

Documento guía ALIMENTACIÓN SALUDABLE



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

CEDETES 
Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública - Facultad de Salud

Documento Guía ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Elaborado por:

Anyul Milena Vera Rey
Blanca C. Hernández T.

Subdirección Enfermedades No Transmisibles
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

Asesoría Técnica

Luis Hernando Cepeda

Ingeniero de Alimentos, Magister en Administración en Salud
Profesional Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud
Pública, CEDETES.
Universidad del Valle

Revisión:

Subdirección Enfermedades No Transmisibles – Ministerio de Salud y Protección Social:
Fernando Ramírez Campos, Ph.D
Lorenza Becerra

Convenio 451/2012, suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad del Valle, a través del Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública, CEDETES.

El contenido de este documento no puede ser citado, copiado o reproducido, parcial o totalmente, sin autorización expresa del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Santiago de Cali, Marzo de 2013.

Documento Guía

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Tabla de contenido

I. Análisis de situación de salud de los factores relacionados con ENT	4
1. Alimentación Saludable.....	4
1.1 Situación mundial.....	6
1.2 Situación de Colombia en la región.....	9
1.2.1 Análisis desde los Determinantes Sociales de la Salud	10
1.3 Situación en Colombia.....	14
II. Hoja de ruta	24
1. Estrategia de reducción de consumo de sal.....	24
2. Alimentación Saludable.....	29
3. Alimentación Saludable como parte de los EVS y la gestión de la atención de las ENT	33
3.1 Vivienda.....	34
3.2 Escuela-colegio hasta 5 de primaria.....	35
3.3 Universidad y otras instituciones de educación superior formal y no formal	36
3.4 Organizaciones laborales, empresas.....	37
3.5 Primera infancia	37
3.6 APS – Reorganización de los servicios de salud, gestión de riesgos para ENT.....	38
3.7 Necesidades de información.....	39
3.8 Información, educación y comunicación (IEC)	40
3.9 Autoridad sanitaria, IVC, normatividad.....	40
3.10 Asesoría y asistencia	41
3.11 Investigación, formulación y monitoreo de políticas.....	41
III. Indicadores	43
IV. Referencias	44

I. Análisis de situación de salud de los factores relacionados con Enfermedades No Transmisibles

1. Alimentación Saludable

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son la principal causa de enfermedad y muerte en el mundo y en Colombia; su elevada presentación está relacionada de manera amplia con factores de riesgo del comportamiento tales como una dieta no saludable (entendida como la ingesta elevada de grasas saturadas, sal, azúcares y dulces y un consumo insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el tabaquismo y el consumo abusivo de alcohol.

La alimentación, como factor estructural, ha presentado en las últimas décadas modificaciones en sus patrones, asociadas a las transformaciones sociales y demográficas, que han sustituido la alimentación tradicional, basada en su mayor parte en alimentos de origen vegetal (cereales integrales, frutas, verduras de hoja, raíces y tubérculos, legumbres, frutos oleaginosos) por alimentos de alta densidad energética que incluye alimentos de elevado contenido en grasa total y grasas saturadas, azúcares refinados, refrescos y cereales que además son elaborados en complejos procesos industrializados; así mismo, es sabido que la población consume niveles de sal mucho más elevados que los recomendados para la prevención de enfermedades y que a nivel mundial, los más afectados por éste fenómeno son las poblaciones pobres que optan por opciones de alimentación más “baratas” siendo generalmente las menos saludables. Lo anterior, constituye en conjunto un factor de riesgo para el desarrollo de ENT como hipertensión arterial, hiperglucemia, hiperlipidemia, sobrepeso u obesidad, enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes mellitus tipo II.

Es sabido, que la alimentación saludable es uno de los factores principales para la promoción y mantenimiento de una buena salud, lo que representaría una reducción sustancial de la mortalidad y la carga de enfermedad a nivel mundial. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, varios tipos de cánceres y la obesidad son algunas de las enfermedades que podrían prevenirse con un consumo adecuado de frutas y hortalizas-verduras, sumado a la práctica de actividad física regular.

En Colombia, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional, ENSIN (ICBF, 2010) encontró que sólo el 20,5% de los colombianos consumen frutas 3 o más veces cada día y que únicamente 3 de cada 10 personas consumen todos los días verduras y hortalizas, de hecho, sólo el 6,4% lo hacen 2 o más veces. Lo que es más preocupante, es que el bajo consumo de frutas y hortalizas-verduras se agudiza en los estratos sociales bajos y en las zonas rurales donde paradójicamente se producen. La recomendación de consumo mínimo hecha por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) para prevenir enfermedades no transmisibles y mantener una buena salud es de 400 gramos entre frutas y verduras al día.

Dado lo anterior, en 2004, la OMS adoptó la *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, cuyos objetivos se orientan a: 1) reducir los factores de riesgo de ENT asociados a las dietas poco saludables y a la inactividad física a través de medidas de salud pública; 2) incrementar los conocimientos y concienciación acerca de la influencia de la dieta y la actividad física en la salud; 3) fortalecer las políticas y planes de acción mundiales, regionales y nacionales para mejorar la alimentación y, 4) seguir de cerca los datos que permitan monitorear el comportamiento de este factor en la morbilidad y mortalidad de las naciones (OMS, 2002).

Como parte de las metas planteadas en ésta estrategia a nivel poblacional, con respecto a la alimentación (OMS, 2002), se presentan las siguientes

- Lograr un equilibrio calórico y un peso saludable.
- Reducir la ingesta calórica procedente de las grasas, cambiar las grasas saturadas por las insaturadas y eliminar los ácidos grasos trans.
- Aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Reducir la ingesta de azúcares libres.
- Reducir el consumo de sal (sodio), cualquiera que sea su fuente, y garantizar que la sal consumida esté yodada.

A partir de las anteriores premisas en materia de alimentación saludable, a continuación se presentan datos de importancia para el análisis de situación de salud en varios escenarios.

1.1. Situación mundial

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2002b), la carga de morbilidad es atribuible a factores de riesgo relacionados con la alimentación; señala que la hipertensión arterial, guarda relación directa con la ingesta de sal, la obesidad, el nivel de ejercicio físico y el consumo de alcohol. Como consecuencia de los efectos de esos factores la tensión arterial suele aumentar con la edad, excepto en las sociedades donde el consumo de sal es relativamente bajo, la actividad física es frecuente y la obesidad es casi

inexistente. La mayoría de los adultos tienen niveles inadecuados de tensión arterial, y esta situación es similar en los países en desarrollo y en los países desarrollados; no obstante, éste informe señala que en Europa los niveles de tensión arterial son especialmente altos. Sumado a lo anterior, indican que cerca de 7.1 millones de muertes ocurren a causa de la hipertensión arterial, cifra que representa el 13% de la mortalidad total; aunque la mayoría de las muertes se producen en una edad avanzada o en el grupo de ancianos, las pérdidas de años de vida (AVAD) comprende una proporción menor del total mundial indicando 64,3 millones de AVAD, es decir, el 4,4% del total (OMS, 2002b).

Según el informe referido anteriormente, al igual que sucede con la tensión arterial, los riesgos derivados del colesterol elevado son continuos, pues se observan en casi todas las poblaciones, incluidas personas cuyo nivel de colesterol es muy inferior al observado en las poblaciones de América del Norte y Europa. Se estima que el colesterol alto ocasiona el 18% del total mundial de enfermedades cerebrovasculares y el 56% de las cardiopatías isquémicas. Es decir, aproximadamente 4,4 millones de muertes y 40,4 millones de AVAD perdidos en el mundo. En la mayoría de las regiones, la proporción de la mortalidad femenina atribuible al colesterol alto es ligeramente superior a la de la mortalidad masculina (OMS, 2002b).

Otros de los factores asociados a las ENT y relacionados con la alimentación, son el sobrepeso y la obesidad. Según la OMS, existe sobrepeso a partir de un índice de masa corporal (IMC) de 25 y obesidad a partir de un IMC de 30. Aunque estos son los valores de referencia, se considera que el riesgo de enfermedad aumenta en todas las poblaciones a partir de un IMC de 20-22 (18). En África y Asia el IMC observado ha oscilado entre 20 y 23, no obstante en la región de América del Norte y Europa éste índice se sitúa entre 25 y

27. El IMC aumenta en las personas ancianas con los consecuentes riesgos para la salud. El aumento en las prevalencias de obesidad se relaciona con el aumento en el consumo de los azúcares libres y de las grasas saturadas, y la baja actividad física, especialmente en zonas de América del Norte, el Reino Unido, Europa Oriental, las Islas del Pacífico y China. En los países en desarrollo la transición demográfica hace que el IMC aumente con rapidez, sobre todo entre los jóvenes. Se considera que el sobrepeso afecta a más de 1000 millones de adultos en el mundo y que cerca de 300 millones son clínicamente obesos (OMS, 2002b). Aproximadamente el 58% del total mundial de casos de diabetes mellitus, el 21% de las cardiopatía isquémicas y entre el 8 y 42% de algunos cánceres son atribuibles a un IMC superior a 21; estas cifras representan aproximadamente el 13% de la mortalidad en Europa y el 9% de la mortalidad en América. La proporción de AVAD perdidos como resultado de un IMC alto es ligeramente superior en las mujeres que en los hombres (OMS, 2002b).

Finalmente, las frutas y verduras son componente indispensables para una alimentación sana. Según estimaciones de la OMS, 2.7 millones de muertes anuales en el mundo, son atribuibles a una ingesta insuficiente de frutas y verduras, lo que representa 26,7 millones de AVAD perdidos. Esta ingesta insuficiente, es uno de los 10 factores principales de riesgo de mortalidad a escala mundial. Así mismo, se calcula que la ingesta insuficiente de frutas y verduras causa en todo el mundo aproximadamente un 19% de los cánceres gastrointestinales, un 31% de las cardiopatías isquémicas y un 11% de los accidentes vasculares cerebrales (Ferlay, Shin, Bray, Froman, Mathera y Parkin, 2010; OMS, 2002b). El consumo actual estimado de frutas y verduras es muy variable en todo el mundo, oscilando entre 100 g/día en los países menos desarrollados y aproximadamente

450 g/día en Europa Occidental. Según el informe de la OMS y la FAO publicado recientemente se recomienda como objetivo poblacional la ingesta de un mínimo de 400 g/día de frutas y verduras (excluidas las patatas y otros tubérculos feculentos) para prevenir enfermedades crónicas como las cardiopatías, el cáncer, la diabetes o la obesidad, así como para prevenir y mitigar varias carencias de micronutrientes, sobre todo en los países menos desarrollados (OMS, 2013)

1.2. Situación de Colombia en la Región

Colombia ha experimentado una transición demográfica importante desde mediados del siglo XX. Para el período 2010–2015 se estimó una esperanza de vida al nacer de 75,2 años (78,5 para las mujeres y 72,1 para los hombres), una tasa bruta de mortalidad de 5,8 por 1.000 habitantes; una tasa bruta de natalidad de 18,9 por 1.000 habitantes y una tasa global de fecundidad de 2,4 hijos por mujer, lo que resulta en una tasa media anual de crecimiento de 1,15% (OMS, 2008).

Desde los años cincuenta la esperanza de vida aumento más de 20 años en Colombia, aunque persisten notables diferencias internas: por ejemplo, la esperanza de vida en Bogotá alcanza los 74,6 años y la de Chocó solo los 63,5 años; esta diferencia señala una inequidad importante en el acceso a los determinantes sociales de la salud. La esperanza de vida en las mujeres creció a un ritmo de tres años por década desde los años ochenta, aproximadamente. De otra parte, la esperanza de vida de los hombres, a causa de la violencia, avanzó más lentamente, a un ritmo inferior a los dos años por década. En 1950 la diferencia en la esperanza de vida al nacer entre Colombia y los Estados Unidos era de 22 años, en el 2005 fue inferior a 7 años.

La diferencia entre Colombia y los países más ricos también disminuyó en otros indicadores sociales, entre ellos la mortalidad infantil, la alfabetización y las coberturas de servicios públicos. La tasa de alfabetización, por ejemplo, pasó de 63% en 1950 a 93% en el año 2000. Esta progresión fue similar a la observada en otros países latinoamericanos como Brasil, México y Perú. Durante el periodo de análisis las tasas de alfabetización convergieron en América Latina (Astorga et al, citado por Gaviria, 2010). En 1950, la diferencia entre Colombia y Argentina ascendía a 27 puntos porcentuales. En el año 2000 se había reducido 5 puntos. En el mismo periodo las tasas promedio de alfabetización en América Latina se acercaron a las de Estados Unidos.

1.2.1. Análisis desde los Determinantes Sociales de la Salud

Entre 2000 y 2010 la economía ha mostrado un crecimiento sostenido. Las principales ramas de actividad son la minería, el comercio y la construcción. El crecimiento anual promedio del producto bruto interno (PBI) fue de 3,3% en el período 2006–2010, y PIB per cápita en 2009 llegó a US\$ 4.990 (dólares corrientes) o US\$ 8.600 per cápita ajustados según la paridad del poder adquisitivo. Este crecimiento enmascara corrupción, precariedad del empleo y una desigualdad expresada por un coeficiente de Gini de 0,578 en 2009; en 2006, el 20% de la población más rica detentaba 24,8 más riqueza que el 20% de la población más pobre. Entre enero de 2006 y enero de 2010, el desempleo fluctuó entre 11,3% y 11,8%, pero el subempleo subjetivo se mantuvo entre 30,5% y 30,9%; el 75% de los que trabajaban lo hacían por cuenta propia. Entre 2005 y 2009, el porcentaje de población en condiciones de pobreza disminuyó de 50,3% a 45,5%, y el de población en pobreza extrema aumentó de 15,7% a 16,4%, que significa un avance leve hacia las metas

fijadas de 28,5% y 8,5% para 2015 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OMS, 2008).

El índice de Gini –que alcanza el 0,59 en Colombia-, recientemente confirmado por la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP), coincide con la apreciación de la CEPAL. Según las cifras del Índice de Desarrollo Humano (IDH), del programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Colombia pasó a ser el país más inequitativo de Suramérica, con un índice de Gini de 0,585 para el 2009 y superó a Brasil y a Bolivia en los últimos tres años (MPS y UDEA, 2010)

El desempleo nacional alcanzó la cifra de 9,3%, siendo 12,4% en la zona urbana y 7% en la zona rural. La brecha de desempleo, según sexo, es 7,0% para hombres y 12,5% para mujeres. Existen marcadas diferencias regionales, Bolívar tiene 8,1% y Nariño 22,2% (DANE, 2005)

El crecimiento económico y la consecuente distribución de la riqueza nacional, ha sido insuficiente como para disminuir las inequidades sociales internas. La evolución del ingreso por habitante en Colombia, desde comienzos de los años ochenta, ha sido similar a la de Perú y a la del promedio de los países emergentes. En Chile, Brasil y México, el ingreso por habitante creció a tasas más altas durante el mismo periodo. En términos generales el ingreso por habitante en esos países es, al menos, 50% superior al de Colombia. Un análisis comparativo de la evolución del ingreso per cápita de Colombia arroja varios hechos destacables: primero, la brecha económica entre Colombia y los países desarrollados se ha mantenido, más o menos, inalterada durante los últimos cincuenta años; y segundo, la brecha con respecto a los países de América Latina se cerró durante los años

ochenta. Como consecuencia del mejor desempeño relativo de la economía colombiana durante la llamada crisis de la deuda (OMS, 2011).

La pobreza estructural ha disminuido de manera continua desde los años setenta y el número y la cantidad de bienes y servicios de consumo aumentó sustancialmente. La tasa de pobreza, medida como el porcentaje de hogares con una necesidad básica insatisfecha, y la de miseria, como el porcentaje de dos o más necesidades sin satisfacer, pasó entre 1973 y 2005 del 70% al 20%, y la de la miseria, del 45% al 6%. El avance fue continuo a pesar de los vaivenes de la economía y en particular de la crisis de fin de siglo.

Colombia como país en vía de desarrollo es sensible a la transición demográfica que trae consigo modificaciones importantes en los patrones de alimentación y en consecuencia afectan el comportamiento de la morbimortalidad por ENT.

Al revisar los perfiles de país para ENT presentados por la OMS (2011) el promedio de muertes proporcionales por este grupo de enfermedades en 2008, entre países como Estados Unidos, México, Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile, Bolivia y Brasil es cercano al 76%, cifra que es ampliamente influenciada por países como Estados Unidos, Cuba y Chile donde la proporción de muertes por ENT es superior al 80%; entre tanto, países de las Américas como Bolivia y Colombia aportan el 57% y 66% al total de sus muertes respectivamente (Tabla 1).

En éste mismo informe sobre Perfil de Países, se presentan cifras relacionadas con los principales factores relacionados con las ENT; se muestra cómo la prevalencia de factores asociados con la alimentación, tales como el sobrepeso y obesidad, el colesterol y la glicemia aumentada presentan cifras alarmantes que requieren intervenciones prioritarias por parte de los gobiernos de los países señalados anteriormente.

En la tabla 1, se puede ver como la medición de prevalencia de sobrepeso representó para Colombia un 43.5% en hombres y un 52,7% en mujeres para el año 2008. Esta cifra nos ubica por debajo de las prevalencias para sobrepeso presentadas en países como Brasil, Chile, México, Costa Rica y Estados Unidos para el mismo año del reporte. No obstante, pone de manifiesto, que en Colombia aproximadamente uno de cada dos habitantes presenta sobrepeso.

Entre tanto, la obesidad aparece para el país como un problema latente, pues aunque las cifras de prevalencia son bajas en comparación con los otros países de la región analizados, constituyen una señal de alarma para el desarrollo de acciones de promoción y prevención en la población general (Tabla 1).

Con relación a la glucosa elevada, los Perfiles de Países de la OMS, indican para Colombia una prevalencia del 6% y 5,7% para hombres y mujeres respectivamente. Por otra parte, el colesterol elevado, las prevalencias reportadas corresponden al 40,8% y 41,8% en los hombres y mujeres respectivamente; esta cifra es muy similar en la totalidad de países incluidos en la tabla 1.

Tabla 1. Comparativo de la situación de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y sus factores relacionados entre Colombia y otros países de la Región de las Américas

Componente de análisis	América del Sur								América central						América del Norte	
	Colombia		Brasil		Bolivia		Chile		Cuba		México		Costa Rica		Estados Unidos	
Mortalidad proporcional (% del total de defunciones, todas las edades)																
Total ENT (%)	66		74		57		83		84		78		80		87	
Prevalencia de Factores de riesgo % (2008)	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Glucosa elevada en sangre	6.0	5.7	9.7	9.6	-	-	11.1	10.0	11.8	13.0	12.3	13.7	9.4	9.7	13.8	10.9
Sobrepeso	43.5	52.7	52.4	51.0	39.3	57.3	64.3	66.2	48.6	60.2	67.3	69.3	59.4	57.2	73.5	68.2
Obesidad	11.3	22.9	16.0	21.4	9.6	25.9	24.6	34.0	13.7	29.2	26.3	37.4	20.4	27.1	31.1	34.8
Colesterol elevado	40.8	41.8	43.0	42.6	-	-	49.0	49.1	-	-	47.1	51.6	37.1	43.6	53.3	56.9

Fuente: Tabla elaborada a partir de: Organización Mundial de la Salud. Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Enfermedades No Transmisibles: Perfiles de países 2011. Recuperado de <http://www.who.int/nmh/countries/es/index.html>

1.3. Situación en Colombia

La alimentación no saludable, como factor estructural en las últimas décadas ha presentado modificaciones en los patrones alimentarios asociados a las transformaciones económicas, sociales y demográficas, substituyéndose la alimentación tradicional basada en alimentos naturales por alimentos de alto contenido de grasa y alimentos elaborados. En las poblaciones urbanas, se ha modificado el régimen alimenticio a expensas del consumo de grasas y azúcares y la disminución del consumo de frutas y vegetales.

En Colombia, el 96% de las mujeres amamantó a sus niños al nacer; un 57% de ellas informó haber puesto al niño al seno en la primera hora de nacido, del 49% de lo reportado en la encuesta del 2005; 20% inició durante el primer día y 23% durante los primeros tres días de nacido. Persisten notables brechas en la iniciación de la lactancia materna en la primera hora de vida, según los entes territoriales y nivel educativo de la madre, siendo la lactancia más frecuente entre las mujeres más

educadas, que recibieron cuidados en salud durante la gestación. El porcentaje de niños con lactancia exclusiva desciende del 63% en los dos primeros meses de vida al 24% a los cuatro meses de vida. La duración de la lactancia materna exclusiva fue muy corta, con una mediana de 1,8 meses y la lactancia materna predominante, entendida como lactancia materna exclusiva complementada con líquidos no lácteos fue, en promedio, de 2,7 meses; cifras que distan de las recomendaciones internacionales.

Entre los niños y niñas amamantados se observa que antes de los seis meses ya se ha iniciado la introducción de otros líquidos y alimentos, tales como el uso de leche de fórmula infantil en un 33,2%. Esta práctica, junto al uso de biberón, va en aumento, pues pasó del 40% en el 2005, al 45% en el 2010, lo que suele desestimular la práctica de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido. La alimentación complementaria se realiza precozmente y la calidad de la dieta es desbalanceada, especialmente en el grupo de edad entre los 6 y 8 meses.

Existe un cuerpo de evidencias que destacan la relación entre la mala nutrición, la génesis de la aterosclerosis y la enfermedad coronaria. Alta y frecuente ingesta de grasas saturadas, grasas trans y sal, junto con un bajo consumo de frutas, verduras y pescado, han sido asociados con un alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (OMS, 2011b).

Con relación a los patrones de consumo predominantes en nuestro país, según la Encuesta de Situación Nutricional, ENSIN, 2010, en la población entre 5 y 64 años, 1 de cada 3 colombianos no consume frutas diariamente; el 71,9% de los colombianos no consume verduras ni hortalizas diariamente; aproximadamente 1 de cada 4 consume comidas rápidas semanalmente, y lo hace el 34,2% de los jóvenes entre 14 y 18 años;

además, 1 de cada 5 consume bebidas gaseosa azucaradas diariamente, 1 de cada 7 consume alimentos de paquete diariamente, siendo los niños y adolescentes quienes presentan una mayor frecuencia de consumo de estos alimentos; 1 de cada 3 consume golosinas y dulces diariamente. El 32% de la población consume alimentos fritos diariamente, el 39.5% consume alimentos manipulados en la calle.

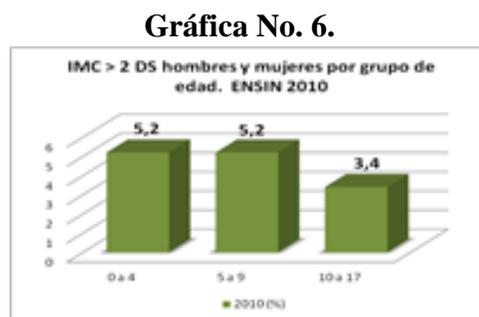
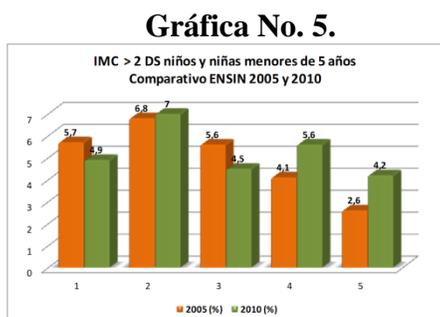
En zona urbana el 60% de la población consume comidas rápidas en el mes, en la zona rural este porcentaje es de 19.8% y el 16.7% de los colombianos adiciona mas sal a los alimentos después de servidos en la mesa.

La obesidad es un problema creciente de salud pública en países desarrollados y en desarrollo. La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular relacionada con la dieta e inactividad física. La obesidad aparece como consecuencia de un desequilibrio entre el consumo de energía y el gasto de la misma. El consumo frecuente de alimentos de alta energía, tales como los alimentos procesados con alto contenido de grasas y azúcares, promueve la obesidad en comparación con el consumo de alimentos bajos en energía. La dieta saludable suele contribuir a un peso saludables, un perfil lipídico deseable y una presión arterial estable (OMS, 2011b).

A nivel mundial, al menos 2,8 millones de personas mueren cada año como resultado de tener sobrepeso u obesidad y se estima que un 35,8 millones de los AVAD mundiales (2,3%), son causados por el sobrepeso o la obesidad. En el 2008, el 34% de los adultos mayores de 20 años de edad tenían sobrepeso, con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m² (33,6% de los hombres y 35% de las mujeres). En ese mismo año, 9,8% de los hombres y 13,8% de las mujeres eran obesas

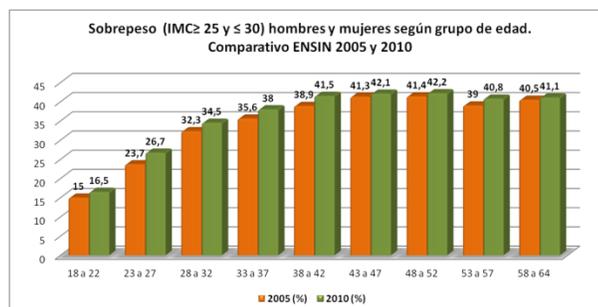
(IMC mayor o igual a 30 kg/m²), frente al 4,8% de hombres y 7,9% de mujeres en 1980, lo cual señala un franco aumento en la obesidad.

El riesgo de sobrepeso, entre una y dos desviaciones estándar para Colombia en el 2010 fue de 20.2% en niños de 0-4 años; 18,9% en niños de 5-9 años, de 16.7% en niños de 10 a 17 años. Realizando el comparativo de las dos últimas encuestas (2005-2010) en niños de 0-4 años pasó de 4,9% a 5,2%, mientras que en el grupo de menores de un año (5,7%- 4,9%) y en el grupo de 2 años (5.6%-4,5%) se observa tendencia a la disminución; para el grupo de niños y niñas de 5 a 9 años en el 2010 la prevalencia fue de 5,2% y en el grupo de 10 a 17 años la prevalencia fue de 3,4%.



Fuente: ENSIN 2005-2010

De acuerdo a los resultados de la ENSIN 2010 (ICBF, 2010) con respecto a 2005, el sobrepeso (IMC, mayor o igual a 25 y menor o igual a 30) en el grupo de 18 a 64 años aumentó en promedio 2 puntos porcentuales; la obesidad (IMC > 30 años) en el grupo de 18 a 64 años aumentó en promedio 2,5 puntos % en el 2010 con respecto a 2005. El riesgo de sobrepeso, obesidad y exceso de peso en la población de 14 a 64 años muestran una tendencia al aumento, lo cual sugiere cambios negativos en los patrones de consumo.

Gráfica No. 7.

Fuente ENSIN 2005 - 2010

Está demostrado que tanto el retraso del crecimiento como un aumento excesivo del peso en la infancia, contribuyen a la incidencia posterior de enfermedades crónicas. El retraso de crecimiento en talla en la niñez también se asocia a un mayor riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y, hasta cierto punto, diabetes. El riesgo de sufrir varias enfermedades crónicas de la niñez y la adolescencia, también se ha asociado a la alimentación del lactante con sucedáneos de la leche materna y con una lactancia materna breve.

La misma Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia encontró anemia en 47,4% de los niños prescolares, 40,9% de las mujeres en edad fértil y 44,7% de las embarazadas; retinol sérico inferior a 20 ug/dl en 5,9% de los menores de 5 años, y deficiencia de zinc en 26,9% de los niños de 1 a 4 años (ICBF, 2010).

En Colombia, la información referente al comportamiento de los factores de la alimentación que guardan relación con el desarrollo de ENT, ha sido obtenida a partir de grandes encuestas poblacionales entre ellas, las más relevantes para el tema han sido la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) realizada en 2005 y

posteriormente en 2010 (ICBF, 2010). A partir de éstas se han obtenido conclusiones que han motivado el desarrollo de acciones en salud pública.

Según resultados de la ENSIN 2010, en el capítulo relacionado a las prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública, se identificaron varios aspectos relacionados con el futuro desarrollo de ENT.

Por ejemplo, que en la población de 5 a 64 años, 1 de cada 3 colombianos no consume frutas diariamente, siendo el grupo de edad entre 31 y 64 años el que menor frecuencia de consumo de frutas reporta. En la población del nivel 1 del SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios) este porcentaje es del 41,2%. En general, las mujeres tienen mayor consumo de frutas que los hombres y la frecuencia diaria es mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Las regiones con menor consumo diario de frutas en Colombia son Amazonia y Orinoquia y Región Central.

Con relación al consumo de verduras y hortalizas, las ENSIN indicó que el 71,9% de los colombianos no consume verduras y hortalizas diariamente; siendo mayor el porcentaje de no consumo entre los menores de 18 años donde el 75% de los jóvenes no consume estos alimentos. Al igual que en las frutas, las mujeres consumen más verduras y hortalizas que los hombres. Los departamentos de la región Central son los que menor consumo diario de verduras y hortalizas reportaron.

En contraposición, los alimentos procesados, como los embutidos (salchichas, salchichón, jamón, mortadela), considerados además alta fuente de sodio, son consumidos por el 73,6% de la población entre 5 y 64 años de forma semanal. Los niños y jóvenes de 9 a 18 años reportaron un mayor consumo de embutidos diario y semanal; a su vez el consumo es mayor en las áreas urbanas. Esto guarda relación con mayor disponibilidad de

los productos en los mercados. Los alimentos de paquete también hacen parte de la alimentación de los colombianos, identificando que el 69,6% de los encuestados los consume, de éstos el 15,2% los consume a diario y el 45,5% los consume de forma semanal; estos alimentos son preferidos por los niños y adolescentes. Sumado a lo anterior, las comidas rápidas también se identificaron como parte del menú de los colombianos, siendo consumidas por al menos el 25% de la población cada semana, se encontró que a mayor nivel socioeconómico aumenta el consumo de comidas rápidas en Colombia.

Dado lo anterior, se identifica que la adición de sal en la mesa no es el único problema. En gran parte de la población, la mayor cantidad de sal en la dieta proviene de los platos preparados, alimentos precocidos, incluyendo el pan, carnes procesadas, e incluso cereales para el desayuno.

Adicionalmente, las bebidas de tipo gaseosa y refrescos son consumidas por 1 de cada 5 colombianos por lo menos una vez al día. Las golosinas y dulces son consumidos por al menos el 30% de la población cada día, así mismo, los fritos están presentes en el menú diario del 32% de los colombianos. En las zonas urbanas el 60% de la población ingiere comidas rápidas en un mes usual, en las zonas rurales esta cifra es menor con el 19,8% de la población.

Otro de los factores de riesgo señalados es el consumo de sal aumentado, donde la encuesta reportó que al menos el 16,7% de los colombianos adiciona más sal a los alimentos luego de servidos en la mesa. Bogotá es la región donde en mayor proporción se realiza esta práctica con el 21,3%, seguida por la región oriental con el 20,1% y la pacífica con el 17,5% de la población encuestada (ICBF, 2010).

Con relación al sobrepeso y obesidad, la misma encuesta informó que en los niños y adolescentes de 5 a 17 años, la prevalencia de éste factor de riesgo aumentó en un 25,9% en el último quinquenio. En otros términos, informa que uno de cada seis niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad, esta relación aumenta a medida que se incrementa el nivel del SISBEN y el nivel educativo de la madre (9,4% en madres sin educación vs 26,8% en madres con educación superior). El exceso de peso en este grupo de edad es mayor en el área urbana con 19,2% que en el rural con 13,4%. Los departamentos con mayores prevalencias de sobrepeso u obesidad fueron San Andrés con 31,1%, Guaviare con 22,4% y Cauca con 21,7%.

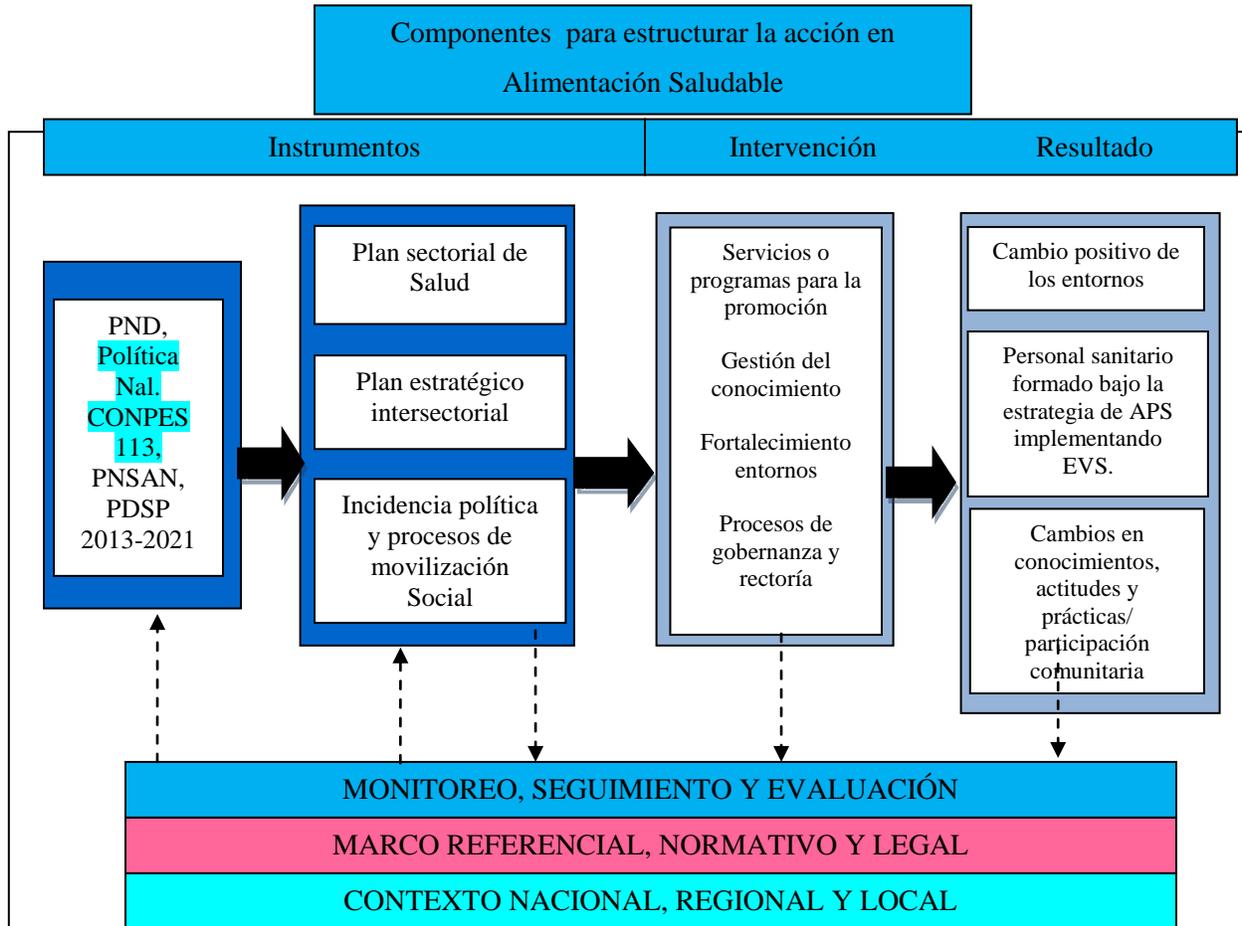
En los adultos entre 18 y 64 años, la ENSIN 2010, indicó que la prevalencia de sobrepeso está presente en uno de cada dos colombianos. Estas cifras aumentaron en los últimos cinco años en 5,3 puntos porcentuales, en 2005 el valor fue de 45,9% pasando a 51,2% en 2010. El exceso de peso es mayor en las mujeres que en los hombres con 55,2% frente a 45,6% respectivamente. Aunque en todos los niveles del SISBEN la prevalencia de sobrepeso y obesidad es alta, los niveles más altos de la clasificación SISBEN superan el 45% de la prevalencia. La mayor prevalencia del exceso de peso se presenta en el área urbana con el 52,5%, superando así el promedio nacional. Los departamentos con mayor prevalencia de exceso de peso con San Andrés y Providencia con el 65%, Guaviare con el 62,1%, Guainía con el 58,9%, Vichada con el 58,4% y Caquetá con el 58,8%.

La obesidad abdominal calculada por la circunferencia de la cintura en la población entre 18 y 64 años, como otro de los factores de riesgo para ENT relacionados con la alimentación, especialmente para Enfermedades Cardiovasculares, también fue evaluada mediante la ENSIN, sus resultados indicaron que este indicador es mayor en las

mujeres de todos los grupos de edad pero sobresalen las mujeres entre 18 y 29 años. Los hombres del área urbana presentaron mayor prevalencia de obesidad abdominal comparados con los hombres del área rural. Finalmente se obtuvo, que al menos uno de cada dos hombres de los departamentos de Guaviare, San Andrés y Providencia y Arauca tiene obesidad abdominal. Para las mujeres, los departamentos de mayor prevalencia de obesidad abdominal fueron Tolima, San Andrés y Providencia, Cundinamarca y Arauca (ICBF, 2010)

En conclusión, Colombia atraviesa por un período de transición demográfica en el que a nivel de alimentación y nutrición se presentan déficit y excesos, a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno para su control. Por lo anterior, el panorama nacional en materia de alimentación lleva a reflexionar y genera la necesidad de definir políticas públicas orientadas a promover la alimentación saludable, contemplando escenarios intersectoriales, y abordando la problemáticas desde el enfoque de determinantes sociales.

Gráfico No. 3



II. HOJA DE RUTA

1. Estrategia de Reducción del consumo de sal.

PROCESO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ACTORES INVOLUCRADOS	METAS	A CUAL PLAN RESPONDE
Formulación de la Estrategia de reducción de sodio	Elaboración del documento técnico de la estrategia.	Ministerio, Industria	Industria Alimentaria, Academia, Sociedad Civil, INS, Invima, OPS, CDC, CEDETES	Documento que contenga la estrategia de reducción de sal formulado	Plan Sectorial Plan Regional de Enfermedad cardiovascular
Reducción de sal en los alimentos procesados	Priorizar alimentos procesados para la reducción del contenido de sodio.	Ministerio, Industria de Alimentos	Industria de alimentos, Academia	de Alimentos priorizados para la reducción del contenido de sodio.	
	Conformar las mesas de trabajo para cada grupo de alimentos procesados priorizados (Embutidos, snacks, quesos, pan).	Grupo de industria	Industria, Invima, INS, Ministerio	Mesas de trabajo conformadas	
	Definir la metodología de trabajo para las mesas conformadas.	Ministerio/ ANDI	Industria- Ministerio	Metodología de trabajo para las mesas conformadas.	
	Elaboración del marco normativo que oriente las	Invima, Ministerio	INS, Invima, Ministerio	INS, Acto normativo que regule.	

prácticas sanitarias en la reducción del contenido de sodio en alimentos procesados.

Fijar objetivos, metas, plazos de reducción del contenido de sodio de alimentos procesados priorizados	Ministerio, Industria de Alimentos INS, Invima (grupo de Industria	Industria de alimentos INS, INVIMA	de Objetivos, metas y plazos de reducción del contenido de sodio en alimentos priorizados.
--	--	------------------------------------	--

Convocar y sensibilizar a la industria del catering, restaurantes y escuelas de gastronomía para promover su participación en la estrategia.	Grupo de industria y Grupo IEC	Restaurantes, escuelas de gastronomía, industria del catering, Ministerio, Secretarías de Salud	Restaurantes, escuelas de gastronomía e industria del catering informados y sensibilizados frente al tema
--	--------------------------------	---	---

Definir con la industria del catering, restaurantes y escuelas de gastronomía, plan de trabajo del sector para la disminución del contenido de sodio en preparaciones y para la creación de un entorno favorable para la disminución del consumo de sodio	Grupo de Restaurantes	Restaurantes, escuelas de gastronomía, industria del catering, Ministerio, Secretarías de Salud, consumidores	Plan de trabajo formulado de
---	-----------------------	---	------------------------------

	Difusión e implementación del plan de trabajo formulado para restaurantes, industrias de catering y escuelas de gastronomía	Grupo de Restaurantes	Restaurantes, escuelas de gastronomía, industria del catering, Ministerio, Secretarías de Salud, consumidores	de	Plan de trabajo formulado y difundido
Sistema de Monitoreo	Desarrollo de un sistema de monitoreo del desarrollo de la estrategia.	INVIMA, INS, MSPS	INVIMA, MSPS	INS,	Indicadores de proceso y de resultados evaluados.
Plan comunicacional 1	Elaboración de un marco de armonización de responsabilidades de los actores participantes en los diversos escenarios.	Invima, Ministerio	INS, Invima, Ministerio	INS,	Esquema de competencias y responsabilidades en los sectores de educación, organizaciones de trabajo, salud y comunitario, entre otros.
	Elaborar un plan comunicacional para difundir la estrategia de reducción del consumo de sodio para la población Colombiana	Grupo IEC	Entidades gubernamentales, no gubernamentales, redes sociales, población en general		Plan comunicacional formulado

	Contribuir con la construcción de las herramientas (brochure, mensajes claves, afiches plegables) para organizar una campaña de percepción del riesgo por parte de la población relacionada con los efectos del excesivo consumo de sodio.	Grupo de IEC, Oficina de Comunicaciones del Ministerio	Grupo IEC, Sociedad Civil, EPS, IPS.	Herramientas elaboradas
	Implementar el plan de comunicaciones formulado	Grupo IEC	Grupo IEC, sociedad civil, organizaciones estatales, secretarías de salud, EPS, IPS.	Plan de comunicaciones en implementación
Evaluación del plan de medios	Evaluar los mecanismos de divulgación y comunicación en la población general.	Grupos IEC	Grupo IEC, sociedad civil, organizaciones estatales, secretarías de salud, EPS, IPS.	Resultados de evaluación: Cambios en conocimientos, actitudes y prácticas.
Investigación	Elaborar los protocolos e instrumentos para determinar la línea de base del consumo de sodio	Universidad de Antioquia, Dirección de Epidemiología, Subdirección ENT	Universidad de Antioquia, Dirección de Epidemiología, Subdirección ENT, grupo de investigación de la estrategia.	Productos pactados recibidos a satisfacción
	Gestionar investigación relacionada con el desarrollo	Grupo de Investigación de la	Academia, INS,	Métodos y aditivos identificados y

<p>de métodos nuevos de estrategia producción de alimentos y utilización de aditivos para disminuir el contenido de sodio de alimentos procesados.</p>	<p>INVIMA, Ministerio</p>	<p>documentados</p>		
<p>Buscar y evaluar información relacionada con metas, objetivos y plazos de reducción en alimentos priorizados</p>	<p>Grupo de Investigación</p>	<p>de Academia, Ministerio</p>	<p>INS,</p>	<p>Objetivos, metas y plazos de reducción del contenido de sodio en alimentos priorizados documentados.</p>

Nota: El grupo de industria y restaurantes está conformado actualmente por empresas afiliadas a la ANDI, representantes de la Academia, Invima y Ministerio de Salud y Protección

El grupo de IEC: Está conformado por la academia, sociedad civil, industria, Ministerio de Salud y Protección Social, ICBF.

El grupo de Investigación está conformado por el INS, Ministerio y Academia.

2. Alimentación Saludable

PROCESO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ACTORES INVOLUCRADOS	METAS	A CUAL PLAN RESPONDE
Plan Comunicacional	Incluir en el plan comunicacional institucional todos los temas de alimentación saludable: equilibrio calórico y un peso saludable, promoción del consumo de frutas y hortalizas, reducción de la ingesta calórica procedente de grasas, cambio de grasas saturadas por insaturadas y eliminar las grasas trans, reducción de la ingesta de azúcares libres, reducir el consumo de sodio.	Ministerio	Subdirección de ENT, Oficina de Comunicaciones	Contenidos técnicos elaborados y aprobados por la Oficina de Comunicaciones.	
	Construir un plan de medios donde se desarrolle la estrategia de promoción al consumo de frutas y verduras, teniendo en cuenta factores relacionados con la producción, y el consumo, de acuerdo al lineamiento técnico nacional.	Ministerio, FAO	Subdirección de ENT, Oficina de Comunicaciones MSPS y FAO	Contenidos técnicos elaborados y aprobados. Medios masivos y comunitarios identificados.	
Construcción de documentos	Construcción de lineamientos para la promoción del consumo de frutas	FAO -Ministerio. Convenio 389-	Min Agricultura, Mincomercio, Asociaciones de	Lineamiento construido	

técnicos	hortalizas en los diferentes entornos	2012	productores		
	Construcción de documentos regionales de plan de acción, divulgados y validados, que garanticen la aplicación con enfoque diferencial en los territorios, del lineamiento nacional.	Ministerio FAO	Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de comercio Industria y Turismo, Ministerio de Cultura, Entidades Territoriales	Plan de acción construido validado y en ejecución	
	Documento técnico de Lineamientos para alimentos y bebidas expendidos en tiendas escolares y las vías posibles, para la reglamentación correspondiente.	Ministerio, OPS	Ministerio de Educación, ICBF, Ministerio de Salud, ICBF.	Lineamientos para alimentos y bebidas expedidos en tiendas escolares formulados.	Ley 1355 de 2009
	Documento técnico que contenga el marco normativo y requisitos que deben cumplir los alimentos que se adquieren por parte del estado para asegurar el suministro de una alimentación saludable.	Ministerio	Ministerio	Documento construido	Ley 1335 Plan regional de enfermedad cardiovascular
Coordinación Intersectorial	Apoyo a la concertación e implementación de los estándares de alimentación escolar	Ministerio salud, Ministerio de Educación e ICBF, DNP	Ministerio de Educación, Ministerio de Salud	Estándares de alimentación escolar para el entorno escolar concertados e implementados	Ley 1355 de 2009

	Apoyo a la consolidación de la mesa nacional intersectorial para la promoción del consumo de frutas y verduras.	Ministerio Salud, FAO, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Educación	MSPS, FAO, MADR, MINCOMERCIO, MINCULTURA, MINEDUCACIÓN	Mesa conformada con planes de acción intersectoriales, concertados y definidos	
Apoyo a la construcción e implementación de la normatividad	Gestionar la concertación del acuerdo de responsabilidad social empresarial con la industria relacionado con la producción y comercialización de alimentos procesados saludables.	Ministerio, Industria de alimentos	Ministerio de Salud, Industria de Sociedad Civil	Documento que contenga las acciones desarrolladas para la concertación del Acuerdo de responsabilidad social empresarial construido y concertado en el marco de alimentación saludable	Ley 1355 de 2009
	Apoyo a la Subdirección de Salud Nutricional Alimentos y Bebidas				Ley 1355 de 2009
	Apoyo técnico a la revisión de la Resolución 333 de 2011.	Ministerio	Ministerio	Documento con los aportes a la Resolución 333 de 2011.	
	Apoyo técnico a la formulación de un reglamento relacionado con la publicidad en alimentos dirigida a niños	Ministerio	Ministerio	Documento que contenga los aportes al reglamento relacionado con la publicidad de alimentos dirigida a niños	
Asistencia técnica	Difundir normatividad y brindar asesoría técnica en su aplicación.	Ministerio	Ministerio,	Normatividad difundida	

			Entidades territoriales	Asesoría técnica realizada	
	Acompañar el proceso regional de implementación del lineamiento técnico nacional para la promoción al consumo de frutas y verduras	MSPS - FAO	MSPS, FAO, Entidades territoriales en Salud	Documento que contenga las actividades de acompañamiento y capacitación a los territorios.	
	Difundir herramientas para la promoción de alimentación saludable (Notas técnicas, videos, documentos técnicos, afiches, guías de orientación, recursos virtuales)	Ministerio	Ministerio Entidades territoriales	Herramientas de promoción de alimentación saludable enviadas a las entidades territoriales	
	Capacitación en aplicación de normas.	Ministerio	Ministerio – Entidades territoriales	Socialización de la aplicación de normas difundida	Plan Sectorial de salud
	Capacitación y asesoría para la implementación de estrategias				Plan sectorial de Salud
	Capacitación en la adopción de metodologías para la gestión y articulación intersectorial	Ministerio	Ministerio – Entidades territoriales	Socialización de la adopción de metodologías para la gestión y articulación intersectorial	
	Fortalecimiento de la capacidad técnica en los territorios para la adopción de los planes, programas y estrategias en los diferentes entornos priorizados.	Ministerio	Ministerio, Entidades territoriales	Socialización de planes, programas y estrategias aplicadas a los diferentes entornos priorizados	

3. Alimentación saludable como parte de los estilos de vida saludable (EVS) y la gestión de la atención de las Enfermedades No Transmisibles

Objetivo general:

Fomentar el consumo de una alimentación (saludable) como parte de los estilos de vida saludable en la población colombiana en los diferentes entornos que constituyen una apuesta estratégica para el sector mediante la implementación de diferentes líneas de acción que plantean el desarrollo de actividades que requieren de articulación del sector salud con los sectores en donde se desarrolla la vida cotidiana de la población.

Con el fin de promocionar la salud y prevenir la enfermedad en los diferentes ámbitos las medidas saludables que se propone implementar incluyen:

- a. Lograr un equilibrio calórico y un peso saludable.
- b. Reducir la ingesta calórica procedente de las grasas, cambiar las grasas saturadas por las insaturadas y eliminar los ácidos grasos trans.
- d. Aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- e. Reducir la ingesta de azúcares libres.
- f. Reducir el consumo de sal (sodio), cualquiera que sea su fuente, y garantizar que la sal consumida esté yodada

3.1 VIVIENDA

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Interacción intersectorial para el acceso a servicios públicos e infraestructura	<p>Identificar los sectores involucrados</p> <p>Orientación de las Direcciones Locales de Salud hacia los determinantes de ENT.</p> <p>Gestión para la implementación de los lineamientos en alimentación saludable.</p>
Promoción de EVS	<p>Identificación de creencias y prácticas de grupos diferenciales y adaptación de medidas de promoción de alimentación saludable</p> <p>Adopción de contenidos a partir de documentos nacionales e internacionales sobre el tema de alimentación saludable (Reducción del consumo de sal, promoción del consumo de frutas y verduras, disminución del consumo de grasas trans)</p> <p>Difusión y capacitación a familias a través de actores clave (Red Unidos, ICBF, acciones PIC, EPS, etc.)</p> <p>Fomento del consumo de frutas y hortalizas a los integrantes de la familia, por parte de los equipos básicos APS y a través de las acciones PIC</p>
Prevención de riesgos para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al consumo de una alimentación no saludable.	<p>Difusión del ABC del sodio (nota informativa al consumidor) a través de las EPS, IPS, Secretarías de salud</p> <p>Gestión para la implementación alimentación saludable en AIEPI comunitario</p> <p>Campañas de percepción del riesgo respecto al consumo de una alimentación con un contenido excesivo de sodio, grasas trans, azúcares añadidos entre otros y de controles periódicos para lograr un peso saludable.</p> <p>Elaboración, de un boletín que contenga los derechos y deberes de las familias para acceder a consejería nutricional en temas de alimentación saludable.</p> <p>Fortalecer las capacidades de grupos organizados de mujeres y voluntariados como promotoras de la nutrición y alimentación saludable.</p> <p>Fortalecimiento de capacidades locales para identificar y capacitar a líderes comunitarios que actúen como promotores de hábitos saludables y facilitadores de condiciones de higiene e inocuidad.</p>

3.2 ESCUELA – COLEGIO USUARIOS HASTA 5° DE PRIMARIA

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Coordinación intersectorial	Articulación de escuelas saludables y estrategia promocional de estilos de vida saludable.
Integración Curricular	Construcción de contenidos, a ser incluidos en planes curriculares para el fomento de la alimentación saludable (promoción del consumo de frutas y verduras, reducción del consumo de sal, azúcares añadidos y grasas trans).
	Concertación, desarrollo y gestión de contenidos (con Ministerio de Educación Nacional (MEN))
	Concertación de metodologías de formación con MEN
	Gestionar ante el sector educativo para que se establezca en el PEI, la “Hora del Desayuno”, donde se dedique una vez a la semana, a cada grupo, una clase sobre los alimentos que componen una dieta saludable.
Capacitación docente y bienestar docente	Concertación con MEN procesos de capacitación docente, para fortalecimiento de la capacidad de identificación de signos de desnutrición o sobrepeso en la comunidad escolar y canalización a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).
	Desarrollo de habilidades y conocimientos en el cuerpo docente y directivo durante la rutina escolar, para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable.
	Apoyo y desarrollo de estrategias de participación de la comunidad escolar (maestros, directivas, padres, alumnos, miembros de la comunidad educativa)
Capacitación a padres y familias saludables	Desarrollo de estrategias comunicativas y formativas para fortalecer la consolidación de familias saludables.
	Apoyo en la construcción de recetarios familiares saludables promovidos desde las escuelas y colegios.
Desarrollo de condiciones y estilos de vida en el ámbito escolar	Apoyo para fortalecer capacidades en docentes y directivos para asesorar y gestionar condiciones y EVS en el ámbito escolar.
	Participación en la gestión de implementación de tiendas escolares saludables en el ámbito escolar.
	Promoción de la inclusión de mayores cantidades de frutas y verduras en las minutas ofertadas por los programas de apoyo y ayuda alimentaria escolar.
	Concertar con el sector educativo la implementación de la estrategia de huertos escolares como escenarios de enseñanza y apropiación de hábitos alimentarios saludables.
Identificación de riesgo y gestión para la canalización a la atención de la comunidad escolar	Brindar apoyo para la canalización de casos según riesgo, a la atención oportuna, resolutive y con calidad en los servicios en el marco de la atención primaria en salud (APS).
	Las EAPB dirigirán a los escolares remitidos campañas de percepción del riesgo respecto al consumo de sodio,

	alimentación que contenga grasas trans, azúcares añadidos entre otros y de controles periódicos para lograr un peso saludable
--	---

3.3 UNIVERSIDADES Y OTRAS INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR FORMAL Y NO FORMAL

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Lineamientos para la promoción de EVS	Coordinación y concertación en el marco de Universidades Saludables para la inclusión del tema de Alimentación saludable (entorno facilitador para el consumo de alimentos saludables)
	Apoyar la gestión para incluir en la consejería universitaria a estudiantes temas sobre promoción del consumo de alimentación saludable.
	Dar a conocer el marco normativo y las estrategias poblacionales que se implementan para la promoción de estilos de vida saludable
	Implementar la estrategia de puntos de distribución de frutas y verduras en las instituciones académicas.
	Implementar los lineamientos para la creación de la sala amiga de la familia lactante en el entorno de la institución universitaria ó de formación superior formal y no formal
Integración Curricular	Identificación de temas y construcción de contenidos en alimentación saludable a ser incluidos en planes curriculares universitarios
Capacitación docente y bienestar docente	Concertación con Ministerio de Educación Nacional y Asociaciones de Facultades para el desarrollo de procesos de capacitación docente, para fortalecimiento de EVS.
	Desarrollo de habilidades en el cuerpo docente y directivo durante la permanencia en la universidad, para la promoción y el consumo de alimentos saludables.
	Participación en la gestión de implementación de tiendas y suministros de alimentos saludables
Desarrollo de condiciones y estilos de vida en el ámbito universitario	Apoyo para fortalecer capacidades en docentes y asesoría a directivos para la gestión de condiciones y EVS en el ámbito universitario.
	Apoyo para la creación en el ámbito universitario de un entorno que favorezca la oferta de una alimentación saludable
Identificación de riesgo y gestión para la canalización a la atención de la comunidad escolar	Brindar ayuda para la canalización de casos según riesgo, a la atención oportuna, resolutive y con calidad en los servicios (APS) complementado con campañas de percepción del riesgo respecto al consumo de sodio, grasas trans, azúcares añadidos entre otros.

3.4 ORGANIZACIONES LABORALES, EMPRESAS

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Lineamientos para la promoción de EVS	Coordinación, apoyo y concertación en el marco de organizaciones para la promoción de alimentación saludable creando entornos facilitadores que favorezcan el cambio.
	Brindar asistencia técnica para el establecimiento de la consejería universitaria a empleados y usuarios de la organización sobre promoción de la alimentación saludable y el mantenimiento de un peso saludable.
	Implementar los lineamientos para la creación de la sala amiga de la familia lactante en el entorno laboral
	Gestión para el reconocimiento y exigibilidad de derechos y deberes frente al Sistema.
	Colaborar para contribuir con disponibilidad de información útil para la toma de decisiones frente a la elección de una alimentación saludable (difundir mediante afiches, plegables información sobre los beneficios del consumo de frutas y hortalizas, el ABC del sodio y la importancia de reducir las grasas trans en la alimentación)
	Implementar la estrategia de puntos de distribución de frutas y verduras a bajo costo en las organizaciones y empresas.
Prevención de riesgos para la salud promoción de alimentación saludable de la familia	Brindar apoyo para la realización de jornadas de auto identificación de riesgos de desarrollo de sobrepeso, obesidad, diabetes.
	Asesorar para la organización de campañas de percepción del riesgo respecto al consumo de sodio, grasas trans, azúcares añadidos entre otros y de controles periódicos para lograr un peso saludable

3.5 PRIMERA INFANCIA

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Fortalecimiento de la gestión de implementación del componente fomento de alimentación saludable en estrategias de atención integral (IAMI-AIEPI; de Cero a Siempre)	Participar en la capacitación de talento humano de ET; EAPB e IPS y ESE
	Identificación del riesgo de sobrepeso y obesidad en la población infantil en las consultas de crecimiento y desarrollo.
Desarrollo de condiciones y estilos de vida	Apoyar la implementación de un programa para el fomento de EVS en primera infancia que incluya el fomento de una alimentación saludable y la creación de entornos facilitadores para el consumo para la prevención del sobrepeso y obesidad infantil.
Gestión para promoción de una alimentación saludable y como parte de los EVS (APS- Atención Integral)	Brindar apoyo en la gestión para el incremento de la disponibilidad, acceso y coberturas de la consejería nutricional con énfasis en la vigilancia del estado nutricional, la prevención, protección específica,

	diagnóstico oportuno y atención efectiva temprana
Asistencia técnica para el fortalecimiento de acciones para la promoción de alimentación saludable	Apoyar la capacitación en temas clave (promoción del consumo de frutas y verduras, preparación adecuada de alimentos, fomento de la lactancia materna, inicio y composición de la alimentación complementaria, crear entorno familiar e institucional que ofrezca un consumo adecuado de sal, grasas trans, azúcares añadidos y el fomento del consumo de alimentos de alta densidad de nutrientes y bajo aporte calórico), identificación de riesgo en primera infancia, acceso efectivo a servicios, Campañas de percepción del riesgo respecto al consumo de sodio, grasas trans, azúcares añadidos entre otros y de controles periódicos para lograr un peso saludable

3.6 APS – REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, GESTIÓN DE RIESGOS PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES
Regulación de la APS	Inclusión de acciones para el fomento de la alimentación saludable a cargo de los equipos básicos de APS para la identificación de prácticas adecuadas y orientación y consejería para el fomento de la alimentación saludable.
	Participación en los procesos de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para la promoción de prácticas de alimentación saludable: promoción de la lactancia materna, el consumo de alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada para prevenir el sobrepeso, la obesidad y el desarrollo de otras condiciones crónicas. Organización de campañas de percepción del riesgo respecto al consumo de sodio, grasas trans, azúcares añadidos entre otros y de controles periódicos para lograr un peso saludable
	Gestión por el ajuste de las normas técnicas, para la inclusión de acciones que permitan prevenir y controlar el desarrollo de desnutrición, enfermedades carenciales, sobrepeso y obesidad.
Fortalecimiento de acciones intersectoriales	Apertura de espacios de participación social e intersectorial y articulación de acciones para el fomento de hábitos y estilos de vida saludables.
	Identificación de actores, de formas de participación y de áreas clave de trabajo conjunto
	Construcción y difusión de lineamientos que se construyan en el tema de alimentación saludable.
	Inclusión de temáticas en estrategias propias de otros sectores que permitan la adopción de hábitos y estilos de vida saludables

3.7 NECESIDADES DE INFORMACIÓN

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Alimentación Saludable	Apoyar y contribuir con el proceso de elaboración del protocolo de la Encuesta de consumo de sodio, yodo y fluor 2013
	Inclusión de preguntas claves en las encuestas poblacionales en temas relacionados con los hábitos y costumbres alimentarias de la población respecto al consumo de frutas y hortalizas, sal, grasas trans, azúcares añadidos y otras prácticas relacionadas con el consumo de nutrientes de interés en salud pública.
	Revisión documental sobre metas, plazos y objetivos de la reducción de sodio en alimentos priorizados (Quesos, embutidos, snacks, pan)
	Definición de indicadores cumplimiento de los objetivos de reducción en la composición de sal de los alimentos priorizados.
	Identificación de estudios, investigaciones o fuentes en las cuales se pueda articular temas de alimentación saludable para la gestión de información y conocimiento en la implementación de los estilos de vida saludable.
	Construcción de un documento de plan de acción regional priorizado, validado y ajustado, a partir del lineamiento técnico nacional para la promoción al consumo de frutas y verduras y articulado al plan decenal de salud pública.
Otros estudios y análisis	Análisis de otras opciones y propuestas de inclusión de temas en alimentación saludable y fomento de los estilos de vida saludable.
	Recolección y análisis de información disponible (RIPS, Servicios, etc)

3.8 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Estrategias de información a la comunidad	Integrar los temas de alimentación saludable al Plan A (consumo de frutas y verduras, consumo de sal, consumo de grasas trans y azúcares añadidos), como también el fomento de una alimentación saludable (completa, equilibrada, suficiente y adecuada).
	Apoyar la elaboración de caja de herramientas (cartillas, afiches, webinars, banners, plegables, folletos informativos etc) para comunidad en temas clave: infancia, gestación, adulto mayor, discapacidad, grupos diferenciales,
	Socialización de estrategias, campañas y acciones a través de medios de comunicación masivos, en torno al consumo de una alimentación saludable.
Estrategias de comunicación para escuelas y universidades saludables	Identificación de contenidos y gestión para el desarrollo acorde con la población específica
Estrategias de comunicación para Asistencia Técnica	Identificación de contenidos y gestión para el desarrollo acorde con la población específica

3.9 AUTORIDAD SANITARIA, IVC, NORMATIVIDAD

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Gestión en los marcos normativos	Incluir en el Plan Decenal de Salud Pública las metas, objetivos y actividades a la implementación de la alimentación saludable en los diferentes entornos que constituyen una apuesta estratégica para el sector.
	Inclusión del tema de alimentación saludable como parte del fomento de los estilos de vida saludable en los marcos normativos de APS, PDSP, POS, etc.
	Generación y difusión de lineamientos para la promoción del consumo de frutas y verduras.
	Gestión en la generación de guías de atención integral relacionadas con el tema de alimentación saludable y/o las enfermedades relacionadas con el consumo de una alimentación no saludable
	Apoyar la gestión que desarrolle la Subdirección de Salud Nutricional Alimentos y bebidas frente a temas como etiquetado de alimentos, publicidad de alimentos dirigida a niños, fomento de la lactancia materna entre otros
Gestión para la adopción de indicadores de seguimiento a resultados en la promoción de la alimentación saludable	Definición de mecanismos para la gestión de los indicadores
	Monitoreo y evaluación de los indicadores

3.10 ASESORÍA Y ASISTENCIA

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Capacitación referentes ET y EAPB	Elaboración del perfil de consumo y producción de frutas y verduras
	Articulación con los sectores de agricultura, cultura y comercio para fortalecer la cadena de producción, comercialización y consumo de frutas y verduras.
	Acompañamiento a la implementación y desarrollo del lineamiento técnico para la promoción al consumo de frutas y verduras.
	Alimentación saludable en AIEPI y IAMI
	Plan de difusión de los lineamientos para la promoción del consumo de frutas y hortalizas, la estrategia de reducción de sal, la reducción de grasas trans y azúcares añadidos para inclusión en PIC
	Detección temprana, manejo y atención para el sobrepeso y la obesidad
	Acompañamiento
Acompañamiento	Gestión para fomento de acciones en promoción de estilos de vida saludable
	Consejería nutricional en APS
	Implementación de modelos de atención en APS
	Implementación de sistemas de información
Seguimiento y evaluación	Seguimiento a indicadores de gestión y de resultado

3.11 INVESTIGACIÓN, FORMULACIÓN Y MONITOREO DE POLÍTICAS

LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES
Estrategia de Reducción de sal	Elaborar el Documento técnico de la estrategia
Frente de trabajo Industria y restaurantes	Definir alimentos prioritarios para la reducción del contenido de sal
	Fijar objetivos, metas, plazos de reducción de sodio en alimentos procesados
	Conformación de las mesas de trabajo para cada grupo de alimentos priorizados
	Definir la metodología de trabajo para las mesas conformadas
	Convocar a la industria del catering, restaurantes y escuelas de gastronomía a participar en la estrategia
Frente información, educación y comunicación	Definir con la industria del catering, restaurantes y escuelas de gastronomía, plan de trabajo del sector para la disminución del contenido de sodio en preparaciones y para la creación de un entorno favorable para la disminución del consumo
	Elaborar un plan comunicacional para difundir la estrategia de reducción del consumo de sodio para la población

Investigación	colombiana con el fin de sensibilizar a las diferentes instancias gubernamentales, organizaciones civiles, organizaciones privadas y población en general sobre las acciones desarrolladas a nivel gubernamental, para la disminución del consumo.
	Elaborar el brochure informativo de la estrategia, los mensajes claves para organizar una campaña de percepción del riesgo por parte de la población relacionada con los efectos del excesivo consumo de sodio.
	Asesorar líneas de investigación en las áreas de producción, comercialización y consumo de frutas y verduras en el país, en conjunto con los Ministerios de Agricultura, Comercio y Cultura.
	Participar y asesorar el desarrollo de investigaciones relacionadas con el establecimiento de la línea de base del consumo de sodio, hábitos y costumbres alimentarias de la población colombiana relacionadas con el consumo de sal
	Gestionar investigaciones relacionadas con el desarrollo de nuevos métodos y utilización de aditivos para la reducción de la composición de sodio de alimentos elaborados.
	Gestionar la elaboración de un documento técnico que contenga el marco normativo y requisitos que deben cumplir los alimentos que se adquieren por parte del estado para asegurar el suministro de una alimentación saludable.
Generación de estrategias de investigación aplicada en salud pública para la promoción de la alimentación saludable en el marco de los estilos de vida saludable.	Identificación de necesidades
	Alianzas con sectores y con instituciones para la obtención de información
Articulación del tema en los sistemas de información	Gestión para el fortalecimiento de información rutinaria: RIPS
	Concertación de indicadores de morbilidad y de gestión para la promoción de la alimentación saludable como parte de los estilos de vida saludable.
	Lineamientos para los actores sobre flujo y uso de información para el fomento de la alimentación saludable y los estilos de vida saludable
	Generación de alianzas con actores para la disposición de información útil para el fomento de la alimentación saludable
Vigilancia epidemiológica y en salud pública	Monitoreo a las tendencias de producción y consumo de frutas y verduras en las regiones y el país.
	Monitoreo de la composición de los alimentos elaborados priorizados que son objeto de la reducción de sodio (vigilancia de metas, plazos y objetivos de reducción).

III. INDICADORES

Meta	Indicador	Tipo de Indicador	Periodicidad	Metodología seguimiento	Responsables
Incrementar anualmente 10% en el número de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel departamental	No. de puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras a nivel territorial	Resultado	Anual	Informe anual de seguimiento al incremento en los puntos de distribución y comercialización de frutas y verduras	Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda
Incrementar el consumo diario de frutas en la población de 5 a 18 años por encima del 43% (línea de base 43%). Fuente: ENSIN 2010	Porcentaje de consumo diario de frutas en la población de 5 a 18 años y 19 a 64 años	Resultado	Cada 5 años	Encuesta Nacional de situación nutricional	Ministerio de salud y Protección Social Ministerio de Hacienda, Departamento Nacional de Planeación, ICBF, DANE
Incrementar el consumo diario de frutas en la población de 19 a 64 años por encima del 41% (línea de base 41%) Fuente: ENSIN 2010					
Incrementar el consumo de verduras en la población de 5 a 18 años por encima del 12% (línea de base 12%) Fuente: ENSIN 2010	Porcentaje de consumo diario de verduras en la población de 5 a 18 y 19 a 64 años	Resultado	Cada 5 años		
Incrementar el consumo de verduras en la población de 19 a 64 años por encima del 41% (línea de base 41%). Fuente: ENSIN 2010)					
Lograr una disminución del consumo de cloruro de sodio /persona/día a partir de la línea de base.	Porcentaje de consumo de cloruro de sodio/persona/día	Resultado	Cada 5 años		

IV. REFERENCIAS

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2005). Censo General 2005.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. (Ed.) (2010). *Globocan 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC CancerBase No. 10*. Recuperado de <http://www.iarc.fr/en/publications/eresources/cancerbases/index.php>
- Gaviria, A. (2010). Colombia: Tendencias económicas y sociales. Profamilia (2010). En *Encuesta Nacional de Demografía y salud (ENDS)*. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/capitulo-2.pdf>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2010). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia - 2010. ENSIN*. Colombia.
- Ministerio de la Protección Social (MPS) y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública (UDEA). (2010). Análisis de desigualdades e inequidades en salud, Tomo VI. En Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20VI--An%C3%A1lisis%20de%20desigualdades%20e%20inequidades.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Prevención y control de las Enfermedades No Transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial. (61 Asamblea Mundial de la Salud A61/8). Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011b). Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012a). Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las Enfermedades Crónicas. Recuperado de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012b). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Washington, D.C

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Fomento del consumo mundial de frutas y verduras. En Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y CEPAL. (2012). El derecho a la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En Naciones Unidas, *Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://web.undp.org/latinamerica/docs/regionalspanish.pdf>

Robledo Martínez, R. (2010). Las enfermedades no transmisibles en Colombia. En Boletín del Observatorio en Salud, 3: 4. Recuperado de www.revista.unal.edu.co/index.php/bos/article/download/.../18857