagstaff (1998) y construimos curvas e índices de concentración para la desnutrición crónica. La curva e índice de concentración son

similares a la curva de Lorenz y el coeficiente de Gini utilizados en los análisis de distribución del ingreso.¹⁸ La curva de concentración puede estar por encima o por debajo de la diagonal (línea de perfecta equidad), y el índice puede variar entre -1 y $+1$, tomando el valor de cero cuando la curva coincide con la diagonal. Entre más se aleje de cero el índice, refleja un mayor grado de inequidad.

El signo del índice (negativo o positivo) y la posición de la curva (por encima o por debajo de la diagonal) reflejan la dirección esperada de la relación entre el indicador de salud con la condición socioeconómica y la inequidad. Así, por ejemplo, la relación esperada entre desnutrición crónica¹⁹ –nuestro caso de estudio – y condición socioeconómica es negativa; por lo tanto, un índice negativo y una curva de concentración por encima de la diagonal implican inequidad en contra de los grupos más pobres de la población. Por otra parte, si la variable que se tuviera en cuenta fuera nutrición, la relación esperada entre esta y la condición socioeconómica, es positiva; por lo tanto, un índice positivo y una curva de concentración por debajo de la diagonal indican inequidad en contra de los grupos más pobres de la población. En este trabajo nos centramos en medir las inequidades en desnutrición crónica estratificando por sexo y zona de residencia para considerar los aspectos del componente de predisposición que influyen en el uso de los servicios

Por el lado de los determinantes del estado nutricional, existen varios marcos teóricos sobre las relaciones entre el contexto social y económico y las condiciones de salud de grupos poblacionales y de sus miembros. Algunos de los marcos existentes han sido de utilidad para organizar la discusión sobre posibles determinantes del estado de salud de los individuos, tanto para el estudio de las relaciones entre políticas macroeconómicas y políticas sociales y de salud, como para sugerir tipos de intervenciones que pueden mejorar los niveles de salud y bienestar de la población en determinados contextos.

De otra parte, cada vez se le da mayor importancia al contexto en los estudios sobre los procesos que determinan el estado de salud. Muchas de las condiciones que influyen en el estado de salud no son características de los individuos sino del ambiente físico, social y cultural en que ellos viven. Un ejemplo de contextualización son los estudios de estado de salud de los individuos y la desigualdad del ingreso en la comunidad en la cual viven - municipio, estado, o sus equivalentes (Wilkinson, 1996; Kennedy, Kawachi, Glass and Prothrow, 1998). Otros ejemplos son la estructura de tenencia de la tierra (Victoria y Vaughan, 1985), porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas, entre otros. En este

¹⁸ *En efecto, la curva de concentración es una cuasi-curva de Lorenz ya que en el eje horizontal se tiene el acumulado de la población distribuida de acuerdo al nivel socio-económico y en el eje vertical el acumulado de la población según el indicador de salud analizado.*

¹⁹ *Desnutrición crónica o retardo en el crecimiento (baja talla del niño para la talla esperada) se define como aquellos niños que están 2 Desviaciones Estándar o más por debajo de la media del patrón internacional utilizado por NCHS/CDC/OMS (Profamilia, 2000, pp. 147).*

estudio, utilizamos un enfoque contextual, haciendo uso de modelos multinivel (Diez-Roux, 1998; Duncan, Jones and Moon, 1998; Singer, 1997) para identificar los posibles determinantes del estado nutricional. Dentro de este marco, se analizan los determinantes del estado nutricional de los niños menores de 5 años como indicador representativo del estado de salud de la población. Como indicador de nutrición se utiliza el score-z de altura para la edad para niños(as) de más de 6 meses de edad y menos 5 años de edad. Estimamos tanto un modelo jerárquico simplificado de regresión lineal múltiple como un modelo multinivel.

RESULTADO DE LAS ESTIMACIONES

Modelo Jerárquico

Con base en el marco conceptual, se probaron una serie de determinantes, de los cuales se seleccionaron los de mayor nivel explicativo y de significancia estadística. Como se observa, las variables índice de activos, educación de la madre, nutrición de la madre (desviación estándar con relación a la media de referencia de altura para la edad¹³), uso de los servicios de salud en la gestación y el parto, indicadores de hábitos de alimentación del niño (número de veces en la semana que recibe carne, pollo, huevos, pescado; agua; leche) y morbilidad del niño (diarrea con sangrado y tos con respiración corta y rápida) durante las últimas dos semanas a la encuesta, evidencian un patrón claro de inequidad en contra de los grupos más pobres.

Cuadro 1**Niños menores de 5 años con Desnutrición Crónica (Talla para la edad)
según sexo y zona por quintil de activos. Colombia 1995**

Quintil de activos	Urbano			Rural		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1	31.3%	37.9%	34.2%	28.0%	26.2%	26.8%
2	27.2%	26.1%	26.7%	22.7%	21.0%	22.6%
3	18.7%	13.3%	16.2%	24.7%	20.3%	21.3%
4	13.2%	11.6%	12.4%	14.2%	21.0%	18.4%
5	9.6%	11.0%	10.5%	10.4%	11.5%	10.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Razon Q5/Q1	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4
Índice de Concentración	-0.255	-0.290	-0.268	-0.184	-0.133	-0.156
Tasa Promedio	14%	11%	13%	20%	18%	19%

En la primera jerarquía se incluyeron características socioeconómicas del hogar (Modelos 1 a 3). Para esta etapa, se probaron alternativamente las medidas del gasto per cápita del hogar y del índice de activos. Adicionalmente, junto con el gasto, se incluyeron diferentes características del hogar, tales como fuente de agua para beber, el tipo del piso de la vivienda¹⁴ y el sexo del jefe del hogar. Dado que el índice de activos incluye las características físicas del hogar, este se combinó tan solo con el sexo del jefe del hogar. Sin embargo, estas variables adicionales no resultaron significativas, y por lo tanto sólo se consideró el efecto del gasto, del índice de activos y la interacción de éstos con zona de residencia. En el modelo 1 y 2 se presentan los efectos por separado del gasto y del índice de activos del hogar, incluyendo una interacción con la zona rural. Como se puede apreciar, si bien el efecto de las dos variables es positivo y con una pendiente inferior en la zona rural, el índice de activos posee un mayor poder explicativo.

En la segunda jerarquía se incluyen las características y hábitos de la madre. Se tuvieron en cuenta diferentes medidas del nivel de educación y medidas antropométricas de la madre, además de su edad actual. Se incluyó años de educación de la madre más una variable dicotómica que pretende captar el

efecto diferencial de bajos y altos niveles educativos (tomando primaria completa como punto de corte). La inclusión de este grupo de variables contribuye de manera importante al ajuste del modelo. Como era de esperarse, la educación de la madre posee un efecto positivo significativo sobre la nutrición de los hijos. No obstante, este efecto se da principalmente en aquellas madres que poseen primaria completa o más años de educación, mientras que para aquellas mujeres con primaria incompleta o menos el efecto es casi nulo. El efecto de la educación se reduce y pierde significancia al incluir el grupo de variables sobre características reproductivas de la madre y cuidado del niño, mientras que su efecto es robusto a la inclusión de la jerarquía sobre morbilidad previa del niño

La tercera jerarquía involucra varios factores del cuidado del niño y las características reproductivas de la madre. Aquí se tuvieron en cuenta diferentes medidas relacionadas con la historia reproductiva de la madre, uso de los servicios de salud durante la gestación y el parto, lactancia, hábitos de alimentación de niño y uso de los servicios de salud para el cuidado del niño (esquema completo de vacunación). Adicionalmente, se controla el modelo por el tamaño del niño al nacer, a través de una variable dummy que toma el valor de uno para aquellos niños con tamaño igual o superior al promedio. La inclusión del grupo de variables de esta jerarquía contribuye de manera muy marginal al ajuste del modelo. Los modelos 5 a 8 presentan los resultados más relevantes de esta jerarquía.

La cuarta jerarquía del modelo incluye variables de morbilidad previa del niño (Modelo 9). Básicamente se cuenta con variables sobre presencia en las últimas dos semanas de diarrea con sangrado, tos con respiración corta y rápida, y fiebre, y sobre tratamiento de las dos primeras. Las únicas variables que presentaron un efecto negativo y significativo en esta jerarquía fueron, presencia de tos con respiración corta y rápida, y en menor proporción, presencia de diarrea consagrada. Contrario a lo esperado, ninguna variable de tratamiento médico o casero mostró efectos significativos. Las variables de esta jerarquía no canalizan efectos de las jerarquías anteriores, pues muestran coeficientes robustos a su inclusión.

Dado que el efecto de incluir estas variables no aporta al ajuste del modelo y que las variables en sí fueron de baja significancia, podríamos decir que la morbilidad contribuye muy poco a la inequidad en nuestro indicador de salud de los niños.

CONCLUSIONES

Utilizando información de la encuesta de Demografía y Salud (DHS) de 1995, y del censo nacional de población y vivienda de 1993, este estudio buscaba medir, para Colombia, la magnitud de inequidades en el estado de salud tomando como indicador la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, y profundizar en el conocimiento de cuáles factores socioeconómicos están más fuertemente asociados

con el estado de salud en diferentes niveles de agregación, identificando posibles determinantes y cadenas de asociación.

Este cálculo corresponde al que se había registrado en la sección 3 de este trabajo para el total de los niños entre 6 y 59 meses. Del análisis de inequidades se encontró que, Los niveles de desnutrición crónica son mayores en la zona rural que en la urbana, y mayores en los hombres que en las mujeres. La desnutrición crónica muestra una relación positiva, bastante marcada, con el nivel socioeconómico, especialmente en las zonas urbanas. Los niveles de inequidad en contra de los grupos pobres son diferentes por sexo entre zonas urbana y rural: en las zonas urbanas la inequidad es un poco mayor entre las niñas, mientras que en las zonas rurales la inequidad es mucho mayor entre los niños. Tal parecería que en las zonas urbanas hay menor atención en salud en las niñas que en los niños de los estratos socioeconómicos bajos, mientras que en las zonas rurales la menor atención en salud en los estratos socioeconómicos bajos se presenta más en los niños que en las niñas.

En cuanto a los determinantes del estado nutricional de los niños y su relación con las inequidades observadas, se encontraron resultados relevantes. De una parte, las inequidades en la condición económica del hogar (índice de activos), el nivel educativo de la madre, las condiciones de salud de la madre, el uso de los servicios de salud en la gestación y el parto, el nivel de paridad, y la frecuencia de alimentación complementaria contribuyen a explicar las inequidades observadas en nutrición infantil.

De otro lado, los mayores niveles de pobreza en el nivel departamental, la mayor tasa de ocupación de las mujeres en el nivel municipal y las inequidades regionales en educación están asociados negativamente al estado nutricional, mientras que el papel de la mujer como jefe de hogar a nivel municipal tiene una asociación positiva. Adicionalmente, las desigualdades en la distribución del ingreso (aproximado por gasto en este caso) tienen efectos contextuales importantes, a través de variables individuales, sobre la nutrición de los niños y su inequidad, aún después de controlar por el nivel de ingreso de los individuos: los efectos positivos del estatus socioeconómico sobre el estado nutricional de los niños son mayores en regiones con peor distribución del ingreso. Políticas sociales encaminadas a aumentar el nivel educativo de la mujer – futuras madres, y a facilitar el uso de los servicios en la gestación y el parto, rompiendo las barreras económicas y geográficas actualmente existentes, llevarían a mejorar el estado de salud de los niños y a disminuir significativamente las inequidades observadas tanto en mortalidad infantil como en nutrición en la niñez.

Los efectos marginales sobre el estado nutricional de los niños de políticas públicas óptimas relacionadas con: educación de la madre, atención prenatal y del parto adecuadas; y condiciones de pobreza de los departamentos, indican que tales políticas llevarían a una disminución en los niveles de desnutrición y a una reducción en las inequidades en el estado nutricional de los niños. Las políticas relacionadas con la mejora en las condiciones de pobreza por NBI, niveles contextuales, tendrían los mayores efectos sobre

la nutrición infantil, seguida por las políticas de atención prenatal y de parto adecuada, y educación de la madre. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que aquí no se incluye un análisis costo beneficio, que sería necesario realizar antes de implementar las políticas públicas respectivas.

4.2.3 NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: DISEÑO DEL PILOTO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA NUTRICIÓN Documento Operativo Técnico DOT No.6

Autores: Adriana Márquez López Coordinadora Grupo de Estudios Técnicos Dirección de Ingreso Social.
Judith Magali Torres Mejía Subdirección de Seguridad Alimentaria Dirección de Proyectos Especiales.

INTRODUCCIÓN

Estudios realizados muestran que la primera infancia es la época de mayor desarrollo neurológico y de la inteligencia por el rápido crecimiento de la actividad cerebral. Hacia los dos años el cerebro de un niño o niña es dos veces y medio más activo que el cerebro de un adulto. Este proceso de desarrollo neurológico se inicia durante el tercer mes de gestación y continúa a ritmo acelerado durante la primera infancia. La condición nutricional de los niños hace parte de su bienestar, su alteración influye en el funcionamiento integral, esto es en el rendimiento físico, capacidad intelectual, resistencia a enfermedades, estado psíquico y, por ende, en su desempeño social y laboral.²⁰

Más Familias en Acción es un programa que beneficia, con el incentivo de salud, a niños y niñas en sus primeros años de edad. Los niños del programa son más altos y muestran mejores resultados en pruebas cognitivas. Sin embargo, también hay algunos problemas con la calidad y los hábitos alimentarios en las familias que se podrían trabajar para obtener aún mejores resultados.²¹ Es por esto que en conjunto con la Subdirección de Seguridad Alimentaria de la Dirección de Programas Especiales - DPE se decide diseñar una intervención a pequeña escala para probar y potenciar las complementariedades de un programa de transferencias condicionadas, que incluye una transferencia en salud, y una intervención en nutrición para mejorar las prácticas y hábitos alimentarios de las familias beneficiarias del programa. Articular programas de TMC con programas de nutrición puede aumentar los efectos esperados ya que los dos tipos de intervenciones comparten propósitos comunes. El objetivo principal de los TMC es aumentar el bienestar de los beneficiarios en el largo plazo por medio de intervenciones en capital humano. Los programas de nutrición también buscan mejorar el bienestar de largo plazo de los niños mejorando su crecimiento y desarrollo. Implementar intervenciones específicas en nutrición articuladas

²⁰ Manual Operativo Más Familias en Acción (2013)

²¹ *Manual Operativo Más Familias en Acción (2013)*

con los TMC puede lograr que el estado nutricional de los niños beneficiarios mejore, fortaleciendo las acciones y objetivos que promueven los TMC en salud y educación (Basset 2008).²²

JUSTIFICACIÓN

En el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, se establece como una prioridad la atención integral para la primera infancia. Es así como se crea la estrategia de De Cero a Siempre para la atención a los niños y niñas entre 0 y 5 años donde se incluyen los componentes de salud, nutrición, educación inicial, cuidado y protección, entre otro. En el aspecto nutricional, la estrategia parte de que la alimentación adecuada y la nutrición son fundamentales para el desarrollo cognitivo y social de los niños entre los 0 y los 5 años, especialmente hasta los 2 años. El Banco Mundial lo ha considerado como una “Ventana Limitada de Oportunidades” social y económica que genera en un país, aportando al desarrollo integral de la primera infancia y por esta vía al capital social y desarrollo humano.

Es por esto que el Plan Nacional de Desarrollo determina que se tomarán acciones interinstitucionales para trabajar los componentes de la estrategia De Cero a Siempre. Desde el Departamento para la Prosperidad Social - DPS, se decide desarrollar una intervención piloto intrainstitucional en nutrición para niños menores de 5 años a través de la Subdirección de Seguridad Alimentaria y Nutrición – SSAN de la DPE y de la Dirección de Ingreso Social - DIS.²³

MFA es un programa que busca contribuir a la reducción de la pobreza y la desigualdad de ingresos, a la formación de capital humano y al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias pobres y vulnerables mediante un complemento al ingreso. Para esto, entrega a las familias un incentivo en salud y otro en educación. Específicamente, el componente de salud entrega a las familias con niños menores de 7 años un incentivo monetario condicionado a que los niños asistan a los controles de crecimiento y desarrollo. Es por esto que se identifica la necesidad de formular una estrategia de formación con un enfoque nutricional que contribuya a mejorar el uso del incentivo de salud que periódicamente reciben las familias. La SSAN tiene entre sus propósitos acompañar los diferentes programas que hacen parte del Sector de la inclusión social y la reconciliación, en todos los temas relacionados con seguridad alimentaria y nutricional.²⁴

²² CONPES 113, Bogotá D.C., Marzo 31 de 2008 *Desnutrición crónica: baja talla para la edad, desnutrición global: bajo peso para la edad y desnutrición aguda: bajo peso para la estatura.*

²³ *Manual Operativo Más Familias en Acción (2013)*

²⁴ *DISEÑO DEL PILOTO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA NUTRICIÓN Documento Operativo Técnico DOT No.6*
Adriana Márquez López Coordinadora Grupo de Estudios Técnicos Dirección de Ingreso Social.

OBJETIVO GENERAL DEL PROYECTO PILOTO

Promover el uso adecuado del incentivo de salud, fomentando la práctica de hábitos alimentarios y estilos de vida saludable en las familias con niños y niñas entre los 0 y 7 años de edad, con el fin de contribuir con el mejoramiento del estado nutricional de la primera infancia.²⁵

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i. Evidenciar los conocimientos que tienen las familias sobre el propósito del incentivo de salud con las familias.
- ii. Enumerar prácticas para el uso adecuado del incentivo de salud, de acuerdo a las características de la familia y el propósito del mismo.
- iii. Contribuir a la formación de líderes comprometidos con la salud y la nutrición de los niños menores de cinco años.
- iv. Propiciar dialogo de saberes en torno a la problemática de inseguridad alimentaria y la educación nutricional como una de las alternativas de superación o trascendencia de la misma.
- v. Facilitar la apropiación de los elementos conceptuales y metodológicos básicos que le permitan a las madres participantes contribuir a la construcción de una comunidad que se preocupa por la nutrición de sus niños y niñas.

METODOLOGÍA

La implementación del piloto se lleva a cabo a través de dos metodologías: una directa y una en cascada. Con la aplicación de estas dos estrategias se busca probar la eficiencia de cada una en los resultados de aprendizaje de las madres. Dada la varianza en los tamaños poblacionales de los municipios a intervenir y del grupo 4 en general, se quiere probar si las metodologías funcionan para una posible expansión. En el caso del piloto la intervención será de la siguiente forma:

En los municipios de Bojayá, Chocó, Dibulla, Guajira y Buesaco, Nariño la metodología de intervención será directa con todas las madres líderes y madres titulares de MFA que se ubican en la cabecera municipal o área rural cercana. Para los municipios de Baranoa, Atlántico y Lórica, Córdoba la intervención se realizará con la metodología de cascada por lo cual la población objetivo serán todas las madres líderes de los municipios. Sin embargo, se llega a todas la madres titulares a través de las réplicas que realizan las madres líderes, con el acompañamiento del equipo en el nivel municipal.²⁶

²⁵ *Departamento para la Prosperidad Social (2013), Manual Operativo Más Familias en Acción*

²⁶ *DISEÑO DEL PILOTO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA NUTRICIÓN Documento Operativo Técnico DOT No.6 Adriana Márquez López Coordinadora Grupo de Estudios Técnicos Dirección de Ingreso Social.*

CONCLUSIONES

En los diferentes espacios de este componente se desarrollarán actividades que complementen y le den continuidad al contenido temático implementado en las diferentes fases.

Estos espacios son:

- La asamblea municipal de MFA: Está conformada por las madres titulares del municipio que, en representación de sus familias, interactúan con la administración y la institucionalidad municipal.
- Comité de madres líderes: está conformado por las madres líderes elegidas en un municipio. La reunión del comité, es un espacio para hacer el diagnóstico de la situación local desde la perspectiva de las familias que representan.
- Encuentros de bienestar: Es el espacio que construyen las familias del programa en su vecindad, en el cual se abordan temas y contenidos dirigidos a generar y fortalecer capacidades para el mejoramiento de sus condiciones de vida y el cumplimiento de los compromisos con el programa.
- Encuentros regionales de madres líderes: Convoca a las madres líderes de un departamento, región o ciudad para incentivar y motivar su quehacer voluntario y solidario.

4.3 MARCO INSTITUCIONAL

Dando cumplimiento al artículo 48 de la Constitución Política Nacional el cual ordena, la creación del Sistema de Seguridad Social integral, y cuya dirección, Coordinación y Control estará a cargo del estado en los términos de la Ley. Artículo 5 de la Ley 100/93. El Departamento Administrativo de Salud DADIS, se creó como ente rector de salud en el Distrito de Cartagena según lo ordena el 152 de la misma Ley 100/93.

Debido a los cambios establecidos por el Ministerio de Salud, en lo que atañe a la descentralización de la salud, se expide al acuerdo No. 43 del 24 de diciembre de 1999, emanado del Concejo Distrital de Cartagena de Indias D.T. y C., por el cual se crean tres (3) Empresas Sociales del Estado (ESE) cuyo objetivo es la prestación de Servicios de Salud. En la actualidad todos los Puestos y Centros de Salud Públicos de Primer Nivel están adscritos a una Sola Empresa Social del Estado (ESE Cartagena de Indias), con patrimonio propio e independiente de la Dirección Local de Salud, quien ejerce las funciones de Prevención, Promoción y de Vigilancia y Control.²⁷ El Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS es una institución pública que se encarga de administrar la salud de la población del Distrito de Cartagena, mediante la ejecución de las acciones necesarias de promoción y prevención, como también la vigilancia y control de atención a las personas y de los factores de riesgos biológicos, ambientales y del comportamiento.

Después de tener un panorama muy claro de las políticas internacionales y nacionales en materia de salud y los retos para la salud en América Latina que nos demarcan las tendencias en salud pública, así como las competencias de ley que nos muestran los procesos y procedimientos que deberían desarrollarse en el Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS.

4.3.1 POLÍTICAS DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD

- Garantizar el acceso gradual de los residentes a los servicios de salud para procurar unas mejores condiciones de atención.
- Impulsar los programas de promoción, prevención de la salud y el auto cuidado personal para mejorar la salud pública.

²⁷ <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/199/2t.htm>.

- Fortalecer y modernizar la vigilancia epidemiológica y el control de los factores de riesgo y las instituciones prestadoras de servicio.
- Gestionar y manejar de manera eficaz y eficiente, los recursos que financian el sistema distrital de salud y seguridad social.
- Fortalecer el aparato institucional al servicio de la salud pública.

4.3.2 OBJETIVOS

General

Mejorar la salud de la población del Distrito de Cartagena, mediante la ejecución de las acciones necesarias de promoción y prevención, como también la vigilancia y control de atención a las personas y de los factores de riesgos biológicos, ambientales y del comportamiento.

Específicos

- Garantizar la continuidad de los afiliados al Régimen Subsidiado.
- Aumentar la cobertura en los niveles de aseguramiento de la población del Distrito de Cartagena.
- Garantizar la prestación del servicio de salud en los diferentes niveles de complejidad.
- Ejercer vigilancia y control en todas las entidades prestadoras de servicios de salud.
- Vigilar e inspeccionar la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expide el Ministerio de Salud.
- Preparar y poner en marcha los instrumentos y metodología de focalización de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.
- Promover mecanismos que permitan reducir los índices de morbi-mortalidad
- Fortalecer el control social en la gestión del servicio público de la salud, mediante la formación de una cultura de participación social.

4.3.3 MISION

Generar oportunidades sociales, políticas y económicas que garanticen el ambiente necesario para que los cartageneros desarrollen sus capacidades, llevando una vida creativa y productiva, de acuerdo con sus necesidades e intereses, en el marco de la Constitución Política y las leyes de Colombia. Asimismo, propiciarán la equidad social, por lo que reforzarán y consolidarán el compromiso cívico de los

ciudadanos implicándolos en el proceso de desarrollo de la ciudad, a través de reales y verdaderos procesos de participación ciudadana y gobernando para el beneficio de todos: niños, jóvenes, ancianos, subempleados, mujeres cabezas de familias, desplazados, familias en pobreza y ciudadanos en general.

4.3.4 VISION

Al año 2015 Cartagena de Indias, ha reducido la pobreza y generado igualdad de oportunidades para que todas las personas participen y lideren su propio desarrollo. Es un Distrito socialmente incluyente y equitativo, donde el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil, los académicos, los empresarios y en general sus ciudadanos y ciudadanas, disfrutan y comparten espacios de diálogo, desde los que se fortalece la gobernabilidad, a partir de la confianza, el compromiso y la responsabilidad para aportar al desarrollo humano integral y a la sustentabilidad de la ciudad.

La Dirección Distrital de Salud de Cartagena de Indias está organizada como Departamento Administrativo, lo que jurídicamente le permite mayor celeridad en la gestión pública, por cuanto se delega el director la ordenación parcial del gasto del Fondo Distrital de Salud y la nominación del recurso humano. Dentro de su estructura orgánica encontramos La Dirección Operativa de Salud Pública, que tiene como objeto Diseñar, ejecutar y evaluar las políticas relacionadas con la gestión de la Salud Pública en el Distrito, promoviendo y desarrollando los estudios, estrategias, planes, procesos y procedimientos destinados a la formulación, ejecución, evaluación y control del plan de atención básica distrital.

La dirección de salud pública se encuentra conformada por distintos programas, en el cual encontramos el programa de Alimentación y Nutrición que tiene como objeto contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población del Distrito de Cartagena a través de acciones multisectoriales en las áreas de salud, nutrición, alimentación, Educación, agricultura, comunicaciones, medio ambiente, y sus lineamientos van orientados a detectar en los niños y niñas algún tipo de malnutrición desde las IPS, hogar, comedores escolares, desayunos infantiles con amor. También se orienta desde antes del parto la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con Alimentación complementaria hasta los 2 años de edad, esto con enfoque comunitario para mejorar la nutrición de la población infantil con todas las iniciativas desarrolladas por el programa.²⁸

En el PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN se encuentra el fortalecimiento del plan nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional. Las acciones a realizar encontramos:

²⁸ *Comportamiento de los eventos bajo vigilancia epidemiológica. Capítulo 3.2, Oficina de Vigilancia Epidemiológica Departamento Administrativo Distrital de Saludo DADIS, Bolívar Cartagena 2013. Pág. 80*

- ❖ Implementación del componente de la estrategia IAMI INTEGRAL
- ❖ Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los primeros dos años de vida
- ❖ Promoción de la alimentación saludable en la comunidad, instituciones educativas, servicios de salud, comedores, restaurantes públicos e instituciones de trabajo.
- ❖ Identificación y canalización de niños con algún grado de desnutrición a programas de recuperación nutricional.
- ❖ Seguimiento a niños identificados.
- ❖ Asistencias técnicas a instituciones que manejen programas de recuperación nutricional y lo relacionados con nutrición.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

4.4.1 ALIMENTACIÓN

Consiste en obtener del entorno una serie de productos, naturales o transformados, que conocemos con el nombre de alimentos que contienen una serie de sustancias químicas denominadas nutrientes además de los elementos propios de cada uno de ellos que les dan unas características propias. La alimentación es en definitiva un proceso de selección de alimentos, fruto de la disponibilidad y el aprendizaje de cada individuo, que le permitirán componer su ración diaria fraccionarla a lo largo del día de acuerdo con su hábitos y condiciones personales, este proceso está influido por factores socioeconómicos, psicológicos y geográficos, es por eso un proceso voluntario.²⁹ Esta a su vez, proporciona al cuerpo los nutrientes que necesita no solo para estar en forma sino, ante todo, para vivir. Las tres principales clases de nutrientes son las proteínas, las grasas y los carbohidratos, todos los cuales dan energía al cuerpo y le permiten crecer y subsistir; hay que comerlos a diario y en cantidad considerable para mantener una buena salud.

La alimentación es el proceso de ingerir o consumir alimentos que proporcionan al organismo los nutrientes necesarios—proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, fibra y agua—para su crecimiento y desarrollo. Es un proceso voluntario condicionado por el conocimiento, la disponibilidad y el acceso a los alimentos, que a su vez influyen en la selección y distribución de los mismos en la dieta.³⁰ No obstante sus relaciones con la nutrición, la alimentación no puede ser considerada como un tema eminentemente biológico, ni tampoco un mero asunto de nutrientes y grupos de alimentos, ya que se enmarca en la cultura, la sociedad y la historia. La alimentación es uno de los mejores ejemplos de cómo la cultura modela la naturaleza, observable en los relatos sobre el dominio del fuego por el Homo Sapiens que le permitió transformar los víveres crudos en cocidos, un logro que “influyó en el comportamiento del consumo de estos, y en últimas, en el estado nutricional del ser humano quien aprende a comer según las reglas que operan en su sociedad”³¹

Este hecho plantea por lo demás una tensión “...entre lo que es valorado por la cultura y lo que es fisiológicamente deseable en el plano de la nutrición” lo que constituye un reto para la construcción de lineamientos de alimentación y nutrición infantil que respeten la diversidad étnico-cultural y a la vez cumplan con los requerimientos nutricionales de la primera infancia. Por su parte, la nutrición es el proceso involuntario por el cual el organismo humano toma de los alimentos los nutrientes indispensables

²⁹ Beal V. A., 2006 *Nutrición en el Ciclo de Vida*. México: Editorial Limusa 1983

³⁰ *Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia*, Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, Estrategia de 0 a Siempre, p 34

³¹ Ibid, pag 35

para el buen funcionamiento del organismo, promover el crecimiento y el desarrollo, mantener la salud y adquirir defensas.

Se constituye un proceso fisiológico, que se origina en las funciones del cerebro, localizada en el hipotálamo que maneja los centros del hambre y saciedad, los cuales tienen como función principal coordinar y relacionar las percepciones de los órganos sensoriales, el almacenamiento de los recuerdos de experiencias pasadas y la relación de este comportamiento con el mundo exterior del sujeto, todo ello con el objetivo de conseguir alimento. Pero no sólo se encuentra limitada en ésta actividad fisiológica mecanizada, debido a que el desarrollo psicológico también está influido por la alimentación. A través del seno materno el bebé aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación con la comida y el afecto se mantienen por toda la vida, por esta razón los estados emotivos como la ansiedad, depresión, alegría influyen en los procesos de alimentación.³²

4.4.1.2 ALIMENTACION SALUDABLE

Existe aceptación general sobre la noción de alimentación saludable como aquella que es completa, equilibrada, variada, suficiente, adecuada e inocua. Completa significa que contiene todos los nutrientes (macro y micronutrientes) que el organismo requiere para su correcto funcionamiento. Equilibrada, que existe un adecuado balance entre las cantidades o porcentajes de los distintos nutrientes, con respecto al aporte calórico total de la dieta; es decir, que cada macronutriente aporta el porcentaje de calorías que se deben consumir. Ejemplo en el primer año de vida 60% de las calorías deben provenir de carbohidratos, 40% de grasas y 10% de proteínas.

Variada que incluye distintos grupos de alimentos como frutas, hortalizas, verduras, lácteos, carnes y agua. Suficiente, que cubre más del 90% de las calorías que se necesitan por día. Adecuada, que responde a las condiciones de cada persona de acuerdo con su edad, sexo, actividad física, estado de salud, condición fisiológica, hábitos culturales y presupuesto. En este sentido debe ajustarse a las necesidades de las gestantes, las madres en lactancia y la infancia, o a situaciones de enfermedad como diabetes, infecciones, etc., y adaptarse a las tradiciones gastronómicas de las distintas culturas y grupos étnicos del país. Inocua, que es segura y apta para el consumo humano y no ocasiona riesgos de

³² Sandoval Shaik Olivia Dr. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia y vigorexia*. España. Ed. Paidós

enfermedades transmitidas por los alimentos, llamadas ETA's, que ponen en peligro la salud y la vida, como las diarreas, las intoxicaciones e infecciones intestinales.³³

En conclusión, la alimentación consiste en la obtención (condiciones económicas), preparación (condiciones sociales, culturales) e ingestión de los alimentos (aspectos fisiológicos), y se considera una de las principales preocupaciones del ser humano, porque de esta, dependerá en gran medida que el ser humano lleve una vida saludable. La acción voluntaria de alimentarse, enmarca una serie de características fisiológicas y psicológicas indispensables para el desarrollo y el crecimiento, para mantener estado de salud óptimo, adquirir defensas y obtener la energía necesaria que el cuerpo necesita para el diario vivir. En la población infantil el acceso a los víveres depende de las condiciones socioeconómicas y culturales de la población y del desarrollo y ejecución de políticas e intervenciones más efectivas para promoción de una alimentación saludable dadas por la legislación y acuerdos con industria alimentaria, disponibilidad de alimentos saludables, comunicación masiva, promoción en escuelas y lugares de trabajo, e intervenciones comunitarias.

Otros aspectos a considerar además del consumo, son los precios y producción del alimento, cambios en la industria y tecnología, normativa existente para la vigilancia de alimentación saludable y cobertura total a la población, estos aspectos influyen en la cantidad, grupo de comidas y desbalance en la nutrición, y en los nutrientes indispensables que se debe proporcionar a nuestro organismo los cuales lo encontramos en: frutas, verduras, leche y sus derivados.

La alimentación debe ser, por sobre todas las cosas, balanceada. No hay que ingerir un solo grupo de comidas, ni tampoco, exagerar en la ingesta de un tipo de alimento.

4.4.2 NUTRICION

Los términos alimentación y nutrición describen dos procesos que, aunque están íntimamente ligados, son diferentes en muchos aspectos. Los alimentos son sustancias que se ingieren para subsistir. De ellos se obtienen todos los elementos químicos que componen el organismo, excepto la parte de oxígeno tomada de la respiración.³⁴ La alimentación es el ingreso o aporte de los alimentos en el organismo humano. Es el proceso por el cual tomamos una serie de sustancias contenidas en los alimentos que componen la dieta. Estas sustancias o nutrientes son imprescindibles para completar la nutrición. Una

³³ <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/4.De-Alimentacion-y-nutricion-para-la-Primera-Infancia.pdf> página 29

³⁴ *Nutrición y Dietética*, Trinidad García Arias; María del Camino García Fernández, Universidad de León, 2003 Editorial: Universidad de León

buena alimentación implica no solamente ingerir los niveles apropiados de cada uno de los nutrientes, sino obtenerlos en un balance adecuado.³⁵

Los nutrientes o nutrimentos son sustancias presentes en los alimentos que son necesarias para el crecimiento, reparación y mantenimiento de nuestro cuerpo.³⁶ Éstos se dividen en energéticos (proteínas, grasas, carbohidratos) y no energéticos (agua, vitaminas y minerales).

La frase «somos lo que comemos» se utiliza con frecuencia para indicar que la composición de nuestros cuerpos depende en gran parte de lo que hemos consumido. El gran número de elementos químicos en el cuerpo humano se encuentra principalmente en forma de agua, proteína, grasas, sales minerales y carbohidratos. El cuerpo humano está compuesto por los alimentos que contienen estos cinco constituyentes, como también vitaminas.

El alimento sirve sobre todo para el desarrollo, la energía y la reparación corporal, el mantenimiento y la protección. El alimento también da satisfacción y estímulo, pues el comer y beber se encuentran entre los placeres de la vida en cualquier parte. En verdad, el alimento nutre el cuerpo y el alma. Inclusive si la tecnología pudiese producir una dieta perfecta en términos de su contenido, tal dieta podría todavía carecer, por ejemplo, del aroma y el sabor de un curry, o el sabor estimulante del café caliente.

Lo que controla el apetito o la sensación de hambre no ha sido plenamente develado. El hipotálamo en el cerebro tiene una función, así como otros sitios del sistema nervioso central. Otros factores probables incluyen los niveles de azúcar en la sangre, las hormonas corporales, la grasa corporal, muchas enfermedades, emociones y, por supuesto, el tipo de alimentos y la disponibilidad, las preferencias y aversiones personales, y el medio social donde se consume el alimento.³⁷ La nutrición es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora a sus propios tejidos, una serie de sustancias (nutrientes) que han de cumplir tres fines básicos:

- Suministrar la energía necesaria para el mantenimiento del organismo y sus funciones.
- Proporcionar los materiales necesarios para la formación, renovación y reparación de estructuras corporales.
- Suministrar las sustancias necesarias para regular el metabolismo.

³⁵Principios Básicos de La Salud VOL 1 Luz Leticia Elizondo

³⁶ Ibid, Nutrición y Dietética.

³⁷ Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo.

4.4.2.1 NUTRICION EN COLOMBIA

El derecho de los niños y niñas a la nutrición está protegido por la Convención sobre los Derechos del Niño y por la Constitución Política de Colombia. Gozar de buena nutrición es para los niños y niñas un requisito esencial para que puedan disfrutar de sus derechos a la vida, al desarrollo y a la protección. Sin embargo, el bajo peso al nacer y la desnutrición afectan a un número importante de niños y niñas colombianos. Los recién nacidos con bajo peso tienen un riesgo significativamente mayor de enfrentar, desde los primeros momentos de su vida, serios problemas de salud y desarrollo. Por su parte, la desnutrición aumenta la probabilidad de enfermedad y de muerte de los niños y reduce su capacidad de aprendizaje y bienestar.

Las condiciones nutricionales de la niñez en Colombia han mostrado una tendencia favorable en los últimos 10 años, como se evidencia a partir de la evolución de los valores promedio de los principales indicadores sobre el tema. No obstante, los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 y un estudio realizado para examinar las condiciones nutricionales y de salud de la población desplazada ³⁸ demuestran diferencias marcadas en la situación nutricional de los niños y niñas, según grupos de edad, condición y ubicación geográfica.

Mientras que a nivel nacional el 12% de los niños y niñas menores de 5 años presentan desnutrición crónica (baja estatura para la edad), en población desplazada este valor asciende a 23%. El 7% de los niños y niñas menores de 5 años presentan bajo peso para la edad (desnutrición global) pero entre niños y niñas en situación de desplazamiento se duplica este porcentaje (14%).

De acuerdo con los resultados de la ENDS 2005, la desnutrición en menores de 5 años es mayor en el área rural, en familias pobres y numerosas y donde las madres tienen bajo nivel de educación. Es más alta en departamentos como La Guajira, Boyacá, Cauca, Nariño y Córdoba. En los niños y niñas de 5 a 9 años la desnutrición es menos prevalente que en aquellos menores de 5 años. Un 13% presenta retraso en el crecimiento, 5% bajo peso para su edad y 1% bajo peso para su estatura. ³⁹

La prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en la niñez es un problema de alta relevancia para el país. Se estima que 1 de cada 2 niños(as) entre el 1-2 año tiene anemia. Entre las mujeres en edad reproductiva (13-49) la anemia afecta a 1 de cada 3 y entre las mujeres gestantes la incidencia es 44.70% (2). El estudio realizado en población desplazada reporta que el 55% de las mujeres en edad

³⁸ *Estado Nutricional de Alimentación y Condiciones de Salud de la Población desplazada por la violencia en seis subregiones del país informe final Bogotá.d.c., Diciembre de 2005*

³⁹ *Encuesta Nacional de Demografía y Salud y la encuesta Nacional de Nutrición y Alimentación, 2005. PROFAMILIA e ICBF.*

fértil y el 60% de las mujeres gestantes en situación de desplazamiento presentan anemia, siendo mayor en la población desplazada que en la población de estrato 1.⁴⁰

4.4.2.2 EL ESTADO NUTRICIONAL

Representa el resultado del balance corporal entre necesidades y gasto de energía alimentaria y de otros nutrientes esencial es y "...es un indicador de la calidad de vida de las poblaciones, en cuanto refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionado con los factores alimentarios, el estado de salud, la situación socio económica, y factores ambientales y culturales. Es causa y consecuencia de situaciones que afectan los procesos de salud y está influenciado por el peso al nacer, la duración de la lactancia materna, las prácticas de alimentación durante el destete, el grado de educación y el nivel de saneamiento ambiental, entre otros"⁴¹

El estado nutricional de las niñas y niños debe ser valorado y monitoreado a través de los indicadores de crecimiento (talla para la edad, peso para la edad, peso para la talla) conforme a lo establecido en los nuevos Patrones de Crecimiento para niñas y niños menores de cinco años dados por la OMS y adoptados por el país ⁴²

La aplicación de los nuevos patrones de crecimiento a nivel mundial demuestra que cuando se dan condiciones ideales de nutrición, medio ambiente y cuidados en salud, el crecimiento de todas las niñas y niños es similar independientemente de los factores genéticos o étnicos.

El crecimiento y desarrollo asociado al estado nutricional constituyen uno de los índices más sensibles y útiles para determinar el nivel de desarrollo y la calidad de vida de la población, debido a que involucran una perspectiva dinámica y evolutiva del ser humano.⁴³

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. (Leal M, RuizJ, Salazar R., 2008).La evaluación del estado nutricional, consiste en la determinación del nivel de salud y bienestar desde el punto de vista de su nutrición, y depende del grado en que las necesidades fisiológicas, bioquímicas y metabólicas de nutrientes estén cubiertas por la ingestión de alimentos en la

⁴⁰ *Ibid Encuesta Nacional de Demografía*

⁴¹ *Lineamientos y Estándares Técnicos de Calidad en los Servicios de Educación Inicial en Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá Secretaría Distrital de Integración Social, Dirección Poblacional Subdirección para la infancia, abril de 2009*

⁴² *Resolución 2121 de junio de 2010 del Ministerio de la Protección Social*

⁴³ *Revista Panamericana de Salud Pública, 2007*

dieta. Este equilibrio dinámico entre demandas y requerimientos resulta afectado por factores diversos, como la edad, sexo, actividad desarrollada, situación fisiológica, patológica, psicosocial y nivel cultural.⁴⁴

El diagnóstico del estado nutricional: Es un proceso que comprende la aplicación de un método de diagnóstico para determinar el estado nutricional de una persona. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos,

La categorización del “Crecimiento Normal” es problemática, ya que lo considerado por la población está fuertemente ligado a sus percepciones culturales, las cuales varían según prácticas de cada etnia³⁵ existe controversia respecto a la utilización de referencias “universales” de crecimiento, siendo a su vez necesarias para evaluar el bienestar de los individuos a través de la valoración antropométrica de grupos de niños y sus comunidades, ya que alcanzar su optimización constituye una meta hacia la equidad social entre los diferentes indicadores antropométricos se considera que el crecimiento, entendido como talla para la edad se comporta como un indicador sensible de bienestar y del estado de salud y nutricional de los niños ^{45 46} sabiendo que el potencial de crecer predeterminado genéticamente se puede comprometer positiva o negativamente por los diferentes aspectos considerados en el espectro de la Seguridad Alimentaria, los que se han identificado como factores que pueden exacerbar el riesgo fisiológico y dietario de niños marginados y diversos étnicamente, y que reflejan el desarrollo socioeconómico de la comunidad en la que viven

El 55% de las muertes de los niños en el mundo se atribuyen a la desnutrición⁴⁷, principalmente se ha estudiado la desnutrición aguda en este contexto, encontrando riesgos relativos para mortalidad por diarrea de 5 a 12 y para neumonía de 4 a 8 según grado de severidad⁴¹; la desnutrición aguda severa se define como peso para la talla por debajo de -3 z scores (WHO growth standards), por emaciación visible o la presencia de edema nutricional, 20 millones de niños la tienen en el mundo y es la principal causa de muerte en niños menores de 5 años que se traduce en 1 millón de muertes cada año, ya que tienen de 5 a 20 veces mayor riesgo de morir que los niños bien nutridos, ya sea por causa directa o indirecta ⁴⁸

⁴⁴ Silva E, Castellano A, Lovera D, Mosquera N, Navarro A., 2008

⁴⁵ Menegolla I, Drachler M, Rodrigues I, Schwingel L, Scapinello, Pedroso M. Leite J. Nutritional status and social determinants of child height in the Guarita Indigenous Territory, Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2006 Feb; 22(2):395- 406.

⁴⁶ Bronner Y. *Nutritional status outcomes for children: ethnic, cultural, and environmental context*. *J Am Diet Assoc*. 1996; 96: 891 – 900, 903.

⁴⁷ Pelletier DL, Frongillo BE Jr, Schroeder DG, Habicht J-P. *The effects of malnutrition on child mortality in developing countries*. *Bull WHO* 1995;73:443–8.

⁴⁸ A Joint Statement. *Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants*. [Monografía en internet]. [Citada 22 Agosto 2009]. Disponible desde: http://www.who.int/nutrition/publications/severe_malnutrition/9789241598163_eng.pdf.

En el 2006 se publicaron los nuevos estándares de crecimiento infantil para alcanzar peso y talla que reemplazarían la recomendación anterior de 1977 (NCHS/WHO child growth reference). Estos nuevos estándares están basados en la evaluación de niños de diferentes orígenes étnicos en condiciones óptimas de salud y alimentados con leche materna exclusivamente, que fueron medidos de una forma metódica y estandarizada 43,44,45 y han sido aprobados por cuerpos internacionales como United Nations Standing Comite on Nutrition, the International Unión of Nutricional Science, y la International Pediatric Association para su utilización y adoptada en más de 90 países, incluido Colombia⁴⁹

Como estándar del estado nutricional de los niños, de la comunidad y un proxy de la situación integral de salud dela colectividad. Como aparte importante se reconoce la medición del perímetro cefálico como parte de la detección de posibles discapacidades neurológicas de los niños, que aunque se debe integrar siempre a su desarrollo psicomotor, indica un factor de riesgo para el mismo 46 Ministerio de Protección Social. Resolución número 00002121 de 9 Junio 2010.⁵⁰ Es de gran importancia resaltar que estos estándares confirmaron las observaciones anteriores, que los efectos de las diferencias étnicas en el crecimiento de los niños son pequeñas comparadas con el efecto del ambiente, y con propósitos prácticos no se consideran suficientes para invalidar la utilización de estas escalas de manera estandarizada en todas las poblaciones, ⁵¹ así como rescatar que la evaluación mediante estos estándares de crecimiento son herramientas importantes para informar aspectos de programas preventivos y curativos además de realizar monitorización, implementación y evaluación de políticas públicas⁵² En Colombia, mediante la resolución número 2121 de 2010 46 se adoptan estos Patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud para niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad, teniendo en cuenta que este patrón confirma que todos los niños que reciban atención adecuada desde el inicio 23 de sus vidas, tienen el mismo potencial de crecimiento hasta los 5 años, y que éste depende más de la nutrición, del medio ambiente y de la atención en salud que de factores genéticos o étnicos, facilitando la evaluación de la pobreza la salud y el desarrollo de la población Colombiana, y que apunta a su vez al cumplimiento de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio. Se adoptan las definiciones dadas en esta resolución para el análisis de los datos antropométricos.

- Desnutrición Aguda: Peso para la Talla por debajo de -2 DE.
- Desnutrición Aguda Severa: Peso para la Talla por debajo de -3 DE.

⁴⁹ *Ibid A Joint Statement. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants. [Monografía en internet]*

⁵⁰ [Citada 26 Octubre 2011]. Disponible desde: <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1732>

⁵¹ *A Joint Statement. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants. [Monografía en internet]. [Citada 22 Agosto 2009]. Disponible desde: http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789241598163_eng.pdf.*

⁵² *Fenn B, Penny M. Using the New World Health Organization Growth Standards: Differences from 3 countries. JPGN 46:316–321, 2008.*

- Desnutrición global: Peso para la Edad por debajo de -2 DE.
- Retraso en Talla o Talla baja para la Edad: Talla para la edad por debajo de -2 DE.
- Sobrepeso: Índice de Masa Corporal por encima de z2 y por debajo de z3.
- Obesidad: Índice de Masa Corporal mayor de puntuación z3.
- Factor de riesgo para el neurodesarrollo Perímetro cefálico para la edad
- <-2 DE

4.4.2.2 ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Para la determinación del estado nutricional en los niños menores de cinco años, se utilizó hasta el año 2006 la población de referencia del Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS) de 1977 adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevalencia de desnutrición en la Ends 2005 se calculó utilizando dicho patrón. Sin embargo en el año 2006 la OMS publicó los nuevos patrones de crecimiento los cuales se basan en un estudio multicéntrico desarrollado en una muestra internacional (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y los Estados Unidos). El nuevo estándar describe cómo deben crecer los niños con adecuadas condiciones de nutrición, medio ambiente y cuidado en salud (se incluye lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses y complementaria mínimo hasta el año de edad como una condición ideal).

El nuevo patrón confirma que todos los niños y niñas del mundo, si reciben una atención adecuada desde el comienzo de sus vidas, tienen el mismo potencial de crecimiento y que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los 5 años de edad dependen más de la nutrición, el medio ambiente y la atención en salud que de factores genéticos o étnicos.

En Colombia a través de la Resolución 2121 del 2010, se adoptaron los patrones de crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud-OMS en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad. Por lo anterior, para la determinación del estado nutricional en este grupo poblacional se ha utilizado el patrón de crecimiento recomendado por la OMS. Sin embargo para comparar con los resultados de las Ends anteriores se tienen en cuenta los indicadores antropométricos estimados utilizando el anterior estándar.

Utilizando las mediciones de peso y talla se calcularon los siguientes índices:

- Talla baja para la edad o desnutrición crónica (retraso en el crecimiento lineal). El retardo en el crecimiento en talla para la edad se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo.

- Peso bajo para la talla o desnutrición aguda (emaciación o delgadez). El bajo peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. La desnutrición aguda generalmente responde a situaciones de coyuntura.
- Peso bajo para la edad o desnutrición global (o general). El bajo peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la desnutrición aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente.

4.4.2.3 ALIMENTACION, NUTRICION Y DESARROLLO INFANTIL

El vínculo entre el derecho a la alimentación y el derecho al desarrollo infantil señalado en la primera parte de este documento, se refuerza ahora desde la mirada de las neurociencias y la psicología. Los estudios en estos campos científicos han demostrado que no existe ningún órgano que dependa más de las experiencias externas para su desarrollo que el cerebro humano.

La densa trama de células y circuitos nerviosos que conforman su arquitectura, como también su función, dependen por una parte de la dotación genética, y por otra, quizás más importante, de las experiencias tempranas mediadas por las interacciones con las cuidadoras/es, así como por los efectos de la alimentación y la nutrición. Hay evidencia científica acumulada que explica de una parte, la relación positiva entre nutrientes y desarrollo neurológico, en particular el papel del hierro, el yodo, y los ácidos grasos esenciales en la conformación del tejido cerebral, la migración y ubicación de las neuronas y la conducción de los impulsos nerviosos, como de otra, los trastornos que resultan de deficiencias nutricionales en la niñez temprana como la desnutrición crónica, la anemia por carencia de hierro y las deficiencias de yodo, todo lo cual se expresa en pobre capacidad de atención, memoria y percepción, pérdida de coeficiente intelectual y bajo rendimiento mental. Las deficiencias de yodo, por ejemplo, son la principal causa de retardo mental prevenible en el mundo.⁵³

4.4.3 NUTRIENTES

Un nutriente es una sustancia química que se encuentra en los alimentos y son utilizados por el cuerpo y que necesita la célula para realizar sus funciones vitales, es empleada por el organismo no como fuente de energía, sino para otras funciones, tales como para el crecimiento o la reparación de estructuras. “los

⁵³ <http://www.dezeroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/4.De-Alimentacion-y-nutricion-para-la-Primera-Infancia.pdf> PAGINA 30

nutrientes son tomados por la célula y transformados en constituyentes celulares a través de un proceso de biosíntesis llamado anabolismo. Para que el organismo humano, alcance un estado relativo de equilibrio y funcione adecuadamente necesita de algunos nutrientes en cantidades muy pequeñas, sin la presencia de ellos puede alterarse este equilibrio.”⁵⁴ Además, si no se consume en cantidad y calidad suficientes, puede dar lugar a desnutriciones (beri-beri, pelagra, escorbuto, etc) que solo curaran cuando se consuma de nuevo el nutriente implicado. Surge el concepto de esencialidad. La principal evidencia de que un nutriente es esencial es precisamente su capacidad de curar una determinada enfermedad. De entre los múltiples y diversos componentes que forman el cuerpo humano, solo unos 50 tienen el carácter de nutriente. Es decir, el hombre para mantener la salud desde el punto de vista nutricional necesita consumir aproximadamente 50 nutrientes. Los principios nutritivos son la glucosa, aminoácidos, ácidos grasos, proteínas y minerales entre otros.

Los nutrientes se clasifican en: “macronutrientes” (proteínas, lípidos, hidratos de carbono), aquellos que se encuentran en mayor proporción en los alimentos y que además nuestro organismo necesita en cantidades mayores y “micronutrientes” (vitaminas y minerales) que se encuentran en concentraciones mucho menores en los alimentos y de los que también el organismo necesita cantidades menores para su funcionamiento.

4.4.3.1 MICRONUTRIENTES

El término "micronutrientes" se refiere a las vitaminas y minerales cuyo requerimiento diario es relativamente pequeño pero indispensable para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos del organismo y en consecuencia para el buen funcionamiento del cuerpo humano.

Unos de los más importantes micronutrientes son el yodo, el hierro y la vitamina A que son esenciales para el crecimiento físico, el desarrollo de las funciones cognitivas y fisiológicas y la resistencia a las infecciones. El hierro y la vitamina A se encuentran naturalmente en los alimentos y el yodo debe ser adicionado a alimentos de consumo básico como la sal que en muchos países y en Colombia se fortifica con yodo.

Los micronutrientes son importantes porque la deficiencia afecta en primera instancia procesos bioquímicos y metabólicos, antes de revelar signos físicos aparentes de desnutrición, como sí lo hace la desnutrición proteica calórica. Es por eso que ha sido llamada “el hambre oculta”. Esto quiere decir que cuando la deficiencia de micronutrientes aparece clínicamente, es como la punta de un iceberg que revela un amplio proceso subyacente. Cuando la deficiencia de yodo, hierro o vitamina A se encuentran

⁵⁴ http://www.nutricion.org/ZSaludydietaSolnet/Nutrientes/Index_nutrientes/nutrientes_marcos_1.htm

en estado avanzado puede afectar el desarrollo intelectual, la visión y la inmunidad, y aún constituir riesgo aumentando de mortalidad infantil.

Existen otros micronutrientes como el zinc, el ácido fólico, el calcio y todas las vitaminas y minerales. En esta sección queremos hacer una breve descripción del hierro, el yodo y la vitamina A.⁵⁵

4.4.3.2 HIERRO

Se encuentra en el cuerpo en dos formas:

1. Como componente funcional esencial distribuido en hemoglobina, mioglobina y enzimas hémicas (70%)
2. Como hierro de almacenamiento no esencial distribuido en el hígado, bazo y médula ósea en forma de ferritina y hemosiderina (30%). La cantidad de hierro que se absorbe de la dieta está determinada por el estado de la mucosa intestinal y la biodisponibilidad de hierro (en forma de hierro hemínico y no hemínico). Cuando el cuerpo tiene menos reservas la absorción de hierro aumenta.

El hierro es un elemento muy importante en el transporte de oxígeno y en el proceso de respiración celular. La hemoglobina se combina con el oxígeno de los pulmones, lo libera en los tejidos y lo devuelve en forma de anhídrido carbónico a los pulmones. El hierro también es constituyente esencial en el proceso de respiración celular, de síntesis de ADN, de la proliferación celular y de la formación de colágeno.

La deficiencia del hierro se manifiesta por anemia hipocrómica, en la cual los glóbulos rojos tienen un contenido reducido de hemoglobina y son pálidos, por lo cual la sangre tiene menos capacidad para transportar oxígeno. La anemia ferropénica se manifiesta por un cuadro clínico común a todas las anemias: palidez de la piel y los tejidos, debilidad, fatiga, cefaleas y sensación constante de cansancio, y baja capacidad intelectual.

Se calcula que la deficiencia de hierro en los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad disminuye el desarrollo cerebral en 40-60% de los niños del mundo en desarrollo. La anemia severa causa la muerte de las mujeres en la gestación y el parto. Se estima que la anemia en los adultos disminuye la fuerza productiva y reduce en 2% el PBI de una nación⁵⁶

⁵⁵ <http://www.unicef.org.co/Micronutrientes/>

⁵⁶ <http://www.unicef.org.co/Micronutrientes/>

4.4.3.3 YODO

Forma parte de la hormona tiroidea, tiroxina y tri-yodotironina. El cuerpo del adulto contiene 10-50 ug de yodo, 70-90% del cual está en la glándula tiroidea, ligado a la tiroglobulina. Después de ingerido el yodo es absorbido en el intestino delgado y de allí pasa a la circulación para llegar a la glándula tiroidea y a otros tejidos que tienen la propiedad de almacenarlo.

Participa en la síntesis de hormona tiroidea la cual es indispensable para el desarrollo de procesos como la termorregulación, el metabolismo intermediario, la síntesis de proteínas, la reproducción, el crecimiento, el desarrollo y las funciones neuromusculares y hematopoyética. Actualmente los suelos del planeta son muy pobres en yodo. Pueden ser fuente los pescados, mariscos y hortalizas cultivadas en suelos ricos en yodo. Desde que se reglamentó la yodización de la sal, ésta es la principal fuente.

Las deficiencias del yodo producen bocio, debido a un aumento de tamaño de la glándula tiroidea como resultado del incremento en tamaño y número de células epiteliales en la glándula. La durante la gestación causa abortos y cretinismo, anomalía caracterizada por retardo mental severo, sordera y malformaciones

Disminuye el rendimiento intelectual hasta en 10 a 15 puntos del coeficiente intelectual y es la primera causa de retardo mental prevenible en el mundo.⁵⁷

4.4.3.4 VITAMINAS

En el hígado se almacena el 90%. El resto en tejidos grasos, pulmones y riñones. Juega un papel fundamental en la visión, en el mantenimiento del tejido epitelial, en la regeneración del tejido óseo y los dientes, en la reproducción, en el sistema inmunológico y en la estructura y diferenciación celular. Se encuentra en los alimentos de origen animal: leche, carne, huevo y como Pro-vitamina A (carotenoides) en alimentos de origen vegetal: frutas y verduras de color amarillo intenso o verde oscuro como zanahoria, ahuyama, espinaca, lechuga, mango y papaya.

Las deficiencias de vitamina A ocasionan ceguera nocturna, xeroftalmia, cambios en la piel, especialmente hiperqueratosis folicular. Compromete el sistema inmune especialmente en los menores de cinco años y aumenta el riesgo de mortalidad en caso de diarrea y sarampión.

Está asociada con la desnutrición proteica calórica, con problemas gastrointestinales, con algunas enfermedades respiratorias y puede contribuir a la presencia de anemia ferropénica.⁵⁸

⁵⁷ <http://www.unicef.org.co/Micronutrientes/>

4.4.4 MACRONUTRIENTES

4.4.4.1 CARBOHIDRATOS

La fuente principal de energía para casi todos los asiáticos, africanos y latinoamericanos son los carbohidratos. Los carbohidratos constituyen en general la mayor porción de su dieta, tanto como el 80 por ciento en algunos casos. Por el contrario, los carbohidratos representan únicamente del 45 al 50 por ciento de la dieta en muchas personas en países industrializados.

Los carbohidratos son compuestos que contienen carbono, hidrógeno y oxígeno en las proporciones 6:12:6. Durante el metabolismo se queman para producir energía, y liberan dióxido de carbono (CO₂) y agua (H₂O). Los carbohidratos en la dieta humana están sobre todo en forma de almidones y diversos azúcares. Los carbohidratos se pueden dividir en tres grupos:

- monosacáridos, ejemplo, glucosa, fructosa, galactosa;
- disacáridos, ejemplo, sacarosa (azúcar de mesa), lactosa, maltosa;
- polisacáridos, ejemplo, almidón, glicógeno (almidón animal), celulosa. monosacáridos

Los carbohidratos más sencillos son los monosacáridos o azúcares simples. Estos azúcares pueden pasar a través de la pared del tracto alimentario sin ser modificados por las enzimas digestivas. Los tres más comunes son: glucosa, fructosa y galactosa.

La glucosa, a veces también denominada dextrosa, se encuentra en frutas, batatas, cebollas y otras sustancias vegetales; es la sustancia en la que se convierten muchos otros carbohidratos, como los disacáridos y almidones, por las enzimas digestivas. La glucosa se oxida para producir energía, calor y dióxido de carbono, que se elimina con la respiración.

Debido a que la glucosa es el azúcar en la sangre, con frecuencia se utiliza como sustancia para dar energía a las personas a las que se alimenta por vía endovenosa. La glucosa disuelta en agua estéril, casi siempre en concentraciones de 5 a 10 por ciento, por lo general se utiliza con este propósito.

⁵⁸ <http://www.unicef.org.co/Micronutrientes/>

La fructosa se encuentra en la miel de abeja y algunos jugos de frutas. La galactosa es un monosacárido que se forma, junto con la glucosa, cuando las enzimas digestivas fraccionan la lactosa o azúcar de la leche.⁵⁹

Disacáridos

Los disacáridos, compuestos de azúcares simples, necesitan que el cuerpo los convierta en monosacáridos antes que se puedan absorber en el tracto alimentario. Ejemplos de disacáridos son la sacarosa, la lactosa y la maltosa. La sacarosa es el nombre científico para el azúcar de mesa (el tipo que, por ejemplo, se emplea para endulzar el té). Se produce habitualmente de la caña de azúcar, pero también a partir de la remolacha. La sacarosa se halla también en las zanahorias y la piña. La lactosa es el disacárido que se encuentra en la leche humana y animal. Es mucho menos dulce que la sacarosa. La maltosa se encuentra en las semillas germinadas.⁶⁰

Polisacáridos

Los polisacáridos son químicamente los carbohidratos más complejos. Tienden a ser insolubles en el agua y los seres humanos sólo pueden utilizar algunos para producir energía. Ejemplos de polisacáridos son: el almidón, el glicógeno y la celulosa.

El almidón es una fuente de energía importante para los seres humanos. Se encuentra en los granos cereales, así como en raíces comestibles tales como patatas y yuca. El almidón se libera durante la cocción, cuando el calor rompe los gránulos.

El glicógeno se produce en el cuerpo humano y a veces se conoce como almidón animal. Se forma a partir de los monosacáridos resultantes de la digestión del almidón alimentario. El almidón de arroz o de la yuca se divide en los intestinos para formar moléculas de monosacáridos, que pasan al torrente sanguíneo. Los excedentes de los monosacáridos que no se utilizan para producir energía (y dióxido de carbono y agua) se fusionan en conjunto para formar un nuevo polisacárido, el glicógeno. El glicógeno, por lo general, está presente en los músculos y en el hígado, pero no en grandes cantidades.

4.4.4.2 GRASAS

En muchos países en desarrollo, las grasas dietéticas contribuyen aunque en parte menor a los carbohidratos en el consumo de energía total (frecuentemente sólo 8 ó 10 por ciento). En casi todos los

⁵⁹ *Depósito de Documento de la FAO Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo.*

⁶⁰ *Ibid documento FAO*

países industrializados, la proporción de consumo de grasa es mucho mayor. En los Estados Unidos, por ejemplo, un promedio del 36 por ciento de la energía total proviene de la grasa.

Las grasas, como los carbohidratos, contienen carbono, hidrógeno y oxígeno. Son insolubles en agua, pero solubles en solventes químicos, como éter, cloroformo y benceno. El término «grasa» se utiliza aquí para incluir todas las grasas y aceites que son comestibles y están presentes en la alimentación humana, variando de los que son sólidos a temperatura ambiente fría, como la mantequilla, a los que son líquidos a temperaturas similares, como los aceites de maní o de semillas de algodón. (En algunas terminologías la palabra «aceite» se usa para referirse a los materiales líquidos a temperatura ambiente, mientras que los que son sólidos se denominan grasas.)

La grasa corporal (también denominada lípidos) se divide en dos categorías: grasa almacenada y grasa estructural. La grasa almacenada brinda una reserva de combustible para el cuerpo, mientras que la grasa estructural forma parte de la estructura intrínseca de las células (membrana celular, mitocondrias y orgánulos intracelulares).

El colesterol es un lípido presente en todas las membranas celulares. Tiene una función importante en el transporte de la grasa y es precursor de las sales biliares y las hormonas sexuales y suprarrenales.

Las grasas alimentarias están compuestas principalmente de triglicéridos, que se pueden partir en glicerol y cadenas de carbono, hidrógeno y oxígeno, denominadas ácidos grasos. Esta acción, la digestión o la división de las grasas, se produce en el intestino humano por las enzimas conocidas como lipasas, que se encuentran presentes sobre todo en las secreciones pancreáticas e intestinales. Las sales biliares del hígado emulsifican los ácidos grasos para hacerlos más solubles en el agua y por lo tanto de absorción más fácil.

Los ácidos grasos presentes en la alimentación humana se dividen en dos grupos principales: saturados y no saturados. El último grupo incluye ácidos grasos poli insaturados y mono insaturados. Los ácidos grasos saturados tienen el mayor número de átomos de hidrógeno que su estructura química permite. Todas las grasas y aceites que consumen los seres humanos son una mezcla de ácidos grasos saturados y no saturados. En general, las grasas de animales terrestres (es decir, grasa de carne, mantequilla y suero) contienen más ácidos grasos saturados que los de origen vegetal. Las grasas de productos vegetales y hasta cierto punto las del pescado tienen más ácidos grasos no saturados, particularmente los ácidos grasos poli insaturados (AGPIS). Sin embargo, hay excepciones, como por ejemplo el aceite de coco que tiene una gran cantidad de ácidos grasos saturados.⁶¹

⁶¹ Depósito de Documento de la FAO Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo.

4.4.4.3 PROTEÍNAS

Las proteínas, como los carbohidratos y las grasas, contienen carbono, hidrógeno y oxígeno, pero también contienen nitrógeno y a menudo azufre. Son muy importantes como sustancias nitrogenadas necesarias para el crecimiento y la reparación de los tejidos corporales. Las proteínas son el principal componente estructural de las células y los tejidos, y constituyen la mayor porción de sustancia de los músculos y órganos (aparte del agua). Las proteínas no son exactamente iguales en los diferentes tejidos corporales. Las proteínas en el hígado, en la sangre y en ciertas hormonas específicas, por ejemplo, son todas distintas.

Las proteínas son necesarias:

- para el crecimiento y el desarrollo corporal;
- para el mantenimiento y la reparación del cuerpo, y para el reemplazo de tejidos desgastados o dañados;
- para producir enzimas metabólicas y digestivas; como constituyente esencial de ciertas hormonas, por ejemplo, tiroxina e insulina.

Aunque las proteínas liberan energía, su importancia principal radica más bien en que son un constituyente esencial de todas las células. Todas las células pueden necesitar reemplazarse de tiempo en tiempo, y para este reemplazo es indispensable el aporte de proteínas.

Cualquier proteína que se consuma en exceso de la cantidad requerida para el crecimiento, reposición celular y de líquidos, y varias otras funciones metabólicas, se utiliza como fuente de energía, lo que se logra mediante la transformación de proteína en carbohidrato. Si los carbohidratos y la grasa en la dieta no suministran una cantidad de energía adecuada, entonces se utiliza la proteína para suministrar energía; como resultado hay menos proteína disponible para el crecimiento, reposición celular y otras necesidades metabólicas.⁶² Este punto es esencialmente importante para los niños, que necesitan proteínas adicionales para el crecimiento. Si reciben muy poca cantidad de alimento para sus necesidades energéticas, la proteína se utiliza para las necesidades diarias de energía y no para el crecimiento.

⁶² *Depósito de Documento de la FAO Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. Capítulo 9 Macronutrientes: carbohidratos, grasas y proteínas*

4.4.4.4 COMPONENTES DIETÉTICOS Y FUNCIONES DE LOS ALIMENTOS

El ser humano come alimentos y no nutrientes individuales. La mayoría de los alimentos, que incluyen alimentos básicos como arroz, maíz y trigo, suministran principalmente carbohidratos para energía pero también importantes cantidades de proteína, un poco de grasa o aceite y micronutrientes útiles. Por lo tanto, los granos de cereales suministran algunos de los constituyentes necesarios para la energía, el desarrollo y la reparación corporal y el mantenimiento. La leche materna suministra todos los macro y micronutrientes necesarios para satisfacer las necesidades totales de un niño pequeño hasta los seis meses de edad, inclusive aquellos para la energía, el crecimiento, la reparación corporal y el mantenimiento. La leche de vaca tiene el equilibrio de nutrientes para las necesidades de un ternero.

Agua

El agua se puede considerar como el constituyente más importante de la alimentación. Un varón o mujer normal puede vivir sin alimentos de 20 a 40 días, pero sin agua, los seres humanos mueren entre cuatro y siete días. Más del 60 por ciento del peso del cuerpo humano está constituido por agua, de la cual aproximadamente el 61 por ciento es intracelular y el resto es extracelular. El consumo de agua, excepto bajo circunstancias excepcionales (por ejemplo, alimentación intravenosa), viene de los alimentos y líquidos consumidos. La cantidad que se ingiere varía ampliamente en las personas y puede ser influida por el clima, la cultura y otros factores. Frecuentemente se consume hasta un litro en alimentos sólidos y de 1 a 3 litros de líquidos bebidos. El agua también se forma en el cuerpo como resultado de la oxidación de macronutrientes, pero el agua que así se obtiene por lo general constituye menos de 10 por ciento del agua total.⁶³

CUADRO 1 Composición química de un cuerpo humano que pesa 65 kg

Componentes	Porcentaje de peso corporal
Agua	61,6
Grasas	13,8
Proteína	17,0
Minerales	6,1
Carbohidratos	1,5

⁶³ *Ibid* Capítulo 9 Macronutrientes: carbohidratos, grasas y proteínas

CUADRO 2.

Clasificación simple de los componentes dietéticos

Componente	Función
Agua	Aporta líquido al cuerpo y ayuda a regular la temperatura corporal
Carbohidratos	Como combustible y energía para el calor corporal y el trabajo
Grasas	Combustible energético y producción de ácidos grasos esenciales
Proteínas	Crecimiento y reparación
Minerales	Desarrollo de tejidos corporales, procesos metabólicos, y protección
Vitaminas	Procesos metabólicos y de protección
Partículas indigeribles y no absorbibles, incluyendo fibra	Forma un vehículo para otros nutrientes, agregan volumen a la dieta, suministran un hábitat para la flora bacteriana y ayudan a la eliminación adecuada de desechos.

El agua se excreta principalmente por los riñones como orina. Los riñones regulan la eliminación de orina y mantienen un equilibrio; si se consumen pequeñas cantidades de líquidos, los riñones excretan menos agua y la orina es más concentrada. Mientras que en los climas cálidos la mayor parte del agua se elimina por los riñones, tanto o mayor cantidad se puede perder por la piel (a través del sudor) y los pulmones. Cantidades mucho más pequeñas se pierden por el intestino con las materias fecales (excepto en presencia de diarrea cuando las pérdidas pueden ser altas).

El metabolismo del sodio y el potasio, que se conocen como electrolitos, se relaciona con el agua corporal. El sodio está principalmente en el agua extracelular y el potasio en el agua intracelular. La mayoría de las dietas contienen cantidades adecuadas de ambos minerales. En la pérdida de líquidos causada, por ejemplo, por diarrea o hemorragia, el equilibrio de electrolitos en la sangre se puede alterar. El consumo de agua y el equilibrio de los electrolitos son particularmente importantes en los niños enfermos. En los niños sanos, la leche materna de una madre saludable aporta cantidades suficientes de líquidos y electrolitos, sin que se necesite agua adicional durante los primeros seis meses de vida, incluso en climas cálidos. Sin embargo, los niños con diarrea y enfermos, pueden necesitar líquidos adicionales.

Aunque el apetito y la disponibilidad de alimentos regulan en gran parte el consumo de alimentos, también está bajo la influencia de la sensación denominada sed. La sed puede surgir por varios motivos. La deshidratación puede causar sequedad de la boca pero hay además señales del mismo centro de saciedad en el hipotálamo que controla la sensación de hambre.⁶⁴

4.4.4.5 ESTADO NUTRICIONAL EN EL CARIBE COLOMBIANO

La antropometría es el método más usado a nivel internacional para medir el estado nutricional de las personas y grupos poblacionales. Los indicadores más comunes son la talla (desnutrición crónica) y el peso (desnutrición global). La desnutrición crónica (talla para la edad) es el retraso en el crecimiento que se establece al comparar la talla real del niño con la esperada para su edad y su sexo. En el presente estudio, tomaremos como fuente principal la primera Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005, y a partir de indicadores antropométricos, analizaremos las diferencias regionales. En América Latina y el Caribe la desnutrición crónica afecta al 16% de la población menor de 5 años (8,8 millones de niños), la mayoría sumidos en la extrema pobreza. En Centroamérica y los países andinos el problema es grave, siendo Guatemala el país que tiene el índice de desnutrición más alto de la región, incluso superior al promedio de África. Colombia, aunque está por debajo de la media regional (15,8%), presenta un indicador superior a países como Venezuela, Brasil, Cuba o Chile.⁶⁵

Tener una buena alimentación es muy importante para la salud de los seres humanos, por esta razón la nutrición busca, aprovechar los nutrientes o nutrimentos necesarios para el organismo que se encuentran en los alimentos para el buen crecimiento, la reparación y el mantenimiento de nuestro cuerpo, de estos podemos extraer sustancias tanto energéticas (proteínas, grasas, carbohidratos) como no energéticas (agua, vitaminas y minerales), Con la buena utilización de estas sustancias podemos llevar una vida saludable.

El proceso de nutrición tiene como objetivo, cumplir tres fines básicos: suministrar energía, proporcionar materias y suministrar sustancias, todas de forma necesaria para el buen funcionamiento del organismo.

Teniendo en cuenta la importación de la alimentación, la nutrición en Colombia es un tema muy fundamental y más aún para los niños y niñas, aunque en los últimos 10 años hemos tenido muy buenos resultados respecto a las condiciones nutricionales de los niños , aún hay porcentajes significativos de niños que nacen con bajo peso y que pueden enfrentar problemas serios de salud debido a esto, por tal

⁶⁴ Depósito de Documento de la FAO Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo Capítulo 9 Macronutrientes: carbohidratos, grasas y proteínas

⁶⁵ 21 Martínez, Rodrigo y Fernández, Andrés, 2006.Op. Cit., p. 5.

razón se debe tratar la alimentación de los niños adecuadamente para que crezcan con una nutrición favorable.

4.4.5 MALNUTRICION / DESNUTRUCION

La malnutrición, o las condiciones físicas indeseables o de enfermedad que se relacionan con la nutrición, se pueden deber a comer muy poco, demasiado, o por una dieta desequilibrada que no contiene todos los nutrientes necesarios para un buen estado nutricional. En este libro el término malnutrición se limita a la desnutrición por falta de suficiente energía, proteína y micronutrientes para satisfacer las necesidades básicas del mantenimiento, crecimiento y desarrollo corporal.

Un prerrequisito esencial para prevenir la malnutrición en una comunidad es la disponibilidad adecuada de alimentos que permita satisfacer las necesidades nutricionales de todas las personas. Para que haya suficiente disponibilidad, debe haber una buena producción de alimentos o suficientes fondos a nivel nacional, local o familiar para comprar aquéllos que sean necesarios. La disponibilidad de los alimentos, sin embargo, es sólo parte de este cuadro. Se reconoce ahora que la malnutrición es apenas el signo visible, o los síntomas, de problemas mucho más profundos en la sociedad.⁶⁶

El consumo inadecuado de alimentos y la enfermedad, sobre todo las infecciones, son causa inmediata de la malnutrición. Es obvio que cada persona debe comer una cantidad suficiente de alimentos de buena calidad durante todo el año para satisfacer las necesidades nutricionales que requiere el mantenimiento corporal, el trabajo y la recreación, y para el crecimiento y el desarrollo en los niños. Del mismo modo, se debe estar capacitado para digerir, absorber y utilizar de modo efectivo los alimentos y los nutrientes. Las dietas insuficientes y la enfermedad, con frecuencia resultan de la inseguridad alimentaria en el hogar, de cuidados y hábitos alimentarios incorrectos, y de atención deficiente de la salud. Hoy se sabe que una buena nutrición depende del nivel satisfactorio de estos tres elementos.

Otros factores también pueden contribuir a la falta de disponibilidad o adecuación de los recursos en las familias afectadas. Cada comunidad o sociedad rural tiene ciertos recursos naturales o humanos al igual que cierto potencial de producción. Un sinnúmero de factores influyen sobre cuáles alimentos y en qué cantidad se producirán y cómo y quiénes los consumirán.

El uso eficiente de los recursos se puede ver afectado por restricciones económicas, sociales, políticas, técnicas, ecológicas, culturales y de otros tipos. También por falta de herramientas o entrenamiento para

⁶⁶ *Depósito de Documento de la FAO Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo*

utilizarlas y por insuficientes conocimientos, habilidades y destrezas para emplear los recursos. El contexto cultural es de especial importancia debido a su influencia, sobre todo a nivel local, respecto al uso de los recursos y la creación y mantenimiento de las instituciones.

La malnutrición se puede manifestar como un problema de salud y los profesionales de la salud ofrecen algunas respuestas, pero ellos solos no pueden solucionar el problema de la malnutrición. Se requiere de los técnicos agrícolas y con frecuencia de los profesionales de la agricultura, para que se produzca suficiente cantidad de alimentos y para que se haga una selección correcta de alimentos. Los educadores, formales y no formales, son necesarios para ayudar a la gente, especialmente a las mujeres, a lograr y mantener una buena nutrición. A fin de atacar la malnutrición, con frecuencia se requiere la contribución de profesionales en economía, desarrollo social, política, gobierno, de la fuerza laboral y otras muchas esferas.⁶⁷

4.4.5.1 MALNUTRICION PROTEINOENERGETICA

La malnutrición proteinoenergética (MPE) en los niños pequeños es en la actualidad el problema nutricional más importante en casi todos los países en Asia, América Latina, el Cercano Oriente y África. La carencia de energía es la causa principal. No hay cifras mundiales exactas sobre la prevalencia de MPE, pero los cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que la frecuencia de MPE en niños menores de cinco años en los países en desarrollo ha disminuido progresivamente de 42,6 por ciento en 1975, a 34,6 por ciento en 1995. Sin embargo, en algunas regiones esta disminución relativa no ha sido tan rápida como el aumento de la población; por lo tanto en algunas regiones, como África y el sudeste de Asia, el número total de niños desnutridos ha aumentado. En realidad, el número de niños con peso bajo en el mundo entero aumentó de 195 millones en 1975 a casi 200 millones a finales de 1994, lo que significa que más de una tercera parte de la población mundial menor de cinco años de edad está desnutrida.⁶⁸

Una falla en el crecimiento es la primera y la más importante manifestación de MPE. A menudo es el resultado de consumir muy pocos alimentos ricos en energía, y no es raro que esto se agrave a causa de infecciones. Un niño que tenga carencias en su crecimiento puede ser de menor estatura, o puede estar por debajo del peso de un niño de su edad, o puede ser más delgado de lo que corresponde a su altura.

⁶⁷*Depósito de Documento de la FAO Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo Parte III: Desórdenes de malnutrición. Capítulo 12 Malnutrición proteinoenergética*

⁶⁸*Ibid Depósito de Documento de la FAO Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo*

Hay tres condiciones necesarias para evitar la malnutrición o los problemas de crecimiento: disponibilidad y consumo de alimentos adecuados; buena salud y acceso a servicios médicos; y una atención y prácticas alimentarias adecuadas. Si falta una de ellas, el probable resultado es la MPE.

El término malnutrición proteinoenergética se incorporó a la literatura médica hace poco tiempo, pero el problema se conocía desde muchos años atrás. En las primeras publicaciones se le llamó con otros nombres, como desnutrición proteico-energética y deficiencia proteico-energética. El término MPE se emplea para describir una gama amplia de condiciones clínicas que van desde moderadas a graves. En un extremo del espectro, la MPE moderada se manifiesta principalmente por retardo en el crecimiento físico de los niños; y en el extremo opuesto, el kwashiorkor (caracterizado por la presencia de edema) y el marasmo nutricional (que se distingue por una aguda emaciación); en ambos casos se registran altas tasas de mortalidad.⁶⁹

El punto de vista actual consiste en que buena parte de la MPE se debe a un consumo inadecuado o a la mala utilización de alimentos y energía, no a carencia de un solo nutriente, ni tampoco a la falta de proteína alimentaria. También se acepta cada vez más que las infecciones contribuyen en forma importante a la MPE. Se sabe ahora que el marasmo nutricional predomina más que el kwashiorkor. No se sabe por qué un niño puede desarrollar un síndrome en oposición a otro, y ahora se acepta que estas dos formas clínicas de MPE constituyen apenas una punta pequeña del iceberg. En casi todas las poblaciones estudiadas en países pobres, la tasa de prevalencia combinada de kwashiorkor y marasmo nutricional es de 1 a 5 por ciento, mientras que del 30 al 70 por ciento de los niños hasta los cinco años manifiestan lo que ahora se llama MPE leve o moderada, que se diagnostica principalmente con base en mediciones antropométricas.

4.4.5.2 TIPOS DE DESNUTRUCION

Se calcula que 7,6 millones de niños menores de 5 años mueren cada año. Una tercera parte de estas muertes está relacionada con la desnutrición.⁷⁰ El índice de desnutrición se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños demasiado delgados o con las piernas hinchadas; y midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con unos estándares de referencia.

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

- Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.

⁶⁹ *Ibid Parte III: Desórdenes de malnutrición. Capítulo 12 Malnutrición proteinoenergética*

⁷⁰ *Levels & Trends in Child Mortality . Report 2011. UNICEF, OMS, BM, United Nations DESA. UNICEF*

- Pesa poco para su altura.
- Pesa menos de lo que le corresponde para su edad.

Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición.⁷¹

4.4.5.3. DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad.

Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre.

Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.

Método de cálculo:

La evaluación del estado nutricional se hace comparando la población en estudio con el patrón tipo establecido como población de referencia por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) del año 1977.

4.4.5.4 DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA

Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.⁷²

⁷¹ Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento LA DESNUTRICIÓN INFANTIL NOVIEMBRE 2011 UNICEF ESPAÑA

4.4.5.5 DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE O SEVERA

Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente.⁷³

4.4.5.6 CARENCIA DE VITAMINAS Y MINERALES

La desnutrición debida a la falta de vitaminas y minerales (micronutrientes) se puede manifestar de múltiples maneras. La fatiga, la reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad son sólo algunas de ellas. UNICEF Una nutrición adecuada tiene que incluir las vitaminas y minerales esenciales que necesita el organismo. Sus carencias están muy extendidas y son causa de distintas enfermedades.

VITAMINA A: Un niño que carece de esta vitamina es más propenso a las infecciones, que serán más graves y aumentarán el riesgo de mortalidad. Su falta aumenta el riesgo de ceguera. También produce daños en la piel, la boca, el estómago y el sistema respiratorio.

La administración de vitamina A reduce el riesgo de mortalidad por sarampión. Se estima que en poblaciones con deficiencia de esta vitamina, su administración puede reducir la mortalidad infantil por sarampión en un 50%, y la mortalidad por diarrea en un 40%. El riesgo de mortalidad infantil puede reducirse en un 23%. Las intervenciones en las que se basan estas cifras incluyeron el enriquecimiento de alimentos y la administración de suplementos orales

HIERRO Y ACIDO FOLICO: La deficiencia de hierro afecta a cerca del 25% de la población mundial. La falta de hierro puede causar anemia y reduce la capacidad mental y física. Durante el embarazo se asocia al nacimiento de bebés con bajo peso, partos prematuros, mortalidad materna y mortalidad fetal. La deficiencia de hierro durante la infancia reduce la capacidad de aprendizaje y el desarrollo motor, así como el crecimiento; también daña el sistema de defensa contra las infecciones. En los adultos disminuye la capacidad de trabajo. La mayor parte de las personas que sufre carencia de hierro son mujeres y niños en edad preescolar. La proporción más elevada de niños en edad preescolar con anemia

⁷² Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento LA DESNUTRICIÓN INFANTIL NOVIEMBRE 2011 UNICEF ESPAÑA

⁷³ Ibid pág. 11

se encuentra en África (68%). En un estudio realizado en Indonesia, se constata que la productividad laboral se incrementó en un 30% después de la administración de hierro a trabajadores con deficiencia de este mineral.⁷⁴

En cuanto al ácido fólico, es fundamental durante el embarazo, previene la anemia y las malformaciones congénitas, y fortalece el sistema inmunológico.

EL YODO: El yodo es fundamental para el buen funcionamiento del metabolismo. La deficiencia de yodo en una mujer embarazada puede tener efectos adversos sobre el desarrollo neurológico del feto, causando una disminución de sus funciones cognitivas. La deficiencia de yodo, la principal causa mundial de daño cerebral que se puede prevenir, provoca daños en el sistema nervioso. Puede alterar la habilidad de caminar de los niños, así como la audición y el desarrollo de capacidades intelectuales. Los niños que crecen con carencia de yodo tienen un coeficiente intelectual al menos 10 puntos inferior al de otros niños. En las regiones donde son frecuentes estos casos, el impacto sobre la economía es significativo. La deficiencia de yodo produce también un elevado número de muertes. La Convención sobre los Derechos del Niño establece el derecho de todos los niños a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. En su Artículo 6, establece que los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño. Por otra parte, en el año 2000, 189 países acordaron, en el marco de las Naciones Unidas, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Se trata de 8 objetivos desglosados en metas concretas y medibles que deben alcanzarse en 2015, con la finalidad de acabar con la pobreza y el hambre e impulsar el desarrollo humano. A pesar de ello, la desnutrición sigue siendo una de las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de millones de niños, así como para el progreso de sus países. La base del desarrollo humano implica tener cubiertas las necesidades básicas para sobrevivir, como se indica en la pirámide de la Teoría de la Motivación, de Maslow.

La malnutrición o asimilación deficiente de los alimentos por el organismo señala toda pérdida anormal de peso, padecimientos infecciosos, enfermedades localizadas y diversos síntomas, por lo general el niño mal alimentado subyace de múltiples orígenes, pero en nuestro medio son la pobreza, la ignorancia y el hambre. Para enfrentar este problema se requieren acciones de corto, mediano y largo plazo desde todos los sectores (economía, finanzas, educación, salud, entre otros) y que en conjunto actúen desde los diferentes niveles de causa las básicas y las que se consideren estructurales. El niño que padece esta afección se vuelve crónicamente descontento, contrastando con el buen humor y actitud para el

⁷⁴ Ibid pag 5 LA DESNUTRICIÓN INFANTIL NOVIEMBRE 2011 UNICEF ESPAÑA

juego, se presenta avance en edad pero las condiciones de peso van quedando atrás o penosamente estacionado.

La palabra desnutrición indica toda pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, se necesitan mayores nutrientes para poder desarrollarse en forma adecuada, promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria, provisión de vitaminas y minerales y la provisión de micronutrientes.

Durante la niñez, quien padece esta condición desarrolla un escaso crecimiento físico, mental y en la capacidad productiva, el desbalance entre la ingesta proteica y el gasto energético puede afectar la interacción biológica y fisiológica. En relación con lo expuesto la mala alimentación puede acarrear los primeros años de vida retardo en el crecimiento y en el desarrollo intelectual, en algunos casos puede ser lo suficientemente leve para no despertar síntomas o en el peor de los casos los daños pueden ser irreversibles.

4.4.6 PRIMERA INFANCIA

Conceptualmente el niño desde sus primeros años, sin importar los distinguos de edad, género, raza, etnia o estrato social, es definido como ser social activo y sujeto pleno de derechos. Es concebido como un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural en expansión. Asumir esta perspectiva conceptual de niño, tiene varias implicaciones en el momento de diseñar políticas públicas con y para ellos: al ser reconocido como ser en permanente evolución, posee una identidad específica que debe ser valorada y respetada como parte esencial de su desarrollo psíquico cultural. Al reconocer en el niño su papel activo en su proceso de desarrollo, se reconoce también que no es un agente pasivo sobre el cual recaen acciones, sino que es un sujeto que interactúa con sus capacidades actuales para que en la interacción, se consoliden y construyan otros nuevos.⁷⁵

Al reconocer al niño como sujeto en desarrollo, como sujeto biológico y sociocultural, debe aceptarse la incidencia de factores como el aporte ambiental, nutricional y de la salud, como fundamentos biológicos, y los contextos de socialización (familia, instituciones, comunidad) como fundamentos sociales y cultural es esenciales para su desarrollo. Por tanto, el desarrollo no puede disociarse de procesos biológicos

⁷⁵ Documento Conpes 110099 Social Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE PRIMERA INFANCIA "COLOMBIA POR LA PRIMERA INFANCIA" Ministerio de la Protección Social Ministerio de Educación Nacional Instituto Colombiano de Bienestar Familiar pág. 22

como la maduración y el crecimiento, ni de las dinámicas socioculturales, donde se dan las interacciones con otras personas y con el mundo social y cultural, propias del proceso de socialización. Dentro de esta concepción amplia del niño, la primera infancia es considerada como la etapa del ciclo vital que comprende el desarrollo de los niños y de las niñas, desde su gestación hasta los 6 años de vida. Es una etapa crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social. Además, de ser decisiva para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social.

Desde el nacimiento, el niño cuenta con capacidades físicas, psicológicas y sociales, que son el fundamento para el aprendizaje, la comunicación y la socialización, así como para el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias. El primer año de vida es definitivo para el crecimiento físico y el estado nutricional, así como para construir el vínculo afectivo con la madre, el padre o los cuidadores primarios. Durante los tres primeros años de vida, las células del cerebro crecen aceleradamente, proliferan las conexiones neuronales. Este desarrollo cerebral depende tanto del estado de salud y nutrición, como de la calidad de las relaciones con los demás y con el ambiente que le rodea.⁷⁶

Gran parte del desarrollo de los procesos cognitivos que fundamentan la inteligencia, ocurren antes de los siete años, igual sucede con los procesos socioemocionales que cimientan la calidad relacional del sujeto. Por su parte, el aporte básico de nutrientes se constituye en la base biológica que, en buena parte, sustenta el desarrollo psicológico y social. En consecuencia, las condiciones biológicas, ambientales y relacionales son necesarias, pero no son suficientes para lograr el desarrollo integral en la primera infancia. Las condiciones ambientales, las relacionales con los primeros agentes socializadores, marcan la pauta para el éxito o fracaso posteriores. Por tanto, “invertir” en la primera infancia, crea condiciones para transformar el desarrollo económico, social, cultural y político de un país.⁷⁷

En suma, existe evidencia abundante de los efectos de la buena nutrición durante la PI sobre el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial del individuo, que a su vez, tienen efectos sobre los logros educativos y los resultados en el mercado laboral incluyendo salarios. La evidencia tanto en países desarrollados como en países en desarrollo indica que la buena nutrición durante la niñez es un determinante fundamental del desempeño posterior del individuo durante la juventud y adultez.

Escobar (2008) reporta que en el caso Colombiano la probabilidad de que un niño presente desnutrición se incrementa cuando no está al cuidado de la madre, en especial cuando se encuentra bajo cuidado informal.⁸ Dado que la participación laboral femenina en Colombia es de alrededor de 48% es importante

⁷⁶ *Ibíd.* pág. 23

⁷⁷ *Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia, Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, Estrategia de 0 a Siempre,*

pensar en el tema de las intervenciones nutricionales a nivel de centros de cuidado infantil dados los resultados presentados en los párrafos anteriores. Adicionalmente, González et al. (2009) reportan que los niños nacidos en familias pobres tienen mayor riesgo de experimentar desnutrición, enfermedades y ambientes poco conducentes al aprendizaje, por lo cual las intervenciones de tipo nutricional son particularmente relevantes para ciertos grupos de población vulnerables.

4.4.6.1 INFANCIA

La concepción de infancia que se tuvo como referencia es la promulgada en la Ley de Infancia 1098. En su artículo N° 29 define la infancia como “La etapa del ciclo vital en la que se establece las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad” (2006; s.p.). Con ello se pretende reconocer que los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en: los tratados internacionales, en la Constitución Política Colombiana y en este código. La infancia es una etapa crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social.

Los estudios han demostrado que el trabajo realizado en esta etapa es decisivo para el buen desempeño y la adquisición de competencias necesarias para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social. La política educativa define la educación para la primera infancia como un proceso continuo y permanente de interacciones y relaciones sociales de calidad, oportunas y pertinentes que posibilitan a los niños y niñas potenciar sus capacidades y adquirir competencias para la vida en función de un desarrollo pleno como sujetos de derechos; así como, priorizar y concientizar a la familia y a la comunidad del papel que juegan en el desarrollo integral y de los derechos de los niños, reconociéndolo a él como sujeto de derecho, dándole la posibilidad desde ese momento de ser reconocido como ciudadano. Por lo tanto, la concepción de infancia cambia del carácter de ser una etapa inacabada a una acabada: se es infante y como tal hay que ser tratado.

La concepción de infancia es una construcción histórica y cultural que varía dependiendo del contexto, entendido éste como lugar y tiempo. Actualmente se hace necesario mirar cómo los agentes educativos la manejan, porque sobre ellos recae el papel protagónico en la formación de los niños y niñas. Es necesario reconocer los ajustes al concepto de infancia para darle la importancia y reconocer su carácter de conciencia social y la responsabilidad que se asume al trabajar con la infancia ⁷⁸

⁷⁸ Zona Próxima nº 11 (2009) págs. 86-101 Leonor Jaramillo *La política de primera infancia y las madres comunitarias Leonor Jaramillo zona próxima Revista del Instituto de Estudios en Educación Universidad del Norte nº 11 diciembre, 2009 issn 1657-2416*

4.4.6.2 INTERVENCIONES NUTRICIONALES DURANTE LA PINFANCIA Y EVIDENCIA

La literatura sugiere tres tipos de intervención para combatir la desnutrición: (1) Programas de provisión y/o complementación alimentaria en la PI, (2) Programas para reducir la prevalencia de anemia y deficiencias en vitaminas A, yodo y zinc, como la fortificación (suplementación) de ciertos alimentos y (3) programas de desparasitación en preescolares y colegios. Recientemente se han implementado además programas de transferencias condicionadas que requieren por un lado, asistencia escolar de los niños beneficiarios, y por otro lado, asistencia a controles de nutrición y salud con cierta regularidad.

Como se estableció en la sección anterior, los programas nutricionales durante la PI al mejorar el estado nutricional de los niños y niñas beneficiarios durante sus primeros años de vida tienen el gran potencial de cambiar directamente la probabilidad de asistencia escolar, la probabilidad de repitencia escolar, el logro escolar en número de años, el logro escolar en pruebas estandarizadas de conocimiento, la probabilidad de contraer enfermedades durante la niñez y la adultez, y los ingresos futuros .

Adicionalmente, al reducir la brecha en el estado nutricional entre niveles socioeconómicos, se disminuye también la disparidad en términos de ingresos laborales futuros⁷⁹. Alderman reporta evidencia que sugiere que las intervenciones nutricionales en niños de países menos desarrollados son más costo efectivas que en países desarrollados.⁸⁰ En Latinoamérica existen algunos programas de atención nutricional como tal (por ejemplo, el programa Desayunos Infantiles en Colombia pero en su gran mayoría se observa la atención nutricional como uno de los componentes de los programas de cuidado integral. Entre estos se cuentan el programa de Hogares Comunitarios de Bienestar en Colombia, programa Jardines Infantiles en Argentina, programa Hogares de Cuidado Diario en Venezuela, programa de Desarrollo Infantil (PDI) en Ecuador, programa Wawa Wasi en Perú, Proyecto Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) en Bolivia y Hogares Comunitarios en Guatemala. En la mayoría de los casos, el componente nutricional consiste en la provisión de un porcentaje de los requerimientos calóricos diarios del niño (alrededor del 70%) a través de desayuno, almuerzo y/o merienda dependiendo del programa y el país.⁸¹

No muchos de estos programas han sido formalmente evaluados y, por tanto, se sabe poco acerca de su efectividad a pesar de que los gobiernos, las instituciones multilaterales y otras organizaciones han asignado una cantidad creciente de recursos a dichos programas en varias regiones del mundo, y Latinoamérica en particular. En el caso del programa PIDI en Bolivia, Behrman, Cheng y Todd (2004)

⁷⁹ Alderman H and Behrman J.R. 2006. *Reducing the Incidence of low Birth Weight in Low-Income Countries Has Substantial Benefits*, *World Bank Research Observer* Vol. 21 1: 25-48

⁸⁰ Documentos CEDE JULIODE2010 20 *La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia* Raquel Bernal Adriana Camacho PAGINA 15

⁸¹ *Ibid* pag. 12

reportan que no se identifican efectos positivos estadísticamente significativos sobre las medidas antropométricas de los niños beneficiarios. Quisumbing y Ruel (2002) indican que los niños participantes en el programa Hogares Comunitarios en Guatemala mejoraron la ingesta de nutrientes esenciales como vitamina A, hierro y zinc. En particular, se reporta que los niños beneficiarios consumieron 20% más de energía, hierro y proteínas.⁸²

4.4.6.3 LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN EN LOS ENTORNOS DONDE SE DESARROLLA LA VIDA INFANTIL

1. Criterios para la calidad de la atención alimentaria y nutricional.

De acuerdo con el Ministerio de Educación y el ICBF se entiende la calidad de la alimentación y la nutrición relacionada con “los atributos y cualidades que el alimento debe cumplir para llenar expectativas de palatabilidad, nutricionales y de inocuidad”.

Los atributos de la calidad son las cualidades o propiedades más sustantivas de un producto, proceso o experiencia dados, que permiten obtener los resultados deseados y la satisfacción de las y los usuarios. Deben estar presentes en todas las acciones dispensadas a la primera infancia en los entornos donde se desarrolla su vida. Estos son: Pertinencia, Integralidad, Oportunidad, Seguridad y Continuidad de la atención.⁸³

Los criterios de calidad son puntos de referencia para establecer el nivel de bienestar y satisfacción de las personas en los diferentes procesos e instancias de atención. Permiten orientar sobre lo más importante de la atención alimentaria y nutricional en la primera infancia en los escenarios de su vida cotidiana. Tienen carácter global, a diferencia de los estándares cuya función precisa es direccionar, regular y controlar los servicios de atención, y adoptar medidas de mejoramiento continuo. Se definen teniendo en cuenta 17 los aspectos para la satisfacción de las y los usuarios de la atención relacionados con el personal (madres y familias, cuidadoras/es y personal que presta la atención, con los alimentos, y la gestión de procesos. Se definen cuatro criterios así:

1. Idoneidad del talento humano.
2. Inocuidad de los alimentos.
3. Suficiencia nutricional y calidad nutricional.

⁸² *Ibid pag. 15*

⁸³ *Resumen Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia. Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia pag 16*

4. Gestión de procesos.

4.4.6.4 LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN EN LOS ENTORNOS DONDE TRANSCURRE LA VIDA DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS.

Los entornos en donde transcurre la vida de las niñas y los niños: el hogar, las instituciones y el espacio público, deberán respetar los derechos de la primera infancia, las niñas y niños comen alimentos sabrosos, nutritivos y seguros, aprenden y construyen significados sobre la alimentación y la nutrición acompañados de adultos significativos que estimulan amorosamente su desarrollo en todo momento.

D. Indicadores de monitoreo y evaluación: medidas de progreso Los siguientes indicadores se utilizan corrientemente para el seguimiento y evaluación del estado nutricional de la primera infancia y de la situación de la seguridad alimentaria. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional – SISVAN recoge estos indicadores y les hace seguimiento con el propósito de priorizar acciones y asignar recursos.⁸⁴

1. Indicadores del estado nutricional de la primera infancia.

Hoy se acepta que los indicadores de bienestar de la niñez permiten predecir el nivel de desarrollo de un país con más veracidad que los indicadores macroeconómicos. En Colombia se distinguen los siguientes:

- Peso de las gestantes
- Bajo peso al nacer
- Desnutrición crónica en menores de cinco años
- Desnutrición global
- Desnutrición aguda
- Exceso de peso: sobre peso y obesidad
- Estado nutricional de micronutrientes
- Anemia por deficiencia de hierro
- Lactancia materna: lactancia exclusiva, lactancia continua, duración total de la lactancia
- Alimentación complementaria
- Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de cinco años
- Tasa de utilización de las Sales de Rehidratación Oral –SRO

⁸⁴ Resumen Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia. Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia página 17

- Mortalidad infantil (niñas y niños menores de un año).
- Mortalidad en la niñez (niñas y niños menores de cinco años)

2. Indicadores de la seguridad alimentaria.

De acuerdo con el CONPES 113 una situación de inseguridad alimentaria y nutricional se presenta cuando una persona es susceptible de padecer hambre y/o malnutrición, que puede tener origen en factores de oferta o de demanda. Así una persona está en inseguridad alimentaria cuando tiene problemas de disponibilidad (relacionados con la producción, la propiedad de la tierra, créditos, insumos), de acceso a una canasta básica de alimentos (relacionados con los precios de los alimentos, infraestructura comercial, salarios, nivel educativo de las personas, en especial de las mujeres), y de consumo (relacionados con los hábitos y comportamientos alimentarios, el nivel educativo y los servicios públicos de educación, salud y saneamiento básico). La inseguridad alimentaria se mide además por encuestas de percepción de los hogares acerca de su propia situación para adquirir los alimentos.

En conclusión, la vigilancia del derecho a la alimentación apunta a valorar sus dos dimensiones más indicativas: la situación de la seguridad alimentaria y el estado nutricional de la primera infancia. El alto nivel de cumplimiento de estos dos indicadores es la demostración expresa de que el Estado está realizando los máximos esfuerzos posibles para aplicar los recursos disponibles que aseguren el derecho a la alimentación de la primera infancia, lo que en términos concretos se debe traducir en óptima nutrición, bienestar y desarrollo, que como ha sido expuesto en estos lineamientos, tiene efectos positivos para las niñas y los niños desde los Cero años y para Siempre.⁸⁵

4.4.6.5 PRIMERA INFANCIA⁸⁶ Y FAMILIA⁸⁷

La política de primera infancia, parte de reconocer que uno de sus ejes fundamentales de formulación es la familia, porque: la Constitución Nacional y la tradición social consideran a la familia como la unidad básica de la sociedad. El Estado y la sociedad han delegado en ella la responsabilidad de satisfacer los derechos básicos de los individuos. El Estado y la sociedad admiten su corresponsabilidad en la garantía de tales derechos y, en esa medida, se supone que hay entre ellos relaciones complementarias y de cooperación. La familia es el contexto más

⁸⁵ *Ibid pag 17 Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia.*

⁸⁶ *Artículos 17, parágrafo y 29 Ley 1098 de 2006 “Código de la Infancia y la Adolescencia.”*

⁸⁷ *Artículo 42 y 44 Constitución Política; 7 y 9 Convención sobre los Derechos del Niño; 6 Código del Menor; 14, 22, 23, 38, 39 Ley 1098 de 2006 Código del la Infancia y la Adolescencia*

propicio para generar vínculos significativos, favorecer la socialización y estimular el desarrollo humano y, desde el punto de vista del Estado y de la sociedad, la familia es su capital social.⁸⁸

Las constantes tensiones en la relación familia, sociedad, Estado, marcan una ruta accidentada y poco equilibrada y se ubican en el centro de la dinámica social. Los lugares de abordaje de esta pueden ser múltiples y determinan miradas que, aunque a veces parecen contradictorias, en la mayoría de ocasiones son complementarias. Por tanto, no se puede eliminar ningún enfoque, so pena de simplificar y trivializar estas relaciones. Es necesario, abordar el tema desde miradas históricas, sociales, económicas, laborales, éticas, religiosas, psicológicas, educativas y culturales.

La relación entre Familia y Estado se ha ido modificando, en tanto aparecen múltiples instancias mediadoras como la escuela, los programas de bienestar social, las instituciones culturales, recreativas y de salud, y los medios de comunicación. Esto, en alguna medida ha debilitado la institución familiar y la coloca en situación de indefensión, sin recibir apoyo para cumplirlas pocas funciones que todavía se le asignan, paradójicas, todas ellas relacionadas con la política.

El Estado tiene la obligación de proteger a la familia y generar condiciones para garantizar sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales.⁸⁹ En este sentido, proponer una política de primera infancia exige el cumplimiento de dicha obligación por parte del Estado, que debe proveer las condiciones materiales, jurídicas, legales y la modificación de las relaciones entre las instituciones mediadoras y la familia, dado que es ella el escenario relacional donde se construye el niño como sujeto.

No obstante la dificultad que reviste aproximarse a un concepto de familia, como categoría analítica, ésta es considerada como una construcción histórica y cultural, por tanto cambiante, dinámica, heterogénea y flexible, de acuerdo con la realidad social donde se inscribe. De allí que no sea posible obtener una única definición de familia, ni hablar de “la familia”, más bien es oportuno referirse a las familias, dado que existen múltiples arreglos familiares en la sociedad.⁹⁰

⁸⁸ *Como capital social, la familia es un bien de la humanidad que coevoluciona con todos los sistemas presentes en el amplio contexto de la sociedad, sobre todo si en esas relaciones se le considera como una unidad activa en el interjuego social, se respeta su autonomía y se le concede el reconocimiento pleno de sus saberes y potencialidades, en función de la conservación de los individuos y de la sociedad. (ICBF, OIM y sinapsis 2006)*

⁸⁹ *Así se desprende de los predicados normativos de los artículos 5, 13, 15, 42, 43, 44, 45, 46, 47 de la Constitución Política y en similar sentido a la familia se le protege en varios tratados de Derechos Humanos entre ellos la CDN.*

⁹⁰ *El artículo 42 Superior, entre otros mandatos, establece que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizarán la protección integral de la familia*

4.4.6.6 DESARROLLO INFANTIL

La infancia temprana es el periodo de desarrollo más rápido en la vida humana. A pesar de que los niños se desarrollan individualmente a su propio ritmo, todos los niños pasan por secuencias identificables de cambio y desarrollo físico, cognitivo y emocional. El enfoque del Desarrollo Infantil Temprano se basa en el hecho comprobado de que los niños pequeños responden mejor cuando las personas que los cuidan usan técnicas diseñadas específicamente para fomentar y estimular el paso al siguiente nivel de desarrollo.

Tres aspectos caracterizan la concepción de desarrollo. En primer lugar, el desarrollo cognitivo, lingüístico, social y afectivo de los niños no es un proceso lineal. Por el contrario, se caracteriza por un funcionamiento irregular de avances y retrocesos. En segundo lugar, el desarrollo no tiene un principio definitivo y claro, es decir, no inicia desde cero. Y en tercer lugar, el desarrollo no parece tener una etapa final, en otras palabras, nunca concluye, siempre podría continuar. Estas tres características resultan fundamentales para la concepción que se propone sobre desarrollo y tienen diversos tipos de implicaciones.⁹¹

Nueva concepción del desarrollo

1. Se caracteriza por un funcionamiento irregular de avances y retrocesos.
2. No tiene un inicio definitivo y claro, es decir, no inicia desde cero.
3. No tiene una etapa final. En síntesis es necesario entender el desarrollo como un proceso de reorganizaciones, avances y retrocesos.

El desarrollo infantil y las competencias en la primera infancia

El desarrollo se concibe como un proceso de reconstrucción y reorganización permanente. Se abandona la idea de desarrollo como sucesión estable de etapas. No se concibe como un proceso lineal, sino caracterizado por ser irregular, de avances y retrocesos; que no tiene ni un principio definitivo y claro ni parece tener una etapa final, que nunca concluye, que siempre podría continuar.

Tres puntos resultan altamente neurálgicos frente a las concepciones tradicionales sobre el desarrollo y tienen diversos tipos de implicaciones:

⁹¹ Desarrollo infantil y competencias en la Primera Infancia Revolución educativa. Colombia aprende Ministerio de Educación Nacional Documento 10. Pág. 18

El desarrollo no es lineal: se reconoce la necesidad de abandonar la comprensión del desarrollo como una sucesión estable de etapas y avanzar más bien hacia la apropiación de un modelo de comprensión del funcionamiento cognitivo, entendido como un espacio en el que cohabitan comprensiones implícitas y explícitas. Nunca hay un final definitivo en el proceso del conocimiento. Siempre hay reorganizaciones que llevan a una transformación sin límites rígidos.

El desarrollo no empieza de cero: el desarrollo afectivo, social y cognitivo no se pueden pensar desde un punto cero inicial. No se trata de un comienzo definitivo, no se parte de cero. Siempre hay una base sobre la cual los procesos funcionan.

El desarrollo no tiene una etapa final: en el otro extremo se puede decir que nunca hay un final definitivo en el proceso del conocimiento. Siempre hay reorganizaciones que llevan a una transformación sin límites precisos.⁹²

Desarrollo Saludable

En abril de 1996 el Banco Mundial organizó una conferencia mundial que se realizó en Atlanta, Georgia, sobre el Desarrollo Infantil: Inversión en el Futuro. Representantes de gobiernos, organizaciones no-gubernamentales, fundaciones, el mundo académico y agencias multilaterales y bilaterales se reunieron para afirmar la importancia de promover un compromiso mundial más profundo con los derechos de los niños y responder a las necesidades de desarrollo de ellos.

Al final de la conferencia se definió la siguiente lista de necesidades básicas para el crecimiento de los niños, la cual fue respaldada por UNICEF, OMS y numerosas ONGs. Estos principios reconocen la importancia y el efecto conjunto (sinergia) del desarrollo físico, cognitivo y emocional.⁹³

Los esfuerzos para apoyar el desarrollo saludable del niño dependen de:

- una madre saludable que reciba adecuada alimentación, cuidado prenatal y atención a sus necesidades durante el embarazo
- un parto seguro, con apoyo y cuidado obstétrico apropiado
- lactancia materna inmediata y exclusiva para facilitar la interacción intensa y el vínculo madre-hijo
- introducción oportuna a la alimentación regular

⁹² *Desarrollo infantil y competencias en la Primera Infancia Revolución educativa. Colombia aprende Ministerio de Educación Nacional Documento 10. Pág. 16*

⁹³ <http://portal.oas.org/Default.aspx?tabid=1268&language=es-CO>

- cuidado preventivo y básico de la salud de manera oportuna y apropiada
- nutrición y micronutrientes apropiados
- interacción cuidadosa con la familia y otros adultos, incluyendo juegos apropiados para su edad
- protección contra accidentes y otros peligros ambientales, incluyendo el acceso a agua potable e instalaciones sanitarias
- interacción preescolar con compañeros de su edad, con cuidado adulto y supervisión adecuados, en un ambiente que conduzca al aprendizaje y al fomento de relaciones positivas con los compañeros
- matrícula oportuna en una escuela primaria para la adquisición de las habilidades propias de la edad
- acceso a salud básica preventiva y curativa
- nutrición apropiada desde la infancia

Todos los niños sin importar edad, género, raza, etnia o estrato social, tiene derecho a un pleno desarrollo en todos los aspectos (biológico, psicológico, cultural y social).

La primera infancia de los niños se considera la etapa del siglo vital que va desde su gestación hasta los seis años de vida.

La alimentación es primordial en esta de la vida, en el caso de Colombia de acuerdo a investigaciones las probabilidades de desnutrición de un niño se incrementa cuando el niño no está a cuidado de su madre, al igual que cuando el niño nace en familias pobres, por lo tanto para este tipo de casos los procesos de nutrición deben ser tratados con más relevancia.

Es importante reconocer que la primera infancia es la etapa más importante para el desarrollo de los niños teniendo en cuenta la conciencia social y la responsabilidad que debemos asumir para trabajar con ellos. La familia al igual que el estado juega un papel importante en la primera infancia, ya que el estado tiene la obligación de proteger a las familias y generar condiciones para garantizar sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales y las familias es el escenario relacional donde se construye el niño como sujeto.

4.5 MARCO LEGAL

Los hitos normativos y de política, internacionales y nacionales, en primera infancia, infancia y adolescencia, así como el marco normativo y de política en el ejercicio al derecho a la salud orientan el desarrollo de este apartado.

Empezando la década de los noventa (1990) Colombia se adhirió a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. El año siguiente, el Congreso de la República aprueba dicha Convención mediante la Ley 12 de 1991 y a su vez es incorporada en el marco de la Constitución Política de 1991 (artículo 44). En el año 2006 se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley estatutaria 1098), precisando que la protección integral de niñas, niños y adolescentes es una responsabilidad permanente y sostenible de la familia, la sociedad y el Estado. En el año 2011 se actualizó el lineamiento de política para el desarrollo de niñas, niños y adolescentes en los departamentos y municipios.

La política pública nacional de primera infancia (Conpes 109 de 2009 y Ley 1295 de 2009) tiene el propósito de promover el desarrollo integral de las niñas y los niños desde la gestación hasta cumplir los seis años de edad. De su parte, los objetivos de desarrollo del milenio han dado prioridad a la atención integral para la

Para la infancia, que comprende de los 6 a los 11 años, si bien el país tiene avances en materia normativa y de política conforme se mencionó, estos aún no se materializan en una sola política pública que logre armonizar las acciones de los diferentes sectores, a partir del enfoque de derechos, para garantizar efectivamente la atención integral.

En el caso de la adolescencia, que comprende de los 12 a los 17 años, ocurre algo similar que en la infancia, por lo que actualmente se avanza en el camino hacia la construcción de una ruta integral de atenciones a partir de la construcción de un acuerdo social en torno a las realizaciones, es decir a la materialización de las condiciones y estados que garanticen el ejercicio de los derechos de cada niña, niño y adolescente.

Es de resaltar, la expedición del Conpes 147 de 2012 dirigido a la prevención del embarazo en adolescentes y la promoción de proyectos de vida para niñas, niños y adolescentes de 6 a 19 años, que convoca la acción intersectorial para afectar los determinantes de esta compleja problemática social.

Pasando al marco normativo y de política en salud, es preciso plantear que la salud en Colombia de las niñas, los niños y adolescentes es un derecho fundamental, que al igual que los demás 43 derechos, prevalece sobre los derechos de los demás.

La atención integral en salud a la infancia y adolescencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene un marco normativo general que orienta sobre la estructura y las reformas del sistema (Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011) y las competencias de los actores en el mismo (Ley 715 de 2000 y Resolución 1443 de 2013).

La atención integral en salud y preferente a la infancia y adolescencia, la cobertura gratuita de medicamentos para la atención de discapacidad y enfermedades catastróficas para niños en los niveles de Sisben 1 a 3 y el restablecimiento de la salud en niños y adolescentes que han sido vulnerados quedaron contempladas en el marco de la Ley 1438 de 2011.

Así mismo el Acuerdo 029 de 2011 que actualizó el Plan Obligatorio de Salud (POS) estableció la posibilidad de acceso a la atención especializada en ginecología y pediatría sin remisión previa del médico general y definió los criterios para el acceso a coberturas esenciales en el POS para menores de 18 años. Igualmente se igualaron los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado para los menores de 18 años en el año 2010.

Complementando este Acuerdo, se expidió el Acuerdo 031 de 2012 que agrupó por ciclos vitales el contenido del POS para hacer claridad a los aseguradores en salud, así desde prenatal hasta 6 años; 6 a 14 años y 14 a 18 años.

En cuanto a la calidad de la atención en salud el país dispone del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Decreto 1011 de 2006) que comprende el sistema único de habilitación, el sistema único de acreditación (Resoluciones 1445 de 2006 y 3960 de 2008), el sistema de información para la calidad (Resolución 1446 de 2006) y la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención.

El sistema de garantía de calidad de la atención está acompañado de un conjunto de normas técnicas para las acciones de protección específica y detección temprana y guías de atención a las gestante, neonatos, niñas, niños y adolescentes, que han sido actualizadas en respuesta a la reciente evidencia científica para eventos en salud pública expedidas por las Resoluciones 412, 3384 de 2000, entre otros. Ver relación guías de práctica clínica en el Lineamiento de calidad y humanización de la atención. Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra actualizando las normas técnicas con el fin de armonizarlas con los contenidos propuestos por las guías , piloteando nuevos protocolos - atención de la adolescente gestante y desarrollando nuevas guías - atención de la enfermedades respiratoria aguda.

ARTICULO 44 CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la

recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.⁹⁴

ARTICULO 48 CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliara progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.⁹⁵

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

CIRCULAR 00018 DEL 18 DE FEBRERO DE 2004

Lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para Salud Pública.

LEY 1295 DE 6 ABRIL DE 2009⁹⁶

Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1,2 y 3 del sisben” **Objeto:** Contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y las niñas y niños menores de seis años, clasificados en los niveles 1, 2 Y 3 del SISBEN, de manera progresiva, a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud.

⁹⁴ <http://www.constitucioncolombia.com/indice.php>

⁹⁵ <http://www.constitucioncolombia.com/indice.php>

⁹⁶ <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/NormatividadC/Transparencia/AvanceJuridico>

DECRETO NUMERO 4875 DE 2011⁹⁷

Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia -AIPI- y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia.

ARTICULO 1o. COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA. Créase la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, que en adelante se denominará la Comisión.

ARTÍCULO 2o. OBJETO. La Comisión tendrá por objeto coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo esta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados.

ARTÍCULO 3o. INTEGRACIÓN. La Comisión estará integrada por:

1. Un delegado del Presidente de la República.
2. El Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, o su delegado.
3. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado que deberá ser un Viceministro.
4. El Ministro de Educación Nacional o su delegado que deberá ser un Viceministro.
5. El Ministro de Cultura o su delegado que será el Viceministro.
6. El Director General del Departamento Nacional de Planeación o su delegado, quien deberá pertenecer al nivel directivo de la entidad.
7. El Director del Departamento Administrativo de la Prosperidad Social o su delegado que deberá pertenecer al nivel directivo.
8. El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF o su delegado, quien deberá pertenecer al nivel directivo;

LEY 1098 DE 2006

Por el cual se expide el Código de la Infancia y Adolescencia. Finalidad. Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

⁹⁷ <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/Transparencia/AvanceJuridico>

RESOLUCION 3588 DE 2008 ⁹⁸

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Por la cual se aprueban los Lineamientos Técnicos para garantizar el derecho al desarrollo integral en la primera infancia. La directora general del instituto colombiano de bienestar familiar cecilia de la fuente de lleras En uso de las facultades legales y estatutarias establecidas en el Artículo 78 de la Ley 489 de 1998, el inciso 2° del artículo 2° del Decreto 3264 de 2002, la Ley 1098 de 2006 -Código de la Infancia y la Adolescencia- y demás normas concordantes y complementarias, y Aprobar los Lineamientos Técnicos para garantizar el derecho al desarrollo integral en la primera infancia, los cuales forman parte integral de la presente Resolución en 50 folios.

LEY 715 DE 2011

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

PRINCIPIOS GENERALES.

ARTÍCULO 1o. NATURALEZA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la presente ley.

LEY 1122 DE 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

⁹⁸ <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/Transparencia/AvanceJuridico>

LEY 7 DE 1979 ⁹⁹

Por la cual se dictan normas para la protección de la niñez, se establece el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se reorganiza el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones.

OBJETO DE ESTA LEY

ARTICULO 1o. La presente Ley tiene por objeto:

- a) Formular principios fundamentales para la protección de la niñez;
- b) Establecer el Sistema Nacional de Bienestar Familiar;
- c) Reorganizar el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

En consecuencia, a partir de su vigencia, todas las actividades vinculadas a la protección de la niñez y de la familia se regirán por las disposiciones de esta Ley.

LEY 1450 DE 2011

Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.

DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 1o. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO Y PLAN DE INVERSIONES 2011-2014. El Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014: Prosperidad para Todos, que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo consolidar la seguridad con la meta de alcanzar la paz, dar un gran salto de progreso social, lograr un dinamismo económico regional que permita desarrollo sostenible y crecimiento sostenido, más empleo formal y menor pobreza y, en definitiva, mayor prosperidad para toda la población.

DECRETO 936 DE 2013

Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se reglamenta el inciso primero del artículo 205 de la Ley 1098 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

DECRETA:

ARTÍCULO 1o. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN. El presente decreto tiene por objeto la reorganización del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, en cuanto se refiere a su integración y sus funciones, así como, desarrollar la función de articulación del Sistema Nacional de Bienestar Familiar a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con las entidades responsables de la garantía de los

⁹⁹ <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/Transparencia/AvanceJuridico>

derechos de niños, niñas y adolescentes, la prevención de su vulneración, la protección y el restablecimiento de los mismos, en los ámbitos nacional, departamental, distrital, municipal, como ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

El presente decreto se aplicará a todas las entidades del Estado que formulan, ejecutan y evalúan políticas públicas de infancia, adolescencia y familia y a todas las instituciones públicas o privadas que prestan el Servicio Público de Bienestar Familiar cuyo objeto sea el fortalecimiento familiar y la garantía, protección y restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como la prevención de su amenaza o vulneración, de acuerdo con lo establecido en las Leyes 7ª de 1979 y 1098 de 2006 y los Decretos números 2388 de 1979 y 1137 de 1999.

RESOLUCIÓN 5828 DE 2014

Por la cual se adoptan las políticas, planes y programas contenidos en “La Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia - Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión” elaborados por la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, y se aprueban los Manuales Operativos de Servicio de Educación inicial, cuidado y nutrición en las modalidades familiar e institucional.

ARTICULO 1o Adoptar las políticas, planes y programas contenidos en “La Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia - Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión” elaborados por la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, como Lineamiento para garantizar el derecho al desarrollo integral en la Primera Infancia.

ARTÍCULO 2o. Aprobar el “Manual Operativo Servicio de Educación Inicial, Cuidado y Nutrición en el Marco de la Atención Integral para la Primera Infancia - Modalidad Familiar” y el “Manual Servicio de Educación inicial, Cuidado y Nutrición, en el Marco de la Atención Integral para la Primera Infancia - Modalidad Institucional” los cuales definen las operaciones administrativas, conforme a los postulados contenidos en “La Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia - Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión”.¹⁰⁰

RESOLUCION 2003 DE 2014

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

¹⁰⁰ <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/Transparencia/AvanceJuridico>

OBJETO.

La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

LEY 1438 DE 2011

"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

DISPOSICIONES GENERALES

OBJETO DE LA LEY.

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.¹⁰¹

¹⁰¹ <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

5. GLOSARIO DE TERMINOS

- **Alimentación complementaria:** Uso de alimentos sólidos o semisólidos seguros, suficientes y adecuados a la edad, además de la leche materna o de preparaciones para lactantes. El proceso comienza cuando la leche materna o los preparados para lactantes ya no son suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del bebé. No se recomienda darles ningún alimento sólido, semisólido o blando a los bebés menores de seis meses de edad. En general se considera que el rango objetivo para la alimentación complementaria va de los 6 a los 23 meses.
- **Alimentación humana.** Conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.
- **Atención primaria.** Asistencia sanitaria elemental basada en métodos y tecnología apropiados, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación, con un costo que la comunidad y el país pueden soportar. Comprende actividades tales como promoción de la buena alimentación, abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico, asistencia materno-infantil, inmunizaciones, control de las enfermedades endémicas locales, educación para la salud, tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y suministro de medicamentos pertinentes.
- **Adecuada.** Acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.¹⁰²
- **Alimentación escolar:** Suministro de comidas o refrigerios a los escolares para mejorar su nutrición y promover la asistencia a la escuela.
- **Alimentos suplementarios listos para el consumo:** Productos especializados listos para consumir, fáciles de transportar y duraderos, disponibles en forma de pastas, cremas de untar o galletas, que satisfacen las necesidades de nutrientes suplementarios de las personas que no padecen desnutrición grave. Se usan cada vez más para el manejo de la desnutrición moderada aguda.

¹⁰² *Glosario de Nutrición. Un recurso para comunicadores. División de Comunicación Abril 2012*

- **Alimentos terapéuticos listos para el consumo:** Productos especializados listos para comer, fáciles de transportar y duraderos, disponibles en forma de pasta, crema de untar o galleta, usados bajo receta para tratar a los niños que padecen desnutrición aguda grave.
- **Anemia:** Caracterizada por la reducción de los niveles de hemoglobina o de los glóbulos rojos, que dificulta la llegada de oxígeno a los tejidos del organismo, la anemia es causada por la ingesta insuficiente o la malabsorción de hierro, folato, vitamina B12 y otros nutrientes. También es provocada por enfermedades infecciosas como la malaria, la infestación por anquilostoma y la esquistosomiasis, y enfermedades genéticas. Las mujeres y los niños son grupos de alto riesgo. Los signos clínicos comprenden cansancio, palidez, dificultad para respirar y cefalea.
- **Antropometría:** La antropometría es el uso de mediciones corporales como el peso, la estatura y el perímetro braquial, en combinación con la edad y el sexo, para evaluar el crecimiento o la falta de crecimiento.
- **Desnutrición aguda:** También llamada “emaciación”, la desnutrición aguda se caracteriza por un rápido deterioro del estado nutricional en un breve período. En los niños, puede medirse usando el índice nutricional de peso por estatura o el perímetro braquial. Existen diferentes grados de desnutrición aguda: la desnutrición aguda moderada y la desnutrición aguda grave.¹⁰³
- **Desnutrición aguda global:** La cantidad de niños de 6 a 59 meses de edad en una población dada que padecen desnutrición aguda moderada, más aquellos que padecen desnutrición aguda grave. (La palabra “global” no tiene un significado geográfico). Cuando la desnutrición aguda global es igual o mayor al 15 por ciento de la población, la Organización Mundial de la Salud define como “crítica” la situación alimentaria. En situaciones de emergencia, el estado nutricional de los niños de 6 a 59 meses también se usa para evaluar la salud de la población en general.
- **Desnutrición aguda grave:** Resultado de la deficiencia reciente (a corto plazo) de proteínas, energía, minerales y vitaminas que provocan la pérdida de tejido graso y muscular. La desnutrición aguda se presenta con emaciación (bajo peso para la estatura) y/o edema (retención de agua en los

¹⁰³ *Glosario de Nutrición. Un recurso para comunicadores. División de Comunicación Abril 2012*

tejidos). Para los niños de 6 a 60 meses, se define como la situación en que el peso para la estatura es inferior a menos tres desviaciones estándar del peso promedio para la estatura en la población de referencia, o un perímetro braquial inferior a 115 mm, o la presencia de edema nutricional o kwashiorkor marásmico.

- **Desnutrición aguda moderada:** Definida como un peso para la estatura de menos dos a menos tres desviaciones estándar del peso promedio para la estatura para la población de referencia.
- **Desnutrición crónica:** La desnutrición crónica, también llamada “retraso del crecimiento”, es una forma de deficiencia del crecimiento que se desarrolla a largo plazo. La nutrición inadecuada durante largos períodos (incluso la mala nutrición materna y malas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño), así como las infecciones reiteradas, pueden provocar retraso del crecimiento. En los niños, puede medirse usando el índice nutricional de estatura por edad
- **Encuesta sobre nutrición:** Encuesta para evaluar la gravedad, la extensión, la distribución y los determinantes de la malnutrición en una población dada. Las encuestas sobre nutrición en situaciones de emergencia evalúan la extensión de la desnutrición o estiman la cantidad de niños que podrían necesitar alimentación suplementaria o terapéutica u otro apoyo nutricional. Educación en Alimentación y Nutrición. Conjunto de experiencias de aprendizajes diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otras relacionadas con la de nutrición, conducentes a la salud y el bienestar. En este contexto, la actividad física es considerada una conducta de la nutrición.
- **Escuela promotora de Salud.** Comunidad educativa que programa y ejecuta en forma regular actividades curriculares y extracurriculares sobre tres o más condicionantes de la salud (actividad física, tabaco, factores psicosociales y ambientales) trabajando a lo menos con el 50% de los alumnos.
- **Enfermedades causadas por deficiencia de micronutrientes:** La deficiencia grave de micronutrientes por una ingesta de alimentos insuficiente, así como por la absorción insuficiente o la utilización subóptima de vitaminas y minerales, puede derivar en la aparición de signos clínicos y síntomas específicos. El escorbuto, el beriberi y la pelagra son ejemplos clásicos de enfermedades nutricionales.
- **Estrategia pública sobre nutrición:** Enfoque amplio, basado en la población, para abordar problemas nutricionales, que reconoce explícitamente las causas complejas y concomitantes de la

malnutrición, los diferentes tipos de intervenciones para abordar la nutrición, que varían desde el nivel individual al de población, así como los factores sociales, políticos y económicos en general que determinan el estado nutricional.

- **Índice nutricional:** Los diferentes índices nutricionales miden diferentes aspectos de la falta de crecimiento (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal) y por lo tanto tienen diferentes usos. Los principales índices nutricionales para los niños son el peso para la estatura, el perímetro braquial para la edad, el sexo para la estatura, la estatura para la edad, el peso para la edad, todos comparados con valores de una población de referencia. En situaciones de emergencia, la medida del peso para la estatura (emaciación) se usa comúnmente para la evaluación nutricional.
- **Macronutrientes:** Grasas, proteínas y carbohidratos necesarios para una amplia gama de funciones y procesos corporales.
- **Malnutrición:** Un término amplio que suele usarse como alternativa a “desnutrición”, pero que técnicamente también se refiere a la sobrenutrición. Las personas están malnutridas cuando su dieta no proporciona los nutrientes adecuados para su crecimiento o mantenimiento, o si no pueden utilizar plenamente los alimentos que ingieren debido a una enfermedad (desnutrición). También están malnutridas si consumen demasiadas calorías (sobrenutrición).
- **Malnutrición por deficiencia de micronutrientes:** Estado nutricional subóptimo provocado por la falta de ingestión, absorción o utilización de una o más vitaminas o minerales. La ingestión excesiva de algunos micronutrientes también puede provocar efectos adversos.
- **Micronutrientes:** Vitaminas y minerales esenciales que el organismo necesita en cantidades minúsculas durante todo el ciclo de vida.¹⁰⁴
- **Peso para la edad:** Un índice nutricional que mide la insuficiencia ponderal (o la emaciación y el retraso del crecimiento combinados).
- **Peso para la estatura:** Un índice nutricional que mide la desnutrición aguda o la emaciación.
- **Retraso del crecimiento:** Se define técnicamente como un valor inferior a menos dos desviaciones estándar del peso promedio para la estatura en una población de referencia. Véase desnutrición crónica.

¹⁰⁴ Glosario de Nutrición. Un recurso para comunicadores. División de Comunicación Abril 2012

- **Seguimiento y promoción del crecimiento:** Evaluación individual del crecimiento de los lactantes y niños pequeños a lo largo del tiempo, para prevenir y tratar deficiencias del crecimiento.
- **Seguridad alimentaria:** Acceso de todas las personas, en todo momento, a alimentos suficientes, seguros y nutritivos, para tener una vida saludable y activa. (Definición de la Cumbre Mundial de la Alimentación, 1996).
- **Tabúes alimentarios:** Alimentos que no se ingieren por razones culturales o religiosas.
- **Trastornos por deficiencia de yodo:** Una variedad de anomalías provocadas por la deficiencia de yodo, entre ellas la reducción del cociente intelectual (en promedio es una reducción del 10 al 15 por ciento), el bocio y el cretinismo.
- **Vigilancia de la nutrición:** La recolección periódica de información nutricional, usada para tomar decisiones sobre medidas y políticas que afectan a la nutrición. En situaciones de emergencia, la vigilancia nutricional forma parte de los sistemas de alerta temprana para medir cambios en el estado nutricional de distintas poblaciones a lo largo del tiempo, a fin de movilizar la preparación o respuesta apropiadas.
- **Vulnerabilidad:** Las características de una persona o grupo en términos de su capacidad de anticipar, afrontar, resistir y recuperarse del impacto de una catástrofe natural o provocada por los seres humanos.

6. DESARROLLO CAPITULOS

6.1 CAPITULO I

Verificar el cumplimiento del lineamiento técnico del Programa de Alimentación y Nutrición del Departamento Administrativo Distrital de Salud

La seguridad alimentaria es de máxima importancia para mejorar el estado nutricional de las personas que padecen hambre y desnutrición persistentes y de muchas que están en peligro de encontrarse en la misma situación. Por esto se hace necesario clarificar las cuestiones que intervienen en su consecución y contribuir a formular y adoptar políticas y medidas apropiadas para reforzarla en función, principalmente, del establecimiento de las medidas necesarias para garantizar el acceso de las familias a una cantidad suficiente y segura de alimentos para lo cual es necesario además tener presente el análisis de otros determinantes de la nutrición, indiscutiblemente relacionados a esta, como la salubridad, el saneamiento del medio ambiental y del hogar y la capacidad publica para atender a los miembros vulnerables de la sociedad.

La atención alimentaria para la buena nutrición de las niñas y niños ocurre primariamente en el hogar, por lo cual se halla relacionada en la Ruta con las atenciones de “Formación y acompañamiento a la familia”, indicando las acciones a emprender en el hogar, como la lactancia materna, la alimentación complementaria y los hábitos saludables, entre otras. Del mismo modo, se deben tener en cuenta las acciones alimentarias y nutricionales que se realizan como parte de las atenciones de “Promoción y acceso a la educación inicial y al cuidado” en los centros educativos y Centros de Desarrollo Infantil, al igual que las acciones que hacen parte de las atenciones para la “Promoción de ambientes adecuados y protegidos” y “Reconocimiento de la pertenencia a una etnia y una cultura”, que deben garantizarse en todos los escenarios donde transcurre la vida de la primera infancia, y finalmente, las acciones alimentarias incluidas en las atenciones de “Promoción y restablecimiento de derechos”, de competencia especial del Estado. Todas estas atenciones contribuyen en su conjunto al desarrollo integral de la niñez.

El programa de Alimentación y Nutrición que tiene como objeto contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población del Distrito de Cartagena a través de acciones multisectoriales en las áreas de salud, nutrición, alimentación, Educación, agricultura, comunicaciones, medio ambiente, y sus lineamientos van orientados a detectar en los niños y niñas algún tipo de malnutrición desde las IPS, hogar, comedores escolares, desayunos infantiles con amor. También se orienta desde antes del parto la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con Alimentación complementaria hasta los 2 años de edad, esto con enfoque comunitario para mejorar la nutrición de la población infantil con todas las iniciativas desarrolladas por el programa.

En el programa de alimentación y nutrición se encuentra el fortalecimiento del plan nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional.

Las acciones a realizar encontramos:

- ❖ Implementación del componente de la estrategia IAMI INTEGRAL
- ❖ Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los primeros dos años de vida
- ❖ Promoción de la alimentación saludable en la comunidad, instituciones educativas, servicios de salud, comedores, restaurantes públicos e instituciones de trabajo.
- ❖ Identificación y canalización de niños con algún grado de desnutrición a programas de recuperación nutricional.
- ❖ Seguimiento a niños identificados.
- ❖ Asistencias técnicas a instituciones que manejen programas de recuperación nutricional y lo relacionados con nutrición.

Según los lineamientos establecidos por el plan nacional de Implementación y Nutrición se debe realizar:

- ✓ Promoción y apoyo de prácticas apropiadas de alimentación complementaria y alimentación de la familia: significa orientar y apoyar a las madres, padres, familias y cuidadoras/es en la aplicación de los diez principios de alimentación recomendados por la OMS, en el fomento de la alimentación de la familia y en familia a partir del año de edad y en la construcción de hábitos y estilos de vida saludable. Estas acciones se realizan a través de las atenciones que se dan durante los procesos de formación a familias, en los servicios de salud durante los controles del crecimiento y el desarrollo, y en los centros educativos.
- ✓ Valoración nutricional: tiene como objetivos evaluar el crecimiento y el estado nutricional de las gestantes, las madres en lactancia y las niñas y niños menores de seis años, detectar signos de malnutrición, establecer la existencia de posibles riesgos de salud relacionados con el estado nutricional, establecer medidas terapéuticas, hacer recomendaciones dietarias y dar orientaciones para adoptar o modificar hábitos alimentarios. Se lleva a cabo en los servicios de salud durante los controles prenatales, los controles médicos en el curso de la lactancia materna y los controles de crecimiento y desarrollo infantil.
- ✓ Suplementación con micronutrientes: tiene como objeto prevenir o tratar las deficiencias de micronutrientes en la primera infancia, como la anemia de las gestantes y las niñas y niños menores de cinco años, o las deficiencias de vitamina A, zinc y calcio, conforme a lo establecido en las normas vigentes. La suplementación se suministra en los servicios de salud durante los

controles prenatales a las gestantes, a las madres en lactancia que estén desnutridas, y en el control de crecimiento y desarrollo infantil a las niñas y niños a partir de los seis meses y hasta los cinco años. Los servicios de salud pueden entregar micronutrientes en polvo para ser consumidos por los niños en el hogar disueltos en papillas o purés⁸⁶. En los casos de desnutrición infantil y emergencias por desastres naturales se dan alimentos complementarios fortificados. El yodo se suministra a través de la sal que en Colombia está fortificada con yodo y flúor.

- ✓ Monitoreo y control del crecimiento y el desarrollo: incluye de una parte, la valoración nutricional conforme a los patrones de Crecimiento de la OMS ya mencionados, y de otra, la valoración de los hitos del desarrollo infantil en las dimensiones corporal, cognitiva, lingüística, emocional y social, con el fin de hacer seguimiento al crecimiento y el desarrollo, detectar tempranamente alteraciones y dar atención oportuna, prioritaria y de calidad. La educación alimentaria para la promoción del peso saludable, la prevención y control del sobrepeso y la obesidad y el fomento de hábitos y estilos de vida saludable, debe acompañar siempre estas consultas. El monitoreo del crecimiento y el desarrollo hace parte de las atenciones que se dan en los servicios de salud, inicia a los siete días en la consulta del recién nacido y se realiza periódicamente al mes, a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses durante el primer año, luego cada seis meses hasta los cinco años. Óptimamente debe articularse con acciones de consejería y distribución de suplementos y/o alimentos complementarios para la población vulnerable.

OBSERVACIONES REALIZADAS POR EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Al llegar al Hogar Infantil Comunitario Santa Rita se evidenció que las Nutricionistas del Programa Alimentación y Nutrición del Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS, realizan los siguientes pasos:

1. inician con un monitoreo y control del crecimiento y desarrollo, en donde incluye de una parte, la valoración nutricional conforme a los patrones de Crecimiento de la OMS, y de otra, la valoración de los hitos del desarrollo infantil en las dimensiones corporal, cognitiva, lingüística, emocional y social, con el fin de hacer seguimiento al crecimiento y el desarrollo, detectar tempranamente alteraciones y dar atención oportuna, prioritaria y de calidad. Allí observan las carpetas de los niños y niñas que se encuentran en riesgo, bajo peso y sobrepeso; analizan las curvas realizadas por las Docentes jardineras del hogar Infantil a niños y niñas observando si son las adecuadas.
2. Luego al identificar los niños que se encuentran en riesgo, bajo peso y sobrepeso, son observados por las Nutricionistas y envían aviso orientando y apoyando a las madres, padres y/o

cuidadores notificando el estado nutricional de su hijo/a y promocionando las prácticas apropiadas para la alimentación saludable.

3. Seguidamente, se realiza charla de edu- entretenimiento en cada una de las aulas del Hogar promocionando el consumo de frutas y verduras, ya que los más pequeños suelen mostrarse reacios a consumir fruta. Sin embargo, se debe promocionar el consumo de todo tipo de frutas, ya que hay ciertas vitaminas o minerales que se encuentran en unas y no en otras. Al terminar con los niños y niñas, la profesional estimula a la Docente Jardinera a realizar muy seguido estas prácticas para crear un hábito en cada uno de sus alumnos.
4. Posteriormente, verifican el comedor infantil observando si están cumpliendo con los gramajes de la alimentación de niños y niñas estipulados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
5. Al culminar se observó que la nutricionista pide a la rectora del hogar Infantil convocar a todos los padres de familia para realizar Información, Educación y Comunicación para la promoción del peso saludable, la prevención y control del sobrepeso y la obesidad y el fomento de hábitos y estilos de vida saludable, condiciones que no pueden faltar para promover, proteger y apoyar prácticas apropiadas de alimentación para la nutrición y el desarrollo de la primera infancia en los entornos donde se desarrolla su vida: el hogar, los servicios de salud, los centro de desarrollo infantil y los espacios públicos, hacer recomendaciones dietarias y dar orientaciones para adoptar o modificar hábitos alimentarios.
6. Todo este proceso queda por escrito en un acta dada por el Departamento Administrativo Distrital de Salud a los profesionales como evidencia de la visita al Hogar Infantil, dejando copia a la Rectora.

Para concluir es importante verificar el cumplimiento del lineamiento técnico para dar herramientas que orienten las acciones en estos diversos entornos, desde una mirada integral e intersectorial de la gestión, con lo cual se espera complementar el énfasis en la seguridad alimentaria con los aspectos para promover el adecuado crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños en su periodo más crítico, y garantizar su alimentación y nutrición desde los Cero años y para Siempre.

Cabe mencionar, el fomento de los hábitos saludables se facilita con la educación alimentaria, una actividad que tiene como objetivo orientar a madres, padres, cuidadoras/es, profesionales y educadores en el uso razonable de alimentos saludables, nutritivos y en cantidad suficiente para cubrir las necesidades diarias, promover comportamientos alimentarios saludables y enseñar estrategias para lograrlos, en especial interacciones afectivas, oportunas y de calidad, establecer rutinas y tiempos de comidas consistentes y predecibles, y ofrecer alimentos balanceados y nutritivos en ambientes agradables. Además, la educación alimentaria permite fomentar patrones de consumo y comportamientos alimentarios que no presionen o amenacen los recursos del planeta, diversificar la dieta aprovechando la enorme variedad de alimentos locales y de cosecha, educar en la seguridad alimentaria y nutricional que

preserve la biodiversidad presente y futura y promover el respeto por los derechos de las personas y los derechos ambientales de todas y todos.

6.2 CAPITULO 2

Identificar los factores que intervienen en el seguimiento y control del programa.

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia (0 a 5 años) pueden ser devastadores y duraderos. Pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así la futura productividad en el trabajo. Dado que el retraso en el crecimiento ocurre casi exclusivamente durante el periodo intrauterino y en los 2 primeros años de vida, es importante que las intervenciones de prevención de la atrofia, la anemia o la xeroftalmia ocurran en la edad temprana.¹⁰⁵

La promoción de varias de varias practicas o guías permiten asegurar la alimentación adecuada y la prevención de las infecciones en niños, sin embargo varias de estas prácticas siguen ausentes en las políticas y programas actuales, notándose más bien un énfasis marcado en las políticas de la distribución de los recursos en el programa de alimentación y nutrición de la primera infancia o en la asignación cambiante del profesional que estaría a cargo del programa durante un periodo determinado. Consideramos que esta orientación, aunque sea importante, no alcanza a asegurar hábitos convenientes de la alimentación, consecuente a la falta de enfoque en la etapa crítica del crecimiento del menor de bajo peso o problemas nutricionales, y al inadecuado seguimiento y continuación de las intervenciones a los infantes durante su periodo de vida infantil.

En Colombia “El Nutricionista Dietista es un profesional con formación universitaria, actitud científica, crítica y analítica, compromiso social y capacidad de liderazgo que: Estudia, investiga y aplica la ciencia de los alimentos y la nutrición en la alimentación del ser humano Desarrolla, evalúa y participa en programas y servicios de alimentación y nutrición, con base en el análisis de los factores condicionantes de la problemática alimentaria y nutricional Contribuye al logro de una mejor calidad de vida de la población mediante la promoción de un adecuado estado de salud y nutrición, así como la prevención y tratamiento de las enfermedades relacionadas con alimentación y nutrición”¹⁰⁶. Los profesionales en

¹⁰⁵ Martorell, R. 1996. "Undernutrition During Pregnancy and Early Childhood and its Consequences for Behavioral Development." Ponencia preparada para la conferencia del Banco Mundial sobre el Desarrollo Infantil Temprano: *Invirtiendo en el Futuro (Early Child Development: Investing in the Future)*, 8 y 9 de abril de 1996.

¹⁰⁶ PERFIL Y COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL NUTRICIONISTA DIETISTA EN COLOMBIA -2013
D.C., diciembre, 2013

Bogotá

nutrición dentro del programa actúan bajo dos fundamentos importantes de atención, como la clínica y la comunitaria, en estas, el profesional desempeña funciones en instituciones de salud y de educación, en consultorios, y organizaciones públicas y privadas que desarrollan acciones relacionadas con la promoción de la salud y la nutrición, con la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de problemas nutricionales del individuo y la comunidad, en su línea de acción

- *Contribuye para que los sistemas culturales, ingresos y educación sean más sensibles a las necesidades nutricionales de la población,*
- *Brindar atención nutricional a individuos sanos y enfermos y a colectividades mediante, el diagnóstico del estado nutricional, la elaboración, planeación y evaluación del plan dietario,*
- *Orienta al individuo y a la familia sobre el plan dietario y formas de preparación de los alimentos,*
- *Participantes activas en la definición de las políticas y en el proceso de planeación, ejecución y evaluación de programas de alimentación y nutrición.*

Dentro del programa la oportunidad del servicio, permite que los beneficiarios obtengan de manera oportuna los alimentos y la ración establecida, con nutrientes, vitaminas y demás minerales que complementan el desarrollo y crecimiento. Este atributo es posible gracias a la planeación y ejecución del plan alimenticio dado por los profesionales en nutrición, garantizando la seguridad y bienestar de cada uno de los niños que integran el jardín.

El talento humano necesario para el buen ejercicio del programa de alimentación y nutrición del Hogar Comunitario Santa Rita, se convierte en un elemento importante en el desarrollo de múltiples funciones, que facilitan estilos de vida saludables a la población en general, sin olvidar que cada uno de los profesionales deben estudiar y considerar al paciente como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de conocer sus características ambientales, diagnosticar su estado de nutrición y adoptar las medidas tendientes a su conservación y recuperación, aplicando principios científicos, metodológicos y bioéticos que garanticen los intereses de la ciencia, los derechos de la persona, para protegerla del sufrimiento y mantener su integridad física, mental, social y moral. Así es posible garantizar el cumplimiento de uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, ideología y condición socioeconómica como es el goce del grado máximo de salud, bienestar y calidad de vida, todo ello gracias al uso de prescripciones de planes alimentarios y nutricionales en las primeras etapas del proceso vital (niños de 0 a 5 años) que respondan a las características fisiológicas teniendo en cuenta requerimientos y recomendaciones de energía y nutrientes, cultura alimentaria, y condiciones socioeconómicas.

Dicho lo anterior, la rotación del personal constituye uno de los principales factores que intervienen en la falta de control y seguimiento del programa, que dificulta en gran medida la correcta prevención y control

oportuno de las deficiencias nutricionales en los primeros 5 años de vida. El ingreso de nuevos profesionales (nutricionistas) al sistema, representa un quiebre en las intervenciones más importantes que generen valor nutricional necesario en algunos usuarios, porque los aspectos administrativos de contratación y ejecución del cargo, dificultan la entrega de datos específicos del usuario, su entorno familiar y contexto alimenticio, base de datos con información pertinente y de una historia clínica actualizada.

La distribución del personal para el desarrollo del programa se fundamenta en un contrato por prestación de servicios que tiene caducidad cada 4 a 6 meses aproximadamente, en los cuales deben existir de manera reglamentada 3 visitas de seguimiento al Hogar Infantil Comunitario Santa Rita durante la ejecución del contrato, con el fin de ejecutar actividades educativas para sensibilizar a madres y cuidadores de niños sobre la apropiación y aplicación de las guías alimentarias y hábitos alimentarios saludable y desarrollar acciones educativas dirigidas a familias con inadecuados patrones de alimentación e higiene que favorezca aprovechamiento de los alimentos, sin embargo, existe una brecha por cada cambio de contratación, forzando al personal cambiante en muchas ocasiones, a la apertura de nuevas historias clínicas o información alimenticia ya establecida con anterioridad. Por otra parte, observamos que la prevalencia del recurso humano que viene trabajando con anterioridad en el programa es cambiante, debido a la finalización de contrato por obra que determina número de informes y de visitas programadas durante un periodo determinado y lapsos de ejecución cortos, perdiendo la continuidad del servicio del programa en el seguimiento y control.

Se concluye entonces, que la realización de la prestación del servicio por parte del nutricionista, se cumple a cabalidad durante la asignación del tiempo dado en el contrato, con una valoración inicial y en la ejecución de 3 actividades o visitas que constituyen los resultados, pero cuando este tipo de contrato por obra o servicio determinado finaliza, para el personal nuevo o antiguo se concierne la realización de un nuevo servicio en el que debe disponer de tiempo para las capacitaciones, reeducación a los familiares, asesoría a las cuidadoras y empalme del manejo de las historias clínicas con autonomía y sustantividad propia dentro de la actividad designada en el programa, perdiendo una vez más la continuidad de cada proceso, lo que hace imposible efectuar seguimientos que el programa o los usuarios demanden, puesto que no son tenidos en cuenta como resultados dentro del contrato vigente y por la existencia de la presentación de actividades y resultados al término de cada periodo.

Las exigencias del programa frente al desarrollo de las funciones de cada profesional son claras, los nutricionistas deben fomentar los hábitos saludables que facilita con la educación alimentaria, el uso razonable de los alimentos, promover el comportamiento, establecer rutinas y tiempos de comidas y en la diversificación de la dieta aprovechando los recursos locales y de cosecha consistentes, orientar a las familias, cuidadoras, y educadores sobre la primera infancia en los derechos humanos, en especial a la

alimentación y al desarrollo integral de la primera infancia, promoción y apoyo de las practicas apropiadas de alimentación complementaria y de familia, valoración nutricional y monitoreo y control del desarrollo y crecimiento. Sin embargo, en las dos últimas acciones observamos que por el cambio del talento humano destinado para el desarrollo del programa planteado anteriormente, pueden tener una acción inadecuada en la educación alimentaria para la promoción de peso saludable, que deben estar siempre acompañadas de consultas y en la identificación temprana de alteraciones y en las recomendaciones dietarías, eventualmente por el número de visitas programadas que incurren en posibles riesgos de la salud relacionados con el estado nutricional.

Por otra parte, la insuficiencia de los recursos asignados para el programa constituyen el último factor que interviene en el seguimiento y control, dado que la programación anual determina la disponibilidad de los recursos y focalización de estos en marcados al personal que se debe contratar y a la ejecución de actividades de promoción y prevención en cada uno de los hogares comunitarios, actualmente se cuenta con 3 nutricionistas, una principalmente en la realización de acciones en IAMI comunitario (lactancia materna) y alimentación complementaria) conformación de redes comunitarias y de todas las actividades concernientes a la comunidad en cuanto a hábitos alimentarios, guías alimentarias, valoraciones nutricionales y otras dos de soporte para el apoyo al programa para la realización de tamizaje y valoración nutricional en población priorizada en el programa de nutrición, quienes a su vez efectúan programas en zonas rurales con equipo extramural o auxiliares de apoyo.

Por esta razón, se puede presentar de manera anual dificultad en la máxima eficiencia de focalización y uso de los recursos, aun cuando la prevalencia de desnutrición aguda que requiere atención institucionalizada no sea tan alta, las consecuencias para los niños son graves e incluyen riesgo de muerte. Por este motivo, la inversión actual para la identificación y tratamiento al no utilizarse de manera eficiente y oportuna genera vulnerabilidad en los niños más necesitados del programa de alimentación y nutrición para la primera infancia, especialmente en su funcionamiento, cobertura, con el seguimiento correcto a sus padres y la ejecución de acciones de mejora en la prevención de enfermedades y la nutrición saludable para favorecer en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil y desnutrición tanto en Colombia como en la región caribe.

Para terminar es necesario contar con un sistema de verificación de la integración de los servicios, para lograr vínculos directos entre las acciones de detección, y las acciones preventivas que ayuden en el crecimiento y desarrollo del niño de manera integral durante los primeros 5 años de vida.

6.3 CAPITULO 3

Determinar el cumplimiento del perfil y la efectividad del talento humano que lleva a cabo el Programa.

“El grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”, según Kane esta definición, determina el talento humano y la capacidad de un profesional de utilizar su buen juicio o sea de razonar para tomar decisiones, por esta razón la gestión del talento humano permite la organización del equipo interdisciplinario de la institución para asegurar un ambiente cálido, seguro y basado en relaciones respetuosas entre los niños, las niñas, adultos y familias pertenecientes al programa de alimentación y nutrición del Hogar comunitario Santa Rita.

Un talento humano calificado fomenta la participación activa de los niños y las niñas en procesos de tratamiento, re-educación y seguimiento de la salud y cuidado de esta; la idoneidad de este determina capacidades profesionales, técnicas y cualidades humanas de las personas responsables de los cuidados y la atención, incluidas tanto las madres, padres y cuidadoras/es como el personal profesional, técnico y de apoyo de las instituciones de salud y los Centros de Desarrollo Infantil para el manejo apropiado de todos los procesos de atención a la primera infancia y la comunicación con las familias y cuidadoras/es.

El proceso de selección del talento humano según la bibliografía administrativa, empieza con la definición del perfil del postulante, es decir, con la definición de las competencias o características que debe cumplir una persona para que pueda postular al puesto que estamos ofreciendo, determinado por las funciones, tareas y responsabilidades a ejercer en el cargo y la forma de diferenciación con otros. Posteriormente, ocurre la selección de personal que se conoce como una comparación entre las cualidades de cada candidato con las exigencias del cargo, y es una elección entre los candidatos comparados; para entonces, se hace necesario la aplicación de técnicas de selección de personal. La finalidad es disponer de los ocupantes adecuados a las necesidades de la institución y que puedan adquirir mayores conocimientos y habilidades.

El siguiente paso consiste en la búsqueda, reclutamiento o convocatoria de los postulantes que cumplan con las competencias o características que se requieran sin necesidad de que tengan que cumplir todas ellas, unas de las principales fuentes, formas o métodos a través de los cuales se puede buscar, reclutar o convocar postulantes: Anuncios, recomendaciones, agencias de empleo, consultoras en recursos humanos, prácticas y archivos o bases de datos. Una vez los postulantes sean identificados, se efectúa la evaluación con el fin de elegir entre todos el más idóneo para el puesto que se ofrece, esta etapa puede empezar con una pre-selección, a través de la revisión de curriculum que permitan descartar a los que no cumplan con el perfil, y una vez se considere el número adecuado, el procedimiento requiere de

una cita y evaluación con: entrevista preliminar, prueba de conocimiento, prueba psicológica, y por último entrevista final. Por último efectúa la selección y contratación del candidato más idóneo para seguir con la inducción y capacitación de las actividades para realizar durante el tiempo del contrato.

El programa de alimentación y nutrición de la primera infancia define el perfil dado por el lineamiento técnico, y constituye como requisito principal, la participación del nutricionista, mínimo con dos años de experiencia, que tenga la capacidad de cumplir con todo lo establecido según el programa una vez sea implementado, y que a la vez, desarrolle actividades que pueden estar dadas en la

- Promoción, protección y apoyo de prácticas apropiadas de alimentación y nutrición infantil acordes con los principios científico-técnicos de la alimentación y la nutrición
- Estrategias para favorecer comportamientos alimentarios saludables desde edades tempranas (reconocen las señales de hambre y saciedad, emplean estilos interactivos y perceptivos de alimentación, establecen tiempos de comida apropiados).
- Promueven la alimentación en familia.

Observamos que en la actualidad el Departamento Administrativo de salud (DADIS), para la selección del recurso humano del Programa Alimentación y Nutrición puede solicitar la selección de las personas que ya pertenecen al programa, cubrir un cargo o vacante con nuevos ingresos bajo el contrato por prestación de servicios. Cuando se presenta la necesidad del cargo (nutricionista), se considera, en algunas ocasiones la presencia del sesgo político, que se hace inminente bajo la recomendación de profesionales o personas, lo que impide en muchos casos la ejecución de los pasos necesarios en el proceso de selección del personal anteriormente nombrado, como la convocatoria, búsqueda en base de datos o archivos, agencias de empleo, pre selección, entrevistas preliminar, y pruebas de conocimiento o psicológicas.

Actualmente al descongelar las vacantes, existe la posibilidad de seleccionar al personal adecuado para responder a los objetivos institucionales y planes de gestión del programa. En el presente año, el perfil profesional cambia, instaurando la experiencia laboral de 2 años y además el curso IAMI integral.

La selección del personal está sustentada por los criterios específicos del programa como por los propios de la selección del personal que requiera ingresar a la institución, sin embargo y a pesar de que el número de pasos en el proceso de selección y su secuencia, varía no sólo con la organización sino con el tipo y nivel del puesto que deba ocuparse, con el costo de administrar la función particular en cada paso y con la efectividad del paso al eliminar a los candidatos no calificados, se presenta insuficiencia en la adecuada ejecución del proceso de selección, por el incumplimiento de las etapas o pasos que tienen como objetivo reclutar y seleccionar al personal más idóneo para la realización del puesto de trabajo (Nutricionista) y está segmentado en los siguientes pasos:

1. Etapa inicial: se determina con la disponibilidad de la vacante, definición de las características del personal deseado en cuanto a sus competencias, formación y la cantidad que se incorporará; no solo de la función de las necesidades que surgen del programa, sino se tiene en cuenta el presupuesto disponible para la contratación.

En esta etapa se define el nivel de formación de los postulantes, en donde se observa si los profesionales son idóneos para el cargo y si cumplen con los requisitos.

El perfil del Programa de Alimentación es ser Nutricionista Profesional con experiencia laboral de 2 años. Las hojas de vida de los postulantes, son analizadas por la líder de Programa de Alimentación y Nutrición y la Directora del Departamento Administrativo Distrital de Salud.

2. Etapa de planificación: definidos los cargos y los puestos a cubrirse en el Programa, son estudiadas las hojas de vidas y se eligen a las tres (3) Nutricionistas que se requieren para la ejecución de las actividades del Programa.
3. Etapa de incorporación: una vez seleccionados los profesionales se les pide actualizar la documentación presentada como son Contraloría, Procuraduría, seguridad social y antecedentes judiciales. Finalmente se realiza el contrato en donde está estipulada las actividades a realizar.

Además, se logró observar que el perfil no se respeta cuando se hace el proceso de selección del recurso humano, revisadas dos hojas de vida se identifican que existen los siguientes documentos, fotocopia del diploma de grado, tarjeta profesional, Rut, cursos o estudios realizados, actualizaciones y fotocopia de acta de grado que se ajustan al perfil dado por el programa, con relación a la otra hoja de vida pudimos darnos cuenta que no se cumple con la adherencia del programa, puesto que la postulante es docente en la cátedra de nutrición en la ciudad de Cartagena y se dedica a otros aspectos relacionados con la alimentación en diversas poblaciones y la última hoja de vida no logro ser observada porque se encuentra en archivo. Finalmente consideramos que para cumplir con la responsabilidad del cargo la selección del personal es necesario que se fundamente en decisiones claras, con técnicas lógicamente estructuradas, siguiendo un procedimiento científico que permita buscar nuevos candidatos y evaluar sus potencialidades físicas y mentales, así como su aptitud en el trabajo. Cabe resaltar, que uno de los aspectos fundamentales de este componente no incluye la formación continua del talento humano durante la ejecución del programa, limitando en muchas situaciones la actualización de políticas y estrategias de manejo dadas por el ministerio de salud con respecto a las prácticas de alimentación y nutrición infantil, o a las temáticas de la atención integral en las cuatro áreas de los derechos planteados por la estrategia de Cero a Siempre. Además se debería contemplar el fortalecimiento del componente pedagógico y el apoyo a la familia, para el cumplimiento de sus roles y funciones.

6.4 CAPITULO 4

La satisfacción al usuario se refiere a la relación entre paciente –servicio nutricional y usuario– administradores, lo anterior sumado a las buenas relaciones interpersonales, reconocimiento de las necesidades y sensibilización ante la enfermedad, contribuyen a la eficacia del servicio prestado en función de la alimentación y trastornos del crecimiento y desarrollo infantil. En efecto la satisfacción al usuario inicia, cuando se logra determinar las necesidades y expectativas de estos, adicional al esfuerzo del grupo interdisciplinario, administrativo y gerencial.

Este atributo es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa. La satisfacción depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas de este.

Después de todo esto, se podría decir que para el Programa de alimentación saludable las relaciones son importantes porque producen confianza, credibilidad y adherencia al proceso alimenticio, y se demuestran por medio del respeto, comprensión, apoyo y familiaridad.

Consideramos que para el programa la manera de escuchar y comunicarse debería constituir un aspecto sumamente importante, porque facilita el compromiso por parte del acudiente al cumplimiento de planes caseros y estrategias de alimentación familiar en casa. Por ejemplo, si no se trata bien o se informa adecuadamente al beneficiario, es probable que este no atienda las recomendaciones formuladas por los profesionales, o que no contribuya con otros aspectos al periodo de tratamiento porque se incomodó en algún momento por la forma como fue tratado. Por ende, los problemas de la dimensión de satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.

Este proyecto investigativo realizo una evaluación para conocer la satisfacción al usuario mediante la aplicación de encuestas; teniendo en cuenta lo anterior consideramos que era importante abarcar este atributo porque realizamos una encuesta el cual queríamos determinar el nivel de cumplimiento del programa en el Hogar Infantil Comunitario Santa Rita, siendo empleado a 107 padres de familia de niños y niñas que se benefician de él.

Las encuestas se aplicaron usando una modalidad de reunión de Padres de familia participativa. En la reunión se hizo una introducción general de la encuesta pertinente y del procedimiento a usar para contestarla. A continuación se contestaron preguntas de los participantes. Luego se comenzó el llenado de las encuestas en forma conjunta, pregunta por pregunta. Se leyeron las preguntas una a una, conversando el sentido que se les quería dar, escuchando los interrogantes que presentaban los participantes con respecto a sus conocimientos, explicando la relación entre los casos y las opciones del cuestionario y dejando que cada encargado contestara individualmente de acuerdo con su situación.

Con los diálogos que acompañaron a cada pregunta antes de su respuesta, se buscó uniformar el sentido de las preguntas. Los participantes fueron animados a hacer aclaraciones y comentarios a sus respuestas e incluso sugerencias, cuando fuera pertinente. Cuando una pregunta no resultaba relevante, como por ejemplo, cuando se preguntaba por si su niño se encuentra en riesgo o bajo peso y no los había, o sobre presupuesto cuando tampoco lo había, se solicitó a los encuestados no contestar la pregunta. La reunión tuvo una duración de una jornada, generalmente de 2 AM a 5 PM.

La encuesta tiene 8 preguntas. La escala de puntaje de la encuesta es la siguiente:

 = **muy satisfecho**: Se cumple a cabalidad con los protocolos, la atención y manejo del programa.

 = **satisfecho**: Se cumple con lo programado y se cubren expectativas del programa.

 = **Medianamente satisfecho**: Se cumple parcialmente con lo programado o establecido.

 = **Nada satisfecho**: No se tiene conocimiento del proceso o programa o no se da cumplimiento al ítem.

7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADOR
Cumplimiento del lineamiento técnico	Disponer de las condiciones reglamentarias para un servicio	1. Según estándar de lineamiento Técnico 2. Hábitos de Alimentación Saludable	Numero de ítems realizados / número de ítems establecidos por el lineamiento.
Factores que afectan la salud infantil	Quebranto o daño en la condición física, mental y social en la que se encuentre el ser humano.	1. Factores Culturales 2. Factores Socioeconómicos.	Número de personas que presentan problemas de salud/ total de personas que pertenecen al programa.
Capacidad del recurso humano	Recursos y actitudes presentes en un individuo para desempeñar una determinada tarea o actividad establecida	1. asistencial 2. Administrativo	Numero de técnicos que cuentan con el perfil / personas que están dentro del Programa.
Satisfacción de usuarios	Es la complacencia que obtiene el usuario por el servicio recibido	1. área 2. trato 3. comodidad	Número de usuarios satisfechos en la encuesta/ número total de personas encuestadas.

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo, cualitativo. El alcance de esta investigación es medir las variables de interés en su estado natural sin intervención ni modificación del comportamiento de las mismas, en el momento de la recolección de la información de los posibles riesgos que puedan afectar la evaluación de la calidad del programa de alimentación y nutrición de la primera infancia empleado en el Hogar Infantil Comunitario Santa Rita, en el primer semestre del 2014.

8.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población escogida para el presente estudio son el total de usuarios internos y externos atendidos en el programa de alimentación y nutrición del Hogar Infantil Comunitario Santa Rita en el primer semestre del 2014.

Se tomara como base registros de los clientes atendidos en el archivo histórico que reposa en el programa de alimentación y nutrición de departamento administrativo distrital de salud y en el Hogar

Infantil Santa Rita, durante el primer semestre del 2014. Para un total de 140 usuarios que se benefician de la Atención con del programa de Alimentación y Nutrición por parte del Dadis en el Hogar Infantil Santa Rita

La muestra corresponderá a la población total de pacientes N 140

8.3 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Los instrumentos a utilizar en esta investigación serán una encuesta de satisfacción a los usuarios externos e internos activos de la institución.

Para evaluar al personal encargado de monitorear, control y registro del programa se implantarán encuestas y método de observación con el propósito de verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos según el Lineamiento de Atención de la primera infancia.

8.4 PLAN DE RECOLECCIÓN, TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La recolección de esta información corresponderá al año 2014, una vez sea autorizado el permiso por el Dadis.

Para obtener información sobre el Programa de Alimentación y Nutrición de la primera infancia empleado en el Departamento Administrativo distrital de salud (Dadis) en la ciudad de Cartagena se realizara una encuesta de satisfacción a los usuarios beneficiarios del programa; de igual manera se realizara observación a los profesionales encargados para verificar el cumplimiento del perfil, metodología, competencia y asesorías de acompañamiento.

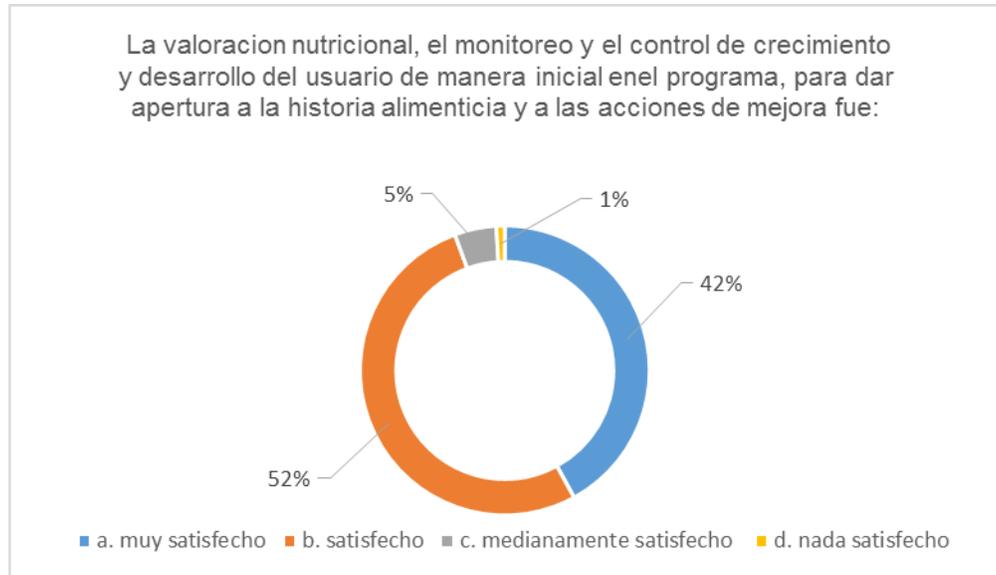
CUADRO 3.

VARIABLES	TECNICAS	INSTRUMENTOS	FUENTES
Cumplimiento del lineamiento técnico	Observación	Listado de Chequeo	Secundaria
Perfil profesional	Solicitud de información	Hoja de vida. Listado de selección	Secundaria
Conocimiento de la encuesta - Satisfacción de usuarios	Encuesta	Formato de Encuesta	Primaria

8.5 TABULACION Y ANALISIS DE LA ENCUESTA

Grafico 1.

Valoracion nutricional, monitoreo y control de crecimiento y desarrollo

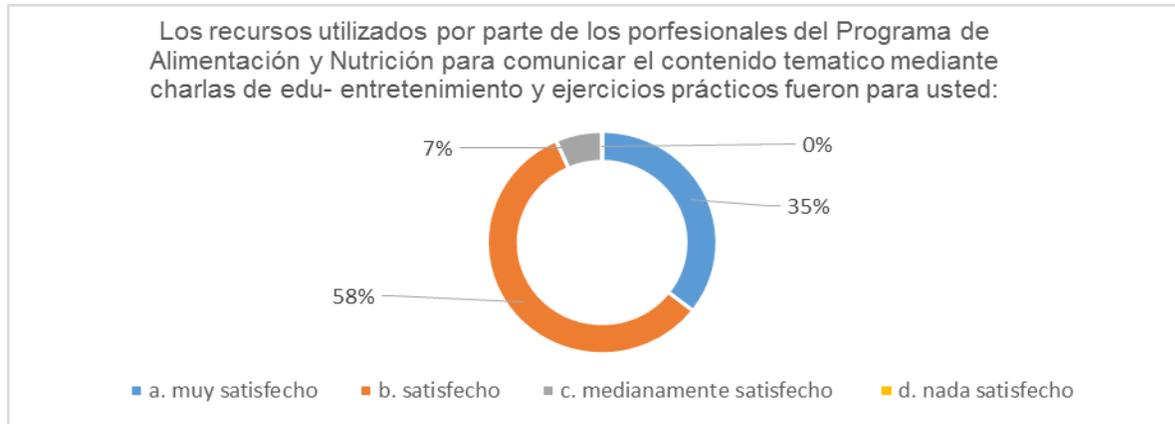


La percepción general sobre la valoración nutricional, monitoreo y control del crecimiento y desarrollo del usuario evaluado luce ser positiva. El gráfico 1 recoge las opiniones de los encuestados referente al contenido de la historia clínica para su respectiva apertura. El 52% se siente satisfecho, ya que la explicación del profesional fue adecuada y suficiente, con preguntas pertinentes relacionadas con el crecimiento y desarrollo, el 42% se sintió muy satisfecho, mientras que el 1% indica no sentirse nada satisfecho por las siguientes razones: desorganización y falta de claridad a la hora de realizar el examen de apertura.

Medianamente satisfecho comprende el 5% de la población encuestada, afirmando que la evaluación inicial careció de más contenido y mayor profundidad en los antecedentes alimenticios de cada menor teniendo en cuenta las consistencias y las edades en las que se incluyen nuevos alimentos en la dieta.

Grafico 2.

Recursos para comunicar el contenido tematico



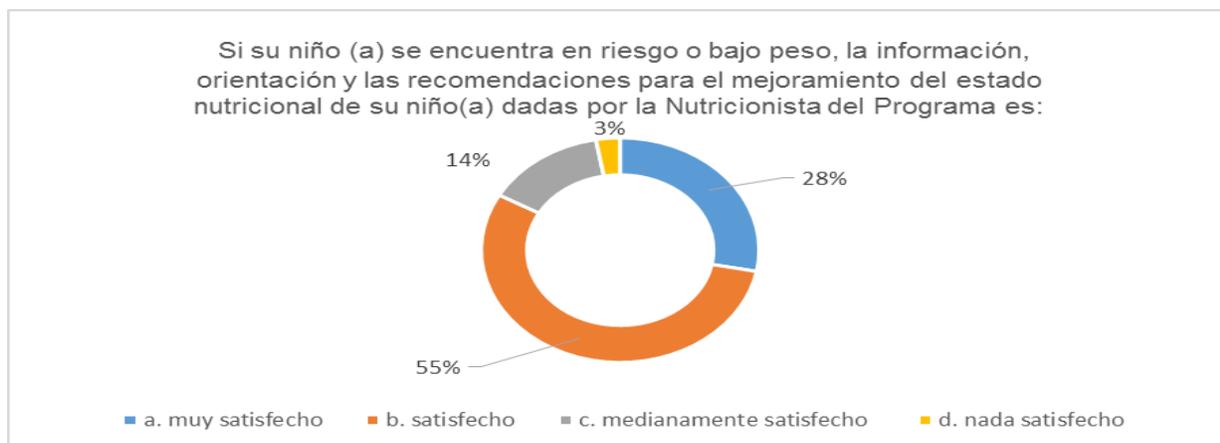
El grafico, muestra los resultados de las opiniones respecto a los recursos para comunicar el contenido temático: un 35% considera que si se dio a conocer por parte de los profesionales la ejecución de ejercicios prácticos, un 58% que representa la mayoría de los encuestados se siente satisfechos, por la información y las estrategias lúdicas que se emplean, como taller, juego y dinámicas.

Mientras que el 7% se siente medianamente satisfecho basándose en los siguientes supuestos:

- Charlas cortas y programadas con poca accesibilidad de horario
- No se programan con frecuencia
- Repetición del tema y rotación constante de las profesionales

Grafico 3.

Recomendaciones para el estado nutricional del menor

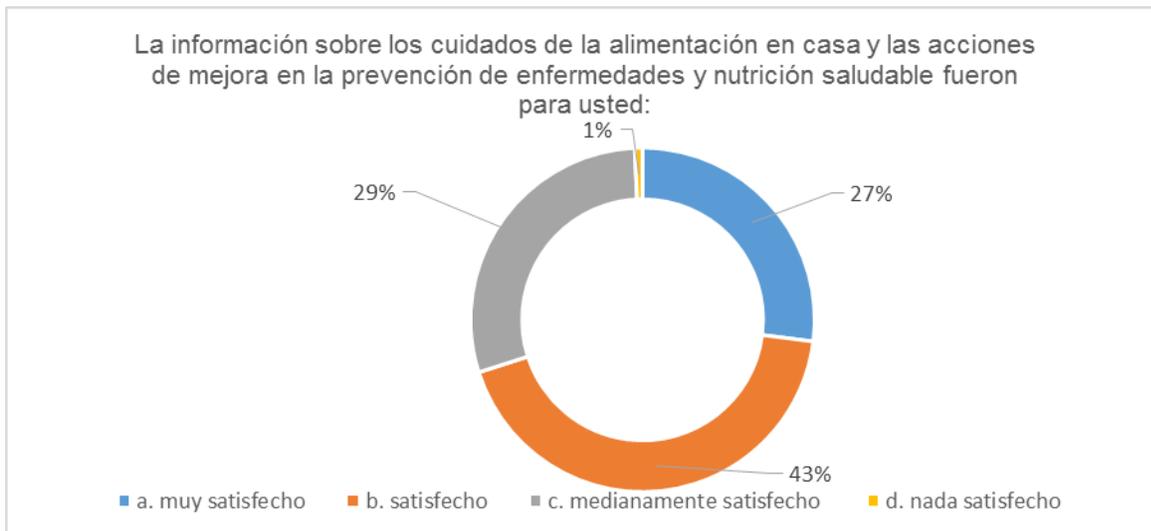


El 28% de los encuestados opina que las recomendaciones para el mejoramiento del estado nutricional de los niños aclaran y disminuye los problemas de bajo peso o riesgo de peso, el 55% considera que la información suministrada es adecuada, con parámetros y recomendaciones claras que ayudan a disminuir enfermedades nutricionales en el futuro.

El 14% cree que la información no es del todo impactante o adecuada para los niños que se encuentran en riesgo, porque debe existir una campaña masiva con mayor información, sobre todo en el jardín, y apoyarse siempre de folletos, revistas o flyers.

Grafico 4

Información sobre los cuidados de la alimentación

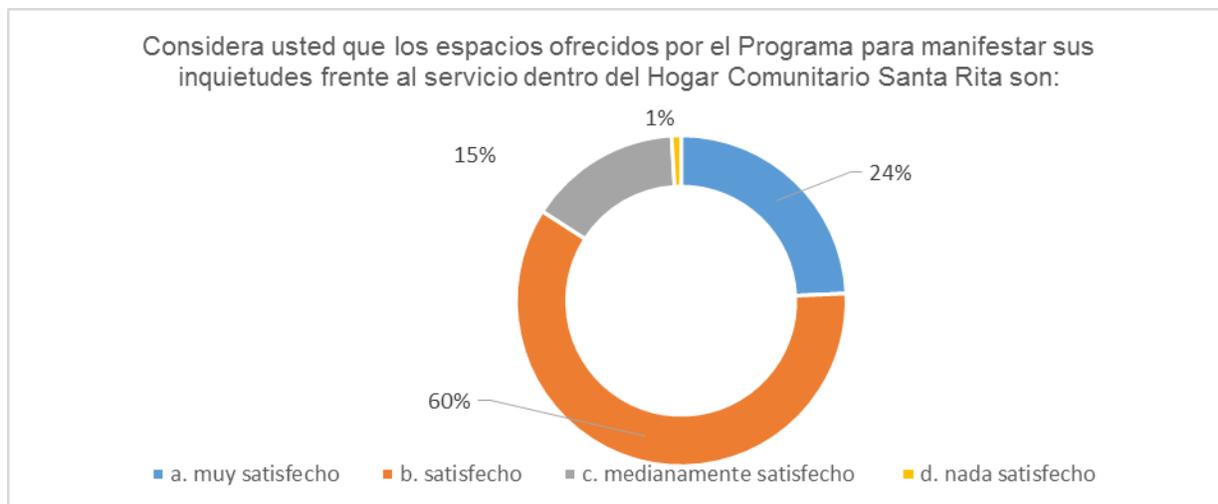


El grafico 4 indica que el 43% opina que la información sobre los cuidados de la alimentación en casa para la prevención de enfermedades, aporta claridad y estrategias para desarrollar, sin embargo el 29% cree que no se profundiza tanto en la proporción de nutrientes o vitaminas, se necesita también un adecuado seguimiento en casa con fichas de control o diseño de otras estrategias que produzcan mejores resultados.

Tan solo el 1% considera sentirse nada satisfecho con la información que se facilita y la utilización de las acciones de mejora.

Grafico 5.

Quejas e inquietudes

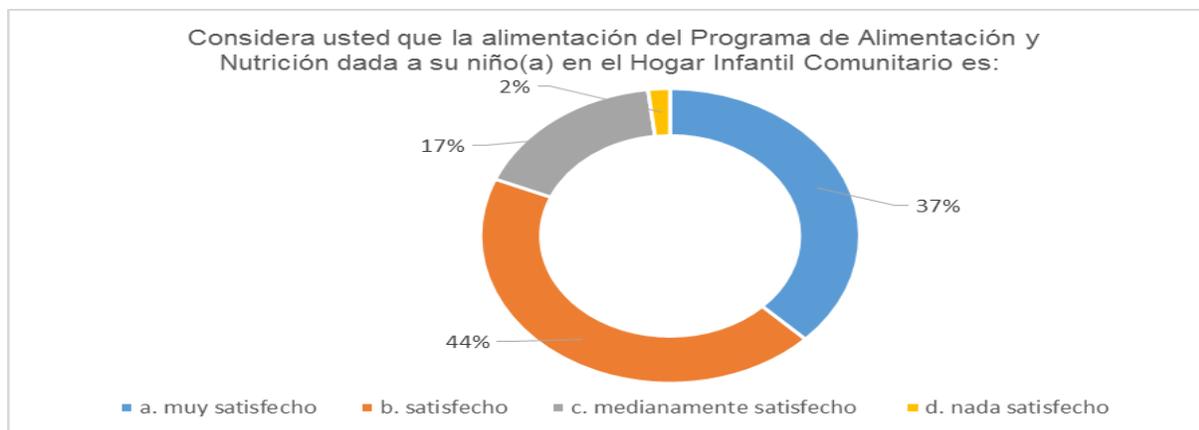


Como se muestra en el grafico 5, un 24% opina que se cuenta dentro del jardín con espacios adecuados para suministrar quejas o reclamos frente alguna irregularidad que se presente con respecto al programa, el 60% se siente satisfecho y considera que es accesible brindar sugerencias a las personas encargadas del programa cuando se realizan las actividades de retroalimentación y educación de la familia.

Los encuestados que se sienten medianamente satisfechos representan el 15% y afirman que las quejas deben ser para los coordinadores del programa y no tanto para las educadoras, lamentan la poca participación de las nutricionistas con mayor frecuencia para escuchar e identificar las quejas o las irregularidades que se presentan, sin embargo reciben información sobre el lugar o el proceso que deben realizar para dar a conocer sus inquietudes.

Grafico 6.

Alimentación del programa en el Hogar Infantil Comunitario

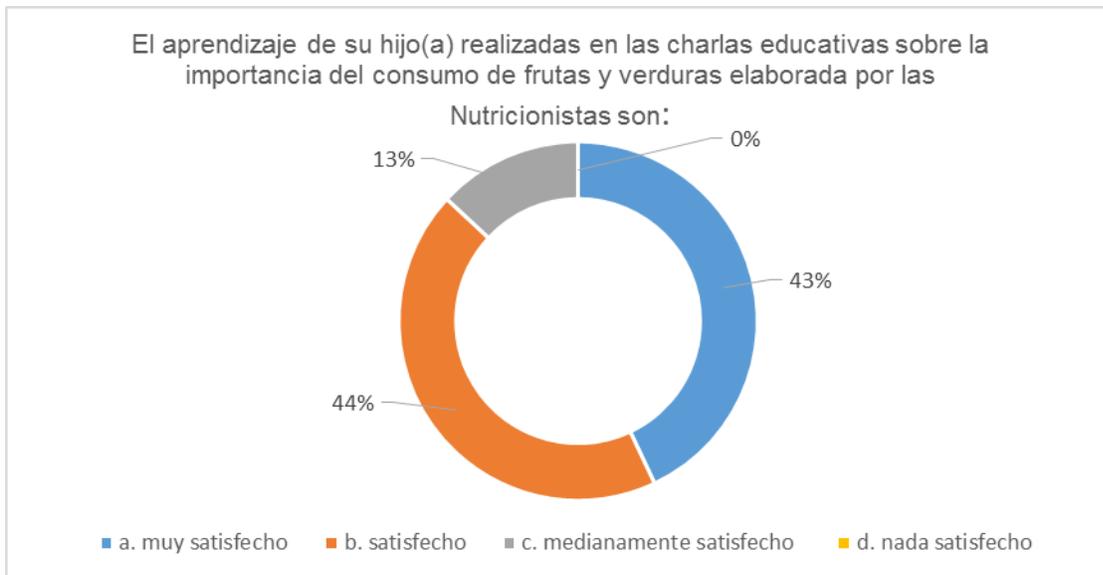


El 37% dice sentirse muy satisfechos con la ración alimenticia y el aporte vitamínico que recibe cada infante en el hogar, estos piensan que la función del nutricionista es adecuada para dirigir, organizar y adecuar las porciones y tipo de dieta según cada caso. El 44% se sienten satisfechos con avances en casa para la aceptación de algunos alimentos y legumbres.

Otros como el 17% se sienten medianamente satisfechos, reconocen que no tienen mucho conocimiento de la dieta, porque en ocasiones cambia sin notificación, o que las raciones alimenticias no son las adecuadas para los niños dependiendo de la edad y las condiciones en las que se encuentren, informan que el menú también debe ser variado y permitir el ingreso de otros alimentos para la exploración de sabores e incremento del cuadro alimenticio. Tan solo el 2% afirma no sentirse satisfecho porque no tienen gusto o porque no confían en la cocción o estado previo de los alimentos presentados en el jardín.

Grafico 7.

Aprendizaje en charlas educativas



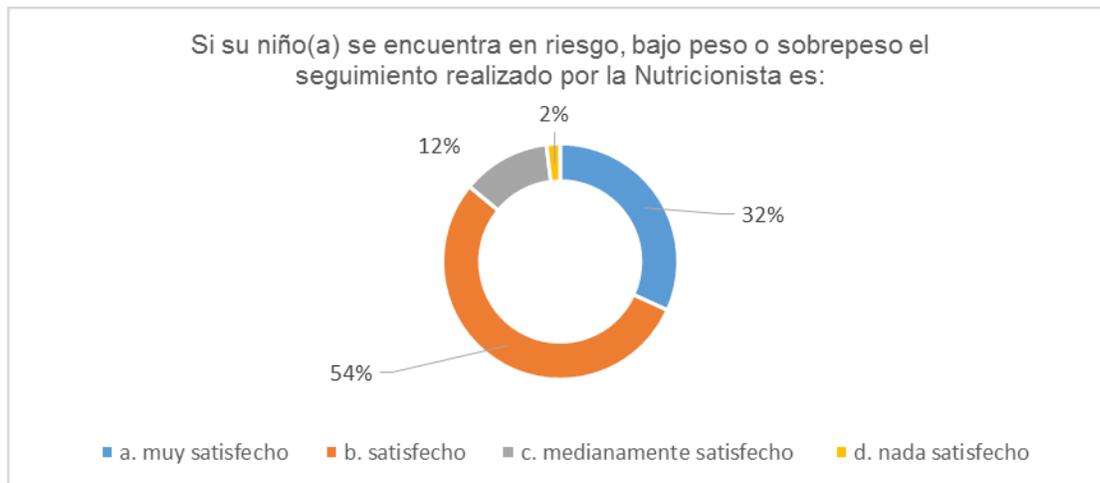
Como se muestra en el grafico 7, un 43% se sienten muy satisfechos con la aceptación de nuevos alimentos en el esquema nutricional de los menores, dando a conocer la importancia de las charlas y los temas que se desarrollan en ellas, el 44% se siente satisfecho con el aprendizaje de sus hijos, y con el manejo de frutas y verduras en casa, en diversas consistencias que aportan valores nutricionales y crecimiento físico.

Mientras que el 13% restante se sienten medianamente satisfecho porque afirman que no es constante las charlas educativas y carece de estrategias lúdicas o dinámicas para aquellos niños que no acepten

ciertos alimentos, además consideran que el esquema es amplio y se debe explorar los que mejor se adapten a la dieta y antecedentes de cada niño en situación de riesgo.

Grafico 8.

Seguimiento realizado por el nutricionista en población en riesgo



El 54% dice sentirse muy satisfechos con el seguimiento realizado por la nutricionista en niños con riesgo de bajo peso o sobrepeso, estos piensan que la ejecución de las actividades por parte del nutricionista es adecuado para prevenir casos graves. El 32% se sienten satisfechos con resultados obtenidos en el seguimiento para la población vulnerable.

Otros como el 12% se sienten medianamente satisfechos, reconocen que no tienen mucho conocimiento del control y seguimiento porque en ocasiones no son notificados adecuadamente. Tan solo el 2% afirma no sentirse satisfecho porque no tienen buenos resultados del seguimiento, por falta de control y cumplimiento de fechas

8.6 DIAGNOSTICO

La importancia del diagnóstico en la encuesta permite conocer la problemática para actuar con eficacia. Por tal razón, se convierte en uno de los pasos para un proceso de planeación en la medida que a través de él, se puede tener conocimiento real y concreto de la situación sobre la que se va a intervenir, teniendo en cuenta las acciones del programa para diseñar mejoras que permitan enfrentar las necesidades detectadas en la misma.

Se pudo evidenciar al desarrollar la encuesta, que en los acudientes existe desconocimiento de las actividades realizadas en el Hogar Infantil Comunitario, así como la inconformidad de la Alimentación suministrada. Seguidamente se da a conocer la valoración tras realizar el análisis de la encuesta.

- Charlas educativas cortas.
- Poca accesibilidad en el horario para la realización de charlas educativas.
- Las capacitaciones no se programan con frecuencia.
- Rotación constante de los Profesionales, por tal razón hay repetición de los temas.
- Escasa orientación al padre de familia para implementar una alimentación saludable en casa.
- Insuficiente seguimiento a la población de niños que se encuentran en riesgo o bajo peso.

9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

9.1 CRONOGRAMA

Se espera cumplir con lo siguiente:

DESCRIPCIÓN	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Inicio de asesoría de Trabajo de Grado												
Búsqueda y delimitación del tema de investigación												
Categorización de la información												
Presentación de la Propuesta de Investigación y revisión por parte del Dr William peña												
Correcciones a la Propuesta												
Asesorías para el desarrollo del anteproyecto												
Elaboración del marco teórico, metodología y aspectos administrativos												
Entrega de anteproyecto y correcciones												
Asesoría coordinador												
Elaboración de capítulos, correcciones												
Asesoría coordinación, aplicación de entrevistas y encuestas												
Ejecución del Proyecto de Investigación												
Entrega del Proyecto de investigación												

9.2 PRESUPUESTO

Se tiene planeado gastar en los rublos que se muestran:

PRESUPUESTO DE GASTOS PROYECTO			
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNITARIO	VALOR
1. PERSONAL			
1.1 Honorarios del Investigador	2	1.400.000	2.800.000
1.2 Asistente de Investigación	1	600.000	600.000
SUBTOTAL			3.400.000
2. EQUIPOS			
2.1 Computador	2	1.300.00	2.600.000
2,2 Internet	2	50.000	100.000
2.3 Impresora	1	150.000	150.000
SUBTOTAL			2.850.000
3. ÚTILES Y PAPELERÍA			
4.1 Papelería			
4.1.1 Carpetas	2	2.000	4.000
4.1.2 Resmas de papel	1	14.000	14.000
4.1.3 Bolígrafos	6 CAJAS	3.400	20.400
4.2 Fotocopias	240	60	14.400
4.3 Anillados	1	8.000	8.000
SUBTOTAL			60.400
4. VIAJES			
4.1 Viáticos	2	30.000	60.000
4.2 Transportes	2	18000	36.000
SUBTOTAL			96.000
5. BIBLIOGRAFIA			
5.1 textos	2	36.000	72.000
SUBTOTAL			72.000
SUMAN			000
IMPREVISTOS 10%			640640
TOTAL PRESUPUESTO			6.406.400

9.3 RECURSOS

En este sentido se cuenta con:

- RECURSO HUMANO: las dos participantes e investigadoras
- RECURSOS ECONÓMICOS: los valores definidos en el Presupuesto anterior
- RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS: libros de Texto y Enciclopedias de la Universidad
- RECURSOS TÉCNICOS: manejo de Word. Excell y bases de Datos de Internet

10. CONCLUSIONES

- El cumplimiento de los objetivos programados logra darse satisfactoriamente por parte del profesional al ejecutar sus funciones en el fomento de los hábitos alimenticios saludables, se debe tener en cuenta que existe una limitación para el seguimiento del programa, debido a la terminación de contratos, visitas programadas durante un periodo determinado, lapsos de ejecución cortos, rotación del personal y tiempo limitado, lo que hace difícil la continuidad del servicio en el seguimiento y control.
- Se debe resaltar que la selección del personal adecuado para responder a los objetivos institucionales y del programa, presenta incumplimiento en la ejecución por etapas, dejando una brecha entre el sesgo político y la capacidad técnica del recurso humano, el perfil del nutricionistas cumple con lo establecido por la norma al ejecutar promoción, protección y apoyo de prácticas apropiadas de alimentación y nutrición infantil.
- La capacitación es una necesidad, sin ella no tienen los Profesionales un sentido claro sobre sus responsabilidades o deberes así como la de satisfacer a los usuarios. Cabe destacar la falta de capacitaciones a las Nutricionistas, ya que al no recibir la actualización de la información, no desarrollan las habilidades necesarias para llevar a cabo sus tareas en su máximo potencial.

11. RECOMENDACIONES

El análisis por parte de los acudientes sobre como las actividades de nutrición y crecimiento, la competencia profesional del personal que las ejecuta y los planes de mejora que se instauran están respondiendo al crecimiento adecuado de sus hijos y representa un incentivo positivo para la institución. Sin embargo la ausencia de reuniones periódicas y la inconsistencia del personal a cargo, genera a otro grupo beneficiario, un concepto que va desde la inoperancia del programa hasta la falta de compromiso y seguimiento.

Lo probable es que los padres o acudientes mejoren el compromiso y la aplicación del programa en casa, elevando a su vez la participación comunitaria y el desarrollo de plan de mejora a nivel alimenticio considerando las siguientes recomendaciones

- Se recomienda el fortalecimiento técnico y financiero de las instituciones que promueven la salud y previenen la enfermedad o alteraciones en el proceso de alimentación de la población infantil para garantizar la calidad de vida y el desarrollo óptimo del aprendizaje.
- Articular a los profesionales (nuevos y antiguos) al término de cada contrato, la unificación de criterios, bases de datos, continuidad de los procesos y programas con el fin de lograr un impacto social y cumplir con los objetivos del plan de alimentación de la primera infancia.
- Se recomienda en caso de presentar dificultad para cumplir con los perfiles del talento humano establecido, llevar a cabo un comité técnico operativo para extender los contratos por obra labor dando prioridad a la continuidad de los procesos
- Conseguir un enfoque más participativo durante las charlas de alimentación y nutrición programadas en el Hogar Comunitario Santa Rita, en el que los acudientes tengan un auténtico sentido del programa y los beneficios que trae consigo y facilitar consejerías individuales
- Aprovechar el recurso humano y la creación estudios de actualización sobre crecimiento y nutrición infantil, que llevara solo a un mejor estado de los niños.

12. REVISION BIBLIOGRAFICA

- Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia, Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, Estrategia de 0 a Siempre, Pág. 7
- Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia, Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, Estrategia de 0 a Siempre, Pág. 9
- Estado de Avance de los objetivos de Desarrollo del milenio, Programa de las naciones unidas para el desarrollo del PDU, Bolívar Cartagena 2012. Pág. 122
- Comportamiento de los eventos bajo vigilancia epidemiológica. Capítulo 3.2, Oficina de Vigilancia Epidemiológica Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS, Bolívar Cartagena 2013. Pág. 81, 82.
- Martorell, R. 1996. "Undernutrition During Pregnancy and Early Childhood and its Consequences for Behavioral Development." Ponencia preparada para la conferencia del Banco Mundial sobre el Desarrollo Infantil Temprano: Invirtiendo en el Futuro (Early Child Development: Investing in the Future), 8 y 9 de abril de 1996.
- Sagan, C., A. Dryuyan.1994. "Literacy - The Path to a More Prosperous. Less Dangerous America." Parade Magazine, 6 de marzo de 1994
- Organización Panamericana de la Salud. Estudio sobre intervenciones alimentario nutricionales para poblaciones de bajos ingresos en Latinoamérica y el Caribe. Cuaderno técnico no. 21, Washington, D. C., 1990
- Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PNSAN) 2012-2019. PG 11
- Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. CONPES 113
<https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/php/decide.php?patron=03.01010201>
- Neufeld LM, Dominguez CP, Garcia A, Habich J. Significant dose-response of supplementation with micronutrient syrup, a fortified food or sprinkles on child length at 24 MO of age in Mexican children. Micronutrient Forum 2009, Beijing, China.
- Documento Conpes Social 109. Política Pública Nacional de Primera Infancia —Colombia por la Primera Infancia. Bogotá, DC., 3 de diciembre de 2007.
- Coordinación Académica Nutrición y Dietética. Documento de caracterización del programa. 2008.
- Beal V. A., 2006 Nutrición en el Ciclo de Vida. México: Editorial Limusa 1983
- Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia, Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, Estrategia de 0 a Siempre, p 34.
- Sandoval Shaik Olivia Dr. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia y vigorexia. España. Ed. Paidós

- Nutrición y Dietética, Trinidad García Arias; María del Camino García Fernández , Universidad de León, 2003 Editorial: Universidad de León
- Principios Básicos de La Salud VOL 1 Luz Leticia Elizondo
- Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo.
- Estado Nutricional de Alimentación y Condiciones de Salud de la Población desplazada por la violencia en seis subregiones del país informe final Bogotá.d.c., Diciembre de 2005
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud y la encuesta Nacional de Nutrición y Alimentación, 2005. PROFAMILIA e ICBF.
- Lineamientos y Estándares Técnicos de Calidad en los Servicios de Educación Inicial en Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá Secretaría Distrital de Integración Social, Dirección Poblacional Subdirección para la infancia, abril de 2009
- Resolución 2121 de junio de 2010 del Ministerio de la Protección Social
- Revista Panamericana de Salud Pública, 2007
- Silva E, Castellano A, Lovera D, Mosquera N, Navarro A., 2008
- Menegolla I, Drachler M, Rodrigues I, Schwingel L, Scapinello, Pedroso M. Leite J. Nutritional status and social determinants of child height in the Guarita Indigenous Territory, Southern Brazil. Cad. Saúde Pública. 2006 Feb; 22(2):395- 406.
- Bronner Y. Nutritional status outcomes for children:ethnic, cultural, and enviromental context. J Am Diet Assoc. 1996; 96: 891 – 900, 903.
- Pelletier DL, FrongilloBEAJr, Schroeder DG, Habicht J-P. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. Bull WHO 1995;73:443–8.
- A Joint Statement. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants. [Monografía en internet]. [Citada 22 Agosto 2009]. Disponible desde: [http://www.who.int/nutrition/publications/severe malnutrition/9789241598163_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/severe%20malnutrition/9789241598163_eng.pdf).
- Ibid A Joint Statement. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants. [Monografía en internet]
- [Citada 26 Octubre 2011]. Disponible desde:<http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/1732>.
- Fenn B, Penny M. Using the New World Health Organization Growth Standards: Differences from 3 countries. JPGN 46:316–321, 2008.
- Depósito de Documento de la FAO Producido por: Departamento de Agricultura Título: Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo
- Martínez, Rodrigo y Fernández, Andrés, 2006.Op. Cit., p. 5.

- Ibid Parte III: Desórdenes de malnutrición. Capítulo 12 Malnutrición proteinoenergética
- Levels & Trends in Child Mortality . Report 2011. UNICEF, OMS, BM, United Nations DESA.UNICEF
- Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento LA DESNUTRICIÓN INFANTIL NOVIEMBRE 2011 UNICEF ESPAÑA.
- Documento Conpes 110099 Social Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE PRIMERA INFANCIA “COLOMBIA POR LA PRIMERA INFANCIA” Ministerio de la Protección Social Ministerio de Educación Nacional Instituto Colombiano de Bienestar Familiar pág. 22
- Zona Próxima nº 11 (2009) págs. 86-101 Leonor Jaramillo La política de primera infancia y las madres comunitarias Leonor Jaramillo zona próxima Revista del Instituto de Estudios en Educación Universidad del Norte nº 11 diciembre, 2009 issn 1657-2416
- Documentos CEDE JULIODE2010 20 La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia RaquelBernal Adriana Camacho PAGINA 15
- Ibid pag 17 Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia.
- Artículos 17, parágrafo y 29 Ley 1098 de 2006 “Código de la Infancia y la Adolescencia.”
- Artículo 42 y 44 Constitución Política; 7 y 9 Convención sobre los Derechos del Niño; 6 Código del Menor; 14, 22, 23, 38, 39 Ley 1098 de 2006 Código del la Infancia y la Adolescencia.
- Desarrollo infantil y competencias en la Primera Infancia Revolución educativa. Colombia aprende Ministerio de Educación Nacional Documento 10. Pág. 18
- Araya H, Vera G, Zacarias I. Etiquetado Nutricional en la promoción de una alimentación saludable. En: Guías de alimentación para la población chilena. Castillo C, Uauy R, Atalah E, eds. Santiago. 1997.
- FAO. Guías para la gestión municipal de programa de seguridad alimentaria y nutrición. Santiago, Chile. 2001. <http://www.rlc.fao.org/prior/segalim/docs/htm>.
- Glosario de Nutrición. Un recurso para comunicadores. División de Comunicación Abril 2012
- Páginas en internet
- <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
- <http://portal.oas.org/Default.aspx?tabid=1268&language=es-CO>
- <http://www.constitucioncolombia.com/indice.php>

- <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/Transparencia/AvanceJuridico>
- <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
- http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf
- <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/glosario.htm>