



Organización de las Naciones Unidas
para la Alimentación y la Agricultura

“Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia”

Marco contextual, normativo, estratégico, conceptual y operativo



Apoyar técnicamente al
Ministerio de Salud y Protección Social
en la adaptación y adopción de la Estrategia
de Información, Educación y Comunicación
en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia



“Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia”

Marco contextual, normativo, estratégico, conceptual y operativo

PRODUCTO 3

Apoyar técnicamente al Ministerio de Salud y Protección Social en la adaptación y adopción de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia.

ACUERDO

Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS
Organización de las Naciones Unidas Para Alimentación y la Agricultura FAO
Bogotá 2016



ISBN EN TRÁMITE



Índice

Glosario	IX
Lista de Acrónimos	XIII
Presentación	1
Marco Contextual	2
1. Situación actual de nutrición y salud en Colombia	2
1.1 Introducción	2
1.2 Inseguridad Alimentaria y Nutricional	4
1.3 Lactancia Materna	8
1.4 Alimentación complementaria	8
1.5 Doble carga nutricional	9
1.6 Consumo de alimentos y su relación con la prevalencia de enfermedades no transmisibles	14
1.6.1 Consumo de frutas y verduras	
1.6.2 Consumo de azúcares en alimentos y bebidas	
1.6.3 Consumo de sal	
1.7 Deficiencia de micronutrientes	17
1.7.1 Déficit de hierro	
1.7.2 Déficit de vitamina A	
1.7.3 Déficit de zinc	
1.7.4 Déficit de vitamina B12	
1.8 Indicadores territoriales	19
Marco Estratégico	24
Marco Normativo	32



Marco Conceptual	36
2. Contexto de información, educación y comunicación IEC	36
2.1 La IEC y el cambio de comportamiento en la educación nutricional	37
2.2 Componentes de las Estrategias IEC	39
2.2.1 Información	
2.2.2 Educación	
2.2.3 Comunicación	
2.3 Criterios básicos de una estrategia IEC en SAN	40
2.3.1 Diagnóstico	
2.3.2 Enfoque participativo	
2.3.3 Cambios de conducta / comportamientos	
2.3.4 Metodologías efectivas	
2.3.5 Herramientas pedagógicas	
2.3.6 Sostenible	
2.3.7 Intersectorial	
2.3.8 Empoderamiento	
2.3.9 Transparencia	
2.4 Componentes transversales en las estrategias IEC en SAN	43
2.5 Otros elementos de una estrategia IEC en SAN	44
2.6 Estrategia IEC y su relación con el sistema agroalimentario	45
2.6.1 Dimensiones y Ejes de la Política SAN	
2.6.2 Dieta sostenible	
2.6.3 Alimentación saludable	
2.6.3.1 Completa	
2.6.3.2 Equilibrada	
2.6.3.3 Suficiente	
2.6.3.4 Adecuada	
2.6.4 Sistema alimentario	
2.6.5 Mercados locales y la agricultura familiar	
2.6.6 Pérdidas o desperdicios de alimentos	
2.6.6.1 Las pérdidas de alimentos	
2.6.6.2 El desperdicio de alimentos	
2.6.6.3 La pérdida o desperdicio de la calidad de los alimentos	
2.6.7 Biodiversidad	
2.7 La estrategia IEC en SAN y el modelo ecológico social	50



Marco Operativo	53
3. ¿Cuáles son los aspectos previos que se deben tener en cuenta antes de construir el marco operativo de una estrategia IEC en SAN?	53
3.1 Acciones para promover cambios de comportamiento	53
3.2 Acciones multi-enfoque	53
3.3 Entornos	53
3.4 Participación	54
3.5 Validación	54
3.6 Formación	54
4. ¿Cuál es la ruta para construir una estrategia IEC en SAN?	54
5. ¿Qué es un diagnóstico de una estrategia IEC en SAN?	56
5.1 Fase de planeación. Diagnóstico	56
5.2 Información demográfica	56
5.3 Aspectos relacionados con la cultura / cultura alimentaria	56
5.4 Información sobre determinantes de la SAN	57
5.5 Datos del análisis de situación de salud	57
5.6 Necesidades en alimentación y nutrición	57
5.7 Datos sobre las formación de comunicación y educación del grupo interactivo	57
5.8 Otros	57
6 ¿Quiénes pueden desarrollar una estrategia IEC en SAN?	57
7. ¿Dónde y cómo se puede obtener información?	58
7.1 Las fuentes primarias	
7.2 Las fuentes secundarias	
8. ¿Con cuáles recursos puede contar una estrategia IEC en SAN?	60
9. Priorización de problemáticas / temáticas, comportamientos para cambiar y definir grupos interactivos / audiencias	61
10. ¿Cómo se desarrolla el momento técnico?	62
11. ¿Cómo se desarrolla el momento participativo?	64
12. ¿Cómo se definen los grupos interactivos y las audiencias?	65

13. ¿Cómo se elabora el Plan de Acción de la Estrategia IEC en SAN?	66
14. ¿Cómo se generan los objetivos de información?	
15. ¿Cómo se generan los objetivos de comunicación y educación?	
16. ¿Cómo es el proceso de creación de mensajes?	53
17. ¿Cómo es la elección y la producción de herramientas pedagógicas?	53
18. ¿Cuántos tipos de medios hay y cómo se eligen?	53
19. ¿Cómo incluir el monitoreo y la evaluación?	54

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social.

FERNANDO RUIZ GOMEZ
Viceministro de Salud Pública
y Prestación de servicios.

CARMEN EUGENIA DÁVILA
Viceministra de Protección Social.
GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESUS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención.

ANA PATRICIA HEREDIA VARGAS
Subdirectora de Salud Nutricional,
Alimentos y Bebidas.

CLARIBEL RODRIGUEZ NORATO
Coordinadora Técnica

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ TORRES
Profesional Especializado
Referente Técnico. Producto 3
Convenio 1042-2014
Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y
Bebidas.
Dirección de Promoción y Prevención.

CLAUDIA LIZETH GODOY MORENO
Subdirección de Salud Nutricional,
Alimentos y Bebidas
Dirección de Promoción y Prevención

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA – FAO

RAFAEL ZAVALA GOMEZ DEL CAMPO
Representante de la FAO en Colombia

IVÁN LEÓN AYALA
Oficial Nacional de Programas - FAO- Colombia

YENORY HERNANDEZ GARBANZO
Oficial de Nutrición, FAO
Grupo de Educación Nutricional
e Información al Consumidor
Sede Roma.

SANTIAGO MAZO
Consultor Seguridad Alimentaria
y Nutricional FAO

DORA HILDA AYA BAQUERO
Coordinadora Proyecto FAO – MSPS
Convenio 1042-2014

NANCY MARIA VILLESAS SANCHEZ
Coordinadora Producto 3
Convenio 1042-2014

Equipo técnico FAO
CAROLINA SANTOS NIÑO
LUISA FERNANDA LOPEZ HERNANDEZ
ANGELA MARÍA PÉREZ PACHON.
EDWIN RIVERA TORRES

Equipo Redactor:
NANCY MARIA VILLESAS SANCHEZ
CAROLINA SANTOS NIÑO
LUISA FERNANDA LOPEZ HERNANDEZ
ANGELA MARÍA PÉREZ PACHON.
EDWIN RIVERA TORRES



Glosario

Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales: Proceso que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean públicas o privadas), a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos; sumar esfuerzos o crear sinergias; y establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 20).

Comunicación: Es un proceso a través del cual se intercambia información, ideas, creencias, actitudes entre las persona. Establece vínculos de confianza entre los interlocutores y abre el camino a la participación. Por consiguiente, las herramientas pedagógicas de comunicación que aquí surjan, son fruto de este proceso de comunicación participativo. Este componente está basado en la participación, la interacción, la colaboración y la interlocución (Mefalopulos P. y Kamlongera Ch. 2008- Adaptado).

Coordinación intersectorial: Proceso que se requiere para articular esfuerzos y crear sinergias que favorezcan la consecución de objetivos estratégicos; busca evitar o minimizar la duplicidad y superposición de políticas, asegurar prioridades de política y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas, en últimas, promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorial (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 4).

Desarrollo de capacidades: Proceso para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes, conocimientos en el talento humano en salud, así como las capacidades en las instituciones del SGSSS, que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas de salud y protección social de forma sostenible, orientadas a mejorar la salud de los habitantes del país (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 5).

Educación: Es un proceso estructural que busca mejorar el conocimiento sobre las temáticas elegidas, reflexionar sobre las prácticas y rutinas diarias y transformar en hábitos saludables o generar bienestar. Requiere de un proceso amplio de participación activa en el que se socializa, reflexiona y generan propuestas o alternativas de solución a las temáticas propuestas. En este sentido, el componente de Educación le apunta a generar procesos de desaprendizajes para aceptar y comprender nuevas realidades y comprender otras formas de convivencia (Mefalopulos P. y Kamlongera Ch. 2008 -adaptado).



Educación y comunicación para la salud: Proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos.

Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 21).

Educación Nutricional: Es la combinación de estrategias educativas diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otros comportamientos relacionados con la alimentación y la nutrición, propicios para la salud y el bienestar. Estas estrategias están enfocadas en el desarrollo de las habilidades de los sujetos para tomar decisiones adecuadas en cuanto a su alimentación y en la promoción de un ambiente alimentario propicio. Las acciones de educación nutricional se desarrollan en los ámbitos individual, comunitario, y político (Contenido I. 2011).

Gestión de la salud pública: Es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 4).

Gestión de las intervenciones colectivas: Proceso con el propósito de implementar, monitorear y evaluar las intervenciones colectivas de promoción de la salud y gestión del riesgo, dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, conforme a los atributos de calidad definidos para las mismas (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 5).

Gestión del conocimiento: Es un proceso que conduce a generar información y evidencia suficiente, pertinente, oportuna, confiable y asequible para tomar decisiones en salud, a través de la disponibilidad e integración de las fuentes de información y la investigación en salud pública (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 5).



Gratuidad: Es uno de los principios del Plan de Intervención Colectiva (PIC), el cual señala que las intervenciones colectivas que constituyen el PIC son gratuitas y están dirigidas a la totalidad de la población, independientemente de su estado de aseguramiento. Su ejecución no está sujeta a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 7).

Grupo interactivo: se le conoce habitualmente como ‘audiencias’ o ‘públicos’. Es un grupo de “gente cuyo conocimiento y opiniones son valiosos y cuyas percepciones se toman en cuenta seriamente. Los grupos interactivos se consideran como fuentes de información e iniciadores de la acción, y como tomadores de decisiones. Pueden ser individuos, asociaciones, agencias, instituciones o cooperativas tanto al interior como al exterior de la comunidad y cuya actividades, necesidades, problemas afectan a la gente de manera positiva y/o negativa” (Mefalopulos P. y Kamlongera Ch. 2008, FAO, 2008, p. 18).

Participación Social: con el objetivo de lograr que la ciudadanía y comunidades incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública y aumentando la capacidad de gobernanza en salud, mediante el ejercicio de la participación, la interacción social y la concertación de voluntades para el logro del bienestar colectivo. Este proceso parte del enfoque de derechos, del diagnóstico de las necesidades y aspiraciones de las comunidades para procurar soluciones públicas y organizarse para aportar a la gestión de su materialización. Su efectividad está dada por las posibilidades para la organización de la ciudadanía (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 5).

Información: es el proceso mediante el cual se adquiere, organiza y analizan datos cuantitativos y cualitativos sobre el tema y la audiencia a la que se quiere intervenir. La búsqueda de dicha información comprende los datos estadísticos y análisis institucionales y los hábitos y prácticas tradicionales y culturales de la región. Su propósito es identificar posibles alternativas de solución. Este componente abre el camino a construir una estrategia con mayor impacto y cercanía de la población objetivo (Mefalopulos P. y Kamlongera Ch. 2008).



Información en Salud: Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 19).

PIC: el Plan de Intervención Colectiva es un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud (POS) y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 14).

Territorialidad: el PIC se rige por los procesos de autonomía y poder local; su principal escenario de acción es el territorio-departamento, distrito y municipio. Las intervenciones colectivas que constituyen el PIC son definidas por cada entidad territorial conforme a la situación de salud de la población, las expectativas de los sujetos en relación con su propia salud, el contexto territorial, las directrices nacionales y atendiendo a lo dispuesto en la presente resolución (Resolución 0518 de 2015, MSPS, 2015, p. 7).



Siglas y acrónimos

ACOFANUD	Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética.
ASIS	Análisis de la Situación en Salud.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIN	Conferencia Internacional sobre Nutrición.
CISAN	Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
COLDEPORTES	Departamento Administrativo del Deporte la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre.
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social.
CORPOICA	Corporación Colombiana de Investigación Agropecuaria.
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DDRS	Dirección de Desarrollo Rural Sostenible del Departamento Nacional de Planeación.
DDS	Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación.
DNP	Departamento Nacional de Planeación.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional en Colombia.
ENT	Enfermedades No Transmisibles.
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
FDA	Food and Drug Administration.
GABAS	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos.
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
ICEAN	Información, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición.
IEC	Información, Educación y Comunicación.
IGAC	Instituto Geográfico Agustín Codazzi.
IMC	Índice de Masa Corporal.



INCODER	Instituto Colombiano de Desarrollo Rural.
ISAH	Inseguridad Alimentaria en el Hogar.
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social.
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
OSAN	Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
PDA	Pérdidas o desperdicios de alimentos.
PDCA	Pérdidas o el desperdicio de la calidadde los alimentos.
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública.
PMA	Programa Mundial de Alimentos.
PNSAN	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
PROFAMILIA	Asociación Probienestar de la Familia Colombiana.
ROM	Pueblo Gitano.
SADA	Sistemas de Abastecimiento y Distribución de Alimentos.
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional.
SGSS	Lineamientos Generales para el Desarrollo Del ModeloIntegral en Atención Salud para el Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales.
TIC	Tecnología de la Información y la Comunicación.
UE	Unión Europea.





Presentación

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) como actor estratégico de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el país, estableció dentro de su Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PSDP) una ruta para la acción en el mediano y largo plazo que incluye como dimensión prioritaria a la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). Dicha dimensión busca la implementación de acciones que garanticen el derecho a una alimentación sana con equidad en las diferentes etapas de la vida, a través de la reducción de la malnutrición, el control de los diferentes tipos de riesgos en los alimentos y la gestión transectorial con perspectiva territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Una de las estrategias del PSDP en la dimensión de SAN está relacionada con la Información, Educación y Comunicación (IEC) para el diseño e implementación de acciones para la gestión del conocimiento, la provisión de información clara pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral, y la comunicación masiva en cada uno de los aspectos que la integran. Para esto, cuenta con el apoyo técnico de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), a fin de construir la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en la Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia.

El principal propósito de dicha estrategia es responder a las directrices internacionales y nacionales en términos de salud, nutrición y alimentación, a través de la articulación con los diferentes sectores y entornos donde se desarrolla la vida de los colombianos y colombianas. El proceso de construcción de la estrategia se basa en la participación y en el desarrollo de fases progresivas que van desde la documentación y revisión de fuentes secundarias, hasta la implementación de metodologías colectivas que vinculan a las diferentes regiones del país.

Corresponde a este documento presentar la Estrategia IEC en SAN para Colombia, que incluye elementos de diagnóstico, caracterización de la problemática, bases normativas, soportes conceptuales, desarrollo operativo y la síntesis del estado del arte. Se espera que, a partir de la estrategia se continúe fortaleciendo los procesos participativos con enfoque territorial que permitan actualizar permanentemente la estrategia nacional de IEC en SAN.



Marco Contextual

A continuación se presenta una revisión de la situación alimentaria y nutricional del país que aportó elementos para la construcción de la estrategia IEC en SAN y fueron referentes generales para la definición de los ámbitos y alcance de la estrategia.

1. Situación actual de nutrición y salud en Colombia

1.1 Introducción

La población colombiana es diversa, su calidad de país pluriétnico y multicultural cuenta con 85,94 % de mestizos, 10,62 % de afrocolombianos, 3,43 % de población indígena y 0,01 % de gitanos o rom (DANE, 2005). Este contexto configura una realidad social, alimentaria y económica compleja y suscita retos importantes frente a aspectos estructurales como la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN).

La SAN está definida según el Conpes social 113 como: “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa”.

Desde la perspectiva de la SAN relacionada con el consumo de alimentos, Colombia, como muchos países en Latinoamérica, atraviesa una transición demográfica, epidemiológica y nutricional, relacionada con profundos cambios en los patrones de consumo de alimentos y en los estilos de vida de grupos, familias e individuos. Según ENSIN 2010, el 81,2 % de los colombianos consumen alimentos procesados (gaseosas, refrescos procesados), el 22,1 % lo incluye dentro de la alimentación diaria y las edades en que más se consumen son en el rango comprendido entre 9 y 30 años.

En cuanto al consumo de ‘snack’ o alimentos de paquete, el 69,6 % de la población los consume, el 15,2% lo hace diariamente y el 45,5 % refiere un consumo semanal. El 16 % de los colombianos adiciona más sal a sus alimentos después de servidos en la mesa, nuevamente esta práctica es más común en población entre 19 a 30 años. El 73,6 % de la población colombiana consume embutidos (salchicha, salchichón, jamón, mortadela, butifarra, chorizo, longaniza, y génovas, entre otros), y la mayor frecuencia con la que lo hacen es semanal (50,7 %). El 98,6 % de los colombianos consume azúcar, panela o miel, el 94,6 % lo consume diariamente y el 3,8 % lo hace de manera semanal. El 95,2 % de los colombianos consume alimentos fritos, de estos, el 32 % lo hace diariamente. Con relación a la proporción diaria del consumo de frutas (1-3veces al día) es de 66,8



% a nivel nacional, sin embargo en departamentos como Chocó, el consumo es de 50,6 %. Respecto al consumo de verduras y hortalizas, el 28,1 % las consume diariamente (1-3 veces), en departamentos como La Guajira este consumo es de 21,8 %. Solamente el 19,9 % de los colombianos cumplió las recomendaciones de actividad física durante su tiempo libre¹ y fue la población de adultos jóvenes entre 18-29 años, quienes cumplieron estas recomendaciones.

La dieta de los colombianos se caracteriza por un consumo de productos procesados, altos en calorías, grasas saturadas y trans, además de azúcar añadida y sodio. Las dietas tradicionales se han reconfigurando, incluyendo con más frecuencia el consumo de productos que se asocian con el desarrollo de enfermedades crónicas responsables de altos índices de discapacidad, muertes prematuras y altas cargas para los presupuestos de salud de las naciones (MSPS, 2012, p. 17).

Es importante destacar, que estos patrones alimentarios y nutricionales se definen a partir de múltiples factores incluyendo las preferencias de consumo, factores biológicos, psicosociales y fisiológicos. Estos tienen un gran impacto en cuanto a la elección individual de alimentos, y consecuentemente, en el estado nutricional, en el estado de salud y la calidad de vida. La transición epidemiológica y nutricional ya mencionada, ha estado marcada por un aumento en las cifras de malnutrición, mayores prevalencias de enfermedades crónicas y hábitos alimentarios cada vez más permeados por productos industrializados.

Para poder dar cuenta de la situación de la SAN en el país, desde una mirada transectorial y territorial, la siguiente sección incluye información proveniente de diversos datos sociales, económicos, epidemiológicos, de salud y de consumo de alimentos propios de Colombia.

Específicamente, se consultaron la ENSIN 2005 y la ENSIN 2010, con los determinantes de la doble carga nutricional en Colombia, la situación alimentaria y nutricional en Colombia bajo el enfoque de determinantes sociales, análisis de situación de salud según regiones, el lineamiento nacional del consumo de frutas y verduras en Colombia y el soporte de evidencia científica construido en el proceso de adaptación de las Guías Alimentarias para Colombia 2014, que pese a no ser un documento publicado se usó como referente de consulta técnica.

¹ Las recomendaciones de la actividad física en tiempo libre son: a) 2 horas y 30 minutos (150 min) de actividad física aeróbica, en tiempo libre de actividad moderada en esfuerzos acumulados de 10 minutos seguidos en los últimos 7 días. b) Una hora y 15 minutos (75 min) de actividad física vigorosa, en tiempo libre en esfuerzos acumulados de 10 minutos seguidos en los últimos siete días. c) una combinación equivalente de a y b. En este caso los minutos de actividad física vigorosa se multiplican por dos y se suman a los de actividad física moderada. (ENSIN, 2010).



1.2 Inseguridad alimentaria y nutricional

La inseguridad alimentaria es definida como “la disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos, o la capacidad, limitada o incierta de adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables” (ENSIN, 2010). Está mediada por una realidad multicausal y diferencial en cada grupo poblacional, territorio y entorno cultural.

En relación con la disponibilidad de alimentos, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN 2012-2019) estableció una lista de alimentos prioritarios para la población colombiana constituida por 14 productos transitorios, 13 permanentes y 6 productos pecuarios. En 2013, el área cultivada de estos productos prioritarios en el país llegó a 3.5 millones de hectáreas, un 4,1 % más que en el año 2012. Sin embargo es importante resaltar que Colombia solo usa el 37 % de su tierra apta para la agricultura (CORPOICA / IGAC, 2002).

El 54 % de los productos cultivados son permanentes, concentrados en mayor proporción en la región central del país. La producción de alimentos prioritarios asciende a 23 millones de toneladas/año de las cuales 50,5 % corresponde a alimentos permanentes, 32,7 % a transitorios y 16,8 % a los pecuarios. La ganadería absorbe toda la tierra apta para esa actividad y 20.8 millones de hectáreas más. La ganadería extensiva es una práctica que también incide en el crecimiento del resto de la producción pecuaria, razón por la cual es necesario no perder de vista que sus formas de manejo generan impactos significativos sobre el medio ambiente y las economías locales (CORPOICA / IGAC, 2002).

Dentro de los impactos que se presentan están:

La baja producción de empleo, el bajo valor económico respecto a la agricultura familiar, la irracionalidad en el uso del suelo ya que se ocupa la mayor cantidad de suelo que podría destinarse a uso agrario y la fuerte presión que ejerce sobre los recursos humanos.

La agricultura sólo usa el 24 % de la tierra y aporta el 63 % del valor de la producción, mientras que la ganadería, principalmente extensiva, contribuye sólo con el 26 % del valor de la producción agropecuaria. Asimismo, diez hectáreas en ganadería extensiva generan un empleo al año, en tanto que una hectárea de café puede generar cuarenta empleos al año (Machado, 2001).



Por otro lado, en el país desde el año 2006, existe una tendencia hacia el incremento de las importaciones de alimentos, en contraste con una disminución de la producción agropecuaria. Datos de 2013 demuestran que Colombia depende en un 10 % de las importaciones para garantizar la autosuficiencia alimentaria, debido a la gran cantidad de cereales que se están importando y que son fundamentales en la alimentación del país (OSAN / FAO, 2013).

Sin embargo, pese a los retos que presenta el actual sistema alimentario, en Colombia aún confluyen una gran riqueza cultural y un amplio patrimonio de biodiversidad, mezclados con prácticas alimentarias ancestrales y técnicas agrícolas tradicionales que merecen ser rescatadas y fortalecidas. Actualmente entre un 35 % y un 67% de los alimentos consumidos en el país, provienen de la agricultura familiar; lo cual demuestra su potencial para ser una práctica de una dieta sostenible.

Desde otra perspectiva, la cultura alimentaria de Colombia es un componente importante de la seguridad alimentaria, ya que permite conocer los comportamientos, actitudes y hábitos frente al consumo de alimentos. La ENSIN (2005) analizó la ingesta en la población colombiana e identificó los 10 alimentos más consumidos, a saber: arroz, aceite, azúcar, papa, café en infusión, leche líquida, plátano, carne de res, panela y pan, todos incluidos en el listado de alimentos prioritarios y característicos de los patrones de consumo en diferentes regiones del país.

Por otro lado, también es importante utilizar el indicador de Inseguridad Alimentaria en el Hogar (ISAH), el cual evalúa aspectos como la insuficiencia de alimentos en el mercado, la inestabilidad de los suministros alimentarios, la incapacidad de los hogares para adquirir los alimentos que ofrece el mercado (dependiente de los niveles de ingresos y de los precios de los alimentos) y las implicaciones físicas de dicha insuficiencia que pueden generar problemas psicológicos y socio-familiares (ENSIN, 2010).

En Colombia, particularmente, la prevalencia nacional de inseguridad alimentaria en el hogar (ISAH) es de 42,7 %, distribuida en: leve 27,9 %, moderada 11,9 % y severa 3,0 %. Dicha prevalencia es menor en los hogares urbanos, en comparación con los hogares rurales en los que se presentan cifras aún más elevadas (57,5 %). Es importante resaltar, que los hogares integrados por personas menores de 18 años presentaron mayor prevalencia de inseguridad alimentaria que aquellos donde había solo personas mayores de 18 años, como también aquellos donde había menores de 18 años desnutridos y los adultos con estado nutricional normal (58,7 %). Seguidos de aquellos donde se evidenció la existencia de doble carga de la malnutrición.



Asimismo, el nivel de ISAH aumenta a medida que aumenta el número de integrantes del hogar; en los hogares conformados por una sola persona la prevalencia es de 37,9 %, mientras en los hogares con siete miembros o más la cifra llega al 61,1 %. (ENSIN, 2010).

El nivel educativo está relacionado con la prevalencia de ISAH, sobrepeso y obesidad. Cuando los integrantes de las familias cuentan con mayores niveles educativos, la prevalencia de ISAH es menor. Por ejemplo, los hogares cuyos miembros solo habían cursado preescolar mostraron una afectación del 66,6 % de ISAH, mientras aquellos donde sus integrantes tenían estudios de posgrado, la prevalencia fue de un 7,6 %. Respecto a la obesidad y el sobrepeso en adultos entre 18 a 64 años según grado de escolaridad, en el país el 17,3 % las personas sin ningún tipo de educación presentan obesidad y el 31,9 % sobrepeso. Cabe señalar que los mayores valores para obesidad y sobre peso se da en aquellas personas que solo han cursado primaria 20,1 % y 36,7 % respectivamente (ENSIN, 2010).

Además del nivel de escolaridad, el acceso a educación nutricional repercute directamente en la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares. Éste constituye un factor determinante para mejorar patrones de conducta y fomenta la toma de decisiones informadas respecto a la alimentación. Está demostrado que las buenas prácticas y programas de educación nutricional tienen la capacidad de mejorar el comportamiento alimentario y el estado nutricional de las personas. Asimismo, tiene efectos a largo plazo en los hábitos de los padres de familia, por medio de ellos incide en la salud de sus hijos, a la vez que resulta una estrategia de seguridad alimentaria económica, viable y sostenible (FAO, 2011).

La pobreza, entendida como un factor multidimensional, mediada por aspectos como la educación en el hogar, las condiciones de la niñez y la juventud, el acceso al trabajo, la salud, los servicios públicos domiciliarios y las condiciones de la vivienda son otra causa representativa de inseguridad alimentaria (OSAN, 2014). En Colombia, las personas que se encuentran en situación de miseria, representan un 10,64 %, y los hogares sin servicios sanitarios son del 3,9 %. La pobreza por ejemplo, está relacionada con el bajo peso al nacer: en Colombia, el 80 % de la población más pobre concentra el 76 % del bajo peso al nacer. Chocó es el departamento que presenta mayor pobreza con un 64,0 % (ASIS, 2013).

De la misma manera, el 50 % de la población más pobre soporta aproximadamente el 69 % de la mortalidad en el país. Chocó, La Guajira y Córdoba tienen la mayor proporción de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y a la vez experimentan altas cifras de mortalidad materna, más de 115,24 por cada 100.000 nacidos vivos,



sin observarse diferencias significativas en los tres departamentos (ASIS, 2013). Según el DANE, los indicadores de NBI se refieren a viviendas inadecuadas, hogares con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, hogares con alta dependencia económica y hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela.

En línea con los indicadores de NBI, “se estima que el 80 % de las enfermedades y un tercio de las muertes en los países en vía de desarrollo son ocasionadas por el uso de aguas contaminadas” ONU (citado en ICBF / FAO, 2014)

El primer Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), erradicar la pobreza extrema y el hambre, busca ayudar a los pobres a construir y proteger sus propios activos en términos de acceso a la propiedad de la tierra y de la vivienda, a la educación y al crédito; así como a desarrollar mecanismos e instituciones que protejan el capital humano y los activos físicos acumulados por los hogares (DNP, 2006). En las zonas urbanas este objetivo se cumplió y el porcentaje de población bajo la línea de pobreza en 2012 era de 24,8 %. Sin embargo, en la zona rural las tasas de pobreza se mantienen en niveles preocupantes (46,8 %), lo que da cuenta de la brecha existente entre ciudades y zonas rurales. Otra diferencia que evidencia la agudización de la problemática socioeconómica en el campo son los ingresos, mientras que en el área urbana los ingresos son alrededor de \$1.181.675 pesos, en el campo, los hogares perciben tan sólo \$457.659 pesos (ENSIN, 2010).

Las familias en el campo destinan a la alimentación el 33,2 % de sus ingresos. En los hogares urbanos, se destina el 14,9 %. Solo un 4 % se invierte en frutas y un 5 % en hortalizas frescas. La condición socioeconómica del hogar es determinante a la hora de saber qué alimentos se eligen, si se tiene en cuenta además que los alimentos con más contenido calórico son a más bajo precio que los alimentos con alto contenido de proteína y micronutrientes como son carnes, leche, vegetales y frutas (OSAN, 2014). Además, existen estudios que relacionan los ingresos económicos, no solo con la compra de alimentos, sino también con la presencia de sobrepeso y obesidad, así como con calidad de la dieta, la actividad física, el sexo y el estado civil (MURAGE-KIMANI y VANI & VEENA, 2013).

Es importante resaltar entonces el crítico panorama que enfrentan las zonas rurales del país: mayores índices de desnutrición, poco consumo de frutas, hortalizas y lácteos, dificultades para acceder a alimentos variados, mayor prevalencia de enfermedades relacionadas con el insuficiente saneamiento básico y con problemas de orden público que limitan la seguridad alimentaria.



1.3 Lactancia materna

La alimentación en el ser humano es importante para garantizar su normal crecimiento y desarrollo, y para favorecer un adecuado estado de salud desde edades tempranas. Existe un alimento que contiene todos los nutrientes que un bebé necesita en la cantidad y calidad adecuadas y es la leche materna. La lactancia materna como estrategia, es promovida por la OMS y está calificada como prioritaria para prevenir la malnutrición y fomentar la seguridad alimentaria y nutricional.

Según datos de la ENSIN (2010), la mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva en Colombia es de 1,8 meses, una cifra menor si se compara con los datos de la Encuesta ENSIN 2005 que corresponde a 2.2 meses, muy por debajo de los requerimientos de la OMS de amamantar exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida.

Lo mismo ocurre con la mediana de la duración de la lactancia materna total, que en la Encuesta ENSIN 2010 arrojó datos de 14.9 meses, igual a los resultados de la ENSIN 2005. Datos que dejan ver que estas cifras se mantienen por debajo de las recomendaciones internacionales de 24 meses o más.

Amamantar supone amplios beneficios en términos de costos e impacto para el sector salud, para las familias y no menos importante para la salud de los más pequeños. Además, diversos estudios han confirmado que una mayor duración de la lactancia materna está asociada con la reducción de enfermedades crónicas en la infancia (Davis, 2001), obesidad (Butte, 2001) y con mejores resultados cognoscitivos (Reynolds, 2001). (Ver Tabla 1).

1.4 Alimentación complementaria

Luego de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, se inicia la alimentación complementaria (AC) periodo de riesgo desde el punto de vista de salud por ser una etapa en la que los niños son propensos a sufrir alergias e infecciones, sobre todo de índole gastrointestinal y en muchos casos desnutrición, retraso de crecimiento, anemia, sobrepeso u obesidad (Aparicio y García, 2011). La ENSIN 2010, mostró que la alimentación complementaria se inicia de forma precoz. Se ofrecen líquidos diferentes a la leche materna a los 2,7 meses y alimentos blandos o semisólidos a los 5,3 meses. La OPS en su documento Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado 2003, tiene como recomendaciones la edad de inicio de la AC, (seis meses de vida, 180 días), hasta los dos años o más. Además orienta sobre las correctas prácticas de manipulación y almacenamiento de los alimentos, haciendo énfasis



en el lavado de manos de las personas encargadas de preparar los alimentos de los niños y niñas y que además están en contacto con ellos; motiva a preparar los alimentos y guardarlos de forma inmediata y segura. Además, resalta que todos los utensilios que se utilicen (cucharas, tazas, platos, vasos, etc.) estén debidamente lavados y limpios y evitar al máximo el uso de biberones ya que su aseo se dificulta.

Por otra parte, la FAO recomienda incluir un componente de educación nutricional comunitaria junto con asesoramiento alimentario en el hogar. Dicha intervención se centra en utilizar alimentos ricos en nutrientes disponibles a nivel local y en promover diversas formas de preparación con demostraciones participativas, degustación y evaluación de platos (Alimentación Complementaria Mejorada FAO, 2015, p.2). De esta manera, todas las acciones que se realicen en pro de una alimentación complementaria adecuada repercutirán en la salud y bienestar nutricional de los más pequeños y sus familias.

1.5 Doble carga nutricional

“El término doble carga nutricional se propone para describir poblaciones afectadas simultáneamente por desórdenes nutricionales y enfermedades prevenibles, desnutrición, retraso de crecimiento, deficiencia de micronutrientes y también por enfermedades crónicas no transmisibles, incluido el exceso de peso/obesidad” (ICBF / FAO, 2014). La doble carga nutricional afecta a toda la población y en diversos momentos de la vida (Ver Tabla 2). Puede leerse como una “expresión de los cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales” (ENSIN, 2010), mediada por características socioeconómicas precarias, la urbanización, cambios en las condiciones de vida de la población, cambios en los patrones de consumo como el aumento en la ingesta de azúcares, grasas saturadas, grasas trans y de alimentos altamente procesados, sin dejar de lado la poca práctica de actividad física en sociedades cada vez más sedentarias.

Tabla 1. Lactancia materna y condiciones sociodemográficas en Colombia.

Factor	Total Nacional	Área		Etnia			Género		SISBÉN	
		Urbana	Rural	Afrodescendientes	Indígena	Otros	F	M	1	≥ 4
LACTANCIA MATERNA										
Empezó a lactar desde la primera hora pos parto	56,6%	57,7%	53,6%	52,3%	53,9%	58,0%	56,6%	56,5%	54,0%	61,1%
Recibió otros alimentos diferentes a la leche materna	30,8%	32,0%	28,0%	34,9%	25,0%	30,8%	30,1%	31,6%	28,9%	32,9%
Lactancia total	14,9 meses	14,1 meses	16,4 meses	13,7 meses	20,1 meses	14,8 meses	15 meses	14,8 meses	15,5 meses	12,4 meses
Lactancia Exclusiva	1,8 meses	1,8 meses	1,7 meses	0,8 meses	2,1 meses	1,9 meses	2,1 meses	1,5 meses	1,8 meses	1,8 meses
Lactancia predominante *	2,7 meses	2,6 meses	2,9 meses	1,7 meses	4,2 meses	2,8 meses	3 meses	2,3 meses	2,8 meses	2,6 meses
Recibió información sobre LM por parte del personal de salud	70,40%	71,00%	68%							
No recibió información sobre LM por parte del personal de salud	29,60%	29,00%	32%							

Fuente: ENSIN, 2010.

Tabla 2. Estado nutricional y condiciones sociodemográficas en Colombia

Factor	Total Nacional	Área		Etnia			Género			SISBÉN	
		Urbana	Rural	Afroses cendientes	Indígena	Otros	F	M	I	≥ 4	
DESNUTRICIÓN, SOBRE PESO Y OBESIDAD EDAD 0-4 AÑOS											
Retraso en talla <2DE	13,2%	11,6%	17,0%	10,6%	29,5%	12,6%	12,1%	14,2%	16,8%	9,1%	
Retraso severo en talla <-3DE	2,7%			1,8%	9,4%	2,4%	2,2%	3,1%	3,9%	1,5%	
Desnutrición Global <-2DE	3,4%	2,9%	4,7%	3,9%	7,5%	3,1%	3,3%	3,5%	4,7%	2,2%	
Desnutrición Aguda <-2DE	0,9%			1,6%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,2%	0,6%	
Riesgo de Sobre peso >1 a ≤2DE	20,2%	20,2%	20,3%	18,1%	27,4%	20,1%	19,1%	21,3%	18,9%	21,5%	
Sobre peso u obesidad >2DE	5,2%	5,5%	4,6%	4,0%	6,8%	5,3%	4,7%	5,7%	4,3%	6,3%	
DESNUTRICIÓN, SOBRE PESO Y OBESIDAD EDAD 5-17 AÑOS											
Retraso en talla <2DE	10,0%			7,7%	29,0%	9,3%	9,2%	10,8%	13,4%	5,5%	
Retraso severo en talla <-3DE	1,4%			0,8%	6,3%	1,2%	1,2%	1,6%	2,1%	0,5*	
Delgadez <-2DE	2,1%			3,0%	1,1%	2,1%	1,8%	2,4%	2,5%	1,6%	
Sobrepeso >1 a <2DE	13,4%			11,7%	15,1%	13,6%	14,7%	12,2%	11,4%	16,6%	
Obesidad >2DE	4,1%			3,5%	1,6%	4,3%	3,4%	4,7%	2,8%	5,7%	
Exceso de peso > IDE	17,5%			15,2%	16,7%	17,9%	18,1%	16,9%	14,3%	22,3%	
PREVALENCIA DE OBESIDAD ABDOMINAL, DESNUTRICIÓN Y EXCESO DE PESO ADULTOS 18-64 AÑOS											
Prevalencia de obesidad abdominal por circunferencia de la cintura (≥ 90 cms.) en hombres entre 18 y 64 años	39,80%	43,30%	30,10%	32,40%	29,90%	40,20%			29,60%	44,80%	
Prevalencia de obesidad abdominal por circunferencia de la cintura (≥ 80 cms.) en mujeres entre 18 y 64 años	62%	61,50%	63,80%	61,90%	61,80%	62,10%			62,40%	61,20%	
Desnutrición IMC <18,5	2,80%	2,80%	3%	3,50%	2,10%	2,70%	3,00%	3,50%	3,50%	2,30%	
Normal IMC ≥18,5 a <25	46,00%	44,70%	51%	46,60%	48,10%	45,9%	41,80%	51,80%	49,50%	44,20%	
Sobrepeso (preobesidad) IMC ≥25	34,60%	35,30%	32%	31,70%	34,70%	35,00%	35,00%	34,1%	31,50%	36,70%	
Obesidad IMC ≥30	16,50%	17,20%	14%	18,20%	15,10%	16,4%	20,10%	11,50%	15,60%	16,70%	
Total exceso de peso IMC ≥25	51,20%	52,50%	47%	49,90%	49,90%	51,40%	55,20%	45,60%	47,10%	53,50%	

Fuente: ENSIN, 2010.





Con respecto a la prevalencia de la doble carga nutricional, se indica que “la presencia de doble carga en un hogar está más relacionada con la desnutrición que con el exceso de peso. En consecuencia existe una fuerte relación en los hogares que presentan niños menores de cinco años con desnutrición crónica y la presencia de algún miembro con obesidad, mientras que en los hogares que tienen algún miembro con exceso de peso, la relación no es tan clara” (ICBF y FAO, 2014).

A nivel nacional la proporción de doble carga es de un 8,18 %, aunque existen zonas, como Vaupés (23,39 %), Guainía (18,57 %), La Guajira (17,62 %), Amazonas (16,23 %), Nariño (13,53 %) y Vichada (13,25 %), muy por encima de la proporción nacional. La presencia de doble carga nutricional fue más alta en los hogares compuestos por menores de 18 años desnutridos y adultos con sobrepeso u obesidad (56,9 %) (ENSIN, 2010). Según la ENSIN (2010), a partir de los patrones de crecimiento de la OMS, el 13,2 % de los niños colombianos menores de 5 años presentó retraso en la talla; los niños mostraron mayor prevalencia que las niñas; y el grupo de edad más afectado fue el de aquellos que se encuentran entre 1 y 2 años de edad.

Cabe anotar que dicha prevalencia fue mayor en niños con bajo peso al nacer (27 %) y con una longitud al nacer menor de 47 cm (24 %). Por otra parte, se observó que en los hogares con mujeres sin educación y con clasificación más baja de SISBEN, la prevalencia de retraso en la talla fue mayor.

En relación con la etnia², las cifras de la ENSIN (2010) en comunidades indígenas presentaron cifras de desnutrición crónica, más altas que las comunidades afrodescendientes. Respecto al lugar de residencia, esta se presenta con mayor frecuencia en el área rural que en la urbana. Los departamentos más afectados fueron: Vaupés, Amazonas y La Guajira, (con más del doble de la prevalencia frente al promedio nacional).

La Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia - ENSIN (2010) encontró que el 17,5 % de los jóvenes entre los 5 y los 17 años presentan exceso de peso, de ellos el 13,4 % fueron clasificados en sobrepeso y el 4,1 % en obesidad. Los porcentajes se incrementan a medida que aumenta el nivel del SISBEN y el nivel de escolaridad de la madre. Por ejemplo cuando la madre no tiene educación, las cifras de exceso de peso son de 9,4 %; cuando el grado de escolaridad de la madre es “estudios superiores”, las cifras aumentan al 26,8 %. En este mismo grupo poblacional, el exceso de peso es más

² ENSIN (2010) por primera vez presenta resultados de grupos étnicos (indígena, gitano o Rom, raizal y afrodescendiente). Sin embargo, es importante aclarar que la encuesta no se diseñó para alcanzar una representatividad nacional para los grupos étnicos. Los resultados que se presentan son representativos de los individuos de la muestra, de aquellos grupos que se logró captar un número suficiente de individuos (indígena y afrodescendientes). Los resultados se convierten en una primera aproximación a la situación nutricional de estos grupos y plantea la necesidad de estudios a profundidad.



prevalente en las zonas urbanas (19,2 %), frente a la zona rural (13,4 %). Los departamentos con las mayores cifras son San Andrés y Providencia (31,1 %), Guaviare (22,4 %) y Cali (23,7 %) (ENSIN, 2010).

El exceso de peso en niños entre 5 y 9 años fue de un 18,9 % según la misma ENSIN (2010). En relación con la población adulta colombiana, el 51,2 % de las personas entre 18 y 64 años fueron clasificadas con algún tipo de exceso de peso, lo cual indica que al menos una de cada dos personas en este grupo de edad está afectada por esta problemática.

En este grupo son las mujeres quienes enfrentan las más altas prevalencias, de la misma manera, las personas que viven en zonas urbanas y quienes se encuentran clasificadas en los niveles más altos del SISBEN.

Nuevamente el departamento más afectado por el exceso de peso en este grupo etario es San Andrés y Providencia, le siguen Guaviare, Guainía, Caquetá y Vichada.

Esta situación de sobrepeso y obesidad a nivel nacional representa una prioridad y gran problema para la salud pública. El exceso de peso constituye un factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. En el caso específico de las enfermedades cardiovasculares, se suma otro factor de riesgo importante que es la obesidad abdominal, cuyas prevalencias son mayores cuanto más aumenta la edad. La prevalencia a nivel nacional fue de 39,8 %. Para hombres y mujeres en el grupo de edad entre 58 y 64 años, la prevalencia fue de 60,7 % y de 84,9 %, respectivamente.

Además existe una relación, según sexo y nivel educativo en población entre 18-64 años; en el caso de los hombres a mayor nivel educativo había más prevalencia de obesidad abdominal (sin educación 34,2 % y con educación superior 44,9 %). En el caso de las mujeres esta correlación era diferente (Sin educación 74,3 % y con educación superior 49,3 %). Sin embargo comparando a hombres y mujeres con educación superior son ellas las que tienen las cifras más altas de obesidad abdominal para este grupo de edad. (ENSIN, 2010).

La obesidad abdominal está asociada con el riesgo cardiovascular, sobre todo en personas con un Índice de Masa Corporal (IMC) aumentado. Los departamentos donde se presentan mayores índices de obesidad abdominal en el rango de edad comprendido entre los 18 y 64 años son: Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guaviare, Caquetá, Tolima, Guainía, Chocó, Casanare y Arauca. (ENSIN, 2010).



1.6 Consumo de alimentos y su relación con la prevalencia de enfermedades no transmisibles

1.6.1 Consumo de frutas y verduras.

Los factores alimentarios, sociales, económicos, culturales y nutricionales que se han descrito anteriormente, están estrechamente relacionados con el estado de salud de los individuos. Según el informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, De Schutter ONU (2011), el 80 % de las muertes por enfermedades cardiovasculares y diabetes, y el 30 % por cáncer, a nivel mundial son evitables. La ingesta de frutas y verduras es fundamental en la prevención. De hecho se calcula que cada año podrían salvarse 1,7 millones de vidas si se aumentara a niveles adecuados el consumo de estos alimentos. Se estima que entre el 90 y el 95 % de los diferentes tipos de cáncer son atribuibles a condiciones del medio ambiente y a los estilos de vida, siendo la dieta un factor causal (30-35 % de fracción atribuible) (MSPS, FAO y Corporación Colombia Internacional, 2012).

Tal como se afirmó antes, uno de los factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles con mayor posibilidad de modificación es el bajo consumo de frutas y verduras-hortalizas. Un incremento en la ingesta de este grupo de alimentos puede aportar al mantenimiento de una buena salud y al fortalecimiento de las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional individual, familiar y nacional, sobre todo si se tiene en cuenta que las enfermedades no transmisibles afectan con severidad a los sectores sociales más pobres (FAO / MSPS, 2012). Según ENSIN (2010) el 12,7 % de la población no consume frutas, y solo el 17,8 % consume frutas enteras 1 vez al día. En la frecuencia de consumo semanal el 18,3 % las consume 3-4 veces, el 15,4 % 2 veces, y el 14 % solo una vez. Respecto al consumo diario, con el aumento de la edad disminuye el consumo, a saber: el 34,9 % de los niños entre 5 y 8 años, y el 22,5 % de los adultos entre 31 y 50 años las ingieren. Las ciudades donde se presenta un mayor consumo diario de frutas son: Bogotá D.C. (31 %), seguida por la región Atlántica (31 %).

Respecto a las hortalizas y verduras, la ENSIN (2010) señala que el 64,9 % de la población consume verduras cocidas, y de estos el 9,6 % las consume diariamente. Las verduras crudas son consumidas por el 76,9 % de la población, de este porcentaje las consumen diariamente el 16,1 %. En relación con el consumo de verduras, el estudio identificó que el 27,9 % de los colombianos no las consumen a diario. En general se consideró bajo el consumo en todos los grupos poblacionales, tanto en verduras cocidas como crudas, presentándose los índices más bajos en niños y adolescentes entre 14 a 18 años. Es importante tener en cuenta que el consumo más alto de verduras se presentó en mujeres de áreas urbanas y con mayor grado de SISBEN (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Consumo de frutas y verduras y variables sociodemográficas

Factor	CONSUMO													
	Área		Ciclo de vida				Género		SISBÉN					
	Total Nacional	Urbana	Rural	Gestantes	5-8 años	9-13 años	14-18 años	19-30 años	31-50 años	51-64 años	F	M	1	≥ 4
Proporción de consumo diario de frutas (1 a 3 o más veces)	66,8%	69,5%	58,5%	72,7%	72,2%	70,7%	65,1%	63,4%	62,3%	61,2%	68,5%	64,9%	58,8%	74,9%
Proporción de consumo diario de verduras y hortalizas (1 a 3 o más veces al día)	28,1%	28,7%	22,8%	34,7%	26,9%	24,4%	24,6%	32,4%	35,5%	35,9%	30,6%	25,6%	23,3%	33,7%

Fuente: ENSIN, 2010.





La recomendación de consumo mínimo de frutas y verduras hecha por la OMS y la FAO para prevenir enfermedades no transmisibles y mantener una buena salud es de 400 gramos entre frutas y verduras al día. Esta recomendación se basa en los beneficios que estos alimentos aportan para mantener un adecuado estado de salud y una mejor calidad de vida. De acuerdo a la misma OMS, se estima que la ingesta insuficiente de frutas y verduras es causante de aproximadamente un 19 % de los cánceres gastrointestinales, un 31 % de las cardiopatías isquémicas y un 11 % de los accidentes vasculares cerebrales. Además de la diabetes con una prevalencia de 3,5 %.

Dentro del panorama de enfermedades no transmisibles, la diabetes mellitus también constituye un problema significativo de salud pública. En 2010, la prevalencia de adultos con diabetes mellitus era de 3,49 %; los departamentos con mayores prevalencias fueron Boyacá y Guaviare con 6,44 % y 5,78 % respectivamente (MSPS, 2012). En el caso de San Andrés, según datos del ASIS departamental, 24.3/1000 habitantes presentan diabetes mellitus, siendo la cuarta causa de muerte en el departamento. Lo anterior se relaciona, entre muchos otros factores, con el alto consumo de bebidas azucaradas (gaseosas, refrescos procesados), el bajo consumo de frutas y verduras (por ende de fibra), la escasa práctica de actividad física, y la asociación con otras enfermedades crónicas como la obesidad, las cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, entre otros.

1.6.2 Consumo de azúcares en alimentos y bebidas.

El 81,2 % de los colombianos consume bebidas azucaradas, de este porcentaje el 22,1 % lo incluye dentro de la alimentación diaria y las edades en que más se consumen son en el rango comprendido entre 9 y 30 años. Una de cada tres personas entre 14 y 30 años las consume diariamente. (ENSIN, 2010).

El 69,6 % de la población consume 'snacks' o productos de paquete. El 15,2 % lo hace diariamente y el 45,5 % lo hace de forma semanal. Los grupos poblacionales que más consumen este tipo de productos son los niños y jóvenes, 1 de cada 5 los consume diariamente. Las golosinas y los dulces entendidos como productos a base de azúcares simples, son consumidos por el 76,6 % de la población y lo hacen con una frecuencia mensual; el 36,6 % los consume diariamente, y de estos el 9,8 % los consume 3 o más veces al día. Uno de cada dos niños entre 9 y 18 años consume dulces o golosinas diariamente (ENSIN, 2010).

1.6.3 Consumo de sal.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2007, el 8,8 % de la población de 18 a 69 años había recibido un diagnóstico de hipertensión, en una o más consultas y el 22,82 % de la población, presentó cifras de presión arterial elevadas durante la toma efectiva de la tensión arterial durante la Encuesta. Un factor de riesgo asociado a las enfermedades



cardiovasculares es el 'uso del salero'. Se encontró que el 16,7 % de los colombianos adicionan sal a las preparaciones después de servidas, el grupo de entre 19 y 30 años es el que más realiza esta práctica (21,7 %). (ENSIN, 2010).

En el mismo sentido, los embutidos representan un grupo de alimentos de interés en salud debido a su alto contenido de sodio y la ya mencionada relación de este último con la hipertensión (salchichas, salchichón, jamón, mortadela, butifarra, chorizo, longaniza, génovas y otros). El 73,6 % de la población los consume, de este porcentaje el 50,7 %, lo hace semanalmente y el 15,9 % lo hace mensualmente. El mayor consumo se presenta en el grupo de niños entre 14 y 18 años. Relacionando el lugar donde se habita, el sexo y la clasificación del SISBEN, son los hombres en áreas urbanas y con clasificación de SISBEN 2, los que más consumen estos productos (ENSIN, 2010).

El 50 % de los colombianos consume comidas rápidas, las cuales además de tener altos contenidos de sal, se caracterizan por tener altos contenidos de grasas y azúcares; que pueden asociarse a la aparición de obesidad y sobrepeso, sobre todo en la población infantil. Las mayores ingestas se concentran en las zonas urbanas (60,0 %), y en menor proporción en las rurales (19,8 %) (ENSIN, 2010).

1.7 Deficiencias de micronutrientes

Otro problema de salud pública que afecta el estado nutricional de la población es la deficiencia de micronutrientes. Se observaron deficiencias de vitaminas y minerales de interés en salud pública (Ver Tabla 4), como hierro, vitamina A, Zinc y vitamina B12 en la población colombiana arrojando los siguientes resultados:

1.7.1 Déficit de hierro:

Niños de 6 a 59 meses con una prevalencia del 27,5 %.

Niños de 6 a 11 meses afectó al 60 % de la población. Las prevalencias fueron más altas para los niños del área rural y de los niveles 1 y 2 del SISBEN.

Niños de 1 a 4 años. Para 2010 la prevalencia de anemia según concentración de hemoglobina en niños de 1 a 4 años ($hb < 12$ g/dl) fue de 29,4 %. Los departamentos más afectados fueron Amazonas, Meta, Nariño, La Guajira, Córdoba, Cundinamarca y Chocó, donde más del 35 % de los niños entre 1 y 4 años que hicieron parte de la encuesta, presentan anemia. (ASIS y MSPS, 2013).

Por grupos étnicos, la prevalencias de anemia es mayor en la población indígena y afrodescendiente, respecto a la cifra nacional, para todos los grupos de edad.

1.7.2 Déficit de Vitamina A:

La prevalencia en los niños de 1 a 4 años fue de 24,3 %. La población indígena es la más afectada (ENSIN, 2010).



Tabla 4. Deficiencias de micronutrientes y variables sociodemográficas

Factor	DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES									
	Total Nacional	Área		Etnia		Género		SISBÉN		
		Urbana	Rural	Afrodescendiente	Indígena	F	M	1	≥ 4	
ANEMIA										
Prevalencia de Anemia niños y niñas entre 6 y 56 meses	27,50%	26,10%	30,80%	33,70%	32,60%	26,30%	28,60%	30,80%	24,00%	24,00%
Prevalencia de Anemia niños y niñas entre 5 y 12 años	8,10%	7,00%	30,80%	11,60%	11%	8,60%	7,60%	8,70%	7,80%	7,80%
Prevalencia de Anemia niños y niñas entre 13 a 17 años	10,26%	9,27%	13,10%	16,70%	16,00%	5,50%	15,60%	12,00%	9,00%	9,00%
Prevalencia de anemia mujeres en edad fértil entre 13 a 49 años	7,60%	7,20%	9,00%	13%	9,90%			8,20%	6,80%	6,80%
Prevalencia de anemia mujeres gestantes 13 a 49 años	17,90%	16,70%	21,30%					22,60%	13,30%	13,30%
DEFICIENCIA DE ZINC										
Prevalencia de deficiencia de Zinc niños entre 1 y 4 años	43,30%	41,40%	47,80%	45,60%	56,30%	43,50%	43,10%	42,80%	45,70%	45,70%
DEFICIENCIA DE VITAMINA A										
Prevalencia de deficiencia de vitamina A niños entre 1 y 4 años	24,30%	24,00%	25,00%	29,50%	34,10%	22,90%	25,50%	27,3%	19,60%	19,60%
DEFICIENCIA VITAMINA B12										
Prevalencia de deficiencia de vitamina B12 niños entre 5 y 12 años	2,80%	2,70%	2,90%	43,00%	19,00%	2,70%	2,90%	3,10%	2,70%	2,70%

Fuente: ENSIN, 2010.



1.7.3 Déficit de Zinc:

Dos de cada cinco niños menores de 5 años presentaron niveles deficientes de zinc; los niños del área rural mostraron cifras más altas que los de áreas urbanas (ENSIN, 2010).

1.7.4 Déficit de Vitamina B12:

Uno de cada cinco menores de 5 años están en riesgo por deficiencia de Vitamina B12; no se identificaron diferencias significativas entre edad, sexo, etnia o área geográfica (ENSIN 2010).

1.8 Indicadores territoriales

Debido a los diferentes problemas de alimentación, nutrición y salud mencionados anteriormente, es crucial invertir esfuerzos para desarrollar intervenciones efectivas de nutrición, que incluyan componentes de educación, información y comunicación (IEC).

En la Tabla 5 se muestra el análisis regional de diferentes indicadores relacionados con problemas nutricionales de Colombia.

En ésta se destaca la agudización de la problemática en algunos territorios del país. Por ende, la construcción de la estrategia IEC en SAN priorizó la participación de aquellos en donde las cifras fuesen más críticas, y en donde las condiciones socioculturales permitieran fortalecer el enfoque diferencial de las acciones.



Indicador	Nacional	C/marca	Córdoba	Cauca	La Guajira	Caldas	Chocó
Proporción de consumo diario de frutas (1 a 3 o más veces)	66,8 %	73 %	74,5 %	61,9 %	72,1 %	57,5 %	50,6 %
Proporción de consumo diario de verduras y hortalizas (1 a 3 o más veces al día)	28,1 %	29,4 %	25,1 %	27,4 %	21,8 %	23 %	26,3 %
Proporción de consumo diario de lácteos (1 a 3 o más veces al día)	61,0 %	66,3 %	60,5 %	32,6 %	63,8 %	49,5 %	31,1 %
Prevalencia de Diabetes Mellitus **	3,51 %	4,9 %	3,0 % Dato para Bolívar sur, Sucre y Córdoba	2,8 % Cauca y Nariño sin litoral	2,6 % Dato Para Guajira, César, Magdalena	3,6 %	3,7 %
Prevalencia de Desnutrición y exceso de peso en niños y niñas de 0-4 años, por Departamento							
Retraso en talla <-2DE	13,2 %	13,1 %	16,4 %	23 %	27,9 %	13,5 %	15,7 %
Desnutrición Global <-2DE	3,4 %	2,5 %**	4,3 % *	5 %*	11,2 %	3,1 %*	6,3 %
Riesgo de Sobrepeso >1 a ≤ 2DE	20,2 %	26,5 %	21,4 %	27,3 %	13,7 %	22,1 %	18,9 %
Sobrepeso u obesidad >2DE	5,2 %	5,6 % *	5,3 %	8 %	2,5 %*	4,6 %*	4,7 %



Factor	Nacional	C/marca	Córdoba	Cauca	La Guajira	Caldas	Chocó
Prevalencia de Desnutrición y exceso de peso en niños y jóvenes de 5 a 17 años departamentos							
Prevalencia de Desnutrición y exceso de peso en niños <2DE	10,0 %	11,6 %	12,2 %	22,3 %	18,2 %	10 %	8,7 %
Retraso en talla <3DE	1,4 %	1,9* %	1,6* %	5,3** %	4,6** %	1,2 %*	0,09 %**
Delgadez <2 DE	2,1 %	1,5 %*	2,4 %	0,8 %*	2,8 %	1,4 %*	3,1 %
Prevalencia de obesidad abdominal por circunferencia de la cintura (≥ 90 cm.) en hombres entre 18 y 64 años	39,8 %	42,6 %	32,7 %	28 %	36 %	37,1 %	28,2 %
Prevalencia de obesidad abdominal por circunferencia de la cintura (≥ 80 cm.) en mujeres entre 18 y 64 años*	62 %	72 %	55,6 %	58,7 %	65,9 %	57,9 %	62,8 %
Sobrepeso >1 a ≤2DE	13,4 %	12,9 %	8,4 %	18,7 %	7,3 %	13,4 %	8,6 %
Obesidad >2DE	4,1 %	3,5 %	1,8 %*	3,0 %*	2,0 %*	4,6 %	3,3 %
Exceso de peso >1DE	17,5%	16,3 %	10,2 %	21,7 %	9,3 %	18 %	11,9 %
Prevalencia de desnutrición, normalidad y exceso de peso en adultos de 18 a 64 años departamentos							
Desnutrición IMC <18,5	2,8 %	2,4 %	4,0 %	1,2 %	4,5 %	2,6 %	2,9 %
Normal IMC ≥18,5 a <25	46 %	42,2 %	51,4 %	48,3 %	47,7 %	46,4 %	49,9 %
Sobrepeso (preobesidad) IMC ≥25 a <30	34,6 %	37,5 %	29,3 %	35,7 %	30,9 %	34,7 %	29 %
Obesidad IMC >30	16,5 %	17,9 %	15,3 %	14,8 %	17 %	16,4 %	18,1 %
Total exceso de peso IMC ≥25	51,2 %	55,4 %	44,6 %	50,6 %	47,9 %	51 %	47,2 %
Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses departamentos							
Prevalencia de Anemia	27,5	37,5	37,5	32,6	38,9	25,1	37,2
Lactancia Materna							
Empezó a lactar desde la primera hora pos parto	56,6 %	53,7 %	43,7 %	69,6 %	48 %	69,3 %	52,7 %
Recibió otros alimentos diferentes a la leche materna	30,9 %	21,7 %	32,5 %	17,3	46,4 %	38,9 %	43,0 %
Duración de la lactancia total, exclusiva y predominante (Meses)							
Lactancia total	14,9	15,2	15,2	19,5	14,2	11,3	13,9
Lactancia Exclusiva	1,8	0,7	1,0	1,9	1,1	1,6	0,7
Lactancia predominante ¹	2,7	3,5	3,3	3,8	2,6	2	0,7

*Usar dato con precaución debido a que el coeficiente de variación es igual o mayor a 20 y menor de 30, (ENSIN, 2010).



Factor	Nacional	C/marca	Córdoba	Cauca	La Guajira	Caldas	Chocó
Porcentaje de mujeres que recibieron asesoría por parte del personal del salud de cómo iniciar la práctica de la lactancia materna al momento del nacimiento del niño o la niña o al primer o segundo día durante su estancia en la institución de salud según departamento							
Si recibió	70,4 %	34,7 %	35,8 %	29,9 %	48,9 %		21,8 %
No Recibió	29,6 %	65,3 %	64,2 %	70,1 %	51,1 %		78,2 %
Empezó a lactar en la primera hora posparto							
Lactancia posparto	56,6 %	43,7 %	69,6 %	48 %	69,3 %		52,7 %
Recibió otros alimentos diferentes a la leche materna							
	30,9 %	21,7 %	17,3 %	32,5 %	38,9 %		43 %
Seguridad alimentaria en el hogar por lugar de residencia							
Seguridad alimentaria en el hogar	47,2 %	60,2 %	57,6 %	59,1 %	36,6 %		64,2 %
Leve	27,9 %	36,9 %	36,7 %	34,2 %	25,6 %		31,5 %
Moderada	11,9 %	20,5 %	14,1	20,3 %	8,2 %		24 %
Severa	3,0 %	2,0 %*	6,8	4,6 %	2,5 %		8,7 %

* Coeficiente de variación igual o mayor a 30, precisión baja.
Fuente: ENSIN 2010.



Factor	Nacional	Región Atlántica, subregión (La Guajira, Cesar, Magdalena)	Región Atlántica, subregión Bolívar sur, Sucre, Córdoba	Región Central, Subregión de Caldas, Risaralda, Quindío	Región Pacífica, Subregión del Litoral Pacífico
Prevalencia de deficiencia de hierro en niños de 1 a 4 años según características demográficas, socioeconómicas y geográficas					
Prevalencia deficiencia de hierro	10,6 %	14,6 %	14,4 %	9,4 %	13,5 %
Prevalencia de deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años según características demográficas, socioeconómicas y geográficas					
Prevalencia deficiencia de hierro	3,5 %	5,0 %	4,3 %**	4,0 %**	5,2 %**
Prevalencia de deficiencia de vitamina A en niños de 1 a 4 años según características demográficas, socioeconómicas y geográficas					
Prevalencia de deficiencia de vitamina A	24,3 %	30,7 %	33,9 %	10,8 %	36,2 %
Prevalencia de deficiencia de Zinc en niños de 1 a 4 años según características demográficas, socioeconómicas y geográficas					
Prevalencia de deficiencia de Zinc	43,3 %	57,0 %	42,3 %	55,4 %	64,5 %
Prevalencia de deficiencia de vitamina B12 en niños de 5 a 12 años según características demográficas, socioeconómicas y geográficas					
Prevalencia de deficiencia de vitamina B12	2,8 %	1,0 %*	1,0 %*	1,6 %*	5,8 %

*usar dato con precaución debido a que el coeficiente de variación es igual o mayor a 20 y menor de 30.

**Coeficiente de variación igual o mayor de 30, la precisión es baja.

Fuente: ENSIN, 2010.



Marco Estratégico

A nivel internacional y nacional, existen directrices que orientan el desarrollo de acciones en información, educación y comunicación para mejorar las condiciones de seguridad alimentaria y nutricional de la población. Aunque expresamente, no se mencionan como estrategias IEC, sí hacen énfasis en el derecho que tienen los consumidores de acceder a bienes que propendan por el bienestar de su vida y las de sus familias. En orden cronológico, la Declaración de los Derechos Humanos promulgada en 1948 constituye la primera base fundamental de las acciones que promueven la calidad de vida y el bienestar. En su artículo 25 señala: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (ONU, 1948).

En 1985, la ONU aprobó la Resolución 39/85 Directrices de las Naciones Unidas para la Protección de los Consumidores donde se plantea en el numeral 3 de sus principios "el acceso de los consumidores a una información adecuada que les permita hacer elecciones bien fundadas conforme a los deseos y necesidades de cada cual y la educación del consumidor, incluida la educación sobre la repercusión ambiental, social y económica que tienen las elecciones del consumidor". Para lograrlo, propone que los gobiernos formulen Programas de Educación e Información del consumidor "para que sepan discernir, puedan hacer elecciones bien fundadas de bienes y servicios, y tengan conciencia de sus derechos y obligaciones". Se sugiere que la educación llegue "a formar parte integrante del programa básico del sistema educativo, de preferencia como componente de asignaturas ya existentes". En 1992, durante la Primera Conferencia Internacional sobre Nutrición, CIN, se definieron los temas prioritarios para la construcción de los planes nacionales de acción para la nutrición. Uno de ellos es "la mejora de la seguridad alimentaria en los hogares, protección del consumidor mediante una mejor calidad y mayor inocuidad de alimentos, promoción de la lactancia materna, prevención y control de carencias de micronutrientes y promoción de una alimentación apropiada y de un estilo de vida sano" (FAO, 1992, p. 21).

Más adelante, en 1996, en la Cumbre Mundial de la Alimentación -cuyo objetivo fue renovar el compromiso mundial de 'eliminar el hambre y la malnutrición y garantizar la seguridad alimentaria sostenible para toda la población' (FAO, 1996)- se firmó la Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. En este último se destaca el objetivo 2.3 (artículo 21) que hace mención a "garantizar que los alimentos suministrados sean inocuos, física y económicamente asequibles, apropiados y suficientes para satisfacer las necesi-



dades de energía y nutrientes de la población” e insta en su numeral c a “fomentar, según proceda, la producción y el uso de cultivos alimentarios culturalmente apropiados, tradicionales e insuficientemente utilizados” (FAO, 1996).

En la misma Declaración, al referirse al acceso a la información, el objetivo 7.1 insta a los países a que en colaboración con la sociedad civil, “formular y emprender campañas nacionales de Alimentos para todos con el fin de movilizar la acción y los recursos de todos los interesados a todos los niveles de la sociedad civil de cada país en apoyo de la aplicación del Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación” (FAO, 1996).

Más adelante, en el objetivo 7.5 precisa: “las personas y los hogares tienen una función básica en las decisiones y medidas que afectan a su seguridad alimentaria. Se les debe posibilitar y estimular para que participen activamente, tanto de manera individual como también colectivamente, a través de las organizaciones de productores y consumidores y otras organizaciones de la sociedad civil” (FAO, 1996).

En la 32a Conferencia Regional de la FAO para América Latina y el Caribe, realizada en Argentina en 2002, se sugiere a los países desarrollar políticas y propuestas para rescatar el consumo de productos básicos tradicionales que amplíen la base alimentaria y mejoren el estado nutricional, reforzar los programas de alimentación escolar, ampliar la cobertura de la educación alimentaria y reducir las pérdidas y el desperdicio de los alimentos. A su turno, las Directrices Voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional, Roma, 2004, recomiendan a los Estados adoptar un enfoque holístico y global que incluya (Directriz 2, numeral 2.4) “acciones para garantizar el acceso a la alimentación como parte de una red de seguridad social, la inversión en proyectos productivos, la creación de instituciones adecuadas, mercados que funcionen, un marco jurídico y normativo favorable; y el acceso al empleo, los recursos productivos y los servicios apropiados” (FAO, Nov 2004 Roma).

En la Directriz 9, numerales 9.6 y 9.7, se hace una referencia explícita a los consumidores. Se invita a los Estados a “educar a los consumidores sobre el almacenamiento, la manipulación y la utilización seguros de los alimentos en el hogar (...) y a divulgar información entre la población sobre las enfermedades transmitidas por los alimentos y sobre la inocuidad de los alimentos” (FAO, 2004). También convoca a los Estados para que protejan a los consumidores “del engaño y la desinformación en los envases, las etiquetas, la publicidad y la venta de los alimentos” y que se establezcan recursos para que los consumidores puedan actuar ante “cualquier daño causado por alimentos nocivos o adulterados, incluidos los vendidos por comerciantes ambulantes” (FAO, 2004).



Por su parte, la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles - ENT, que tuvo lugar en Nueva York en 2011, reconoce que las ENT son una amenaza mundial para la economía de los Estados y que recae en los Gobiernos la responsabilidad de hacer al reto que plantean las ENT para que toda persona goce del derecho a disfrutar el más alto nivel de salud física y mental (ONU, 2011).

La Declaración hace un llamado a los Gobiernos para que tomen acciones para promover la educación para la salud. Se insta a los Estados a “Formular, reforzar y aplicar, según proceda, políticas y planes de acción públicos multisectoriales que promuevan la educación para la salud y los conocimientos sobre la salud, entre otras cosas mediante la educación basada en datos empíricos y estrategias y programas de información dentro y fuera de las escuelas y campañas de concienciación pública, como factores importantes para promover la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, reconociendo que en muchos países apenas se ha comenzado a poner un fuerte acento en la transmisión de conocimientos sobre la salud” (Documento Resultados de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles, numeral 43, literal b, ONU, 2011). En 2012, el Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, Schutter (ONU, 2012), aborda los nexos existentes entre agricultura, alimentación y salud. Allí indica que “la desnutrición, la carencia de micronutrientes y la sobrealimentación son distintos aspectos de la malnutrición que deben encararse de forma conjunta con un enfoque de aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los sistemas alimentarios actuales no han conseguido acabar con el hambre y además promueven dietas que generan sobrepeso y obesidad, dos fenómenos que provocan aún más muertes en todo el mundo que un peso inferior al normal”. Resalta la necesidad de garantizar a todos el acceso a dietas sostenibles que trasciendan de la visión exclusivamente productivista y que tengan en cuenta además la calidad de la alimentación, la equidad social y la sostenibilidad ambiental. El mismo documento invita a los países a promover la participación para encontrar “soluciones alternativas basadas en las condiciones y los conocimientos locales, como cultivos familiares o comunitarios” (Schutter, 2012) por considerar que aumenta la eficacia de las intervenciones al crear un circuito de retroinformación que posibilita un aprendizaje constante y una mejora de las políticas.

Otros dos instrumentos construidos en el seno de las Naciones Unidas, constituyen un referente importante: la Conferencia sobre el Desarrollo Sostenible, realizada en Río de Janeiro, con el documento “Hacia el Futuro que queremos, Erradicación del Hambre y Transición a Sistemas Agrícolas y Alimentarios Sostenibles”, elaborado por FAO y la Declaración Internacional de los Derechos de los Campesinos.



El primero advierte que “la gestión sostenible de los sistemas agrícolas y alimentarios es clave para un futuro sostenible” (FAO, 2012) y para lograrlo se requieren políticas, incentivos y programas que generen un consumo y una producción sostenibles. Así mismo resalta que “el futuro crecimiento de la demanda de alimentos estará determinado por las decisiones que adopten millones de consumidores a medida que crezcan las economías y se urbanice la población del planeta” (FAO, 2012) por ello es necesario sensibilizar al consumidor e incrementar su capacidad de adoptar dietas y pautas de consumo más sostenibles mediante educación nutricional y del consumidor, la eliminación de subvenciones perjudiciales, un sistema de impuestos diferenciado, la modificación de las normas de inocuidad alimentaria y un etiquetado informativo. En última instancia, asegura, “el éxito de la erradicación del hambre y de la transición a pautas sostenibles de consumo y producción dependerá de las decisiones de miles de millones de personas, tanto productores como consumidores” (FAO, 2012).

La declaración de los derechos de los campesinos, como segundo instrumento, reconoce en primer lugar el derecho de éstos a acceder a los medios de producción agrícola como tierra, asistencia técnica, tecnologías y herramientas, respetando sus valores sociales, culturales y éticos. En su artículo 7, además hace expresa referencia al derecho que tienen los campesinos a recibir información adecuada sobre bienes y servicios y a decidir qué y cómo desean producir y consumir (ONU, 2012).

Recientemente a nivel global, en noviembre de 2014, se realiza la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2), una reunión intergubernamental de alto nivel, organizada conjuntamente por FAO y OMS, donde la atención mundial se centró en la necesidad de construir un proyecto común para poner fin a todas las formas de malnutrición. Los dos principales documentos aprobados en esta conferencia- CIN2 fueron la Declaración de Roma sobre Nutrición y el Marco de Acción; ambos ofrecen un conjunto de opciones en materia de políticas y estrategias- que los gobiernos en colaboración con otras partes interesadas, pueden incorporar en sus planes nacionales de nutrición, salud y agricultura. Asimismo, dichos documentos, establecen un enfoque más específico en los temas que se deben abordar “la subalimentación, el retraso del crecimiento, la emaciación, la insuficiencia ponderal y el sobrepeso en los niños menores de cinco años y la anemia en las mujeres y los niños, entre otras carencias de micronutrientes; así como invertir la tendencia ascendente del sobrepeso y la obesidad y reducir la carga de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta en todos los grupos de edad” (Declaración de Roma sobre Nutrición y el Marco de Acción, FAO y OMS, 2014).

El marco de acción propuesto en la Segunda Conferencia Internacional de Nutrición (CIN2), tiene el propósito de crear un entorno favorable y mejorar la nutrición de todos los sectores. Estableció un conjunto de recomendaciones que promueven sistemas



alimentarios sostenibles, dietas saludables, educación e información nutricional, entre otros. Con respecto a dietas y entornos saludables, las recomendaciones 10, 14 y 16 señalan que: “para mejorar la nutrición es preciso ofrecer dietas saludables, equilibradas y diversificadas, incluidas las dietas tradicionales si procede, que satisfagan las necesidades de nutrientes de todos los grupos de edad y todos los grupos con necesidades nutricionales especiales, y que al mismo tiempo eviten el consumo excesivo de grasas saturadas, azúcares y sal o sodio y eliminen prácticamente por completo las grasas trans., entre otras cosas”.

Insiste en que “los sistemas alimentarios deberían proporcionar acceso durante todo el año a alimentos que cubran las necesidades de nutrientes de las personas y promover prácticas de alimentación saludables” (FAO y OMS, 2014).

En materia de educación e información nutricional, las recomendaciones 19-21 invitan a “poner en práctica intervenciones de educación e información nutricional basadas en las directrices dietéticas nacionales y en políticas coherentes en materia de alimentación y dieta, mediante mejoras en los planes de estudio escolares y a través de la educación nutricional en los servicios sanitarios, agrícolas y de protección social, de intervenciones en el ámbito comunitario y del suministro de información en el punto de venta”. Todo esto con el fin de “facultar a las personas para adoptar decisiones informadas sobre los productos alimenticios y crear un entorno favorable con objeto de seguir prácticas alimentarias saludables y prácticas adecuadas de alimentación de lactantes y niños pequeños mediante la mejora de la información y la educación en materia de salud y nutrición (...) los gobiernos deberían proteger a los consumidores, especialmente los niños, de la promoción y la publicidad inapropiadas de alimentos” (FAO y OMS, 2014).

A nivel regional, el Plan de Acción para la Seguridad Alimentaria, Nutrición y Erradicación del Hambre 2025 (Plan CELAC), refrendado durante la tercera Cumbre de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC, Costa Rica, 2015) representó un gran logro para la región en el posicionamiento de asuntos como la erradicación de la pobreza, la seguridad alimentaria y la nutrición entre las prioridades políticas nacionales de los países que conforman la CELAC. Cabe subrayar que una de las líneas de acción de este Plan CELAC, contempla la Alimentación Escolar, con una visión integradora donde se promuevan ambientes alimentarios saludables, que garanticen la calidad nutricional del menú servido, así como la inclusión de educación nutricional en el currículum escolar.

En Colombia, el Conpes Social 113 de 2007, Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, define los principios orientadores y plantea algunas estrategias de intervención de la SAN, desde la producción hasta el aprovechamiento biológico de los



alimentos. Sugiere abordar la problemática desde la participación activa de las comunidades en la formulación de proyectos y programas “para que se genere una conciencia nacional, y una visión sobre la necesidad de contar de manera permanente con programas de seguridad alimentaria y nutricional y de lucha contra la pobreza en todos los niveles territoriales” (DNP, et. al., 2008).

La política propone la utilización de estrategias de información, educación y comunicación para la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional en el sistema educativo formal e informal y para mejorar las prácticas de producción, alimentación, nutrición, salud, higiene, manipulación y preparación de alimentos. Recomienda además, la creación de una red de difusión masiva que permita orientar “la decisión de compra y consumo de productos alimenticios, actualización y difusión permanente de instrumentos de programación y orientaciones alimentarias y nutricionales, como la tabla de composición de alimentos colombianos, las recomendaciones de energía y nutrientes y las guías alimentarias para la población colombiana” (DNP, et. al., 2008).

Dentro de sus estrategias de acción plantea la implementación de sistemas de información y orientación al consumidor sobre composición óptima de la dieta al menor costo. La política contempla acciones de promoción de la lactancia materna hasta los dos años de edad, la educación alimentaria y nutricional para motivar a las personas a elegir los alimentos más apropiados, la práctica de actividad física en los distintos ámbitos y la continuación del programa que incentiva el lavado de las manos.

En la misma línea, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, PNSAN 2012-2019, está ideado desde un enfoque de derechos, con un abordaje intersectorial y de gestión del riesgo. Dentro de sus apuestas, y en sintonía con la Política Nacional, propone la creación de Estrategias IEC que además de contemplar la difusión masiva de información, promueva el desarrollo de una cultura de educación y cambios de comportamientos sobre alimentación y la nutrición, a fin de permitir a los consumidores tomar decisiones sobre la composición de la dieta más asequible. Dicha estrategia se propone a su vez, que las personas, comunidades y familias mejoren sus conocimientos, actitudes y prácticas frente a una adecuada alimentación (CISAN, 2012).

Otro elemento central hace referencia a “implementar y difundir el Plan Nacional en Educación Alimentaria y Nutricional el cual tendrá como objetivo promover una alimentación balanceada y saludable que contribuya a la reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a hábitos alimentarios inadecuados y proteja la salud de la población colombiana, a través de estrategias intersectoriales, eficaces y sostenibles a nivel individual y comunitario” (CISAN, 2012).



Además, recomienda implementar estrategias educativas en los diferentes entornos donde los colombianos desarrollan sus actividades cotidianas; insta a celebrar la semana de estilos de vida saludables; y destaca la necesidad de implementar la estrategia nacional de promoción del consumo de frutas y verduras (CISAN, 2012).

Sugiere a los entes territoriales la creación de tiendas escolares saludables y la promoción de los grupos de alimentos locales “como herramienta que oriente a los consumidores y a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en la selección y consumo de alimentos respetando la diversidad cultural y las economías locales y regionales” (CISAN, 2012).

El Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos por un Nuevo País, Paz, Equidad, Educación” en su estrategia de movilidad social destaca la necesidad de alcanzar objetivos sociales, fundamentados en la salud, la educación y el empleo. También hace énfasis en reducir la brecha entre el campo y la ciudad, y propone una estrategia integral de transformación del campo, a través de atención y modernización, comenzando por lo más básico, como tener cartografía, catastro, títulos de propiedad y vías de acceso (DNP, 2014).

El Plan propone para reducir el hambre y la malnutrición de toda la población colombiana, mejorar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población, en especial de la más pobre, vulnerable y de los grupos étnicos, con programas que promuevan la disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad de los alimentos (DNP, 2014).

Para reducir el porcentaje de personas incapaces de satisfacer sus necesidades de energía alimentaria, se promoverá el consumo del grupo de alimentos prioritarios y se incrementará el número de familias atendidas con prácticas de autoconsumo, que a su vez puedan comercializar los excedentes producidos, generar ingresos adicionales en el hogar y contribuir a la disminución de la percepción de inseguridad alimentaria en los hogares colombianos (DNP, 2014).

Lograrlo, depende de una serie de programas propuestos en el documento: diseño de la política públicas de SAN, lineamientos nacionales y territoriales de los planes de salud, fortalecimiento del OSAN, implementar el capítulo étnico del Plan Nacional de SAN para el mejoramiento progresivo de la situación alimentaria y nutricional de los pueblos indígenas, afrodescendientes y gitanos en el país y crear planes territoriales de desarrollo rural. Allí también se contempla “implementar el Plan de Educación Alimentaria, estrategias de hábitos alimentarios, higiene y estilos de vida saludables y actividad física, desde la gestación y en todos los momentos del curso de vida” (DNP, 2014).



El Plan Estratégico 2011 – 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, en concordancia con los lineamientos del plan de desarrollo, tiene entre sus objetivos incrementar “el bienestar y la vida saludable mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mitigación de riesgos y vigilancia en salud pública” (MSPS, 2011). Se plantea como estrategia para lograr dicho objetivo que se incentiven los hábitos y estilos de vida saludable y la adherencia a programas de detección temprana, atención integral y gestión del riesgo.

Por último, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 en la Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional tiene como propósito “garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión intersectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial” (MSPS, 2013).

Plantea en los tres componentes (disponibilidad y acceso de alimentos, consumo y aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad) acciones para la generación de alianzas que promuevan “la participación ciudadana en temas asociados a la SAN” (MSPS, 2013) y en la formulación de programas y proyectos.

En cuanto a la IEC plantea la realización de estrategias que contribuyan a la “sensibilización de todos los estamentos de la sociedad por los temas de seguridad alimentaria y nutricional que conlleven a una demanda de espacios en medios masivos de comunicación. Incluye el fortalecimiento, ampliación y articulación de los sistemas, estructuras y de las fuentes de información oportuna y veraz, a nivel nacional y territorial, a fin de que orienten los procesos de evaluación y la toma de decisiones de todos los actores relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional. Cobra relevancia la estructuración de una red de comunicaciones para la divulgación masiva de información sobre SAN fundamentada en una estrategia integrada por un plan de acción y un plan de medio” (MSPS, 2013).

La Estrategia de Información, Educación y Comunicación en SAN liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo técnico de la FAO está armonizada y sustentada en los enfoques conceptuales, las dimensiones prioritarias y las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y responde a las directrices estratégicas definidas por la Ley 1355 de 2009 y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019.



Marco Normativo

La mayoría de normas e instrumentos legales del orden nacional e internacional que soportan la necesidad de una estrategia de IEC en SAN para Colombia basan sus recomendaciones en la promoción de la seguridad alimentaria y los estilos de vida saludables, la información como insumo fundamental para la toma de decisiones y la educación como elemento constitutivo de la calidad de vida, a partir de la primera infancia y en el transcurso de todas las etapas de la vida.

En 1985, la ONU aprobó la Resolución 39/85 Directrices de las Naciones Unidas para la Protección de los Consumidores donde se plantea en el numeral 3 de sus principios “el acceso de los consumidores a una información adecuada que les permita hacer elecciones bien fundadas conforme a los deseos y necesidades de cada cual; y la educación del consumidor, incluida la educación sobre la repercusión ambiental, social y económica que tienen las elecciones del consumidor” (ONU, 1985).

Para lograrlo, propone que los gobiernos formulen Programas de Educación e Información del consumidor “para que sepan discernir, puedan hacer elecciones bien fundadas de bienes y servicios y tengan conciencia de sus derechos y obligaciones” (ONU, 1985). Se sugiere que la educación llegue “a formar parte integrante del programa básico del sistema educativo, de preferencia como componente de asignaturas ya existentes” (ONU, 1985).

De otro lado, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales identificado como Resolución 2200 A (XXI) y adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1966, en su artículo 11 reconoce “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia” (ONU, 1966) y para lograrlo insta a los países firmantes a mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos, a que se realice una distribución equitativa de los mismos y a la divulgación de los principios sobre nutrición.

La Resolución WHA57.17 de la Organización Panamericana de la Salud en 2004, le da vida a la Estrategia Mundial Sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. En su numeral 40 exhorta a los países a generar información adecuada para los consumidores: “los gobiernos deben adoptar medidas que aseguren tanto el suministro de información equilibrada a los consumidores para facilitarles la adopción de decisiones saludables como la disponibilidad de programas apropiados de promoción de la salud y educación sanitaria. En particular, la información destinada a los consumidores debe



adecuarse a los niveles de alfabetización, a las dificultades de comunicación y a la cultura local, y ha de ser comprensible para todos los sectores de la población” (OPS, 2004). Así mismo, insta a los Estados a generar condiciones adecuadas para fomentar el consumo de dietas adecuadas entre sus nacionales, así como la realización de trabajo en alianza para generar condiciones equitativas en la disponibilidad y consumo de alimentos.

También la Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la Prevención y el Control de las enfermedades crónicas de la OPS, Resolución CD47/17 de 2006, propone la formulación de políticas públicas eficaces para abordar los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud donde se fortalezca la colaboración intersectorial, incluso con sectores ajenos a la salud, a fin de lograr resultados considerables. Hace una invitación a utilizar “nuevas formas de pensar e ideas innovadoras en la vigilancia de enfermedades crónicas para afrontar nuevos retos y necesidades” (OPS, 2006).

Recientemente, en la 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (2014) se aprobó el Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, CD 53/9, que tiene como objetivo: “detener el aumento acelerado de la epidemia de la obesidad en la niñez y la adolescencia, de manera de que no se registre aumento alguno en las tasas de prevalencia actuales en cada país. Este objetivo requiere un enfoque multisectorial que abarque la totalidad del curso de vida, que se base en el modelo socioecológico y que se centre en transformar el ambiente obesogénico actual en oportunidades para promover un consumo mayor de alimentos nutritivos y un aumento de la actividad física” (OPS y OMS, 2014).

Adicionalmente, insta a los países a que “elaboren programas y planes de comunicación masiva para difundir el plan de acción y educar al público sobre los asuntos relativos a los alimentos, la alimentación saludable y el valor de las tradiciones culinarias locales congruentes con la alimentación saludable” (OPS y OMS, 2014).

En relación con los instrumentos normativos en Colombia, la Constitución de Colombia de 1991 en su artículo 78 establece que “la ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado provisionamiento a consumidores y usuarios. El Estado garantizará la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les



conciernen. Para gozar de este derecho las organizaciones deben ser representativas y observar procedimientos democráticos internos”.

El Código de Infancia y Adolescencia, (Ley 1098 de 2006) es el primero en destacar la importancia de las estrategias en IEC. Establece para esta población el Derecho a los Alimentos entendido como “el derecho a los alimentos y demás medios para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social, de acuerdo con la capacidad económica del alimentante” (Gobierno de Colombia, 2006). El mismo código señala que se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica, recreación, educación o instrucción y, en general, todo lo que es necesario para el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes.

Incluye además las responsabilidades que tienen los medios de comunicación en relación con el respeto de los Derechos de la Niñez, en su artículo 47 señala que los medios de comunicación deberán “promover, mediante la difusión de información, los derechos y libertades de los niños, las niñas y los adolescentes, así como su bienestar social y su salud física y mental (...) El respeto por la libertad de expresión y el derecho a la información de los niños, las niñas y los adolescentes” (Gobierno de Colombia, 2006).

Por su parte, la Ley 115 de 1994 –Ley General de la Educación- plantea como uno de los objetivos de la educación pre-escolar, la formación de hábitos de alimentación, higiene personal, aseo y orden que generen conciencia sobre el valor y la necesidad de la salud (MEN, 1994).

La Ley 1355 de 2009 que declara como prioridad en salud pública a la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con éstas, es uno de los soportes normativos más importantes para la construcción de la estrategia de IEC en SAN. Entre otros aspectos, define que en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social está la responsabilidad de promover una alimentación balanceada y saludable. En su artículo 13 establece que el MSPS y el ICBF “adelantarán actividades educativas y acciones que propendan por ambientes saludables dirigidos a promover una la alimentación balanceada y saludable de la población colombiana en especial de niños y adolescentes, haciendo énfasis en la generación de ambientes saludables” (Gobierno de Colombia, 2009). También propone que las empresas productoras, importadoras y comercializadoras de alimentos, trabajen en conjunto con el Ministerio de la Protección Social y el ICBF para la elaboración y divulgación del material didáctico informativo y educativo, que incluya explicación sobre los contenidos nutricionales de los productos alimenticios y sus implicaciones en la salud, para un mejor y amplio conocimiento por parte de los consumidores.



El Estatuto del Consumidor, Ley 1480 de 2011, incluye en sus principios generales: a) la protección de los consumidores frente a los riesgos para su salud y seguridad; b) el acceso del consumidor a información adecuada para la toma de decisiones bien fundadas; c) la libertad de constituir organizaciones de consumidores para expresar sus opiniones libremente; d) la protección especial a los niños, las niñas y adolescentes en su calidad de consumidores de acuerdo con el código de infancia y adolescencia; e) la educación al consumidor, todas estas acciones adaptables a la promoción de una dieta saludable (Gobierno de Colombia, 2011).

En 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1536 de 2015 sobre el proceso de Planeación Integral para la Salud donde establece las directrices a las que deben acogerse las entidades territoriales de todos los niveles para elaborar su Plan Integral de Salud. Esto constituye un elemento básico para priorizar las intervenciones que se aborden desde la estrategia IEC en SAN. Además vincula a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).

Por su parte, la Resolución 518 de 2015 establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) señala que las intervenciones en Comunicación y Educación en salud y de Información en Salud pueden ser financiadas con recursos del PIC. Además establece como requisitos para desarrollarla que se realicen acciones que promuevan la participación, la identificación previa de conocimientos, actitudes y prácticas, la construcción colectivas de piezas pedagógicas y la creación de procesos de educación formal. Todas estas actuaciones están en consonancia con la estrategia IEC en SAN.



Marco Conceptual

2. Contexto de información, educación y comunicación (IEC)

Las estrategias de Información, Educación y Comunicación fueron promovidas durante la década de los sesenta por los planificadores de la salud como una respuesta al modelo de atención primaria en salud (Montenegro, 2007). Partieron de la necesidad de acompañar las acciones con la comunidad con actividades de información y educación para lograr un cambio de comportamiento favorable en el público objetivo de los proyectos.

Desde sus inicios, la IEC ha sido utilizada para los procesos de prevención y promoción de la salud. Para el comisionado Mario Mosquera, de la Organización Panamericana de la Salud, la IEC “pretende fortalecer la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre su propio desarrollo. De este modo, la IEC se orienta a mejorar procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población con relación a deberes y derechos ciudadanos en salud y el uso efectivo de mecanismos de participación y control social” (OPS, 2008).

La IEC está vigente en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual promueve el uso de dicha estrategia para que se “incentiven la adopción de estilos de vida saludables, el reconocimiento de riesgos, y aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de la vida diaria” (MSPS, 2014, p. 92).

La FAO ha sido pionera en el desarrollo de modelos de comunicación para el desarrollo (Gumicio, A. 2001, p 23), particularmente en el área de educación nutricional y concientización al consumidor. La FAO coordina la Red de Información, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición para América Latina y el Caribe (ICEAN)³ constituida como una red multidisciplinaria de profesionales y técnicos unidos para promover patrones alimentarios saludables, a través de buenas prácticas en intervenciones de educación nutricional.

Dentro de la Estrategia IEC en SAN el concepto de educación nutricional tiene un papel preponderante. Diferentes terminologías se han utilizado para definir educación nutricional. Las más comunes son “educación alimentaria nutricional”, “comunicación para cambio de comportamientos” y “educación nutricional”. Los enfoques son diferentes dependiendo de la organización, institución y país con el que se trabaje. Para la FAO,

³ La dirección y coordinación de la Red ICEAN están a cargo inicialmente del Grupo de Educación Nutricional y de Sensibilización del Consumidor de la FAO y del Proyecto de Apoyo a la Iniciativa América Latina y Caribe Sin Hambre. Estos organismos serán apoyados y actuarán en consonancia con el comité asesor. Se espera que en el futuro se incorporen actores adicionales a la coordinación de la Red. En la fase inicial de la conformación de la Red ICEAN y del desarrollo del sitio web se contó el apoyo de la Universidad de Antioquia (Colombia). Disponible en: <http://www.fao.org/red-icean/la-red-icean/quienes-somos/en/#sthash.v0m1lkds.dpuf>



la educación nutricional no es solo transmitir o diseminar conocimiento e información acerca de nutrición, ya que se ha comprobado que estos esfuerzos tradicionales no están correlacionados significativamente con cambios de conducta alimentaria. Por lo tanto la definición que promueve y apoya de educación nutricional está relacionada con “aquellas estrategias educativas diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otros comportamientos relacionados con la alimentación y la nutrición propicios para la salud y el bienestar.

Estas estrategias de Educación Nutricional están enfocadas en el desarrollo de habilidades de los sujetos para tomar decisiones adecuadas en cuanto a su alimentación y la promoción de un ambiente alimentario propicio. Las acciones de educación nutricional se desarrollan en los ámbitos individual, comunitario y político” (FAO, Contorno, 2007).

De tal manera que una estrategia IEC en SAN es un conjunto de acciones que promueven estilos de vida saludable a través de buenas prácticas, conductas y hábitos alimentarios saludables, en todas las dimensiones de la SAN: Disponibilidad, Acceso, Consumo, Aprovechamiento Biológico y Calidad e Inocuidad. El MSPS desde su Plan Decenal de Salud Pública también propende por la generación de condiciones en los ciudadanos que faciliten su tránsito hacia hábitos saludables.

Para poder llevar a cabo una adecuada intervención o programa de educación, las estrategias de IEC en SAN, deben seguir una línea comprensiva, multi-sectorial y multi-disciplinaria, que busque: 1) modificar comportamientos alimentarios de las personas y sociedades; 2) promover la participación activa de la audiencia objetivo; y 3) reconocer que un cambio de comportamiento implica incluir los factores internos y externos (determinantes de comportamientos alimentarios) que influyen en las decisiones que toman las personas en el día a día, tal como se expresa en el modelo ecológico social (Grafico 9).

2.1 La IEC y el cambio de comportamiento en la educación nutricional

El modelo ecológico social es una intervención que ha validado la FAO en todos los países donde tiene presencia y se han generado cambios significativos en los hábitos alimentarios de los participantes. El siguiente diagrama es una forma esquemática de mostrar los elementos / pasos del proceso de aprendizaje, desde el punto de vista de los educadores, organizadores o planificadores de estrategias IEC y/o programas de educación nutricional.



Fue desarrollado por Jane Sherman (FAO, 2010), tiene como base las buenas prácticas en el campo así como la educación nutricional. Este modelo puede utilizarse para guiar el diseño de una estrategia IEC en SAN.



Adaptación cartilla promover hábitos alimentarios saludables durante toda la vida, Jane Sherman (FAO).



A pesar que el diagrama se concibe usualmente como un todo, muchas estrategias IEC y/o intervenciones educativas, sólo se enfocan en algunas partes del proceso. Por lo que es importante destacar que al conceptualizar el proceso de cambio de un comportamiento o práctica alimentaria de una persona o un grupo de personas, se deben completar como mínimo dos fases principales: 1) la fase de motivación y 2) la fase de acción y seguimiento. Además, se deben considerar los distintos tipos de aprendizaje (conocimientos, habilidades, actitudes, prácticas y hábitos) con el fin de lograr una mayor cercanía y comprensión de la audiencia a la que se va a intervenir y las influencias que pueden afectar el cambio (recursos, circunstancias, acceso, el ambiente social y político).

2.2 Componentes de las estrategias IEC

Las estrategias IEC están integradas por tres componentes que están estrechamente vinculados y tienen una alta interdependencia: Información, Educación y Comunicación.

2.2.1 Información

Es el proceso mediante el cual se adquieren, organizan y analizan datos cuantitativos y cualitativos sobre el tema y la audiencia a la que se quiere intervenir. La búsqueda de dicha información comprende los datos estadísticos, análisis institucionales y los hábitos y prácticas tradicionales y culturales de la región. Su propósito es identificar posibles alternativas de solución, ampliar, cambiar o modificar el conocimiento de las audiencias.

2.2.2 Educación

Es un proceso estructural que busca mejorar el conocimiento y aprendizaje sobre las temáticas elegidas, reflexionar sobre las prácticas y rutinas diarias y transformar en hábitos saludables o que generen bienestar. Requiere de un proceso amplio de participación activa en el que se socializa, reflexiona y genera propuestas o alternativas de solución a las temáticas propuestas. En este sentido, el componente de educación le apunta a generar procesos de aprendizajes para aceptar y comprender nuevas realidades y comprender otras formas de convivencia.

2.2.3 Comunicación

Es un proceso a través del cual se intercambia información, ideas, creencias, actitudes entre las personas. Establece vínculos de confianza entre los interlocutores y abre el camino a la participación. Por consiguiente, las herramientas pedagógicas de comunicación que aquí surjan son fruto de este proceso de comunicación participativo. Es en este componente donde se fortalecen las habilidades para generar transformaciones que conducen a la adopción de estilos de vida y prácticas saludables. Este componente está basado en la participación, la interacción, la colaboración y la interlocución. La información clara y correcta es importante para lograr una buena estrategia IEC. Sin embargo, en muchas ocasiones se asume que con solo ofrecer información habrá un



umento en el conocimiento de las personas y que este conocimiento automáticamente se convertirá en acción (cambio de hábito o comportamiento alimentario). Estas suposiciones son a menudo equívocas, lo cual puede conllevar a un desperdicio de tiempo y esfuerzos. Por ende, los implementadores de estrategias IEC deben asegurarse de que a la diseminación de la información y el conocimiento se sumen acciones de aprendizaje, cambios de hábitos que generen transformaciones.

2.3 Criterios básicos de una estrategia IEC en SAN4

2.3.1 Diagnóstico

Las estrategias IEC parten de una investigación en profundidad sobre las percepciones, creencias, actitudes, conocimientos, barreras, motivaciones, preferencias y gustos alimentarios, normas sociales y culturales, necesidades nutricionales y las características de la población y del territorio. De esta manera, se pueden comprender las prácticas alimentarias de la población objetivo, así como sus necesidades y prioridades para abordar apropiadamente los problemas nutricionales que las afectan. Se hace énfasis en que el formulador de la estrategia conozca a profundidad las fortalezas y limitaciones de sus audiencias para poder intervenirlas de una manera efectiva y eficiente. En ocasiones, la implementación de estrategias IEC no incorporan diagnósticos o análisis situacionales. Es fundamental destinar recursos suficientes para realizar un diagnóstico situacional, para proponer metas realistas y alcanzables.

2.3.2 Enfoque participativo

Las estrategias IEC fomentan y propician la construcción participativa, el respeto por la diversidad con enfoque diferencial e incluyente. Sitúan el proceso de cambio en manos de los actores y otorgan especial atención a las habilidades para la vida. Todas las investigaciones sobre proyectos con comunidad han demostrado que la participación activa de la audiencia genera, a largo plazo, apropiación del proyecto, sostenibilidad, empoderamiento y transformaciones en las conductas. En su texto *Haciendo Olas*, Alfonso Gumicio hace una reflexión sobre lo significativa que es la participación para las audiencias: “Contribuye a infundir autoestima y orgullo por la cultura, refuerza el tejido social a través del fortalecimiento de las organizaciones propias y protege la tradición y los valores culturales” (GUMICIO, 2011).

2.3.3 Cambios de conductas/comportamientos

Los objetivos de las estrategias IEC apuntan a generar cambios de conductas o prácticas alimentarias saludables, que tengan en cuenta las preferencias y cultura del grupo objetivo. Este criterio implica que los indicadores de gestión no están ligados al número

⁴ Para la elaboración de estos criterios se tuvieron en cuenta las recomendaciones que tiene la Red ICEAN para identificar buenas prácticas en Información, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición.



de personas que ven un comercial o un afiche, sino a indicadores cualitativos que analizan en conjunto toda la estrategia para evaluar qué tanto la intervención influye en el comportamiento alimentario y en las decisiones que toma la audiencia.

2.3.4 Metodologías efectivas

Las metodologías propuestas en las estrategias IEC están orientadas al logro del aprendizaje a partir de modelos como 'de aprender haciendo', 'de joven a joven' y todos aquellos que promuevan la participación activa para la solución de problemas identificados con la población. La meta es ayudar a otros a tomar acción por ellos mismos. Tiene mucha relación con las metodologías que se promueven desde la Educación Nutricional, las cuales están basadas en teorías de cambios de comportamiento, cuyo objetivo es guiar el proceso relacionado con el "cómo" mejorar la motivación y acción de las personas para lograr cambios de comportamientos y prácticas alimentarias. En el siguiente cuadro se muestran diez metodologías efectivas, que se pueden incluir en estrategias IEC.

TABLA 6. Metodologías o estrategias para promover cambios en determinantes de cambio de comportamientos

Determinantes de Cambio de Comportamiento	Metodologías
Observación	Promover el interés sobre las prácticas, creencias y preferencias propias y de otras personas.
Creencias	Construir creencias en los riesgos y beneficios de una práctica; vincular con el estado de salud y preocupaciones.
Conocimientos	Aumentar los conocimientos de las personas; ayudar a eliminar mitos y conceptos erróneos.
Influencias sociales	Compartir, discutir, y buscar apoyo de familiares, amigos, grupos.
Hábitos y familiaridad	Comprometer a la acción, comienzo de un nuevo hábito, construir experiencias.
Habilidades	Apoyar en el desarrollo de habilidades, brindar el "saber cómo".
Reducción de obstáculos	Encontrar formas de realizar las prácticas deseadas de manera más sencilla, de reducir el tiempo a invertirse.
Interés y disfrute	Promover conversaciones sobre alimentos, recetas, prueba de nuevas comidas, apreciación de alimentos frescos y saludables (i.e. a través de huertos).
El hábito de la evaluación	Identificar, observar y sentir los efectos de llevar una alimentación saludable
Autodeterminación	Asegurar que las personas tomen sus propias decisiones, se sientan orgullosos y puedan seguir adelante.

Fuente: Convenio 1042 – 2015 MSPS – FAO.



2.3.5 Herramientas pedagógicas

Las estrategias IEC utilizan una combinación de herramientas pedagógicas y de canales interpersonales y masivos de comunicación, lo que provee exposición frecuente y directa a los mensajes. La decisión sobre las herramientas pedagógicas más adecuadas se fundamenta en la rutina diaria de la población objetivo. El grupo interactivo, audiencias, participantes o actores principales participan en la planificación de las actividades de comunicación, en lugar de presenciar “campañas verticales, costosas e insostenibles, que desencadenan movilizaciones sociales pero no contribuyen a construir la capacidad de respuesta a las necesidades sociales” (GUMICIO, 2001).

Es indiscutible el impacto masivo que tienen los comerciales en horario de alto rating y los eventos masivos movilizadores que al final son un elemento de comunicación de alto costo y poca efectividad en los cambios de comportamiento de largo plazo.

Como se ha mencionado anteriormente, la comunicación, información y los mensajes no son suficientes por sí mismos. También son esenciales la práctica, experiencia, apoyo, discusión y un ambiente favorable para que se adopten los nuevos hábitos. Por lo tanto, algunas de las actividades pedagógicas más importantes en estrategias IEC son: prácticas realistas de la acción que se promueve (cocina, selección, huertos escolares etc.); observaciones y discusiones acerca de lo que se considera es una alimentación saludable y cómo lograrla. También existe una gran variedad de actividades de aprendizaje de las cuales se puede sacar provecho, como las dramatizaciones, historias o evaluaciones participativas.

2.3.6 Sostenible

Una estrategia IEC apunta a intervenciones a largo plazo para lograr un cambio de conducta sostenido dado que es la única manera de lograr un cambio en los hábitos alimentarios. La transformación se logra a medida que se ofrece mayor información y se incorporan estilos de vida saludable a la rutina diaria. Alcanzar la meta en un largo plazo está asociado al tiempo que requiere la audiencia para apropiarse de nuevos comportamientos.

2.3.7 Intersectorial

Una estrategia IEC hace parte de los planes y políticas públicas vigentes, además se trabaja de forma coordinada con los líderes comunitarios y las redes sociales para promover soluciones a los problemas nutricionales. Las mejores estrategias IEC son aquellas en las que hay una participación concertada y activa de dos o más entidades del nivel nacional o local.



2.3.8 Empoderamiento

Las estrategias IEC contemplan la capacitación a los agentes de cambio y a los líderes comunitarios en habilidades educativas, de consulta y comunicación en la comunidad, para que las experiencias puedan ser replicadas y reconocidas en otros contextos.

2.3.9 Transparencia

Las estrategias IEC utilizan de manera eficaz los recursos disponibles, apuntando al logro de objetivos con relación a los costos. En otras palabras una estrategia IEC debe generar en la audiencia la certeza de un manejo transparente en los recursos técnicos y financieros y del talento humano.

2.4 Componentes transversales en las Estrategia IEC en SAN

2.4.1 Los grupos interactivos

Son las audiencias, el público o los 'quienes' con los que se va a construir la estrategia IEC. Adicionalmente, teniendo en cuenta lo definido por el modelo ecológico social, también es importante conocer el entorno que inciden en dicho grupos interactivos. Existen muchos actores o grupos que influyen en el cambio o mantenimiento de prácticas alimentarias:

- Los participantes o actores principales, quienes deben mejorar sus prácticas alimentarias.
- Familiares y redes sociales: aquellos quienes influyen y apoyan o desaniman los esfuerzos.
- Redes de apoyo oficiales, por ejemplo grupos comunitarios, proveedores de servicios de salud, etc.
- Planificadores e implementadores, por ejemplo: educadores, promotores y trabajadores de salud.

2.4.2 Los objetivos de la estrategia

Una vez que se conoce y comprende la situación alimentaria y nutricional de los participantes, el próximo paso es establecer los objetivos de la estrategia IEC. Estos objetivos están relacionados con los comportamientos y determinantes de cambios de comportamientos alimentarios (conocimientos, creencias, habilidades, conductas, etc.) que se desean modificar o mejorar a través de las estrategias IEC. Estos objetivos son educativos y les permiten a las personas lograr el cambio; requieren una definición específica de temas/contenidos para poder cumplirlos.

Los objetivos en las estrategias IEC también responden a la lógica de la comunicación y educación para el desarrollo, definida como "un proceso de comunicación orientado a resultados basados en el diálogo y la participación, que permite a la población expresar



sus opiniones, compartir conocimientos y participar activamente en su propio desarrollo. A través de una amplia gama de métodos y herramientas, incluyendo medios de comunicación local y Tics, la comunicación para el desarrollo puede maximizar el impacto de las iniciativas de desarrollo, fomentando el diálogo entre múltiples partes interesadas, la toma de decisiones fundamentadas y la acción colectiva” (FAO, 2006).

2.4.3 El monitoreo, el seguimiento y la evaluación

Son parte intrínseca de toda Estrategia IEC. Implementar este proceso desde el comienzo e involucrar a la audiencia en el desarrollo del mismo permite que se revisen decisiones y se adapten a las realidades de los programas y de las audiencias. En los procesos educativos es esencial asegurarse de evaluar las prácticas, el conocimiento y las actitudes.

2.5 Otros elementos de una Estrategia IEC en SAN

2.5.1 Medios Masivos y Redes Sociales

Una combinación saludable entre estas formas de comunicación contribuye al logro de los objetivos de una Estrategia IEC. Teniendo cuidado de no dejar caer todo el peso del éxito de la intervención en la comunicación masiva. En el Estado del Arte de la Estrategia IEC en SAN se encontraron experiencias que basan el logro de los objetivos en la participación activa de los tenderos o dueños de restaurantes escolares (Mosquera, 2008).

2.5.2 Mercadeo Social y Edu-Entretenimiento

Esta es otra fórmula que también contribuye con los logros de una estrategia IEC, siempre y cuando se acoja a los estándares de la IEC en SAN. Gumicio, frente al Mercadeo Social, reitera que se debe incorporar la participación, el reconocimiento de la cultura y las prácticas tradicionales de las audiencias. Para Gumicio, el modelo de mercadeo social está basado “en el uso intensivo de los medios masivos de difusión, estrategias de campaña en las que la población meta es blanco de mensajes. Los supuestos beneficiarios son clientes que deben cambiar de comportamiento, partiendo del supuesto de que sus prácticas cotidianas son erróneas (...) se utilizan técnicas de pre-test, cuyo objetivo es validar los mensajes en grupos focales no siempre representativos” (GUMICIO, 2002, p. 9).

Por consiguiente es indispensable involucrar de manera efectiva a todas las audiencias en el proceso.

En síntesis, las Estrategias de IEC en SAN que le apuesten a una transformación en el cambio sostenible de conductas/comportamientos alimentarios, con una participación activa de las audiencias, puede propiciar las condiciones necesarias para generar cambios sociales profundos en las regiones que intervenga.



2.6. Estrategia IEC en SAN y su relación con el sistema agroalimentario

Una estrategia de IEC en SAN debe contemplar acciones que movilicen a todo el sistema agroalimentario, debe incentivar la producción diversificada de alimentos saludables, a fin de favorecer mejores hábitos en los consumidores. Además debe propender por el cuidado del medio ambiente, la reducción de desperdicios y el estímulo para la compra de alimentos autóctonos, provenientes de pequeños productores y mercados locales; así como desestimular el consumo de alimentos procesados cuya relación con enfermedades no transmisibles ha sido comprobado.

A continuación se describirán todos estos elementos del sistema agroalimentario que deben ser considerados en una estrategia IEC en SAN.

2.6.1 Dimensiones y Ejes de la Política SAN

La SAN está definida según el CONPES Social 113 de 2008 como: “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa” (DNP, 2008).

Según dicha política, los ejes que la conforman (disponibilidad; acceso, consumo; aprovechamiento biológico; calidad e inocuidad) impactan diferentes dimensiones de la vida de la población, tal como se muestra en el gráfico 1.

Gráfico 1. Dimensiones y ejes de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional



Fuente: CISAN, 2012.



Tabla 7. Ejes de la Seguridad Alimentaria y Nutricional

Eje	Definición
Disponibilidad de alimentos	Es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local; se relaciona con el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población. Está determinada por la producción, el comercio internacional, las condiciones ecosistémicas, entre otros.
Acceso a los alimentos	Se refiere a la posibilidad de todas las persona de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Está relacionada con los ingresos y los precios de los alimentos.
Consumo de alimentos	Hace referencia a los alimentos que comen las personas a partir de sus creencias, conocimientos, actitudes y prácticas. Sus principales determinantes son la cultura, los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, el nivel educativo, la publicidad y la composición de la familia.
Aprovechamiento biológico	Se relaciona con cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume para convertirlos en nutrientes asimilables. Se relaciona con el medio ambiente, el estado de salud, la situación nutricional, el saneamiento básico, y el acceso a los servicios de salud.
Calidad e inocuidad de los alimentos	Es el conjunto de características de los alimentos que garantizan su aptitud para el consumo humano. Requiere condiciones biológicas, físicas y químicas adecuadas, a lo largo de toda la cadena agroalimentaria, a fin de asegurar que no representen un riesgo para la salud.

Nota Fuente: Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, CISAN. (2012). Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – PNSAN 2012 – 2019. Disponible en: <http://www.osancolombia.gov.co/doc/pnsan.pdf> .

2.6.2 Dieta sostenible

Las dietas sostenibles son dietas con bajo impacto ambiental que contribuyen a la seguridad alimentaria y nutricional y a la vida sana de las generaciones presentes y futuras. Las dietas sostenibles concurren a la protección y respeto de la biodiversidad y los ecosistemas, son culturalmente aceptables, económicamente justas, accesible, asequible,



nutricionalmente adecuada, inocua y saludable, y permiten la optimización de los recursos naturales y humanos. (FAO, 2010)

El concepto de dieta sostenible puede enmarcarse dentro del derecho a la alimentación e ir en coherencia con la noción de seguridad alimentaria y nutricional, así como menciona en el informe del relator especial de derecho a la alimentación: “el derecho a la alimentación no puede limitarse al derecho a no pasar hambre. Debe incluir también el derecho a una dieta adecuada que proporcione todos los elementos nutritivos que una persona necesita para llevar una vida sana y activa, y los medios para tener acceso a ellos (...), Hablar de dieta sostenible es tener en cuenta diferentes factores, como la alimentación saludable, los sistemas alimentarios, la biodiversidad, los mercados locales, los valores culturales y el contexto propio de cada región” (ONU, 2011).

2.6.3 Alimentación saludable

Es aquella que satisface las necesidades de energía y nutrientes en todas las etapas de la vida considerando su estado fisiológico y velocidad de crecimiento; promueve el suministro de nutrientes de la madre al feto, la práctica de la lactancia materna e incluye alimentos ricos en nutrientes en la alimentación complementaria se caracteriza por ser una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada, diversificada e inocua que previene la aparición de enfermedades asociadas con una ingesta deficiente o excesiva de energía y nutrientes (MSPS, 2015).

La alimentación saludable entendida como un ‘modelo de dieta variada’, debe partir de la ingesta de porciones adecuadas de alimentos en relación con los requerimientos determinados por la edad, el género y la actividad física, que además sean ricos en fibra, vitaminas, minerales, fitoquímicos y proteínas, que incluya alimentos como hortalizas, verduras, frutas, cereales integrales y de grano entero, leguminosas verdes y secas, carnes magras y productos lácteos bajos en grasa. En consecuencia, la alimentación saludable debe ser:

- **Completa:** debe contener todos los grupos de alimentos que al ser combinados aporten los nutrientes necesarios.
- **Equilibrada:** debe incluir cantidades adecuadas de alimentos sin excederse o incurrir en deficiencias.
- **Suficiente:** cubre las necesidades del organismo para su adecuado funcionamiento.
- **Adecuada:** se ajusta a las necesidades de los individuos, a su contexto y las condiciones de inocuidad requeridas (FAO y MSPS, 2012).



Uno de los componentes fundamentales de la alimentación saludable es la densidad de nutrientes, entendida según la FAO como un factor desarrollado para comparar la cantidad de los micronutrientes esenciales aportada por un alimento o dieta versus la energía provista por éste o ésta. Aquellos alimentos que tienen una alta densidad son buenas fuentes de micronutrientes o proteína y son más importantes como fuentes de dichos nutrientes esenciales que como fuentes de energía. Así pues, el consumo de aquellos alimentos que aportan nutrientes de buena calidad, y no solo aportan energía en forma de calorías, representan un factor protector frente a problemas como el exceso de peso, diabetes, hipertensión y afecciones cardiovasculares.

2.6.4 Sistema alimentario

Si bien la producción y consumo de alimentos ha sido fundamental para el desarrollo de la humanidad, hoy día las dinámicas políticas, económicas, sociales, ambientales y productivas inciden más que nunca en el establecimiento de la relaciones de consumo. Schejtman (1994) define el Sistema Alimentario como “el conjunto de relaciones socioeconómicas que inciden de modo directo en los procesos de producción primaria, transformación agroindustrial, acopio, distribución, comercialización y consumo de productos alimentarios”. En este sentido los actores del sistema y sus interdependencias técnicas, sociales y económicas construyen un conjunto de relaciones y jerarquías que van desde lo macro⁵ hasta lo micro⁶ y viceversa, con múltiples y complejas ramificaciones.

2.6.5 Mercados locales y la agricultura familiar

Dentro del sistema alimentario, los mercados locales y la agricultura familiar tienen un peso importante que permite optimizar recursos y permitir acceso y disponibilidad de alimentos. Según el informe del relator sobre derecho a la alimentación, “la producción local de la mayoría de alimentos básicos es la mejor manera de garantizar la seguridad alimentaria y evitar disturbios debido a la globalización y las incertidumbres internacionales” (ONU, 2011). Esto implica cultivar en temporada con insumos mínimos para mejorar la sostenibilidad, con lo que se estimularía la búsqueda de variedades y especies adaptadas y así aumentar la biodiversidad cultivada.

Las compras de corta distancia limitarían el uso de energía del transporte y la dirección de las ventas de los productores a los consumidores a través de nuevas organizaciones locales; esta es la mejor manera de conseguir buenos precios en un comercio justo, junto con el conocimiento, entendimiento y confianza, siendo así la oportunidad para reconciliar al ciudadano urbano con los productores y ser una mejor parte de todo el ecosistema.

5 Nivel macroeconómico nacional e internacional.

6 Nivel comunitario local.



2.6.6 Pérdidas o desperdicios de alimentos

Otro aspecto fundamental en la cadena alimentaria son las pérdidas o desperdicios de alimentos (PDA). Según el grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutricional, Roma 2014. (HLPE, 2014), se define la pérdida o desperdicio de alimentos desde diversos enfoques, uno desde el enfoque de los desperdicios y la preocupación por disminuirlos, las repercusiones negativas que puede tener y el costo que supone el manejo de los mismos, o también desde el enfoque del alimento y sus partes comestibles que se pierden o descartan en algún punto de la cadena alimentaria. Los conceptos más utilizados son:

- Las pérdidas de alimentos hacen referencia a una disminución de la masa de alimentos destinados originalmente al consumo humano, independientemente de la causa y en todas las fases de la cadena alimentaria antes del ámbito de consumo.
- El desperdicio de alimentos hace referencia a los alimentos apropiados para el consumo humano que se descartan o se deterioran en el ámbito del consumidor, independientemente de la causa.
- La pérdida o el desperdicio de la calidad de los alimentos (PDCA) se refiere a la disminución de un atributo cualitativo de los alimentos (nutrición, aspecto, etc.) debido a la degradación del producto en todas las fases de la cadena alimentaria, desde la cosecha hasta el consumo.
- En los países de ingresos medianos y altos una gran parte de las pérdidas y el desperdicio de alimentos se producen durante las etapas de la distribución y el consumo, mientras que en los países de ingresos bajos se produce durante las etapas de cultivo y post-cosecha. En Europa es en las fases de consumo donde se produce la mayor parte de las pérdidas y el desperdicio (FAO, 2011).

2.6.7 Biodiversidad

Según el Convenio sobre Diversidad Biológica, el término biodiversidad o diversidad biológica se refiere a “la variedad de organismos vivos de cualquier tipo. Esta variedad puede expresarse en términos de diferentes especies variabilidad dentro de una sola especie, o de la existencia de distintos ecosistemas” (Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander Von Humboldt, 2014).

La FAO en su documento Biodiversidad para un mundo sin hambre, entiende a la alimentación y la agricultura como elementos importantes, no solo en la lucha contra el hambre, sino también, para garantizar la sostenibilidad medio ambiental, aumentando la producción agrícola y de alimentos. Es indispensable hacerlo de forma sostenible: explotar los recursos sin comprometer el capital natural, incluidos los servicios eco-sistémicos y la biodiversidad, y aprovechar al máximo los procesos biológicos. La diversidad contribuirá a mantener y rehabilitar los ecosistemas productivos para que las generaciones futuras cuenten con alimentos abundantes y una agricultura próspera.



2.7 La estrategia IEC en SAN y el modelo ecológico social

La estrategia de IEC en SAN parte del reconocimiento de los múltiples factores y dimensiones que inciden en la transformación de hábitos y en la adopción de conductas saludables por parte de los seres humanos. A este respecto, muchos han sido los investigadores que se han aproximado al estudio de la teoría del modelo ecológico social como un enfoque de acción que permite incidir en las decisiones sobre alimentación y salud que toman las personas.

El psicólogo estadounidense Bronfenbrenner plantea su visión ecológica del desarrollo humano, en la que propone que “el desarrollo humano, supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro, las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Acomodación mutua que se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos” (citado en García, 2001).

El modelo ecológico social permite entender, desde una perspectiva de educación nutricional, y aplicado a escenarios más amplios como la planeación de una estrategia IEC, cómo abordar todos los factores y niveles que inciden en las decisiones de consumo o en la adopción de estilos de vida. Como se observa en el Gráfico 2, Contento (FAO, 2009) esquematiza el modelo ecológico social y sus diferentes esferas, entendidas como dimensiones determinantes de las conductas relacionadas con la dieta. Dichas dimensiones son:

El nivel personal (determinado por aspectos psicosociales y motivaciones), el nivel interpersonal (ligado a factores sociales y normas), el nivel institucional-comunitario (Ámbitos; vinculado a la disponibilidad, el acceso, los obstáculos y las oportunidades) y el nivel de sistemas-ambiente (influenciado por las políticas, la reglamentación, la legislación, los medios de comunicación y el sistema alimentario).



Dimensiones del modelo ecológico social relacionadas con la elección de la dieta



Nota Fuente: Contento, I. (2009). Evaluando la efectividad de la educación nutricional. Red ICEAN Salvador. Disponible en: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/30497-0a4e-500285ce056f28a16239bebb460ac.pdf> .

Este modelo permite tener una mirada global sobre los aspectos que determinan los patrones alimentarios; facilita la planificación de acciones más eficaces; y orienta la construcción de sistemas de evaluación a nivel individual y comunitario. Lo anterior, entendiendo que los seres humanos toman decisiones alimentarias a partir de sus gustos, rechazos y experiencias personales.

Así mismo, se ven influenciados por aspectos sociológicos y psicológicos; por su cultura alimentaria; por el contexto donde interaccionan; y por el marco político e institucional que define la disponibilidad y el acceso a determinados alimentos.

Las intervenciones en educación nutricional que utilizan el modelo ecológico social tienen en cuenta los niveles de análisis desde lo individual, familiar, el hogar, las instituciones u organizaciones y la estructura, social y política permitiendo que las estrategias sean más efectivas y puedan verse mejores resultados en el tiempo.



Dichos resultados pueden expresarse en:

1. El corto plazo con la adquisición de conocimientos, motivaciones y el desarrollo de habilidades
2. A mediano plazo con la adopción de comportamientos
3. A largo plazo, donde puede evidenciarse que la salud, situación nutricional y las condiciones del entorno han cambiado.

La educación nutricional comunitaria cuando utiliza el modelo ecológico social logra: optimizar los recursos, mediante intervenciones eficaces, ser políticamente acertado, respetando los puntos de vista de todos aquellos que sirven de apoyo financiero e institucional, ser de fácil comprensión una vez se realicen los entrenamientos, ser de utilidad para las diferentes organizaciones, instituciones, universidades, comunidades y mantener interesados a quienes toman las decisiones en lograr el objetivo final, a través de programas educativos, actividades de marketing social.

Esto aumenta la probabilidad de que la gente elija alimentos saludables, en concordancia con un adecuado asesoramiento nutricional haciendo uso de las guías alimentarias de cada región, prestando especial atención a las poblaciones más vulnerables (USDA/NIFA, 2014).



Marco Operativo

Las fases, procesos y acciones establecidos por el marco operativo pretenden orientar la construcción de estrategias de IEC en SAN para Colombia en relación con el “cómo”. Toma elementos del Modelo de Atención Integral en Salud, los lineamientos de Planeación Integral en Salud (MSPS, 2015) y la Gestión de la Salud Pública. Así mismo tiene como referencia criterios metodológicos de la Estrategia PASE a la equidad en salud e insumos definidos por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (MSPS, 2015). Por último, incorpora los aportes de diferentes sectores involucrados con la SAN en el orden nacional y territorial.

3. ¿Cuáles son los aspectos previos que se deben tener en cuenta antes de construir el marco operativo de una estrategia de IEC en SAN?

3.1 Acciones para promover cambios de comportamiento

De acuerdo con el estudio de Buenas Prácticas en Educación Nutricional en América Latina y el Caribe, realizado en 2011 por la FAO, una estrategia IEC en SAN debe promover mejoras en conductas/comportamientos específicos alimentarios, y no solo la transmisión de conocimientos. Por lo tanto, el propósito fundamental de dichas estrategias es alcanzar cambios sostenibles en las prácticas alimentarias, apoyados por una mejora en el conocimiento, creación de motivaciones, cambio de creencias, desarrollo de habilidades facilitadas por un entorno favorable y por el apoyo de la sociedad. Todos estos elementos, también denominados determinantes de cambios de comportamientos, deben estar incluidos en los objetivos de una estrategia IEC.

3.2 Acciones Multi-Enfoque

De acuerdo con el modelo ecológico – social, un cambio de conducta se logra a través de la intervención en diferentes niveles. Por tal razón, las acciones deben abordar o mezclar diversos enfoques de educación y comunicación para llegar a las audiencias en todos los niveles: personal, familiar, comunitario, local, regional y nacional.

3.3 Entornos

La definición y características de los entornos donde se desarrolla la vida cotidiana de la población -desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS (2015)- también debe ser tenida en cuenta para la definición de los mensajes, los medios y las herramientas pedagógicas de educación y comunicación. Los entornos identificados por el MSPS son Hogar, Comunitario, Educativo y Laboral.



3.4 Participación

Es un ejercicio de interacción social y concertación de voluntades para el logro del bienestar colectivo. Se caracteriza por facilitar condiciones para el intercambio entre interlocutores. Agrega múltiples y diversas voces de los diferentes actores y sectores que forman la sociedad, especialmente de aquellos que están fuera de los procesos masivos de información. La participación también es promovida desde Educación y Comunicación para la Salud: “Proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos” (MSPS, 2015). Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud.

3.5 Validación

Es el proceso mediante el cual una muestra, un proceso o un material es puesto a consideración de un grupo para evaluar si se ajusta a las necesidades, expectativas y recursos del mismo.

3.6 Formación

Está centrada en procesos que van desde la educación formal y no formal, hasta acciones que promuevan el desarrollo de habilidades conceptuales y prácticas a lo largo de toda la estrategia. Requiere de la elaboración de material pedagógico y un entrenamiento de los dinamizadores.

4 ¿Cuál es la ruta para construir una estrategia IEC en SAN?

En primer lugar es importante conformar un grupo técnico integrado por un equipo intersectorial y/o interdisciplinar de facilitadores, dinamizadores y especialistas encargados de liderar la construcción y planificación de la estrategia.

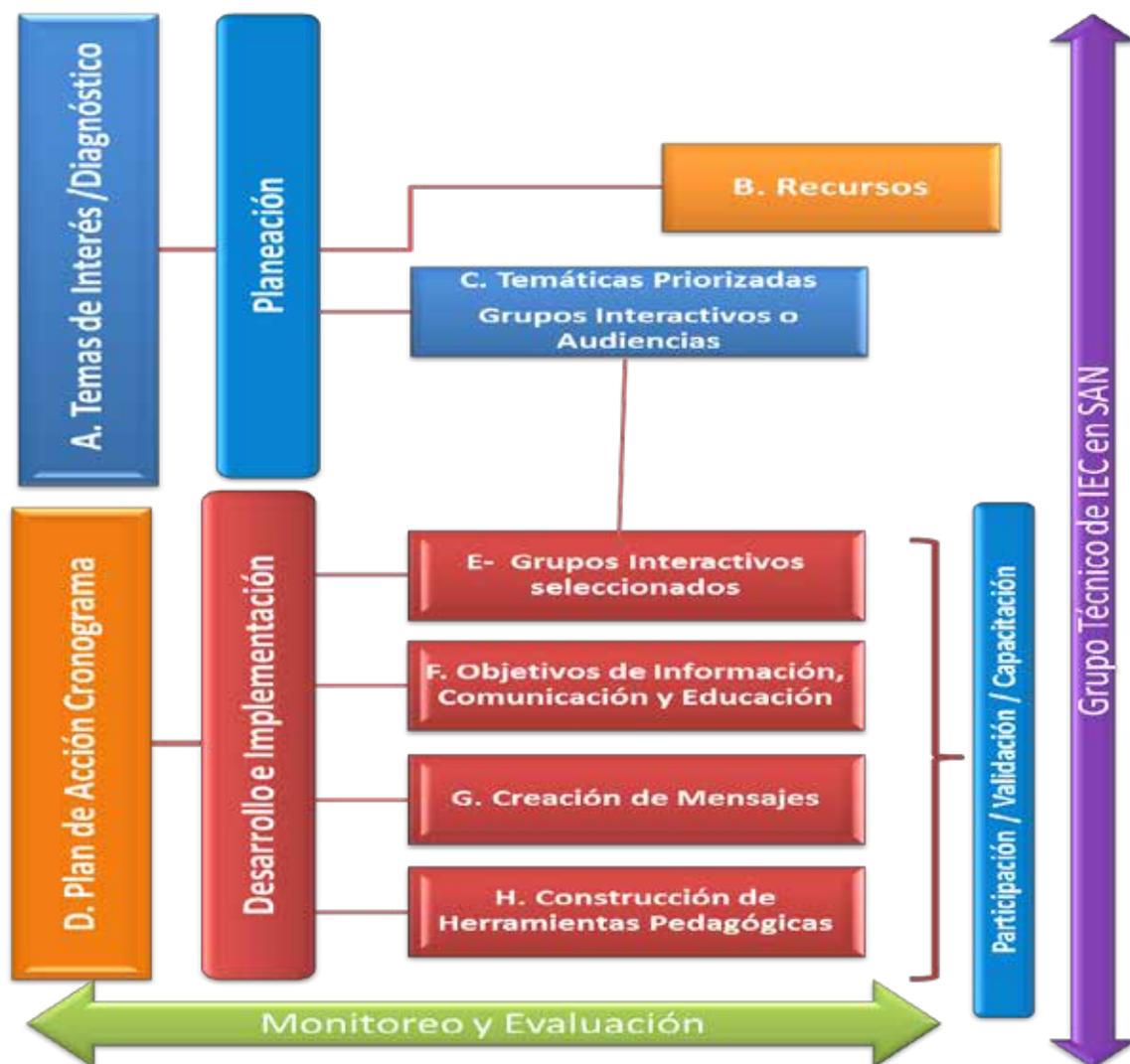
La regla de oro del grupo es la participación. Sus integrantes deben estar en la capacidad de proponer ideas, metodologías, herramientas y acciones que posteriormente sean validadas, concertadas y ajustadas a lo largo de todas las fases de la construcción de la estrategia IEC.

En segundo lugar, el grupo técnico constituido debe guiar el desarrollo de la fase de planificación que contempla la priorización de temáticas o problemáticas de interés; la caracterización y diagnóstico de dichas problemáticas; la definición de grupos interactivos o audiencias con los que se trabajará la estrategia; y la identificación de recursos disponibles para su implementación.



En tercer lugar y con el liderazgo del grupo técnico se debe iniciar la fase de desarrollo e implementación de la estrategia. Esta fase contempla la definición de objetivos de información, comunicación y educación; la creación de mensajes y estrategias; y la construcción de herramientas pedagógicas. Todas las acciones mencionadas deben contemplar procesos de concertación, participación y validación con las audiencias o grupos interactivos. Esta ruta operativa está sintetizada en el gráfico 3.

Gráfico 3 Marco Operativo de la Estrategia IEC en SAN



Fuente: Convenio 1042 - 2015 MSPS - FAO.



5 ¿Qué es un diagnóstico de una Estrategia IEC en SAN?

5.1 Fase de planeación - Diagnóstico

Según las buenas prácticas en ICEAN7 un diagnóstico de IEC en SAN puede considerarse como una investigación en profundidad sobre las percepciones, creencias, actitudes, conocimientos, barreras, motivaciones, preferencias y gustos alimentarios, normas sociales y culturales, necesidades nutricionales y características de una población y su territorio; además incluye factores epidemiológicos, sociales, de calidad de vida y de las formas de aprendizaje.

- Un diagnóstico es una oportunidad para interactuar con los actores, conocer de primera mano la realidad y abordar con mayor asertividad las problemáticas/temáticas que, en materia de SAN, pueden afectarles.
- En relación con el diagnóstico es importante recordar:
- El Grupo Técnico debe tener el mayor conocimiento posible de la población con la cual va a trabajar y su contexto.
- Debe ser participativo e involucrar a todos los actores.
- Requiere tiempo, recursos humanos y económicos
- Todo el proceso debe ser validado por los grupos interactivos con quienes fue construido.
- Para hacer un diagnóstico de IEC en SAN, se pueden tener como parámetros los siguientes elementos sin descuidar el contexto y las problemáticas/temáticas de interés del grupo interactivo:

5.2 Información demográfica

Edad, género, nivel educativo, estrato socioeconómico, necesidades básicas insatisfechas, inseguridad alimentaria, de salud, habitantes del hogar, índices de pobreza y todos aquellos que se consideren importantes.

5.3 Aspectos relacionados con la cultura / cultura alimentaria

Celebraciones de interés cultural y local, dinámicas de consumo, tradiciones, existencia o no de mercados locales, formas de acceder a los alimentos, órdenes y jerarquías dentro de las comunidades, gustos, rechazos, alimentos de mayor consumo/producción, conocimientos, actitudes y prácticas y todas aquellas que se consideren importantes.

7 Para la construcción de la Estrategia de IEC en SAN se tuvieron en cuenta las recomendaciones compiladas por la Red ICEAN para identificar buenas prácticas en Información, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición. <http://www.fao.org/red-icean/es/>.



5.4 Información sobre determinantes de la seguridad alimentaria y nutricional

Disponibilidad y acceso a alimentos; tendencias de consumo; conocimientos, actitudes, habilidades y hábitos alimentarios; estado nutricional; acceso a servicios de salud; saneamiento básico, entre otros.

5.5 Datos del Análisis de Situación de Salud (ASIS)

A nivel nacional o territorial según corresponda. El ASIS es considerado un insumo básico para la toma de decisiones a nivel de salud. Según la Resolución 1536 de 2015, el ASIS se define “como una metodología, analítica-sintética que comprende diversos tipos de modelos explicativos, los cuales permiten caracterizar, medir, explicar, el perfil de salud enfermedad de la población, en su territorio e identificar los riesgos y los determinantes de la salud que los generan” (MSPS, 2015).

5.6 Necesidades en alimentación y nutrición; estado nutricional

Información antropométrica, datos bioquímicos, análisis de la calidad de la dieta, análisis de conocimientos, actitudes y prácticas, etc.

5.7 Datos sobre las formas de comunicación y educación del grupo interactivo

Medios de comunicación, canales y herramientas pedagógicas que se utilizan con más frecuencia; existencia previa o no de estrategias IEC en el entorno donde se va a trabajar.

5.8 Otros

Instituciones presentes en el territorio o entorno; leyes, normas o planes que soporten la ruta de trabajo; identificación de líderes; otros que sean de interés del grupo técnico o el grupo interactivo.

6. ¿Quiénes pueden realizar un diagnóstico de una estrategia IEC en SAN?

Todas las personas, actores o instituciones interesados en intervenir sobre una o varias temáticas en SAN, en los diversos entornos donde se desarrolla la vida cotidiana de la población (familiar, comunitario, escolar, laboral). Algunas sugerencias pueden ser:

- Referentes territoriales de salud, educación, agricultura.
- Secretarías de Salud, Educación, Agricultura.
- Alcaldías, Gobernaciones.
- Empresas Prestadoras de Servicios de Salud.
- Acciones comunales
- Organizaciones territoriales (comunitarias, de mujeres, Afros, Indígenas, sociales, ambientales, campesinas)



- Organizaciones No Gubernamentales
- Universidades
- Colegios
- Escuelas
- Guarderías
- Empresa privada
- Diversas instituciones presentes en el territorio.

Es importante recordar que las fuentes de consulta del diagnóstico dependerán de quien lo realice, los recursos con los que cuenta, el alcance, el tiempo, el territorio o comunidad y la temática o temáticas iniciales.

7. ¿Dónde y cómo se puede obtener información?

Las fuentes primarias son aquellas en las que el grupo interesado recoge directamente la información con la población, lo que las convierte en las fuentes más completas debido a que las intervenciones se pueden adaptar a sus necesidades.

Además ofrecen la posibilidad de indagar sobre aspectos en los que existe poca información: algunos ejemplos son el estado nutricional de la población, hábitos alimentarios, conocimientos, actitudes y prácticas, entre otros.

Estas tienen un alto grado de participación que es una característica de las estrategias IEC en SAN.

Las fuentes secundarias son aquellas que ya existen y que pueden ser consultadas para obtener más información de interés. Generalmente no son de carácter participativo en tanto que no se 'escucha' a los actores, pero en la recolección de la información pueden participar instituciones, organizaciones, comunidades que faciliten fuentes de consulta. Cabe resaltar que a mayor conocimiento del entorno y sus particularidades, puede haber mayor efectividad en las intervenciones.



Tabla 8. Tipos de fuentes para el diagnóstico.

FUENTES PRIMARIAS	FUENTES SECUNDARIAS
<ul style="list-style-type: none">- Consulta directa, aplicación de instrumentos (cuestionarios², entrevistas, tamizaje nutricional (toma de medidas antropométricas) recordatorios de 24 horas, formularios de diversidad dietaria, etc.)- Visitas domiciliarias, grupos focales, talleres presenciales.	<ul style="list-style-type: none">- Consulta de información, investigaciones anteriores, planes, programas, documentos institucionales, revistas, intervenciones previas, planes de desarrollo municipales, ASIS- Datos estadísticos en general.

Fuente: Convenio 1042 – 2015 MSPS – FAO.

Para la recolección de la información debe tenerse en cuenta que:

Las fuentes de información oficiales se actualizan según la periodicidad establecida, cada año, cada cuatrienio, cada quinquenio, etc.

Una estrategia IEC en SAN es de carácter participativo. La validación y evaluación son necesarias en todo el proceso, incluyendo el diagnóstico.

Cuando se aplican instrumentos, se debe verificar que el lenguaje utilizado es sencillo y fácil de entender; tener en cuenta la disponibilidad de personal para aplicar los instrumentos; e incorporar el enfoque diferencial.

Si se eligen otras fuentes de información primaria como talleres, grupos focales, visitas domiciliarias, es importante planear estas actividades con anterioridad, plantear una ruta metodológica acorde a las necesidades de la estrategia y a los recursos previos con los que se cuenta.



Las siguientes son alternativas de consulta en fuentes secundarias, de carácter oficial la gran mayoría, y de gran utilidad para la construcción de una estrategia IEC en SAN:

- Ministerio de Salud y Protección Social. www.minsalud.gov.co
- FAO www.fao.org/colombia/es/
- OMS (Organización Mundial de la Salud) www.who.int/es/
- OPS (Organización panamericana de la Salud) www.paho.org/col/
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo) www.pnud.org.co/
- PMA (Programa Mundial de Alimentos) www.es.wfp.org/
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) www.unicef.com.co/
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) www.dane.gov.co/
- SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social) www.sispro.gov.co/
- DPS (Departamento para la prosperidad social) www.dps.gov.co/
- OSAN (Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional) www.osancolombia.gov.co/
- DNP (Departamento de Planeación Nacional) www.DNP.gov.co/
- Ministerio de Agricultura www.minagricultura.gov.co/
- Ministerio de Educación Nacional www.mineducacion.gov.co/
- Ministerio de Cultura www.mincultura.gov.co/
- Instituto Humboldt www.humboldt.org.co/
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar www.icbf.gov.co/
- Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/ENSIN1>
- Encuesta Nacional de Salud <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
- ASIS territoriales

8. ¿Con cuáles recursos puede contar una estrategia de IEC en SAN?

Es necesario conocer con qué tipo de recursos se puede planear el desarrollo de la estrategia, a fin de definir acertadamente presupuesto, cronograma de actividades, planes de trabajo, alcance, impacto y sostenibilidad. La gama de recursos a los que se puede acceder es amplia:

- Recursos de tipo financiero
- Recursos públicos
- Recursos provenientes de universidades, del sector salud, e instituciones, (organizaciones, agremiaciones, comunidades, etc.)
- Donaciones y aportaciones



- Talento Humano: personas que participarán en la estrategia con roles y responsabilidades; voluntarios; redes interinstitucionales, de cooperación, alianzas; entre otros.
- Recursos de acuerdo a la infraestructura necesaria.
- Desplazamientos y transportes
- Lugares para el desarrollo de actividades
- Logística (materiales, papelería, recursos informáticos, contrataciones, transporte, alimentación, trámite de permisos, etc.).
- Estrategias y materiales de IEC existentes (p.ej. guías alimentarias; manual para el educador).

9. Priorización de problemáticas/ temáticas/, comportamientos por cambiar y definición de grupos interactivos/audiencias⁸

Generalmente una estrategia IEC nace del interés en aportar soluciones a una problemática central que en la mayoría de los casos está asociada a causas subyacentes que pueden considerarse por sí mismas problemáticas de interés. No obstante, el primer requisito de una estrategia IEC efectiva y eficiente es la priorización.

Antes de realizar el ejercicio de priorización de los problemas, comportamientos o temáticas a abordar, el primer elemento que debe considerarse es la diferenciación entre aquellas situaciones que pueden tratarse a través de la IEC y aquellas que son del orden estructural, cuyas transformaciones están relacionadas con la inversión de grandes cantidades de recursos y modificaciones a los sistemas políticos y gubernamentales. Varios indicadores pueden facilitar la distinción entre asuntos estructurales y problemáticas relacionadas con la IEC, estos últimos se caracterizan por que pueden abordarse a través de la participación social; dependen de las percepciones; requieren de la adopción de cambios de conducta y de conciencia; e intervienen en la construcción de conocimientos, actitudes y prácticas.

Después de realizar esta clasificación, la priorización de comportamientos, temáticas o problemáticas debe tener dos momentos: un momento técnico y un momento participativo. El primero es fundamental para analizar variables como la magnitud, la factibilidad y la posibilidad de solución a través de métodos IEC. El segundo representa la posibilidad de contrastar las conclusiones del grupo técnico con las percepciones, potencialidades y necesidades específicas del grupo interactivo, la audiencia o la comunidad.

8 Esta sección ha sido adaptada a partir de:
- Mefalopulos P. y Kamlongera Ch. (2008). Diseño participativo de una estrategia de comunicación. FAO.
- Mefalopulos P. y Kamlongera Ch. (2008). Manual diagnóstico participativo de comunicación rural. Comenzando con la gente. FAO.



10. ¿Cómo se desarrolla el momento técnico?

Los principales insumos para esta fase son el diagnóstico y la definición de recursos disponibles para la estrategia, tal como se ha descrito en los puntos A y B; y la identificación de problemáticas o comportamientos relacionados con la IEC. Para realizar el análisis de las problemáticas o comportamientos por cambiar se sugiere diligenciar la siguiente matriz, que puede ser adaptada de acuerdo con el contexto, las necesidades y las potencialidades del grupo técnico y el grupo interactivo.

Tabla 9. Matriz para priorizar problemáticas/temáticas

Problemática/temática central	Problemáticas/ Comportamientos por cambiar	Magnitud (A)	Posibilidad de solución (B)	Factibilidad económica para abordarla (C)	Carácter inclusivo (D)	Carácter intersectorial (E)	TOTAL (A+B+C+D+E)

Fuente: adaptado a partir de Hanlon y CND9.

El objetivo de la matriz es asignar puntajes a cada uno de los criterios (A, B, C, D, E) y realizar una sumatoria horizontal que permita priorizar las problemáticas/temáticas que obtengan el mayor puntaje. En caso de presentarse una igualdad de resultados en la

9 La matriz para priorizar problemáticas /temáticas en una estrategia IEC en SAN ha sido adaptada de:

- Asua, J. y Taboada J. Experiencias e instrumentos de priorización. Identificación y priorización de necesidades en salud. IRYSS.
- Morales, N. (2004). Guía de criterios para la priorización de acciones. PRODES, CND.



sumatoria de una o varias problemáticas/comportamientos/temáticas, la priorización definitiva debe realizarse en el momento participativo, a partir de los análisis y contrastaciones que se desarrollen con el grupo interactivo o audiencia. Las pautas para la clasificación de cada criterio son las siguientes:

Magnitud: hace referencia al número o proporción de personas afectadas por la problemática o relacionadas directamente con la temática. Es importante recordar que tal como se describió en el ítem “diagnóstico”, la información puede ser obtenida a partir de fuentes primarias o fuentes secundarias.

Posibilidad de solución: se refiere a la posibilidad de modificar el problema o intervenir en la temática (cambio de comportamiento) con los recursos existentes y desde un abordaje de Información, Educación y Comunicación. Es importante que en este criterio se tengan en cuenta las potencialidades no solo del grupo técnico sino del grupo interactivo, así como la posibilidad de generar sinergias y apalancamiento de recursos con organizaciones, grupos comunitarios, entidades y empresas.

Factibilidad económica para abordarla: evalúa los costos que podrían generarse si dicha problemática, comportamiento o temática resultara priorizada. Estos costos se contrastan con la disponibilidad de recursos y el presupuesto existente o proyectado para la estrategia.

Carácter inclusivo: mide la relación o efecto que dicha problemática/comportamiento/temática tiene sobre los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad alimentaria y nutricional, como las mujeres, niños, adultos mayores, personas con capacidades diferentes, grupos étnicos y población víctima del conflicto armado.

Carácter Intersectorial: analiza la posibilidad de vincular a varios sectores en el abordaje de la problemática/comportamiento/temática. Este criterio es relevante no solo por la posibilidad de gestionar múltiples recursos y esfuerzos, sino por el peso que la intersectorialidad adquiere en las buenas prácticas de una estrategia de IEC en SAN, tal como se describe en el marco conceptual.

Para la puntuación se sugiere:



Tabla 10. Puntajes para la priorización de problemáticas/comportamientos/temáticas.

Criterio	Puntaje		
	1	2	3
A Magnitud	0 -20% de la población	21 - 49% de la población	50% o más de la población
B Posibilidad de solución	Difícil de solucionar	Es posible de solucionar con múltiples esfuerzos	Posible de solucionar
C Factibilidad económica	Excede el presupuesto disponible	No excede el presupuesto disponible	Requiere un presupuesto moderado o bajo
D Carácter inclusivo	No vincula directamente a grupos poblacionales vulnerables	Vincula al menos a 1 grupo poblacional vulnerable	Vincula a más de 1 grupo poblacional vulnerable
E Carácter intersectorial	Vincula a un solo sector	Vincula a 2 o 3 sectores	Vincula a 4 o más sectores

Fuente: adaptado a partir de Hanlon y CND

Es importante señalar que para la aplicación de la matriz pueden tenerse en cuenta elementos cuantitativos y cualitativos, provenientes no solo del diagnóstico sino del conocimiento y experiencia del grupo técnico.

11. ¿Cómo se desarrolla el momento participativo?

En esta fase de la priorización el ejercicio desarrollado por el grupo técnico es validado, retroalimentado y contrastado por el grupo interactivo/audiencia/comunidad. El "grupo interactivo" normalmente conocido como audiencia o público, hace referencia a la población involucrada en la estrategia de IEC, entendiéndola no como un conjunto de receptores pasivos, sino como "gente cuyo conocimiento y opiniones son valiosos y cuyas percepciones se toman en cuenta seriamente" Mefalopulos P. y Kamlongera Ch. (2008).



Son además una fuente importante de información, dan inicio a las acciones, toman decisiones y afectan positiva o negativamente el desarrollo de la estrategia.

Es fundamental que el grupo técnico previamente cuente con un perfil detallado y completo de las características del grupo interactivo: nivel educativo, género, religión, nivel socioeconómico, lugares comunes, medios de comunicación presentes, cultura, influencias, acceso a información, lenguaje, contexto político, entre otros. Existen numerosas herramientas y técnicas de carácter participativo¹⁰ que son útiles para realizar el segundo momento de la priorización, algunas de ellas son:

- Grupos focales
- Grupos dinámicos de discusión
- El árbol de problemas
- Lluvia de ideas
- Cartografía social
- Líneas del tiempo del grupo interactivo
- Líneas de tendencia
- Matrices DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas)
- Diagramas de Venn

12. ¿Cómo se definen los grupos interactivos/audiencias?

La definición de grupos interactivos o audiencias es un proceso que se desarrolla simultáneamente con los momentos de priorización de problemáticas/comportamientos/temáticas; estas últimas son quienes indican cuál o cuáles grupos interactivos deben seleccionarse para la fase de implementación de la estrategia. Desde luego, otro factor que ayuda a definir el número y el alcance del grupo interactivo son los recursos disponibles. A partir de lo anterior, algunos criterios que pueden guiar la definición de dichos grupos interactivos son:

- Ubicación de las posibles acciones que se van a desarrollar: geográfica, institucional, frente a los diferentes entornos donde se desarrolla la cotidianidad (escuela, trabajo, vivienda).
- Grupos mayormente relacionados con la problemática: no solo por verse afectados en mayor grado, sino por representar el mayor potencial transformador y dinamizador.
- Prioridades en política pública: grupos interactivos que presenten indicadores de urgente resolución y/o estratégicos desde la acción pública e institucional.
- Sostenibilidad: posibilidad de desarrollar acciones transformadoras no solo en el corto, sino en el mediano y largo plazo.

¹⁰ Para profundizar en el conocimiento, detalle y descripción metodológica de las herramientas se puede consultar el Manual de Diagnóstico Participativo de Comunicación Rural, disponible en: <http://www.fao.org/docrep/011/y5793s/y5793s00.HTM>



13. ¿Cómo se elabora el Plan de Acción de la Estrategia IEC en SAN?

Fase de desarrollo e implementación. Plan de acción/cronograma. Los elementos contruidos en la fase de planeación son el insumo para elaborar el plan de trabajo. A partir de la priorización de problemáticas/comportamientos/temáticas y grupos interactivos es necesario incorporar la variable tiempo. Se debe plantear un cronograma viable, flexible y realista, teniendo en cuenta las dinámicas propias del territorio, de los grupos y las instituciones. Algunos elementos que pueden incorporarse son: Actividad, Objetivo, Responsables, Recursos necesarios, Materiales, Tiempo y Productos y resultados esperados

14. ¿Cómo se generan los objetivos de información?

Los objetivos de información están centrados en el conocimiento, en el saber. Los objetivos de información son los que habitualmente acompañan la difusión masiva de información a través de los medios de comunicación de impacto nacional e internacional. El objetivo de información puede convertirse en un punto de partida de una Estrategia IEC cuando se trabaja con grupos interactivos que no tienen ningún conocimiento o su información está fundamentada en mitos o creencias. En este punto, el objetivo contribuirá a generar saber en el grupo. Solo acompañado de los objetivos de comunicación y educación se logra una transformación de hábitos.

15. ¿Cómo se generan los Objetivos de Comunicación y Educación?

Los objetivos de educación y comunicación tienen su fuente en el problema, comportamiento o tema prioritario identificado, el perfil del grupo interactivo y los elementos centrales del diagnóstico. Para construirlos se recomienda vincular al grupo interactivo y recurrir a las siguientes preguntas orientadoras: ¿Qué cosas nuevas quieren aprender sobre el tema prioritario elegido? ¿Qué cambios quieren provocar? ¿Qué cosas nuevas podría el grupo interactivo aprender? ¿Qué cosas les gustaría dejar de hacer? En la lista puede incluir todas las preguntas orientadoras que respondan a lógica de los determinantes de cambios de comportamientos, conocimientos, actitudes y prácticas.

Los objetivos de educación y comunicación deben estar relacionados con los intereses y necesidades del grupo interactivo, en términos de información, educación y comunicación. Tratan temas como conciencia, conocimiento, actitudes, prácticas, conductas y participación. Un objetivo de educación y comunicación está dirigido a provocar cambios en la conducta.



16. ¿Cómo es el proceso de creación de mensajes?

Los mensajes son un elemento muy importante en la estrategia IEC, ya que reflejan los objetivos de información, educación y comunicación. Además, detallan claramente lo que los participantes deben conocer y hacer.

En muchas ocasiones aseguran que las personas reciban la misma información desde todos los canales. Está asociado a la palabra –escrita o dicha-, a las imágenes, pero muy especialmente a las emociones, sentimientos, creencias y actitudes. Crear un mensaje significa que quien lo hace está en capacidad de leer y comprender el entorno en el que se desenvuelve el grupo interactivo.

Para crear un mensaje es indispensable realizar un análisis crítico y participativo de toda la información que ya se ha venido trabajando: el problema/comportamiento o tema prioritario, el perfil del grupo interactivo, los objetivos de educación y comunicación y las formas de comunicación. El análisis corresponde a las preguntas básicas de comunicación: ¿qué?, ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿por qué? y ¿para qué?

Los mensajes deben ser claros, fáciles y sencillos de comprender por cualquier persona. Deben estar asociados a actividades que sean propias del grupo interactivo. Deben invitar a realizar algún cambio o a repensar una rutina, un mito o una tradición. Los mensajes positivos generan mayor acercamiento a los grupos interactivos que aquellos que le apuntan a restringir o a prohibir acciones.

Es recomendable que la creación de mensajes esté orientada por un profesional en comunicación en colaboración con un profesional de educación, a fin de crear mensajes apropiados para la audiencia, que promuevan mejoras en determinantes de cambios de comportamientos alimentarios. La creación de los mensajes demanda un lenguaje claro, sencillo y comprensible para todo público pero también deben contener características que los destaque e invite a mirarlos. Los mensajes deben despertar la atención y el interés de las audiencias; ser creíbles y confiables; tratar de temas conocidos por las audiencias; tener cualidades como: ser carismáticos, provocar deseos e invitar a la acción.



Guía para la creación de los mensajes

Los mensajes deben asociarse a una imagen, emoción, status y palabras. Mefalopulos y Kamlongera (2008) proponen la siguiente guía para la creación de los mensajes:

- ✓ Enfatizar una idea principal (un comportamiento alimentario)
- ✓ Describir o hacer un borrador preliminar de las ilustraciones o narraciones.
- ✓ Escribir las afirmaciones sobre el tema y las palabras claves que expresan las ideas o la información que se escribirá en el mensaje.
- ✓ Proponer o sugerir beneficios y soluciones prácticas que convengan a las necesidades de los grupos interactivos (guiarse con los determinantes de cambios de comportamientos).
- ✓ Enfatizar los elementos de la idea o innovación que satisfagan las necesidades de los grupos interactivos.
- ✓ Mantener un mensaje claro, simple, conciso y firme. Contar toda la historia y cuando se ha terminado, parar.
- ✓ Asegurar que el mensaje sea comprensible

Es importante aclarar que al igual que en el caso de la información, los mensajes por sí solos no son suficientes, sino que son solo una de las herramientas con las que cuenta una estrategia IEC o la educación nutricional. Estos deben estar acompañados por discusiones, comprensión, implementación de actividades prácticas apropiadas por los participantes.

17. ¿Cómo es la elección y la producción de Herramientas Pedagógicas?

Una pieza de comunicación es el 'objeto' por el cual se transmite un mensaje a través de diferentes medios de comunicación. Por lo general son desarrolladas por profesionales creativos quienes tienen en cuenta factores como impacto, color, textura y obviamente el público masivo al que va dirigido. Una herramienta pedagógica centra su atención en un aspecto donde intenta introducir un nuevo punto de vista, un concepto, reestructurar las ideas vigentes o aplicar lo que se ha aprendido en otros contextos.

Para la Estrategia IEC en SAN se entiende como Herramientas Pedagógicas todos los métodos, formas y productos que contribuyan a generar conciencia, reflexiones e incluso transformaciones en las prácticas y hábitos no saludables de los grupos interactivos o audiencias priorizados. Todas las herramientas cumplen la triple función de: Informar, Comunicar y Educar. No obstante de cada función dependerá del medio que se haya elegido para hacer la difusión respectiva.

La elaboración de las herramientas Pedagógicas de educación y comunicación nutricional tiene el siguiente proceso:

Revisar el propósito de la pieza, funcionamiento, pertinencia y dónde se utilizará: diag-



nóstico, objetivos educacionales y comunicacionales, perfil de las audiencias, entornos, mensajes y formas de comunicación.

Tener los recursos financieros para la producción.

Identificar los diferentes tipos de pieza que se pueden utilizar.

Realizar la producción de las mismas. Por lo general se usan más de una pieza para reforzar el mensaje.

Validar o evaluar la pertinencia de la pieza con las audiencias priorizadas y que todas cumplen la triple función de educar, informar y comunicar.

Las piezas de comunicación se pueden agrupar en diferentes categorías, así:

Impresas y audiovisuales	Experienciales	Interactivas
<p><u>Impresas:</u> cartillas, volantes, afiches, pancartas, vallas.</p> <p><u>Impresas didácticas:</u> rotafolios, material POP con fines educativos, alfabetización de adultos, manuales escolares etc.</p> <p><u>Audio:</u> hay varias clases: radio comercial, radio educativa, radio documental, radio cultural y radio participativa. Y diversidad de formatos: entrevista, radionovelas, música, variedades, magazines y programas de información y entretenimiento.</p> <p><u>Video:</u> Igual que el anterior, hay varias clases: comercial, educativo, documental y cultural.</p> <p><u>Formatos como:</u> comerciales, campañas, programas de variedades, de opinión, noticieros, novelas.</p>	<p><u>Teatro:</u> Es toda forma de expresión artística. Incluye las canciones, la danza, las marionetas y la actuación.</p> <p><u>Juegos y Ferias:</u> Festivales, concurso, carnavales, movilizaciones, etc.</p> <p><u>Aprendizaje:</u> Talleres, foros, conferencias, simposios, etc.</p> <p>-</p>	<p><u>Web:</u> animaciones, intranet, circuitos de tv cerrados, juegos virtuales, aplicaciones, etc.</p> <p><u>Redes Sociales:</u> campañas con usuarios YouTube, blogs, twitter, etc.</p>



18. ¿Cuántos tipos de medios hay y cómo se eligen?

La elección de los medios que se utilizarán para difundir los mensajes debe, en lo posible, estar a cargo de un experto en comunicación quien tiene la habilidad para comprender la lógica de los medios. Debe contar con la participación del grupo interactivo a fin de lograr un mayor impacto.

Existen algunos criterios que se deben tener en cuenta a la hora de elegir el o los medios de comunicación más apropiados para la difusión de los mensajes. Los medios pueden estar agrupados en las siguientes categorías:

- Medios de comunicación personal o intrapersonal: donde resulta más efectiva la comunicación persona a persona o en pequeños grupos de discusión.
- Medios de comunicación comunitarios: El arte, el teatro, la danza, la música, el performance y cualquier medio artístico resulta pertinente para la difusión del mensaje.
- Medios modernos: la televisión, la radio, aplicaciones de celulares, los impresos y las redes sociales en todas sus expresiones.
- Intervenciones estratégicas: los foros, congresos, simposios, conferencias, etc.

19. ¿Cómo incluir el monitoreo y la evaluación?

Hacer seguimiento a la coherencia y cumplimiento de los objetivos, actividades y resultados propuestos es un requisito fundamental para que una estrategia IEC sea eficiente, eficaz y efectiva; se considera además como una buena práctica tal como se describe en el marco conceptual. Dicho seguimiento debe estar acompañado por un proceso de evaluación que pueda realizarse antes, durante y al de la estrategia, que permita prever y medir los impactos y transformaciones generadas en los grupos interactivos definidos. Dicho monitoreo y evaluación deben contemplar indicadores de orden cuantitativo y cualitativo alineados con los objetivos planteados, y permitir el reconocimiento de las miradas, aprendizajes, debilidades y fortalezas de todos los actores involucrados en la estrategia: el grupo técnico; los facilitadores; las instituciones; y los grupos interactivos. Por tal razón, desde la fase de planificación de la estrategia, el grupo técnico en asocio con el grupo interactivo, deben definir el conjunto de indicadores y las metodologías que van a permitir realizar de manera transversal el monitoreo y la evaluación. Así mismo, es importante tener en cuenta que todos los indicadores definidos deben contar con medios de verificación que permitan medir objetivamente las fortalezas y puntos débiles en todas las fases de la estrategia.



Tabla 11. Elementos orientadores para el monitoreo y evaluación.

Tipo de indicador	Variables	Preguntas orientadoras
<p>De impacto (durante o después de la implementación)</p>	<p>La estrategia en general</p> <p>Los grupos interactivos</p> <p>Cambios de prácticas, actitudes, habilidades y comportamientos</p> <p>Sostenibilidad de la estrategia IEC</p>	<p>¿Se han logrado las transformaciones esperadas?</p> <p>¿La estrategia ayuda a modificar/fortalecer conocimientos, actitudes, creencias, prácticas?</p> <p>¿La selección del grupo interactivo es la adecuada?</p> <p>¿Los canales de comunicación son efectivos?</p> <p>¿Los medios de comunicación/educación definidos son lo más eficientes?</p> <p>¿Qué ha cambiado y para quién? ¿Se mantendrá el cambio?</p>
<p>De resultado (al final del programa o cada año en un programa continuo)</p>	<p>Los mensajes</p> <p>Las formas de comunicación</p> <p>Los grupos interactivos</p> <p>Las herramientas pedagógicas</p>	<p>¿El lenguaje utilizado es pertinente?</p> <p>¿Los medios de comunicación definidos son de fácil y permanente acceso para los grupos interactivos?</p> <p>¿Los grupos interactivos participan activamente en la estrategia?</p> <p>¿Las herramientas pedagógicas responden al perfil del grupo interactivo?</p> <p>¿Qué se ha logrado? ¿Cómo se compara la situación con la base? ¿Cómo se compara con otros?</p>
<p>Del proceso (Durante el programa o intervención)</p>	<p>Cumplimiento de actividades</p> <p>Coberturas</p> <p>Calidad de las herramientas</p>	<p>¿El número de personas convocadas es el mismo número de personas efectivamente participantes?</p> <p>¿La calidad de las imágenes utilizadas en las herramientas pedagógicas es la ideal?</p> <p>¿La metodología de los talleres/capacitaciones es efectiva?</p> <p>¿Estamos progresando?</p> <p>Si no, ¿por qué no?, ¿cómo podemos mejorar?</p>

Fuente: Convenio 1042 – 2015 MSPS - FAO



La finalidad última del sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia es asegurar que la ruta planificada sea la correcta, y que en caso de requerirse ajustes puedan hacerse oportunamente. La evaluación además constituye un insumo valioso para medir los impactos de la estrategia y orientar la construcción de nuevas estrategias a futuro. Este proceso como todos los anteriores, debe contar con la participación activa del grupo interactivo.

Referencias bibliográficas

Aparicio, R. M y García V., C. 2011. La introducción precoz de la alimentación complementaria, en los lactantes puede predisponer a la obesidad. Evidencias en Pediatría. Disponible en: <http://evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2011;7:41>.

Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional CISAN. 2012. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – PNSAN 2012 – 2019. Recuperado de: <http://www.osancolombia.gov.co/doc/pnsan.pdf> .

Contento I. 2011. Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice (2nd edition). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Contento, I. 2007. Nutrition education: Linking research, theory and practice. Jones & Bartlett. Definición adaptada. Disponible en: <http://www.fao.org/red-icean/la-red-icean/que-es-la-icean/es> .

Contento, I. 2009. Evaluando la efectividad de la educación nutricional. Disponible en: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/30497-0a4e500285ce056f28a16239beb-b460ac.pdf> .

CORPOICA / IGAC. 2002. Zonificación de los conflictos de uso de las tierras en Colombia: Bogotá.

Davis, M.K. 2011. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Ped Clin North Am.* (48), 125-42.

Departamento Nacional de Planeación. 2014. Bases del plan nacional de desarrollo 2014-2018. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Bases%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%202014-2018.pdf> .

FAO. 1992. Conferencia Internacional sobre Nutrición. Una reafirmación del compromiso de la FAO de mejorar la nutrición. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/v7700t/v7700t04.htm>

FAO. 1996. Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial. Cumbre Mundial de la Alimentación, Roma, Italia. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.HTM>

FAO. 2006. La comunicación para el desarrollo. Disponible en: <http://www.fao.org/communication-for-development/es/>



FAO. 2008. Manual Diagnóstico Participativo de Comunicación Rural. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/011/y5793s/y5793s00.HTM> .

FAO. 2012. Hacia el futuro que queremos. Erradicación del hambre y transición a sistemas agrícolas y alimentarios sostenibles. Disponible en: <http://www.fao.org/3/an894s.pdf> .

FAO. 2015. Mejorar la ingestión alimentaria y el estado nutricional de los niños de 0 a 23 meses de edad mediante la seguridad alimentaria y la alimentación complementaria (IMCF). Disponible en: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/nutritioneducation/70106/es/> .

FAO. 2015. Apoyo a la programación nutricional conjunta. Nota de información de la FAO sobre Alimentación complementaria mejorada educación nutricional y asesoramiento en materia de alimentación. Disponible en: ftp://ftp.fao.org/ag/agn/nutrition/Briefing%20KIT/Espanol%20-%20not%20complete/Notas%20de%20informaci%F3n%20-%20PDF/Nota%20de%20informaci%F3n_Alimentaci%F3n%20complementaria.pdf .

FAO. 2013. Buenas Prácticas en Programas de Información, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición (ICEAN).

FAO. 2010. Informe Final Simposio Científico Internacional Biodiversidad y Dietas Sostenibles Unidos Contra el Hambre. Roma.

GOBIERNO COLOMBIA. 1991. Constitución Política de Colombia. Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com> .

GOBIERNO COLOMBIA. 2006. Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006). Disponible en: http://www.oei.es/quipu/colombia/codigo_infancia.pdf .

GOBIERNO COLOMBIA. 2009. Ley 1355 de 2009 que declara como prioridad en salud pública a la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con éstas. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm .

GOBIERNO COLOMBIA. 2011. Estatuto del Consumidor. Disponible en: http://www.legis.com.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/texto_esttutodelconsumidor1.pdf .

Gumicio, A. 2001. Haciendo Olas, historias de comunicación participativa para el cambio social. La Paz, Bolivia: Fundación Rockefeller.



Gumicio, A. 2002. El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social.

HLPE, 2014. Las pérdidas y el desperdicio de alimentos en el contexto de sistemas alimentarios sostenibles. Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial Roma, 2014, P. 11

ICBF. 2005. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia ENSIN. Bogotá.

ICBF. 2010. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia ENSIN. Bogotá.

ICBF / FAO. 2014. Guías alimentarias para la población colombiana mayor de 2 años. Documento Técnico.

Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt Colombia. 2014. Disponible en: <http://www.humboldt.org.co/biodiversidad> .

Machado, A. 2001. La cuestión agraria en Colombia a finales del milenio. Bogotá: El Áncora.

Martorell, R., Kettel, K. L. y Schroeder, D. G. 1994. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. Eur J Clin Nutr.

Massimo I., F. C., Ombretta P., y Vitali, F. Desarrollo Sostenible e Innovación de la Unidad Técnica del Sistema Agro-Industrial, en Alimentación y Energía: Un Enfoque Sostenible. Roma, Italia.

Mefalopulos P. y Kamlongera Ch. 2008. Diseño participativo de una estrategia de comunicación. FAO.

Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Departamento Nacional de Planeación. 2008. Política nacional fitosanitaria y de inocuidad para las cadenas de frutas y de otros vegetales. Disponible en: https://www.minambiente.gov.co/images/normativa/conpes/2008/Conpes_3514_2008.pdf .

Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. 2011. Política Nacional de Producción y Consumo Sostenible. Disponible en: <http://www.soyecolombiano.com/site/Portals/0/documents/PoliticaNacionaldeProduccionyConsumoSostenible.pdf> .



Ministerio de Cultura. 2008. Legislación y normas generales para la gestión, protección y salvaguardia del patrimonio cultural en Colombia, Ley 1185 y su reglamentación. Disponible en: http://vigias.mincultura.gov.co/Documents/2010-legislacion_y_normas_generales.pdf .

Ministerio de Educación Nacional. 2007. Adaptado de investigación de los saberes pedagógicos. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-345504_anexo_13.pdf .

Ministerio de Educación Nacional. 1994. Ley 115 de 1994 –Ley General de la Educación. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=n9sWXWqXhGo> .

Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Educación Nacional, ICBF, INCODER y DNP. 2008. Documento Conpes Social 2013 de 2008. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Disponible en: https://www.minambiente.gov.co/images/normativa/conpes/2008/conpes_0113_2008.pdf .

Ministerio de Salud y Protección Social. 2011. Plan Estratégico 2011 – 2014 del MSPS. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/plan-estrategico.aspx> .

Ministerio de Salud y Protección social. 2011. Adaptado del Documento técnico con los contenidos para el mejoramiento de la gestión territorial de los referentes departamentales, en la promoción de hábitos de vida saludable, con énfasis en alimentación y prevención del consumo de tabaco a través de la práctica regular de la actividad física. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Contenidos%20para%20el%20mejoramiento%20de%20la%20gesti%C3%B3n%20territorial%20en%20la%20promoci%C3%B3n%20de%20h%C3%A1bitos%20de%20vida%20saludable.pdf> .

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. Lineamientos Generales para el Desarrollo del Modelo Integral en Atención Salud para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Documento de trabajo.



Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludable.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Resolución 518 de 2015. Directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC). Anexo técnico. Intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ser financiados con recursos del plan de salud pública de intervenciones colectivas.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Resolución 1536 de 2015.

Ministerios de Salud y Protección Social / FAO. 2012. Lineamiento técnico nacional para la promoción de frutas y verduras.

Ministerio de Salud y Protección Social / FAO. 2012. Documento Técnico de la Situación en Seguridad Alimentaria y Nutricional, SAN.

Ministerio de Salud y Protección Social / FAO. 2012. Documento Técnico de la Situación en Seguridad Alimentaria y Nutricional, SAN.

Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía y Grupo ASIS. 2013. Análisis de Situación de Salud según regiones.

Ministerio de Salud y Protección Social, FAO, Corporación Colombia Internacional (2012). Términos de referencia, VIII Congreso Mundial de Promoción al Consumo de Frutas y Hortalizas. Cali.

Montenegro, P. 2007. Plan de información educación y comunicación proyecto univida. Disponible en: <http://www.care.org.ec/univida/documentacion/PLAN%20DE%20IEC%20UNIVIDA%20logosENERO.pdf> Unión Europea y CARE.

Mosquera, V. 2008. Comunicación en Salud: conceptos, teorías y experiencias. La iniciativa de la Comunicación. Disponible en: <http://www.comminit.com/node/150400> .

Murage-Kimani, W.E. 2013. Exploring the paradox: double burden of malnutrition in rural South Africa. Global Health Action, (6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.19249> .

OEA. 2008. Adaptado de Educar en la diversidad en los países del MERCOSUR. Disponible en: http://www.inclusioneducativa.org/content/documents/educar_diversidad.pdf

OPS. 2014. Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la niñez y la adolescencia. Disponible en: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/>



uploads/2014/09/Plan-de-Accion-para-la-Prevencion-de-la-Obesidad-en-la-Ninez-y-la-Adolescencia.pdf.

OPS. 2004. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.

OPS. 2006. Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la Prevención y el Control de las enfermedades crónicas. Resolución CD47/17 de 2006. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/reg-strat-cncds.pdf>.

OPS. 2003. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf.

Organización de las Naciones Unidas. 1948. Declaración de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

Organización de las Naciones Unidas. 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

Organización de las Naciones Unidas. 1985. Directrices de las Naciones Unidas para la Protección de los Consumidores. Disponible en: http://www.consumersinternational.org/media/33875/consumption_sp.pdf.

Organización de las Naciones Unidas. 1992. Hearth Summit Agenda 21, the United Nations Program of Action from Rio.

Organización de las Naciones Unidas. 2011. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. R Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>.

Organización de las Naciones Unidas. 2012. Declaración de los Derechos de los Campesinos. Disponible en: http://www.pnud.org.co/hechosdepaz/64/la_declaracion_de_naciones_unidas.pdf.

Organización Mundial de la Salud. 2013. Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-sp.pdf.



OSAN / FAO. 2014. Aproximación a los determinantes de la doble carga nutricional en Colombia. (004).

OSAN, Gobierno de Colombia y FAO. 2014. Situación alimentaria y nutricional en Colombia bajo el enfoque de determinantes sociales. (001).

Reynolds A. 2001. Breast feeding and brain development. *Ped Clin North Am.* (48), 159-72.

Schejtman, A. 1994. *Economía Política de los Sistemas Agroalimentarios en América Latina.* Santiago de Chile.

Schutter de, O. 2012. El derecho a una alimentación adecuada: el nexo entre agricultura, alimentación y salud. Informe presentado al 19° período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos. Disponible en: http://www.srfood.org/images/stories/pdf/officialreports/20120306_nutrition_es.pdf .

USDA/NIFA. (2014) Community Nutrition Education (cne) Logic Model detail. Disponible en: <http://nifa.usda.gov/sites/default/files/resource/CNE%20Logic%20Model%20-%20Detailed%20Version.pdf>.

Valencia, V.H. 2006. Utilización de las Estrategias IEC para la Socialización Participativa de Políticas y Programas Ambientales. Conferencia llevada a cabo en el Seminario Internacional Programas de agua, saneamiento e higiene: enfrentando los desafíos del milenio, Cali, Colombia.

(Footnotes)

1 Calculada como la suma de lactancia materna exclusiva, lactancia más agua; lactancias más líquidos no lácteos y jugos ENSIN, 2010.

2 Pueden consultarse ejemplos de cuestionarios para levantar información sobre Actitudes, Conocimientos y Prácticas y por temáticas diversas. <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm> .