

pyp

Publicación Digital de Educación para la Salud
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social
Año 2. No 8. Octubre de 2014

- Salud mental infantil
Apego, vínculo, juego y arte,
una apuesta por la salud mental infantil
- Salud visual
Esté atento si nota disminución
de la visión
- El contenido de fruta en los jugos
Revise la etiqueta
- Nueva política para Colombia
Sexualidad, Derechos Sexuales y
Derechos Reproductivos



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

Coordinación y redacción
RICARDO ÁNGEL URQUIJO
Educación para la Salud.

Diseño y Diagramación:
Rodrigo A. Durán Bahamón.

Corrección de estilo:
Ricardo Amórtegui.

Fotografía:
Archivo MinSalud
Rodrigo A. Durán Bahamón
Photl - Stock Photography

2014

*



Publicación Digital de Educación para la Salud
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social
Año 2. No 8. Octubre de 2014

Editorial

Bienvenido a esta edición de **pp**, el medio virtual de la Dirección de Promoción y Prevención donde destacamos los temas que se trabajan desde los diferentes grupos.

Los lazos afectivos que se crean desde el nacimiento de niños y niñas son la base para el desarrollo de vínculos posteriores durante su curso de vida; y si se agregan el juego y el arte, dará como resultado un mayor afianzamiento de las bases de su salud mental, pues durante los primeros años de vida se representan sus medios de socialización, de expresión de sentimientos y de emociones. Les contamos cómo es el desarrollo de habilidades durante la primera infancia.

El mercado ofrece bebidas con fruta pero en ocasiones no sabemos qué cantidad contienen, tampoco si es un néctar, un refresco o una bebida. Le contamos cuáles son las diferencias y los contenidos de fruta que debe tener cada uno.

El bajo rendimiento escolar de niños y niñas, la falta de concentración y las dificultades para ver de lejos, caminar o escribir pueden ser consecuencia de una baja visión, tema al que se le debe prestar mucha atención para evitar secuelas graves que lo puedan llevar incluso a la ceguera.

Después de diez años de contar con la Política de Salud Sexual y Reproductiva se presentó la Política de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, la cual da un gran avance al repensar la sexualidad no como una condición que se asocia exclusivamente a enfermedades o eventos negativos, sino como una condición propia de cada ser humano y está acorde con las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Conozca datos de la actualización y su contenido.

Envíenos sus sugerencias y comentarios a los siguientes correos electrónicos:
rangel@minsalud.gov.co y/o rduran@minsalud.gov.co

Dirección de Promoción y Prevención



Apego, vínculo, juego y arte, una apuesta por la salud mental infantil

Artículo elaborado con la colaboración de María Lucía Mesa Rubio, del Grupo Convivencia Social y Ciudadanía del Ministerio de Salud y Protección Social



Las adecuadas condiciones de salud mental y física que tengan los niños y niñas durante su etapa de crecimiento son la base para la construcción de condiciones favorables para las siguientes etapas del curso de su vida; factores que incluso se dan previamente a la gestación, ya que si las mujeres tienen una adecuada nutrición, planean cuándo tener sus hijos, si están tranquilas y apoyadas por las personas e instituciones de su entorno, disponen de condiciones y conocimientos

básicos para criar y si cuentan con una buena alimentación durante la gestación, transmitirán a sus bebés estados más favorables para su desarrollo mental y físico.

Por el contrario, si los entornos son agresivos, emocionalmente les producirán dolor y sufrimiento a los niños y niñas, ▶

ya que los actos violentos provienen, en la mayoría de los casos, de quienes deben cuidarlos o tienen vínculos afectivos.

Al nacer, el primer acercamiento vincular de niños y niñas debe ser de afecto, respeto y confianza, esto les marcará la pauta para el establecimiento de vínculos posteriores; más adelante, el juego y el arte serán actividades que les van a ayudar a construir las bases de su salud mental, pues en esta etapa de su vida, representan uno de los principales medios de socialización ya que a través de la lúdica expresan emociones y sentimientos, se ejemplifica la vida cotidiana, se transmiten valores y modelos de comportamiento y se inventan nuevas formas de vida.

El juego es un derecho fundamental y una actividad natural en la niñez; además, es a través de éste que se van adquiriendo competencias cognitivas, afectivas, motrices, comunicacionales y sociales. Es decir, aquello que a veces la sociedad llama perder el tiempo jugando es un fundamento para la salud mental de ▶



Salud mental infantil

los niños y de las niñas, que aporta de manera esencial a su desarrollo armónico.

Es imprescindible que cuenten con adultos significativos que puedan conocer y reconocer las necesidades de cada uno de ellos, en el aquí y ahora. Ellos son los encargados de brindar seguridad afectiva, emocional, postural y del entorno físico (espacio, tiempo y objetos) a los niños y niñas, para que puedan acceder al juego con placer.

En la infancia temprana, el arte representa el desarrollo de una capacidad creadora que se convierte en la representación gráfica de su pensamiento y refleja cómo a medida que van creciendo, van percibiendo el mundo de formas muy diferentes y su realidad va cambiando.

Se busca que niños y niñas logren utilizarla como una forma de comunicación, así logran expresarse libremente y sin inhibiciones. El arte, al igual que el juego, no pretende un producto final sino el proceso creador. La literatura, la música y el juego fomentan la comunicación, imprimiéndole una carga afectiva que desde edades muy tempranas logra procesos que mejoran los vínculos y resignifican los patrones de crianza.

A través del vínculo con sus cuidadores establecen un lazo muy fuerte, ya que son ellos quienes les pueden brindar seguridad y confianza y les enseñan que son amados, cuidados y que pueden confiar en el otro; con el juego, interactúan con el mundo y con las personas y a medida que van creciendo adquieren competencias cognitivas, afectivas, motrices, comunicacionales y sociales; también hace que participen en diálogos, que establecen reglas (quien va de primero), aprenden a ganar, a perder, a negociar y que la trampa no es un camino correcto para conseguir un determinado fin.

Y es que sobre la salud mental de los niños y niñas casi no se habla y debería hacerse, teniendo en cuenta que durante los primeros dos años de vida es el periodo en que su cerebro es más sensible, se produce un desarrollo masivo y rápido de las neuronas y de sus ▶



conexiones, que permiten la interacción con el medio ambiente; esto se traduce en una gran capacidad del bebé para adquirir, asimilar, aprender y recuperar información de forma acelerada y sin gran esfuerzo. Es a los 3 años de edad cuando el cerebro ha alcanzado el 95 por ciento de su tamaño, se han establecido la mayoría de sus principales interconexiones y se han gestado las bases del comportamiento.

Pensando en esto, desde el Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía del Ministerio de Salud y Protección Social se está socializando entre los profesionales del área de la salud (pediatría, psicología, psiquiatría infantil, neurología infantil) con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), sectores de la educación, la cultura, Instituciones públicas y privadas, universidades y cajas de compensación, entre otros actores, el Manual para la prevención de salud mental en la primera infancia y detección de riesgos psicosociales de las cuidadoras y los cuidadores de niñas y niños menores de seis años, trabajo realizado conjuntamente con la Pontificia Universidad Javeriana y la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). ▶

Salud mental infantil

El Manual consta de dos partes. La primera promueve dos prácticas claves: apego y vínculo, y juego y arte. La segunda da cuenta de la importancia de que los cuidadores de niñas y niños sean suficientemente buenos para garantizar el desarrollo de sus potencialidades.



El desarrollo de la primera infancia

Investigaciones sobre desarrollo humano señalan la importancia de la primera infancia, ya que durante esta etapa del curso de la vida se sientan las bases para su desarrollo posterior y se potencializan capacidades y habilidades, como se describe en el Manual y que aquí mencionamos.

Desarrollo psicomotor (movimientos dirigidos por el cerebro)

Control de la cabeza. A los 2 ó 3 meses el bebé puede levantar su cabeza bastante alto, y alrededor de los 4 meses, puede mantenerla derecha cuando se le ayuda o cuando se le mantiene sentado.

Caminar y agarrar cosas. Son dos de las habilidades motrices más distintivas de los humanos, y ninguna de ellas está presente en el momento de nacer, son aprendidas. El desarrollo de estas habilidades psicomotoras supone el uso de las piernas y los ▶

pies para desplazarse (habilidades motoras gruesas), y de las manos y dedos para poder agarrar cosas, primero grandes y luego pequeñas (habilidades motoras finas).

Desplazamientos. A los 3 meses el bebé aprende a rodar sobre sí mismo y a sentarse, ya sea levantándose sólo cuando está acostado, o dejándose caer cuando está de pie. El bebé promedio puede sentarse sin apoyo a los 5 o 6 meses, y sentarse sin ayuda dos meses después. ▶



Alrededor de los 6 meses empieza a moverse por todas partes de diferentes formas y bajo su propia cuenta y riesgo: se arrastra sobre el estómago, empuja el cuerpo con los brazos y avanza ayudándose de los pies, a veces, corre rápidamente sentado, ayudándose de los pies y las manos.

Hacia los 9 o 10 meses se desplaza con soltura por todas partes. Practica parándose apoyado en cualquier objeto y después de unos 4 meses se suelta y se para solo. Alrededor de dos semanas antes del año es capaz de ponerse de pie y hasta después de haber logrado controlar el movimiento separado de sus brazos, manos, piernas y pies, será capaz de coordinar todos estos movimientos para poder caminar.

Agarrar objetos. Primero el niño agarra objetos relativamente grandes con toda su mano, luego aprende a hacer pequeños movimientos como de pinza, con su pulgar y su índice, para levantar cosas muy pequeñas. Cerca de los 7 meses ya tiene suficiente coordinación en las manos y dedos como para poder levantar un frijol, haciendo el movimiento de pinza. A los 14 meses puede construir ▶

Salud mental infantil

una torre de dos cubos; a los dos años puede agarrar una taza y beber de ella, y ya tiene la habilidad de abrir y cerrar puertas. Unos 3 meses antes de su tercer cumpleaños, puede copiar un círculo, bastante bien.

Coordinación ojo-mano. Los niños y niñas de dos años y medio son capaces de hacer garabatos; aunque los adultos tienden a botarlos como cosas hechas al azar y sin significado. El control de las manos todavía no es bueno, pero tampoco es “al azar”; esta primera etapa del dibujo les ayuda al desarrollo de sus habilidades motoras finas.

Desarrollo del lenguaje

El bebé se comunica a través del llanto, luego aprende a balbucear. Alrededor del primer cumpleaños dice palabras cortas formadas por sonidos sencillos (pa-pa, ma-ma). Poder hablar no es solo asunto de aprendizaje, sino también de maduración.

Hacia los 15 meses sabe decir y utilizar diez nombres o palabras diferentes y su vocabulario continúa creciendo. A los 18 meses habla solo, sin importarle si la otra persona lo está escuchando. A partir de entonces atraviesa por una explosión de nombres y, de repente, aprende muchas palabras nuevas para

clasificar los objetos. Su interés en nombrar las cosas muestra que ya se da cuenta de que las cosas son diferentes unas de otras. Hacia los dos años combina palabras y habla con mayor claridad.

A los 3 años y medio, el niño habla constantemente y tiene un comentario para todo. Puede entender y dar órdenes sencillas y nombrar cosas familiares como animales, partes del cuerpo y gente conocida. Usa los plurales, el tiempo pasado y los pronombres yo, tú, mí y me, correctamente.

Entre los 4 y 5 años habla formando oraciones de 4 ó 5 palabras, y puede manejar conceptos de color (rojo, verde), de lugar (encima, debajo, en, sobre, detrás), de tamaño (grande, mediano, pequeño), de distancia (cerca, lejos) y de forma (redondo, cuadrado), entre otros. Además, en su forma de hablar, usa más los verbos que los nombres o sustantivos. ▶



El desarrollo emocional depende de muchos factores; algunos son visibles desde el nacimiento y otros aparecen con el tiempo. El apego y el vínculo son construidos desde esta etapa.

En los meses siguientes empieza a expresar alegría, cólera, sorpresa, timidez y miedo. Alrededor de los ocho meses, la mayoría de los bebés siente miedo a los extraños, pero no siente miedo si el extraño es otro niño. Algunas emociones más complejas aparecen más tarde, en el segundo año de vida, cuando la mayoría de los niños desarrolla la auto-conciencia o

capacidad de reconocerse como persona distinta y separada de otras personas y cosas. Sus primeras sonrisas con frecuencia son espontáneas, como una expresión de bienestar interno; más tarde son señales que muestran su agrado por otras personas.

Sensibilidad hacia los demás

A menudo los niños y niñas que tienen de 10 a 12 meses de edad lloran cuando ven llorar a otro niño; a los 13 ó 14 meses acarician con palmaditas o abrazan a un bebé que llora; y aproximadamente al año y medio prestan algún tipo de ayuda a otras personas, como ofrecerle un juguete nuevo para reemplazar uno roto, o darle una curita a alguien que se ha cortado un dedo.

Independencia personal e inserción social

Independencia: Los niños y niñas dependen física y emocionalmente de sus padres; sin embargo, poco a poco adquieren mayor independencia conforme se van relacionando con otras personas de su entorno social. En esta etapa, algunos niños y niñas asisten a centros infantiles de educación y a grado cero del nivel escolar, en donde empiezan a compartir con otros, aprenden a cantar, a jugar, a pintar libremente, a compartir materiales y juguetes y en donde desarrollan sus habilidades motrices. ▶

Salud mental infantil



Para esta época los niños y niñas tienen una gran imaginación y son capaces de crear sus propios juegos en unión con otros de su edad. Es evidente además la gran energía que despliegan en esta época, lo que va unido a una curiosidad sin límites. Bañarse y vestirse sin ayuda. Desde los 3 años los niños o niñas son capaces de abotonar y desabotonar ojales grandes, y a los 4 años, lo hacen lo suficientemente bien como para empezar a vestirse solos/as. Al final de esta etapa, los niños y niñas deberían ser capaces de vestirse solos, además de realizar su aseo personal sin ayuda.

Aprender a bañarse, vestirse y desvestirse, e ir al baño solos/as, les será de enorme utilidad, no solo porque los independiza del adulto en cuanto al aseo personal, sino porque les enseña, desde temprana edad, que hay algunas cosas que se hacen en privado, en la intimidad; este aprendizaje los protegerá de situaciones que pueden llegar a causarle daño (abuso sexual). Aquí juegan un papel muy importante los papás y familiares, para insistir en que adquieran estos hábitos de higiene personal e independencia que les serán muy valiosos en la vida. ◦

Soy un niño con un nombre que me sustenta: llámame por mi nombre.
 Permíteme expresarme libremente:
 No termines mi frase, no culmines mis trazos, no rellenes mis dibujos.
 Mírame a los ojos cuando me hables: de ser posible, colócate a la altura de mi vista.
 Enséñame también como aprender: pero... quiero aprender explorando, haciendo, viviendo.

Extractos del libro “El niño que soy” de Rosario Anzola.



Esté atento si nota disminución de la visión

Artículo elaborado con la colaboración de Alejandra Castillo Angulo, de la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social.



¿Recuerda cuándo fue la más reciente visita al optómetra, o si durante los últimos meses no ve los objetos o las personas con la misma claridad que hace un tiempo y le echa la culpa a la edad, a los lentes de contacto o a los anteojos? Tenga cuidado, porque de seguir así, puede que esté sufriendo de baja visión irreversible.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), una persona con baja visión es aquella que tiene una alteración de la función visual después de tratamiento y/o corrección refractiva, esto es que la

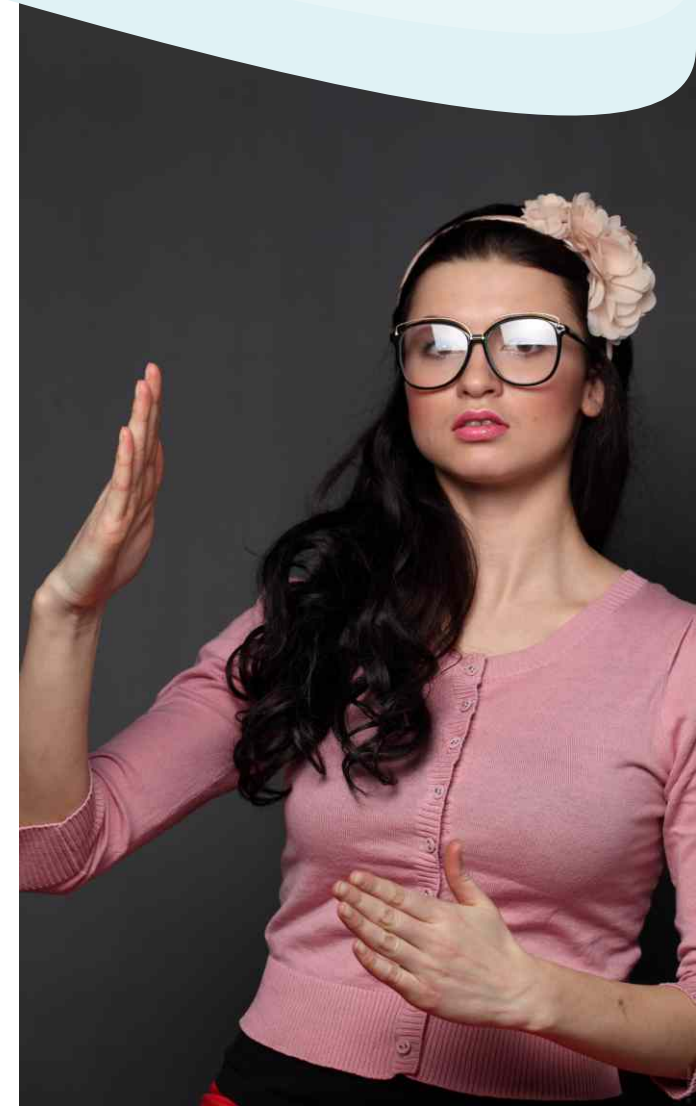
visión de la persona no se podrá corregir pese al uso de anteojos, lentes de contacto e incluso después de una cirugía, o también que se presenta por malformaciones congénitas o accidentes.

En los niños, esta situación puede conducir a una deserción o bajo rendimiento escolar pues al no poder ver bien las explicaciones en ▶

los tableros o definir bien los objetos a cierta distancia, perderá interés por los temas y al quedar rezagado en el proceso de aprendizaje preferiría desistir o no prestar mayor atención; de ahí la importancia de la realización de un examen visual para descartar cualquier situación adversa que afecte su desempeño académico.

En los adultos, las dificultades para ver, leer, escribir y/o caminar hacen que se deteriore su calidad de vida y aunque no estén completamente ciegos comienzan a actuar de manera diferente para no esforzar la poca visión que les queda.

Según el Instituto de Ciegos y Sordos del Valle del Cauca, en Colombia, unas de las principales causas de la baja visión en los niños es la toxoplasmosis ocular, una enfermedad transmitida por un parásito que pasa de la madre al feto en el periodo del embarazo. La segunda causa es la retinopatía del prematuro (los vasos sanguíneos del ojo del bebé no se desarrollan normalmente); de igual forma, en la población adulta se encuentra la degeneración macular (afectación que destruye la visión central y aguda) relacionada con la edad, y el glaucoma. ▶



Salud visual



Ya conociendo que es la baja visión irreversible, veamos cuál es la diferencia con la ceguera y las alteraciones visuales.

La ceguera se caracteriza por ausencia total de visión y percepción de luz por ambos ojos, las personas en esta condición requieren productos de apoyo como el bastón de movilidad y tecnología especial para el acceso a la información que contribuya a su inclusión social como con el sistema braille, que les permita leer y escribir.

Por su parte la alteración visual se caracteriza por presentar dificultad para ver de lejos y/o cerca, que se puede corregir con anteojos, lentes de contacto, o cirugía, mejorando su funcionalidad y autonomía. Dentro de esta, se encuentran los errores de refracción como, la miopía (dificultad para ver claramente los objetos distantes), la hipermetropía (dificultad para ver claramente los objetos cercanos) y el astigmatismo (visión distorsionada debido a la curvatura anormal de la córnea, que es la superficie transparente que cubre el globo ocular), que a su vez son los problemas visuales más comunes en los niños y niñas.

Los síntomas principales de los errores refractivos son visión borrosa, picazón, sensación de tensión en los ojos y, ocasionalmente, dolor de cabeza; estos últimos son provocados por un sobre esfuerzo continuado y suelen desaparecer al corregir la alteración visual, ya sea con anteojos, lentes de contacto o cirugía refractiva.

En los niños y niñas se pueden identificar porque se acercan ▶

mucho a los objetos, se tropiezan fácilmente, no les llaman la atención las cosas lejanas, presentan constantes dolores de cabeza, se les ponen rojos los ojos con regularidad y desvían uno o ambos ojos. Si se observa una o más de estas manifestaciones es importante acudir al especialista.

Los defectos de refracción no se pueden prevenir pero es importante detectarlos oportunamente en casa, en la escuela o acudiendo al médico general; después será necesario diagnosticar el problema óptico mediante una exploración por parte del oftalmólogo u óptico.

Es importante mencionar que el Plan Obligatorio de Salud (POS) cubre la consulta de optometría a todos los grupos de edad, solicitándola a través de la valoración con medicina general, así como el suministro de ayudas visuales (anteojos) a menores de 12 años y para el régimen subsidiado un auxilio para montura; también cubre la valoración de agudeza visual a los niños de 4, 11 y 16 años de edad. ▶



Salud visual



Para tener en cuenta

Es importante observar las manifestaciones de los niños desde el nacimiento, como:

- 👁 Mover de manera involuntaria los ojos.
- 👁 No presentar ninguna reacción cuando le muestran una luz o un objeto.
- 👁 Tener las pupilas blancas.
- 👁 Tener los párpados caídos.

Se deberá realizar valoración visual al primer año de vida.

Los niños y las niñas con baja visión irreversible requieren apoyos especiales en el aula de clase:

- 👁 Contar con una buena iluminación.
- 👁 Ubicarse en las primeras filas del salón.
- 👁 Libros con grandes letras, teclas del teléfono gigantes, teclados de computador especiales.
- 👁 Las lupas para una baja visión vienen en muchos tipos y graduaciones, apropiadas para diferentes personas y diferentes tareas.
- 👁 Evitar los obstáculos en las aulas de clase.

Es difícil lograr que los niños pequeños usen los lentes de forma adecuada, por lo que es importante trabajar en conjunto con los padres, logrando que el niño entienda que necesita usarlos para ver mejor; es preferible que el niño seleccione el marco que desee usar.

No todos los que usan gafas son personas con baja visión irreversible.

¿Qué se ha hecho desde el Ministerio de Salud y Protección Social?

El Ministerio avanza en la definición de políticas públicas en salud visual y ocular que aborden de manera integral procesos de promoción, prevención y rehabilitación.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 establece metas y estrategias orientadas a promover hábitos y estilos de vida saludable para el fortalecimiento de la salud visual en la comunidad, así como para la prevención de alteraciones evitables que pueden llegar a producir ceguera, bajo un enfoque integral de atención primaria en salud.

Una de las metas definidas en el Plan es "Identificar los defectos refractivos en niños de 2 a 8 años y tratar al 100% de los identificados". Esta meta busca desarrollar acciones de detección temprana en la población infantil, a través de la generación de alianzas con el sector de educación, que permitan establecer rutas de intervención desde la escuela, para facilitar el acceso a la atención de salud visual en los servicios de salud.

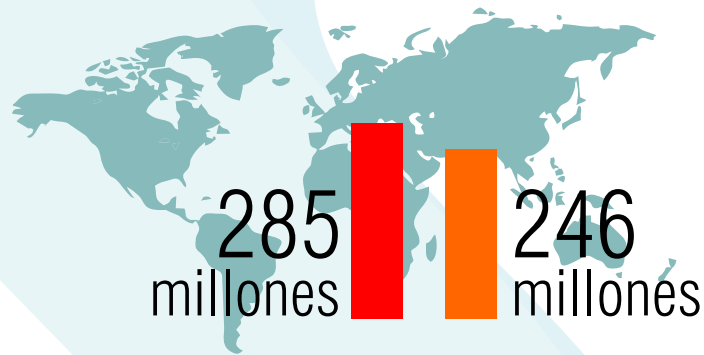
Como estrategia específica en salud visual, este Ministerio se suma a la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para prevención de ceguera, Visión 2020 'El derecho a la visión', que fue adoptada en Colombia a través de la Resolución 4045 en el año 2006.

Visión 2020 en Colombia se desarrolla en el marco de acción de dos líneas estratégicas:

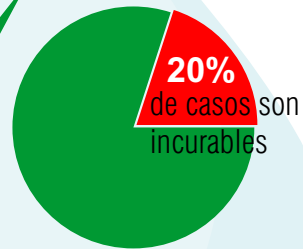
- 👁 Transformación positiva de los entornos, donde se desarrollan actividades de promoción y protección de la salud visual, a través del fomento del autocuidado, la educación en salud, el desarrollo comunitario y la participación social, interviniendo en los principales espacios de vida cotidiana como son el hogar, la escuela, el entorno laboral, universitario, y el espacio público.
- 👁 Mejoramiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud, donde se desarrollan actividades para favorecer la restitución de la autonomía a través de la identificación, atención y seguimiento de alertas en salud visual, acceso a servicios de salud; se incluyen procesos para la gestión del aseguramiento y orientación para el uso de servicios preventivos y resolutivos, al igual que la canalización a los servicios de salud.👁

Salud visual

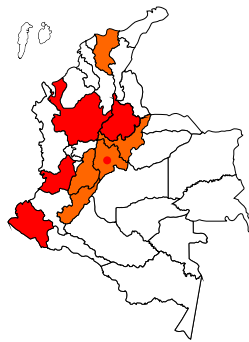
La OMS, en su Nota descriptiva No. 282 OMS de Octubre de 2013, informa que en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas que tienen discapacidad visual, de estas, 246 millones (el 86 por ciento) presentan baja visión.



80% ✓
del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar.



Aproximadamente 90 por ciento de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo.



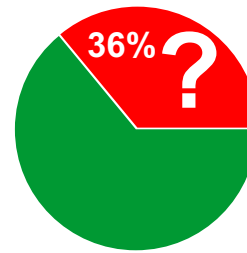
La mayor prevalencia en discapacidad visual en el país se presenta en Bogotá (19,23%), seguido de Antioquia (9,73%), Valle del Cauca (9,69%), Nariño (6,64%), Santander (5,85%), Boyacá (4,58%), Tolima (4,35%), Cundinamarca (3,63%), Huila (3,18) y Magdalena (2,99%).



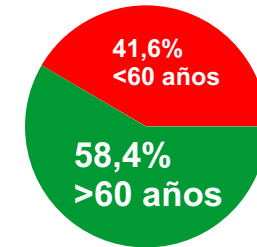
La enfermedad general se observa como la causa del 30,11 por ciento de la discapacidad visual. Bajo este concepto se pueden considerar enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, enfermedades específicas de los ojos, como también aquellas propias de la edad.



34,66 por ciento de personas con discapacidad visual reportan no tener definida la causa de su discapacidad.



Según el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, realizado en agosto de 2014, se presentan 438.343 personas con discapacidad visual, de las cuales 256.198 (58,4 por ciento) son mayores de 60 años.

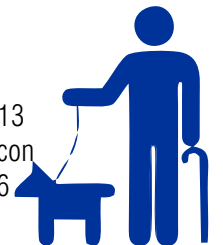


13 personas < 1 año

Llama la atención que en el segmento de los menores de 18 años, cerca de 25.000 personas, presentan una discapacidad y de estos, 13 personas no han cumplido el primer año de vida.



Son relevantes aquellas causas cuyo origen es evitable como los accidentes, que representan 11,13 por ciento, las víctimas de la violencia en general con 1,28 por ciento y las del conflicto armado con 0,36 por ciento (1.579 personas).



El contenido de fruta en los jugos

Revise la etiqueta y sepa el contenido de fruta que tienen las bebidas con jugo

Artículo elaborado con la colaboración de Giovanni Cifuentes Rodríguez, de la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas del Ministerio de Salud y Protección Social



Cuando usted va a los supermercados o tiendas muy seguramente encuentra bebidas catalogadas como jugos, señalando el sabor a determinada fruta o el aroma de la misma; sin embargo, aunque tengan este sello comercial, la cantidad de fruta que contienen es mínima, lo que los convierte sencillamente en solo una bebida o refresco.

Y es que en los últimos años la industria de

alimentos, particularmente la del sector de frutas, ha desarrollado una serie de productos catalogados como innovadores, siendo conocidos por los consumidores principalmente por sus marcas comerciales, nombres de fantasía y apelativos, sin suministrar información clara sobre los porcentajes de contenido de frutas ▶

(jugo, pulpa o concentrado) que estos néctares, refrescos y bebidas tienen.

Para entender mejor las diferencias entre unos y otros tomamos los conceptos de la Resolución 3929 de 2013 que nos pueden ayudar a dar claridad sobre el tema.

- ❑ El jugo o zumo de frutas es el líquido obtenido en proceso de extracción mecánica a partir de frutas frescas, con color, aroma y sabor típicos del fruto que procedan. También puede ser el adquirido a partir de jugos concentrados a los cuales se les ha agregado solamente agua que restituya la eliminada en su proceso.
- ❑ La pulpa es el producto obtenido por la maceración, trituración o desmenuzamiento de la parte comestible de las frutas frescas, sanas, maduras y limpias.
- ❑ La bebida con jugo (zumo) pulpa o concentrado de fruta es el producto elaborado con agua, adicionado con alguno de estos componentes, que incluye aditivos permitidos, que se ▶

someten a un proceso de conservación y que su contenido máximo de fruta es del 7,99 por ciento.

- ❑ Refresco de fruta es el producto elaborado a partir de jugo o pulpa de frutas con un contenido mínimo de fruta de 8 por ciento adicionado con agua y aditivos permitidos, y sometido a un tratamiento de conservación.
- ❑ Néctar de fruta es un producto sin fermentar elaborado con jugo, zumo o pulpa de fruta adicionado de agua, con aditivos permitidos y que puede o no tener adición de azúcares, miel, jarabes o edulcorantes o una mezcla de éstos. ▶



El contenido de fruta en los jugos

Aunque indudablemente todas las bebidas que se promocionan con contenido de fruta lo tienen, es necesario que el consumidor conozca el porcentaje en cada unidad; de esta manera se evita que aquellos productos denominados como refrescos y bebidas de jugo, zumo, pulpa o concentrados de fruta que cuentan con contenidos bajos de jugo de fruta, sean adquiridos o promocionados como tal.

Para que el consumidor este informado al momento de la compra de los contenidos de fruta que tienen las bebidas, desde ahora las etiquetas o rótulos deberán tener en la cara principal de exhibición la información que señale la cantidad exacta de fruta que contienen.



Lea muy bien la etiqueta del producto, e identifique, de acuerdo a su necesidad, el alimento que desea adquirir. A manera de orientación tenga en cuenta el siguiente cuadro:

Contenidos de fruta o jugo (zumo) de fruta de acuerdo al nombre del producto.

NOMBRE DEL PRODUCTO	CONTENIDO DE FRUTA O JUGO (ZUMO)
Jugo (zumo) de fruta	100%
Pulpa de fruta	100%
Pulpa azucarada de fruta	60% mínimo
Bocadillo de frutas	60% mínimo
Confituras	35% mínimo
Jaleas	Contenido promedio del 30% <small>(Dependiendo del tipo de fruta empleada para la elaboración)</small>
Mermeladas	Contenido promedio del 30% <small>(Dependiendo del tipo de fruta empleada para la elaboración)</small>
Salsas de frutas	20% mínimo
Néctar de fruta	Contenido promedio del 14% <small>(Dependiendo del tipo de fruta empleada para la elaboración)</small>
Refresco de fruta	8% mínimo
Bebida con jugo (zumo) de fruta	Inferior al 8%
Salsas a base de frutas	4,5% mínimo y 20% máximo

Identifique las frutas procesadas que no cumplan con los requisitos antes nombrados y denuncie ante las autoridades sanitarias (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima - o las secretarías de salud).



Requisitos generales para rótulos o etiquetas tomado de la Resolución 5109 de 2005 del entonces Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

Rotulado o etiquetado: material escrito, impreso o gráfico que contiene el rótulo o etiqueta, y que acompaña el alimento o se expone cerca del mismo, incluso en el que tiene por objeto fomentar su venta o colocación. Marbete, marca, imagen u otra materia descriptiva o gráfica que se haya escrito, impreso, estarcido, marcado, marcado en relieve o en huecograbado o adherido al envase de un alimento.

Los rótulos o etiquetas de los alimentos para consumo humano, envasados o empacados, deberán cumplir con los siguientes requisitos generales:

1. La etiqueta o rótulo de los alimentos no deberá describir o presentar el producto envasado de una forma falsa, equívoca o engañosa o susceptible de crear en modo alguno una impresión errónea respecto de su naturaleza o inocuidad del producto en ningún aspecto.
2. Los alimentos envasados no deberán describirse ni presentarse con un rótulo o rotulado en los que se empleen palabras, ilustraciones u otras representaciones gráficas que hagan alusión a ▶

El contenido de fruta en los jugos

propiedades medicinales, preventivas o curativas que puedan dar lugar a apreciaciones falsas sobre la verdadera naturaleza, origen, composición o calidad del alimento. Si en el rótulo o etiqueta se describe información de rotulado nutricional, debe ajustarse acorde con lo que para tal efecto establezca el Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social).

3. El rótulo o etiqueta no deberá estar en contacto directo con el alimento, salvo que el fabricante, envasador, empacador o reempacador obtenga ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) la correspondiente autorización, para lo cual los interesados deberán suministrar los estudios que avalen la seguridad de las tintas utilizadas y del papel o de cualquier otra base en la que se registre la información, de manera que no se altere ni afecte la calidad sanitaria o inocuidad de los productos alimenticios. Cuando sea del caso, el Invima realizará los exámenes de laboratorio para verificar la conformidad de lo antes descrito.

4. Los alimentos que declaren en su rotulado que su contenido es 100% natural no deberán contener aditivos.

5. Los alimentos envasados no deberán describirse ni presentarse con un rótulo o rotulado empleando palabras, ilustraciones o representaciones gráficas que se refieran o sugieran directa o indirectamente cualquier otro producto con el que el producto de que se trate pueda confundirse, ni en una forma tal que puede

inducir al consumidor o comprador a suponer que el alimento se relaciona en forma alguna con otro producto.

6. Cuando utilicen representaciones gráficas, figuras o ilustraciones que hagan alusión a ingredientes naturales que no contiene el mismo y cuyo sabor sea conferido por un saborizante artificial, en la etiqueta o rótulo del alimento junto al nombre del mismo debe aparecer, la expresión "sabor artificial".



Para más información

Resolución 3929 de 2013
MinSalud



Resolución 1155 de 2014
MinSalud



Salud bucal es...



Alimentación
saludable



No fumar y limitar el
consumo de alcohol



Consulta
odontológica
mínimo dos veces
al año



Autorrevisión
de la boca



Higiene de
la boca

Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos para el pleno disfrute

Artículo elaborado con la colaboración de Ricardo Luque Nuñez, Coordinador Grupo de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Protección Social

En los últimos años hemos sido testigos de múltiples avances en la ciencia y la tecnología, en el desarrollo social y comunitario, y en el acceso a bienes y servicios en múltiples áreas; el sector salud no ha sido ajeno a éstos sino que en buena parte ha contribuido al logro de los mismos.

Han pasado más de diez años de la formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y como aquellos productos que innovan y rediseñan presentaciones y contenidos, el Ministerio de Salud y Protección Social, en un trabajo conjunto pensado en concertar con las entidades que trabajan en este tema, buscó apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de Profamilia para revisar y actualizar esa Política y dar un gran paso a lo que ahora se denomina la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

La renovada Política de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos está acorde con las líneas

operativas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y da un gran avance al repensar la sexualidad, no como una condición que se asocia exclusivamente a enfermedades como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o eventos negativos como las violencias, sino como una condición propia de cada ser humano.

De este modo, la sexualidad comprende aspectos como la actividad sexual, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción, las relaciones y la comunicación, entre otros, dónde la salud sexual no se asocia a las enfermedades que la afectan sino como a la vivencia plena de la sexualidad dentro de un marco de derechos, independiente de la edad, el sexo, la identidad de género, ▶



la orientación sexual, la pertenencia étnica, cultural, la situación económica o el nivel educativo.

En este sentido, se diseñó un proceso de revisión y actualización de la Política

que estaba vigente hasta la fecha, con una metodología de investigación cualitativa en la que se tuvieron en cuenta factores como:

- Revisión y análisis de información secundaria referida a los últimos diez años de existencia de la Política. ▶

Nueva política para Colombia

- Entrevista de agentes sectoriales nacionales y de otros sectores con competencia en temas de derechos sexuales y derechos reproductivos; igualmente entrevista de agentes sectoriales y de otros sectores del nivel territorial en 10 departamentos y 32 municipios seleccionados a través de un método que tuvo en cuenta el comportamiento más dinámico o menos dinámico de algunos indicadores de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2005 y de 2010, relacionados con sexualidad y reproducción.
- Conversación con la sociedad civil organizada a través de mesas de trabajo en las cuatro principales ciudades del país, con el objeto de recoger su sentir y sus propuestas para la actualización, y en las cuales participaron de manera especial organizaciones de personas con discapacidad.
- Consulta a expertos, en las mismas cuatro ciudades, para explorar percepciones frente a la Política 2003 - 2007, identificar propuestas de actualización y validación del documento propuesto.



Ahora más incluyente

La política que se acaba de presentar al país contiene elementos diferenciales con el documento anterior, entre los cuales se pueden mencionar:

- Realiza un salto cualitativo en el reconocimiento de la sexualidad desde el placer, el disfrute, el erotismo y no desde una mirada centrada en los aspectos biológicos o que se centre en eventos negativos. La política se redacta desde un marco de referencia laico y una ética civilista.
- Se circunscribe en el enfoque de derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, cuya materialización se concreta a través de la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.
- Involucra grupos poblacionales que han sido históricamente marginados en cuanto a su vivencia de la sexualidad, como los niños, las comunidades LGBTI, los adultos mayores y las personas con discapacidad.
- Propende por la lectura del territorio, lo cual es indispensable para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los diferentes contextos, que implica la recurrencia a prácticas alternativas e incorporación de conocimientos ancestrales que no sean contrarios a los derechos, para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva.
- Invita a resignificar los contenidos en educación sexual y de atención en salud sexual y salud reproductiva, a ser difundidos a través de procesos de gestión de la comunicación y de formación de las personas en todos los niveles.
- Involucra activamente a la comunidad, quien a través de procesos de participación social, interviene en el diseño, la implementación, el monitoreo, el seguimiento y la evaluación.
- La actualizada Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) espera ser un instrumento para la planeación territorial en los aspectos de responsabilidad sectorial y transectorial en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

Nueva política para Colombia

Acorde con el Plan Decenal

Los componentes que desarrolla la Política son los definidos por el Plan Decenal de Salud Pública en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos: 1) Promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y equidad de género y

2) Prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de derechos que se desarrollan a través de tres líneas operativas señaladas en el mismo Plan: promoción de la salud; gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública.

Tales componentes se desarrollan con diferentes acciones en función de estrategias como el fortalecimiento de la gestión del sector salud; la generación de alianzas y sinergias entre sectores y agentes competentes e interesados, determinante para el éxito de una Política de esta naturaleza; movilización social, como uno de los pilares de la Atención Primaria en Salud (APS); gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que involucra el componente educativo y gestión de conocimiento.

Lo que se cubre

El Plan Obligatorio de Salud (POS), así como el Plan de Atención Básica - hoy Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)-, contemplan acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación.

Los servicios en el campo de la salud sexual y de la salud reproductiva, que están cubiertos son: inmunizaciones (vacunas contra la Hepatitis B y el virus del papiloma humano -VPH), atención integral a las infecciones de transmisión sexual (ITS) -VIH/Sida, atención de embarazo y parto, detección temprana de las alteraciones del desarrollo de los jóvenes, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno y cánceres en el aparato reproductivo masculino, consejería y suministro de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, adultos y jóvenes, temporales de barrera (condón y espermicidas), hormonales (orales, inyectables e implante subdérmico), dispositivo intrauterino, esterilización definitiva para hombres y mujeres mayores de edad e interrupción voluntaria del embarazo, en los casos despenalizados por la Corte Constitucional. ◦



Un repaso a la historia

La revisión de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2007 y su actualización como Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021 es una oportunidad de revivir la historia cursada para la defensa de estos derechos en Colombia, como se reseña en el documento de la Política.

1959

En el país se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), primera institución en promover la planificación familiar.



1960

Llega a Colombia la píldora anticonceptiva.

1964

Se crea la División de Estudios de Población incorporada a Ascofame y en el mismo año nace la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población.



1965

Nace la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), de carácter privado con inspiración solidaria y filantrópica hacia la promoción y defensa del derecho humano a la planificación familiar y al desarrollo de investigaciones sociodemográficas.



1967

El Ministerio de Salud adelanta un contrato con Ascofame para organizar un proceso de capacitación en fundamentos de demografía, sus implicaciones para el desarrollo y la salud, y métodos para regular las altas tasas de natalidad, bajo la expresión de "paternidad responsable", para no usar el término "planificación familiar".

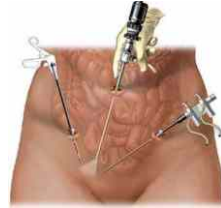


Nueva política para Colombia

1969 El Ministerio de Salud incluyó actividades de planificación familiar en sus programas de protección materna e infantil.



1970 Profamilia establece el primer programa de vasectomías y dos años después el de ligadura de trompas por laparoscopia.



1974 Primera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Algunos países iniciaron la aplicación de políticas de control de la natalidad; sostenían que el crecimiento demográfico obstaculizaba el desarrollo. Se promueven políticas para estrategias de desarrollo más amplias y derecho de las familias a la planificación familiar.



1984 El Ministerio de Salud expide la Resolución 8514 Por la cual se establecen algunas normas de "Regulación de la fertilidad", la primera reglamentación en el tema, donde se plasman los principios que la regirían.



Segunda Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Se mantuvo la presión a los países pobres para que redujeran sus tasas de natalidad.

1992 La Política "Salud para las mujeres, mujeres para la salud" expresó como propósito la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar su calidad de vida y responder de manera integral a su problemática de salud.



1993 El Sistema General de Seguridad Social en Salud contenido en la Ley 100 da lugar a una amplia reglamentación en todos los aspectos. Se contemplan acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación.

1994 Tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Representa un hito en el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos; allí se inscriben los asuntos de la sexualidad y la reproducción en las personas como sujetos morales, como seres autónomos con capacidad para decidir, sin presiones, incentivos o violencia.



1995 Cuarta Conferencia de la Mujer en Beijing. Se introduce el concepto de derechos sexuales de las mujeres, que posteriormente se reconocen como derechos sexuales de las personas.



2000 Se expide la Resolución 412 que contiene las normas técnicas y guías de atención integral relacionada con métodos de planificación familiar para hombres y mujeres, la atención del embarazo, parto y al recién nacido, la detección temprana de alteraciones de desarrollo de adolescentes, las ITS-VIH/Sida, el cáncer de cuello uterino y de seno, así como la atención a la mujer y niño maltratado.



2003 El Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2007, mediante la cual se fijaron las prioridades para guiar la intervención del Estado en seis áreas: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida y violencia doméstica y sexual.



2014 Se presenta la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021.





pyp

Publicación Digital de Educación para la Salud
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social
Año 2. No 8. Octubre de 2014



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**