



Organización de las Naciones Unidas
para la Alimentación y la Agricultura

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

Programas de implementación



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”

Programas de Implementación

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



Índice

Introducción	vii
Programas de implementación	1
1. Alimentación saludable	5
1.1. Disminuir el consumo de grasas trans	6
1.1.1. Diagnóstico	6
1.1.2. Entorno hogar	8
1.1.3. Entorno comunitario	9
1.1.4. Entorno educativo	10
1.1.5. Entorno laboral	11
1.1.6. Sectores de influencia	12
1.2. Disminuir el consumo de azúcares añadidos	13
1.2.1. Diagnóstico	13
1.2.2. Entorno hogar	16
1.2.3. Entorno comunitario	17
1.2.4. Entorno educativo	18
1.2.5. Entorno comunitario	19
1.2.6. Sectores de influencia	20
1.3. Reducir el consumo de sal / sodio	21
1.3.1. Diagnóstico	21
1.3.2. Entorno hogar	23
1.3.3. Entorno comunitario	24
1.3.4. Entorno educativo	25



1.3.5.	Entorno laboral	26
1.3.6.	Sectores de influencia.....	27
1.4.	Promover el consumo de alimentos naturales y frescos	28
1.4.1.	Diagnóstico	28
1.4.2.	Entorno hogar.....	31
1.4.3.	Entorno comunitario.....	32
1.4.4.	Entorno educativo	33
1.4.5.	Entorno laboral	34
1.4.6.	Sectores de influencia.....	35

2. Calidad de los alimentos 37

2.1.	Aumentar el consumo de alimentos fortificados.....	37
2.1.1.	Diagnóstico:.....	37
2.1.2.	Entorno comunitario.....	41
2.1.3.	Sectores de influencia.....	42
2.2.	Estimular la alimentación complementaria adecuada	43
2.2.1.	Diagnóstico	43
2.2.2.	Entorno hogar.....	49
2.2.3.	Entorno comunitario.....	50
2.2.4.	Entorno educativo	51
2.2.5.	Entorno laboral	52
2.2.6.	Sector de influencia.....	53
2.3.	Prevención de la anemia	54
2.3.1.	Diagnóstico	54
2.3.2.	Entorno hogar.....	59
2.3.3.	Entorno comunitario.....	60
2.3.4.	Entorno educativo	61
2.3.5.	Entorno laboral	62
2.3.6.	Entorno hogar.....	63



3.	Apoyo institucional de la SAN	65
3.1.	Promoción del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional como herramienta de la SAN.....	65
3.1.1.	Diagnóstico	65
3.1.2.	Entorno comunitario.....	66
3.1.3.	Sector de Influencia.....	67
3.2.	Enfoque Diferencial en SAN (género y etnia)	68
3.2.1.	Diagnóstico	79
3.2.2.	Entorno hogar	80
3.2.3.	Entorno hogar	81
3.2.4.	Entorno educativo	82
3.2.5.	Entorno laboral	83
3.2.6.	Sector de influencia.....	84



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 VILLESCHAS 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 VILLESCHAS SANCHEZ
CAROLINA SANTOS NIÑO
LUISA FERNANDA LOPEZ HERNANDEZ
ANGELA MARÍA PÉREZ PACHON.
EDWIN RIVERA TORRES



Introducción

El principal propósito de la estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional (Estrategia IEC en SAN) es responder a directrices internacionales y nacionales en términos de salud, nutrición y alimentación, para mejorar la calidad de vida de las personas contribuyendo a la reducción de los riesgos, enfermedades y muerte en situaciones relacionadas con la alimentación y nutrición. Esto a través de la articulación con los diferentes sectores y entornos donde se desarrolla la vida cotidiana de colombianos y colombianas.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el apoyo técnico de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), propuso un marco de operación a partir de un diagnóstico preciso de la problemática con un proceso de concertación colectiva e incluyente, y concluye con la identificación de herramientas e insumos pedagógicos que faciliten su desarrollo. La figura 1 sintetiza las fases y procesos propuestos para la ejecución de estrategias de IEC en SAN.

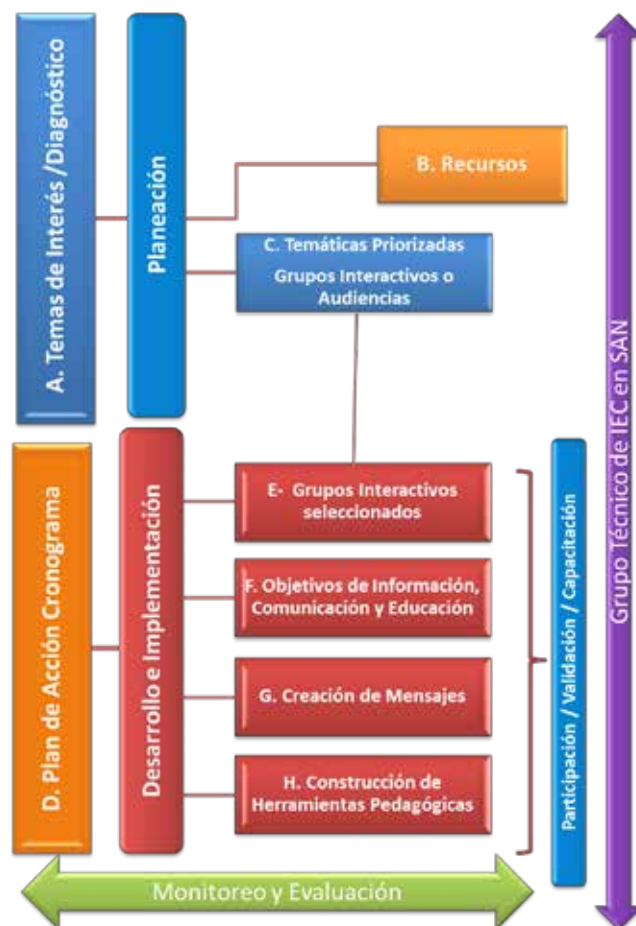
En el proceso de operación e implementación de la estrategia IEC¹ es necesario plantear una fase de planificación y una fase de desarrollo.

En la primera se analizan variables como el diagnóstico de la problemática, la identificación de recursos y la focalización de grupos interactivos. En la segunda se definen los objetivos, los mensajes y las herramientas pedagógicas para la información, comunicación y educación a partir de la estructuración de programas de implementación de IEC en SAN. Ambas fases deben estar soportadas en procesos transversales de monitoreo y evaluación, que permitan prever y/o medir los impactos y transformaciones generadas en los grupos interactivos definidos, o aquellos aspectos inherentes al proceso de implementación propiamente dicho.

¹ La descripción detallada de cada una de las fases y procesos de la operación e implementación de la Estrategia de IEC en SAN, se encuentra en el Anexo 1 del documento de Estrategia IEC en SAN para Colombia.



Figura 1. Marco operativo de la Estrategia IEC en SAN.



Fuente: MSPS - FAO, 2015.

Las temáticas priorizadas para la construcción de los programas de implementación de la Estrategia IEC (ver Tabla No. 1) es fruto del ejercicio de participación que se realizó en diferentes regiones del país. Este documento se constituye por tanto en una guía para la acción, que debe ser adaptada y fortalecida a partir de las realidades territoriales, sociales, culturales y económicas de los diferentes grupos interactivos.

Los programas de implementación aquí propuestos son una guía para la elaboración de estrategias IEC en SAN y se constituyen en un punto de partida para enriquecer, mejorar y crear nuevas estrategias adaptadas a los territorios, generando procesos integrados.

Tabla 1. Temáticas priorizadas para la construcción de los programas de implementación en el marco de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia.

Núcleo temático	Temas/situaciones deseadas
Alimentación saludable	Disminuir el consumo de grasas trans.
	Disminuir el consumo de azúcares añadidos.
	Reducir el consumo de sal / sodio.
	Aumentar el consumo de Alimentos naturales y frescos.
Calidad de la alimentación	Aumentar el consumo de alimentos fortificados.
	Alimentación complementaria adecuada.
	Prevención de la anemia.
Apoyo institucional para la SAN	Promoción del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional como herramienta de SAN.
	Enfoque Diferencial en SAN (género y etnia).





Programas de implementación



Los programas de implementación reflejan la estructura propuesta para la Estrategia IEC en SAN: parten de un diagnóstico, la definición de los grupos interactivos / audiencias con las que se trabajará y una intervención por cada entorno (hogar, educativo, comunitario, laboral y sector de influencia) con la siguiente estructura:

- Objetivos de Información, Educación y Comunicación.
- Mensajes.
- Herramientas Pedagógicas.
- Indicadores.





Recomendaciones iniciales

Defina los Grupos Interactivos. Siempre piense en: ¿a quiénes va dirigida su estrategia IEC?. Descríbalos lo más detallado posible. Utilice varias formas para conocerlos: desde su experiencia personal, grupos focales, hasta los hallazgos encontrados a través de encuestas formales. De los 'quiénes' se debe saber: ¿cuántos son?, ¿en dónde están ubicados? (ciudad, población), ¿a qué se dedican?, ¿qué tanto saben del tema? y ¿qué comportamiento queremos transformar?.

Defina los objetivos de información, educación y comunicación. Los objetivos responden a la pregunta: ¿qué esperan que hagan sus grupos interactivos?. Los objetivos de información se refieren a qué espera que aprenda su audiencia, los objetivos de comunicación a qué espera que transforme su audiencia, y los objetivos de educación a cómo espera que otros aprendan de la experiencia. Es posible que se repitan los objetivos en los diferentes entornos, de acuerdo a lo que esperemos que haga la audiencia.

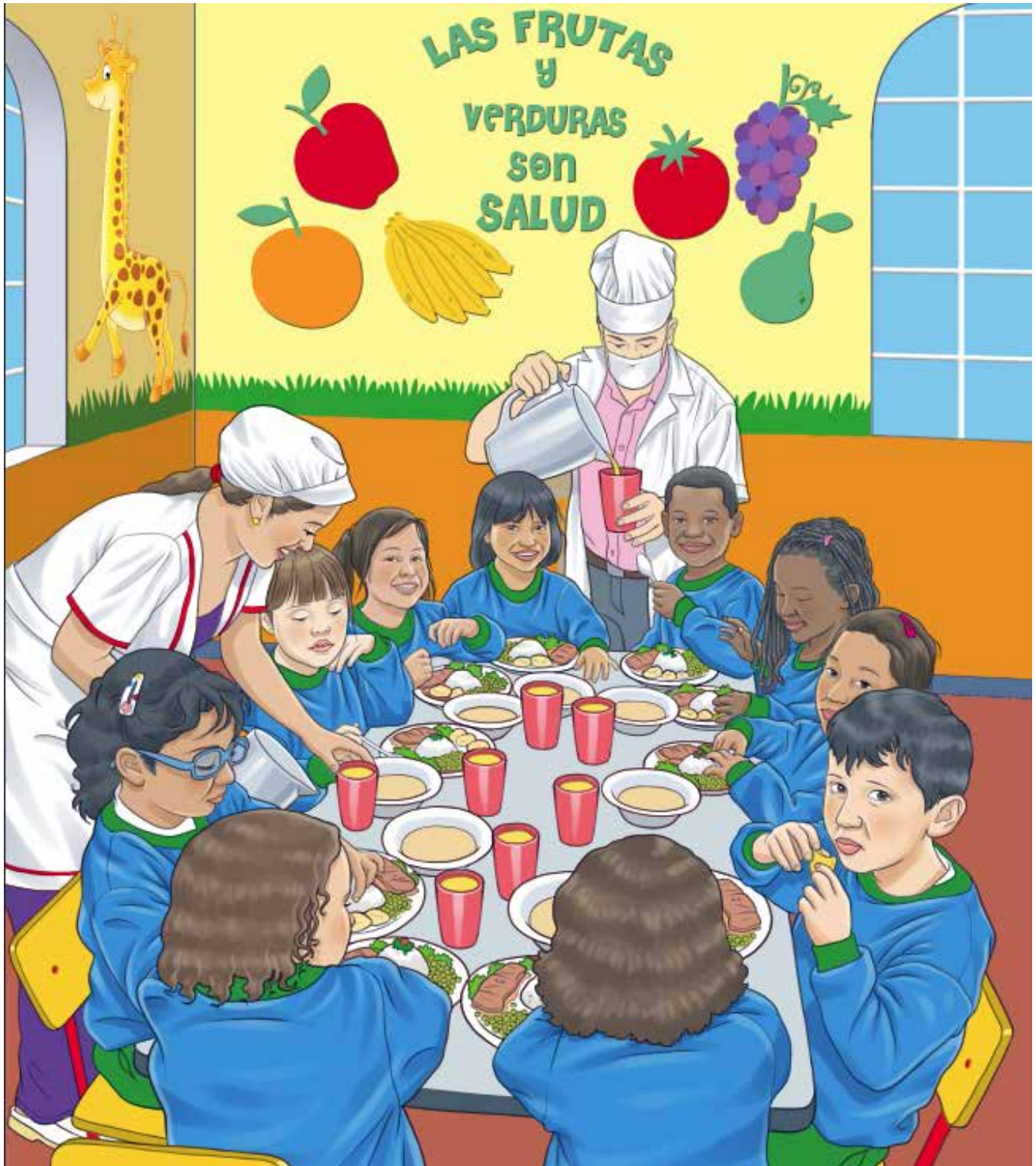
Cree los mensajes. En la medida de lo posible, apóyese en expertos de comunicación para la construcción de los mensajes. Un mensaje es sencillo, fácil de comprender, de alta recordación e invita a la acción cuando busca un cambio de hábitos. Asegúrese que no genere confusión y preocúpese porque la idea sea clara y precisa.

Es recomendable que los mensajes se repitan en diferentes entornos para darle una unidad a la estrategia IEC.

Elija las herramientas pedagógicas adecuadas. Hay muchas herramientas de comunicación que hacen parte de la vida diaria de sus grupos interactivos y que son susceptibles de ser usadas para promover su estrategia.

En lo urbano existen espacios tales como: las reuniones de oficina, encuentros y talleres de padres de familia, educadores, afiliados a clubes o asociaciones y de usuarios de redes sociales (foros, chat, grupos de discusión). Además de estos espacios, en lo rural se pueden aprovechar escenarios como los mercados locales, las ferias alimentarias y culturales, los festivales, entre otros.

Solo hasta que conoce a sus 'quienes' y 'cómo se comunican' es posible proponer herramientas pedagógicas. Para seleccionarlas elija con su grupo interactivo las que más efecto podrían tener en su audiencia. Recuerde que el principal propósito es lograr un cambio de hábito. No se conforme con cartillas, volantes, plegables o avisos. Úselos pero con moderación. Recurra a concursos, ferias, jornadas de capacitación y entrenamiento, alianzas estratégicas. Los medios masivos de comunicación son una gran ayuda para generar un impacto. Las acciones locales (talleres, visitas, paseos) generan transformaciones.





1. Alimentación Saludable

Entendiendo la alimentación saludable como 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 (RIEN, 2013).

De acuerdo con la OMS, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a una modificación en los hábitos alimentarios, pues se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas de tipo trans, más azúcares simples y más sal o sodio. Hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras, cereales integrales y agua (OMS, 2003a).

Reconociendo que la mejora de la dieta y la promoción de la actividad física representan una oportunidad única para elaborar y aplicar una estrategia eficaz que reduzca sustancialmente la mortalidad y la carga de morbilidad en el mundo, la OMS adoptó en mayo de 2004 la "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud", en la cual, el primero de sus objetivos fue reducir "los factores de riesgo de enfermedades crónicas asociados a las dietas malsanas y a la inactividad física a través de medidas de salud pública" (OMS, 2004).

La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona (por ejemplo, de su edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico), el contexto cultural, los alimentos disponibles localmente y los hábitos alimentarios (OMS, 2015).

Por lo anteriormente expuesto, el primer núcleo temático para la implementación de la Estrategia IEC en SAN para Colombia se enfocará en cuatro ítems para lograr la promoción de alimentación saludable:

1. Disminuir el consumo de grasas trans.
2. Disminuir el consumo de azúcares añadidos.
3. Reducir el consumo de sal/sodio.
4. Aumentar el consumo de alimentos naturales y frescos.



1.1. Disminuir el consumo de grasas trans

1.1.1. Diagnóstico

¿Qué son las grasas trans?

Las grasas trans, también conocidas como ácidos grasos de tipo trans, se encuentran de forma natural en productos lácteos y cárnicos, pero también se generan en procesos industriales para producir grasas endurecidas a partir de aceites vegetales. Las grasas trans de producción industrial también se conocen como aceites vegetales parcialmente hidrogenados.(OMS, 2013)

Los aceites hidrogenados fueron creados para responder a las necesidades de la industria alimentaria, para facilitar los procesos productivos de los alimentos procesados, de panadería, empaquetados, etc. En otras palabras, son utilizados por la industria alimentaria para extender el tiempo vida útil de sus productos. Antes se usaban grasas sólidas provenientes de animales cuyo tiempo de conservación era menor y por consiguiente los productos se enranciaban con más facilidad.

Esto constituía para la empresa una disminución en la calidad de los productos y un aumento de los gastos.

Los alimentos que pueden contener grasas trans son las galletas saladas, los dulces, los pasteles congelados y otros alimentos horneados; las palomitas de maíz para microondas, las pizzas y productos congelados; las mantecas vegetales y las margarinas; las cremas para café, los productos de panadería y de pastelería, las papas fritas y los productos de paquete (snack), entre otros alimentos procesados industrialmente.

También hay grasas trans naturales. Están naturalmente en alimentos de origen animal como la leche (inclusive la leche materna), la carne de ternera o de cordero.

¿Cómo afectan la salud?

Afectan gravemente la salud porque contribuyen a aumentar los niveles del llamado "colesterol malo". Este genera depósitos de grasa en las arterias, lo cual provoca que se incremente el riesgo de enfermedades cardiovasculares y también contribuye a aumentar el peso de los consumidores. El efecto nocivo de las grasas trans es mayor en aquellas que son producidas a nivel industrial.



¿Cómo se reduce el consumo de grasas trans?

Para regular el contenido de grasas trans y, por ende su consumo, el MSPS expidió la Resolución 2508 de 2012 para reglamentar los requisitos que deben cumplir los alimentos envasados que contengan grasas trans y/o grasas saturadas. Dicha norma limita el contenido de grasas trans a 2 gramos por cada 100 gramos de producto, es decir, no más del 2 %. Para los productos usados por la industria no se permite más de 5 gramos por 100 gramos de producto.

El consumo de grasas trans puede reducirse así:

Modificando la forma de cocinar como por ejemplo, separar la parte grasa de la carne; utilizar aceites vegetales (de origen no animal); cocinar los alimentos al vapor o al horno, en lugar de freírlos; evitando el consumo de alimentos procesados que contengan grasas de tipo trans y reduciendo el consumo de alimentos con un contenido alto en grasas saturadas por ejemplo, helados, carnes grasas, etc (OMS, 2015).

¿Cómo es el consumo de grasas trans en Colombia?

Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2010, el 50 % de los colombianos consumen comidas rápidas (hamburguesas, perros calientes, pizzas, tacos, etc.) en venta callejera o locales comerciales. El grupo de edad que más los consumen son los adultos jóvenes (19-30 años) con un 61,5 %. En las zonas urbanas los consumen el 60 % de esa población mientras que en la zona rural lo hace el 19,8 %.

El snack es definido en la encuesta ENSIN 2010 como “alimentos de paquete fáciles de manipular, constituidos en porciones individuales que no requieren preparación y satisfacen el apetito en corto plazo”. En el país, estos productos son consumidos por un 69,6 % de la población, de los cuales, el 15,2 % lo hace diariamente y el 45,5 % semanalmente. La población que más consume este tipo de productos son niñas, niños y jóvenes. Uno de cada cinco lo hace diariamente. En cuanto al consumo total y semanal, los hombres de áreas urbanas son los que más consumen este tipo de productos.

La región Atlántica es la que más consume snack (aproximadamente 1 de cada 5 habitantes). La región donde menos se consumen es la Amazonía y la Orinoquía.



1.1.2. Entorno hogar

Disminuir el consumo de grasas trans - Entorno hogar

Dato de Interés: El grupo de edad que más consume comidas rápidas son los adultos jóvenes (19-30 años) con un 61,5 % (ENSIN 2010).

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Hombres y mujeres entre 19 y 30 años	Información. El grupo interactivo conoce qué son las grasas trans, sus efectos nocivos en el organismo y qué alimentos las contienen. Comunicación. El grupo interactivo disminuye el consumo de alimentos fuentes de grasas trans e incorpora en su canasta básica alimentos saludables. Educación. El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia de transformar sus hábitos de consumo de alimentos que contengan grasas trans El grupo interactivo incorpora en sus prácticas la revisión del etiquetado nutricional durante la compra de alimentos El grupo interactivo selecciona en los supermercados o tiendas los alimentos con o sin contenido de grasas trans	Para mantener un corazón saludable, reduzca el consumo de productos de paquete y tenga a la mano frutos secos, trozos de vegetales o frutas. ‘En mi casa comparto la comida en familia y consumimos alimentos naturales y frescos’. ‘En mi familia, doy ejemplo consumiendo más alimentos frescos que procesados’.	Elaborar listas de mercado que incluyan prioritariamente alimentos naturales. Hacer mercado en familia. Preparar recetas tradicionales en familia. Hacer las compras en los mercados locales, mercados campesinos y plazas de mercado. Realizar talleres de cocina utilizando recetas con alimentos saludables y frescos. Adquirir, bajar por internet o consultar con otras personas recetas de preparaciones saludables.	Frecuencia de consumo de comidas rápidas. Frecuencia de consumo de frutas y verduras.



1.1.3. Entorno comunitario

Disminuir el consumo de grasas trans – Entorno comunitario

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Propietarios y vendedores de tiendas de alimentos procesados. Tiendas de barrio. Nivel socioeconómico 1, 2 y 3.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué son las grasas trans, sus efectos nocivos en el organismo y qué alimentos las contienen. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo disminuye la oferta de alimentos fuentes de grasas trans y aumenta el expendio de alimentos saludables. <u>Educación.</u> El grupo interactivo se capacita en estrategias de mercadeo y busca hacer alianzas con otros tenderos y redes de vendedores para incrementar la oferta de alimentos saludables.	Para fidelizar a sus clientes oferte menos productos empacados y más alimentos naturales, frescos y saludables. Vecino, aquí cuidamos su corazón ofrecemos alimentos naturales, frescos y saludables.	El tendero tiene una cartelera, tablero o aviso con sugerencias de compra de alimentos saludables de cosecha. El tendero hace alianzas con pequeños productores locales para ofrecer sus alimentos en la tienda. El tendero se vincula a las ferias locales.	% del presupuesto destinado a la compra de alimentos procesados por parte del grupo interactivo. Encuesta ENIG - DANE¹



1.1.4. Entorno Educativo

Disminuir el consumo de grasas trans – Entorno educativo

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Comunidad educativa de Instituciones Educativas públicas y privadas con tienda escolar.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué son las grasas trans, sus efectos nocivos en el organismo y qué alimentos las contienen. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo disminuye el consumo de alimentos fuentes de grasas trans y aumenta la oferta de alimentos saludables de cosecha y autóctonos en la escuela. <u>Educación.</u> La comunidad educativa realiza alianzas estratégicas para la promoción la actividad física y la alimentación saludable.	Aquí nos importa la salud de nuestros niños y niñas por eso ofrecemos más alimentos frescos propios de la región. Come sano, crece sano. Si sano quiero crecer, alimentos saludables voy a comer.	Creación de la huerta escolar con la participación de la comunidad educativa. Actividades lúdicas participativas que incentiven el consumo de alimentos frescos. Producir afiches, pendones y cuñas para la emisora escolar para promover el consumo de alimentos frescos. Instaurar el Día del Alimento Fresco, para que los niños y las niñas consuman alimentos frescos y compartan con sus compañeros. Promover la Clase Saludable en la que los estudiantes aprenden a conocer y preparar los alimentos autóctonos.	Tiendas escolares que incorporan en su oferta alimentos frescos, naturales, propios de la región y de cosecha a medida que disminuye la oferta de alimentos procesados.



1.1.5. Entorno laboral

Disminuir el consumo de grasas trans – Entorno laboral

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Hombres y mujeres que se encuentren laborando.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué son las grasas trans, sus efectos nocivos en el organismo y qué alimentos las contienen. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo disminuye el consumo de alimentos fuentes de grasas trans y aumenta el consumo de alimentos saludables de cosecha y autóctonos. <u>Educación.</u> El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia de transformar sus hábitos en relación al consumo de alimentos fuente de grasas trans. El grupo interactivo incorpora en sus prácticas la revisión del etiquetado nutricional durante la compra de alimentos. El grupo interactivo promueve la oferta de alimentos saludables en su entorno laboral.	Para mantener un corazón saludable, reduzca el consumo de productos de paquete y tenga a la mano frutos secos, trozos de vegetales o frutas. En mi sitio de trabajo consumimos alimentos frescos y saludables. En mi sitio de trabajo, doy ejemplo consumiendo más alimentos frescos que procesados. Con mis compañeros de trabajo, armo combos de comida saludable.	Realización de talleres de cocina saludable y de refrigerios saludables. Creación de espacios saludables en las empresas para que las personas compartan el consumo de alimentos. Utilizar las redes sociales para difundir mensajes sobre comida saludable. Crear un premio o estímulo al empleado saludable del mes.	Frecuencia de consumo de comidas rápidas. Frecuencia de consumo de frutas y verduras.



1.1.6. Sectores de influencia

Disminuir el consumo de grasas trans – Sector de influencia				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Directores y comunicadores de Medios de comunicación masivos, comerciales, públicos y comunitarios.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué son las grasas trans, sus efectos nocivos en el organismo y qué alimentos las contienen.	Come sano, vive sano.	Campañas de difusión masivas.	Audiencias impactadas por los medios de comunicación.
	<u>Comunicación.</u> El grupo interactivo promueve el consumo de alimentos saludables de cosecha y autóctonos.	Para mantener un corazón saludable, reduzca el consumo de productos de paquete y tenga a la mano frutos secos, trozos de vegetales o frutas.	Alianzas de difusión entre los medios de comunicación con la industria de alimentos, con el sector salud y con agricultores para promover el consumo de alimentos saludables.	No. de acciones implementadas por el grupo interactivo para transformar los hábitos de consumo de sus audiencias.
	<u>Educación.</u> El grupo interactivo propone acciones sobre la importancia de transformar los hábitos de consumo de sus audiencias.	Conozca, aprenda y practique la buena alimentación.	Producción y difusión de material educativo sobre el tema.	



1.2. Disminuir el consumo de azúcares añadidos

1.2.1. Diagnóstico

¿Qué son los azúcares añadidos? La OMS los define como “el azúcar que es añadido a las comidas y a las bebidas por parte del fabricante, cocinero” (OMS, 2015). Esta definición no incluye el azúcar que se encuentra de modo natural en las frutas y vegetales.

Los azúcares añadidos se encuentran en el azúcar de mesa, los refrescos, las golosinas, las bebidas gaseosas y las bebidas en tetra pack. Los zumos de fruta, mal llamados ‘jugos a base de fruta’ no pueden considerarse como jugos naturales dado su bajo contenido de fruta a pesar de cumplir la Resolución 3929 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual establece los requisitos sanitarios que deben cumplir las frutas y las verduras con adición de jugo (zumo) o pulpa de fruta o concentrado de fruta, estas bebidas contienen como máximo 7,99 % de fruta natural. A partir de la expedición de esta resolución, la industria está obligada a incluir en los rótulos de los productos la cantidad exacta de frutas que contienen.

A los alimentos fuente de azúcares simples se suman el azúcar que se adiciona a los procesados como: postres, helados, chocolates, confituras y a los jugos naturales. La mayoría de los productos procesados que se encuentran en los supermercados aportan una cantidad de azúcar que no siempre se tiene en cuenta a la hora de realizar la compra.

¿Cómo afectan la salud? El aumento en el consumo de azúcares añadidos se asocia con la prevalencia cada vez mayor de sobrepeso y obesidad a nivel mundial. Las investigaciones evidencian que los niños y adultos que consumen altos niveles de bebidas azucaradas y en general alimentos con azúcares añadidos tienen más probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad que aquellos que tienen un nivel bajo de consumo.

El alto consumo de este tipo de azúcares está asociado con enfermedades no transmisibles como la diabetes, la obesidad y la caries dental y con los problemas asociados a estas. El consumo de estos azúcares se suma a un fenómeno mundial creciente: la obesidad infantil. La Comisión para acabar con la obesidad infantil de la OMS en su Informe final a la Directora de la OMS concluye que: “En todo el mundo, el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 42 millones en 2013”. La dieta y la falta de actividad física se convierten en factores de riesgo que se suman al padecimiento de esta enfermedad. La población infantil es la más expuesta al consumo de estos productos.



Según la encuesta ENSIN 2010, las bebidas azucaradas (gaseosas o refrescos y bebidas procesadas) son altamente responsables en la aparición de enfermedades como el sobrepeso, caries dental y obesidad. Además existe una fuerte asociación entre su consumo con la aparición de diabetes, enfermedad coronaria y síndrome metabólico.

¿Cómo se reduce el consumo de azúcares añadidos? La Organización Mundial de la Salud expidió la nueva directriz sobre consumo de azúcares para adultos y niños. Allí se recomienda reducir el consumo de azúcares añadidos a lo largo del ciclo de vida disminuyendo a menos de 5 % la presencia de esos azúcares en la alimentación diaria, lo que equivaldría a 25 gramos o seis cucharaditas en total. Tanto para los adultos como para los niños, se debería reducir el consumo de azúcares añadidos a menos del 10 % de la ingesta calórica total diaria.

Dicha recomendación es considerada por la OMS como una “recomendación Firme”, es decir que puede ser “adoptada como política en la mayoría de los contextos. Los países pueden dar curso a estas recomendaciones mediante la elaboración de directrices dietéticas basadas en los alimentos, teniendo en cuenta los alimentos disponibles y las costumbres alimentarias a nivel local”.(OMS, 2015)

De acuerdo con la OMS, “una reducción por debajo del 5 % de la ingesta calórica total produciría beneficios adicionales para la salud”. Este tipo de recomendación es considerado por la OMS como “condicional” ya que reviste importancia para la salud pública, además son aquellas en las que “los efectos deseables de su cumplimiento probablemente compensan los efectos indeseables, aunque la proporción de unos y otros no se puede establecer con precisión.”

No obstante, es importante resaltar que si bien las frutas y verduras contienen azúcares, la anterior recomendación de la OMS no va dirigida al azúcar presente en estos alimentos, ya que no se ha encontrado una asociación entre su consumo y los problemas para la salud.

¿Cómo es el consumo de azúcares añadidos en Colombia?

Las bebidas azucaradas son consumidas por el 81,2 % de los colombianos, y de estos el 22,1 % lo hace de manera diaria (ENSIN 2010). El rango de edad en el que predomina el consumo de este tipo de productos es entre los 9 y los 30 años, en este grupo se observa que 1 de cada 3 personas entre 14 y 30 años consume refrescos o gaseosas diariamente (ENSIN 2010). El consumo total, semanal y diario es mayor en los hombres que en las mujeres, este comportamiento es similar si se compara el área rural con la urbana. Las regiones que más consumen diariamente bebidas azucaradas son la región central y Bogotá, siendo la región pacífica donde menos se consumen.



Las golosinas son otra fuente importante de azúcares. En la encuesta ENSIN 2010 se analizó el consumo de este tipo de productos elaborados a base de azúcares simples, se contemplaron además los productos industrializados y los preparados de forma casera conocidos como “postres”. El resultado fue así:

El 76,6 % de los colombianos consume golosinas. De estos, el 36,6 % lo hace de manera diaria distribuidos así:

- Una vez al día el 18,9 %.
- Dos veces al día el 8 %.
- Tres o más veces al día el 9,8 % de la población.

La población menor de 18 años es la que más consume golosinas, así:

- 1 de cada 2 niños de entre 9-18 años consume dulces o golosinas diariamente.
- 1 de cada 3 niños entre 5-8 años consume dulces o golosinas diariamente.

De las personas que consumen diariamente golosinas, la caracterización es así:

Tabla 2 Consumo de golosinas por diferentes grupos

	Los que más consumen
Consumo por género	Mujeres 37,9 %
Consumo por zona urbana rural	Urbana 39,6 %
Nivel socioeconómico	Niveles 1 y 2
Consumo por regiones	Bogotá, D.C 43,5 % Región Atlántica 37,3 %

Fuente: ENSIN, 2010



1.2.2. Entorno hogar

Disminuir el consumo de azúcares añadidos –Entorno hogar

Dato de interés: El 81,2 % de los colombianos consume bebidas azucaradas y de éstos, el 22,1 % lo hace diariamente.

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Hombres y mujeres entre 9 y 30 años de edad que consumen bebidas azucaradas.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué y cuáles son las bebidas azucaradas y el efecto nocivo de su consumo para el organismo.	Reduzca la compra de bebidas azucaradas y replácelas por bebidas saludables o agua.	Hacer un calendario anual con ejemplos de listas de mercado saludable. Puede tener una periodicidad diaria o mensual.	Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas.
	<u>Comunicación.</u> El grupo interactivo disminuye el consumo de bebidas azucaradas y el efecto de su consumo en el organismo.	Sustituya las bebidas azucaradas por agua o jugos elaborados con fruta natural sin añadir azúcar.	Elaborar listas de mercado dando prioridad a las frutas de cosecha de la región.	Frecuencia de consumo de frutas y verduras.
	<u>Educación.</u> El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia de transformar sus hábitos de consumo de bebidas azucaradas.	A medida que disminuye el consumo de bebidas azucaradas, mejora su salud y su peso corporal.	Hacer mercado en familia.	Frecuencia de consumo de agua.
	El grupo interactivo conoce la diferencia entre jugos naturales o bebidas azucaradas.	En mi familia, doy ejemplo bebo agua y jugos naturales sin adicionar azúcar.	Elaborar diferentes preparaciones que incluyan fruta. Hacer las compras en los mercados locales, mercados campesinos y plazas de mercado. Realizar talleres de cocina de alimentación saludable. Adquirir, bajar de internet o consultar con otras personas recetas de preparaciones saludables.	



1.2.3. Entorno comunitario

Disminuir el consumo de azúcares añadidos – Entorno comunitario

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Propietarios y vendedores de tiendas de barrio. Nivel socioeconómico 1, 2 y 3.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué y cuáles son las bebidas azucaradas y el efecto nocivo de su consumo para el organismo. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo disminuye la oferta de bebidas azucaradas y aumenta el expendio de agua y jugos naturales sin azúcar añadido. <u>Educación.</u> El grupo interactivo se capacita en estrategias de mercadeo y busca hacer alianzas con otros tenderos, productores locales y redes de vendedores para incrementar la venta de bebidas que no contienen azúcares añadidos y de agua.	Reemplace la oferta de bebidas azucaradas por jugos naturales sin azúcar añadido o agua. A medida que disminuye el consumo de bebidas azucaradas, mejora su salud y su peso corporal. Ofrezco a mis clientes bebidas saludables. Ellos ganan en salud y yo en ventas.	El tendero tiene una cartelera, tablero, aviso o tropezón con sugerencias de compra de frutas autóctonas en cosecha. El tendero hace alianzas con pequeños productores locales para ofrecer frutas en la tienda. El tendero se vincula a las ferias locales. Un aviso sobre los riesgos para la salud del consumo de bebidas azucaradas.	% del presupuesto destinado a la compra de bebidas azucaradas por parte del grupo interactivo Encuesta ENIG - DANE ² .



1.2.4. Entorno educativo

Disminuir el consumo de azúcares añadidos – Entorno educativo

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Comunidad educativa de Instituciones Educativas públicas y privadas con tienda escolar y/o restaurante escolar.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué y cuáles son las bebidas azucaradas y el efecto nocivo de su consumo para el organismo. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo disminuye el consumo de bebidas azucaradas y aumenta la oferta de agua y de jugos naturales sin azúcar añadido. <u>Educación.</u> La comunidad educativa realiza alianzas para la promoción la actividad física y la alimentación saludable en las escuelas.	Nos importa la salud de nuestra comunidad escolar por eso preferimos los jugos naturales sin azúcar. Ofrecemos más alimentos frescos y propios de la región. Come sano, crece sano. Si sano quiero crecer, alimentos sanos voy comer y agua voy a beber.	Creación o uso de la huerta escolar con la participación de la comunidad educativa. Actividades lúdicas participativas que incentiven el consumo de alimentos frescos. Producir afiches, pendones y cuñas para la emisora escolar para promover el consumo de jugos naturales y agua. Instaurar el “Día del Alimento Fresco” para que los niños y las niñas lleven alimentos frescos y compartan con sus compañeros. Promover la “Clase Saludable”, a cada grupo se le adjudica un alimento fresco y propio de la región el cual debe investigar.	Tiendas escolares y restaurantes escolares que incorporan en su oferta, bebidas sin adición de azúcar o agua.



1.2.5. Entorno comunitario

Disminuir el consumo de azúcares añadidos – Entorno laboral

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Hombres y mujeres que se encuentren laborando.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué y cuáles son las bebidas azucaradas y el efecto nocivo de su consumo para el organismo. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo disminuye el consumo de bebidas azucaradas y aumenta el consumo de agua y de jugos naturales sin azúcar añadido. <u>Educación.</u> El grupo interactivo diferencia los jugos naturales de los refrescos. El grupo interactivo promueve la oferta de alimentos saludables.	Disminuya el consumo de bebidas azucaradas, su salud se lo agradecerá. Si peso quieres perder, menos bebidas azucaradas debes beber. En el sitio de trabajo comparto y consumo jugos naturales. En el sitio de trabajo, doy ejemplo bebiendo agua y jugos naturales y sin añadir azúcar. Con mis compañeros de trabajo, armo combos de comida y bebida saludable.	Realización de talleres de cocina saludable y de refrigerios saludables. Creación de espacios saludables en las empresas para que las personas compartan la toma de alimentos. Utilizar las redes sociales y los medios virtuales de la empresa para difundir mensajes sobre alimentación saludable. Crear un premio o incentivo al empleado saludable del mes.	Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas y de agua. Frecuencia de consumo de jugos de frutas naturales, sin azúcar añadido. ENSIN.



1.2.6. Sectores de influencia

Disminuir el consumo de azúcares añadidos – Sectores de influencia

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Directores y comunicadores de medios de comunicación masivos, comerciales, públicos y comunitarios.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué y cuáles son las bebidas azucaradas y el efecto nocivo de su consumo para el organismo. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo promueve el consumo de agua y de jugos de frutas de cosecha y autóctonos. <u>Educación.</u> El grupo interactivo propone acciones para transformar los hábitos de consumo de sus audiencias.	Los medios de comunicación unidos por la salud de los colombianos. Comunicamos mensajes éticos y que promueven una alimentación saludable. Promovemos la disminución del consumo de bebidas azucaradas como un hábito alimentario saludable. Nuestro compromiso “la promoción de estilos de vida saludables”. Comprometidos con nuestro país, informamos sobre nuestros productos locales. Comprometidos con la salud de nuestro país “promovemos el consumo de agua”.	Campañas de difusión masivas. Alianzas estratégicas de los medios masivos de comunicación con la industria de alimentos, con el sector salud y con otros sectores para la promoción del consumo de alimentos frescos y saludables. Producción y difusión de material educativo sobre el tema.	Audiencias impactadas por los medios de comunicación masivos. No. de acciones implementadas por el grupo interactivo para transformar los hábitos de consumo de sus audiencias.



1.3. Reducir el consumo de sal / sodio

1.3.1. Diagnóstico

¿Cómo afecta a la salud el consumo excesivo de sal / sodio?

El sodio es un mineral presente en la naturaleza y en muchos alimentos que se consumen a diario. Es necesario para diferentes funciones en el organismo, no obstante el consumo excesivo favorece la aparición de enfermedades como la hipertensión, los accidentes cerebro vasculares y las enfermedades cardiovasculares, ECV (MSPS, UDEA, 2013).

La OMS en sus Directrices de Consumo de sodio en Adultos y Niños (2013) demostró evidencia científica de que la población mundial consume más sodio del que necesita para las actividades fisiológicas y que se hace necesario disminuir estos niveles para reducir de manera significativa la tensión arterial sistólica y diastólica en los adultos y niños.

Si bien la sal de mesa es una fuente importante de sodio, no es la única. Como se menciona en el documento técnico de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la población colombiana mayor de 2 años, existe una gran variedad de alimentos que lo contienen: embutidos (carnes frías como chorizo, salchichón, mortadela, salchichas, entre otros), productos de paquete, alimentos procesados, caldos en cubo, salsas y aderezos, sopas instantáneas, conservas, encurtidos, enlatados, galletería, panes industrializados, quesos, entre otros.

¿Cuál es el consumo recomendable de sodio / sal?

La OMS recomienda que el consumo de sodio sea de 2 gramos por persona, esta cantidad está contenida en 5 gramos de sal. Esta misma referencia de la OMS se retoma en el documento técnico GABA, por consiguiente estas serán las cifras que se deben tener en cuenta para plantear una estrategia IEC en SAN.



¿Cómo es el consumo de sal / sodio en Colombia?

En la ENSIN 2010 se observa que el 73,6 % de la población consume productos embutidos, la frecuencia de mayor consumo es semanal, con un 50,7 %.

Los niños entre 14 a 18 años son los que más consumen este tipo de productos con un 8,9 %, seguidos de los niños de 9-13 años con un 8,5 %.

En cuanto al uso del salero, el 16,7 % de los colombianos adiciona sal a las preparaciones después de ser servidas. El grupo entre 19-30 años es quien más realiza esta práctica con un 21,7%, sin embargo es importante mencionar que también lo hace los niños entre 5-8 años de edad, con un registro del 10,4 %.

Respecto a los productos de paquete definidos en la ENSIN 2010 como “productos fáciles de manipular constituidos por porciones individuales que no requieren preparación y que satisfacen el apetito en corto plazo”, en el país son consumidos por un 69,6 % de la población, de los cuales el 15,2 % los consume diariamente y el 45,5 % semanalmente. Existen diferencias, si se analiza el consumo por área; en el área urbana, 4 de cada 5 individuos los consumen y en el área rural, 3 de cada 5. De acuerdo con el sexo y nivel en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), los hombres de nivel 2 son los que más los consumen. En regiones como Amazonía y Orinoquía el consumo de embutidos es menor, con un 35,1 %, seguidas de la región pacífica (32,2 %). En Bogotá, el consumo semanal es de un 57,6 % siendo el más alto del país.

La población que más consume este tipo de productos son los niños y jóvenes. 1 de cada 5 lo hace diariamente. En cuanto al consumo total y semanal, los hombres de áreas urbanas son los que más consumen este tipo de productos y por región la Atlántica es la que más consume snack (aproximadamente 1 de cada 5 habitantes).

La región donde menos se consumen este tipo de productos es la Amazonía y la Orinoquía.



1.3.2. Entorno hogar

Reducir el consumo de sal / Sodio – Entorno hogar

Dato de Interés: el consumo promedio en Colombia es de 5.3 gramos de Sodio al día, que corresponden a 13.7 gramos de sal al día (ENSIN, 2010).

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Hombres y mujeres que tienen un consumo alto de sodio / sal.	Información. El grupo interactivo conoce qué es el sodio y la sal, cuáles son los alimentos que la contienen y cuál es el efecto de su consumo excesivo en el organismo. Comunicación. El grupo interactivo reduce el consumo de alimentos fuente de sal / sodio. Educación. El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia de transformar sus hábitos de consumo de alimentos fuentes de sal / sodio.	Mejor si... cocina con menos sal y no la adiciona al tanteo. Acostúmbrese a usar un instrumento de medida para usar la sal. Mejor si... quita el salero de la mesa. Mejor si... evita agregar sal a la comida de niñas y niños menores de 2 años. Aprenda a saborear alimentos al natural. Mejor si... utiliza alternativas para sazonar y dar sabor a los alimentos (hierbas, especias, limón) en lugar de usar sal. Mejor si... evita usar cubos de caldo, consomés, salsa de soya y otras salsas. Reemplace los productos de paquete por frutas, queso, frutos secos y semillas, en la medida de lo posible sin adición de sal. Reduzca el consumo de embutidos. Consuma alimentos al natural en lugar de embutidos.	Talleres de cocina sobre alimentación saludable donde se utilicen hierbas y especias diferentes a la sal. Adquirir, bajar de internet o consultar con otras personas información sobre el consumo excesivo de sal en la cocina.	Frecuencia de consumo de sal. Frecuencia de consumo de embutidos. Frecuencia de consumo de productos de paquete. Frecuencia de consumo de productos procesados.



1.3.3. Entorno comunitario

Disminuir el consumo de sal / Sodio– Entorno comunitario				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Propietarios y/o administradores de restaurantes y servicios de alimentación	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué es el sodio y la sal, cuáles son los alimentos que la contienen y cuál es el efecto de su consumo excesivo en el organismo. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo reduce el uso de la sal en la preparación de alimentos. <u>Educación.</u> El grupo interactivo intercambia ideas sobre las alternativas de preparación distinta a la sal y los beneficios para la salud.	Mejor si... cocina con menos sal y no la adiciona al tanteo. Acostúmbrese a usar un instrumento de medida. Mejor si... quita el salero de la mesa. Mejor si... evita agregar sal a la comida de niñas y niños. Aprenda a saborear alimentos al natural. Mejor si... utiliza alternativas para sazonar y dar sabor a los alimentos (hierbas, especias, limón) en lugar de sal. Mejor si... evita cubos de caldo, consomés, salsa de soya y otras salsas. Reemplace los productos de paquete por frutas, queso, frutos secos y semillas, sin adición. Reduzca el consumo de embutidos. Consuma alimentos al natural en lugar de embutidos.	Diseño e impresión de material para ubicar en las mesas como servilletas, individuales, etc. Todos con mensajes alusivos a la reducción del consumo de sal. Creación de redes de propietarios de restaurantes que promocionan el uso de especias para sazonar en lugar de usar la sal. Adhesión de los propietarios y/o administradores a iniciativas de reducción del contenido de sal de las preparaciones.	Porcentaje de restaurantes que eliminan el salero de sus mesas Porcentaje de restaurantes y servicios de alimentación que disminuyen la adición de sal a sus preparaciones.



1.3.4. Entorno educativo

Disminuir el consumo de sal / Sodio – Entorno educativo				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Comunidad educativa de Instituciones Educativas públicas y privadas con tienda escolar y restaurante escolar.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué es el sodio y la sal, cuáles son los alimentos que la contienen y cuál es el efecto nocivo de su consumo excesivo en el organismo.	Mejor si... cocina con menos sal y no la adiciona al tanteo.	Fomentar el cultivo de especias en la huerta escolar con la participación de la comunidad educativa.	Restaurantes escolares que incorporan en sus preparaciones especias para sazonar en lugar de sal.
	<u>Comunicación.</u> El grupo interactivo reduce el uso de la sal en la preparación de alimentos y ofrece alimentos y preparaciones bajas en sal / sodio.	Acostúmbrese a usar un instrumento de medida para incluir la sal.	Taller de formación y texto Cocine bajito de sal, algunas maneras de sazonar la comida con productos naturales.	Tiendas escolares reducen la oferta de embutidos y productos de paquete.
	<u>Educación.</u> El grupo interactivo intercambia ideas sobre alternativas distintas en la preparación de alimentos sin adición de sal y los beneficios para la salud.	Mejor si... quita el salero de la mesa.	Un video pedagógico sobre el consumo de sal en las instituciones educativas.	
		Mejor si... evite agregar sal a la comida de niñas y niños.	Afiches y cuñas para la emisora escolar con mensajes sobre reducción del consumo de embutidos y de productos procesados y ultra procesados.	
		Aprenda a saborear alimentos al natural.	Concursos de cocina premiando a la receta a la que se ha dado buen sabor sin adición de sal.	
		Mejor si... utiliza alternativas para sazonar y dar sabor a los alimentos (hierbas, especias, limón) en lugar de sal.		
		Mejor si... evita cubos de caldo, consomés, salsa de soya y otras salsas.		
		Reemplace los productos de paquete por frutas, queso, frutos secos y semillas.		
		Reduzca el consumo de embutidos y productos de paquete.		
		Consuma alimentos al natural en lugar de embutidos.		



1.3.5 Entorno laboral

Disminuir el consumo de sal / Sodio – Entorno laboral				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Hombres y mujeres que se encuentren laborando.	Información. El grupo interactivo conoce qué es el sodio y la sal, cuáles son los alimentos que la contienen y cuál es el efecto nocivo de su consumo excesivo en el organismo. Comunicación. El grupo interactivo reduce el uso de la sal en la preparación de alimentos y consume alimentos con preparaciones bajas en sal / sodio. Educación. El grupo interactivo intercambia ideas sobre las alternativas de preparación distinta a la sal y los beneficios para la salud.	Mejor si... cocina con menos sal y no la adicione al tanteo. Acostúmbrese a usar un instrumento de medida para usar la sal /sodio. Mejor si... quita el salero de la mesa. Mejor si... evita agregar sal a la comida de niñas y niños. Aprenda a saborear alimentos al natural. Mejor si... utiliza alternativas para sazonar y dar sabor a los alimentos (hierbas, especias, limón) en lugar de sal. Mejor si... evita cubos de caldo, consomés, salsa de soya y otras salsas. Reemplace los productos de paquete por frutas, queso, frutos secos y semillas. Reduzca el consumo de embutidos. Consuma alimentos al natural en lugar de embutidos.	Realización de talleres de cocina saludable y de refrigerios saludables. Utilizar las redes sociales para difundir mensajes sobre alimentación saludable. Un volante sobre los beneficios de consumir menos sal con el concepto: "Mejora tu salud, previene enfermedades y reduce el consumo de sal". Video pedagógico sobre la relación entre el consumo de sal y las enfermedades cardiovasculares. Una campaña interna para retirar el salero de encima de la mesa.	Consumo de sal por encima de 5 gr/día (ENSIN 2010). Frecuencia de consumo de alimentos fuente de sodio (ENSIN 2010).



1.3.6. Sectores de influencia

Disminuir el consumo de sal / Sodio – Sector de influencia				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Directores y comunicadores de medios de comunicación masivos comerciales, públicos y comunitarios.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué es el sodio y la sal, cuáles son los alimentos que la contienen y cuál es el efecto nocivo de su consumo excesivo en el organismo. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo promueve la reducción del uso de la sodio / sal en la preparación de alimentos y estimula el consumo de preparaciones bajas en sal/ sodio. <u>Educación.</u> El grupo interactivo propone acciones para reducir el consumo de sodio / sal.	La salud de sus clientes también es su responsabilidad. Clientes educados en alimentación saludable... una eficaz estrategia de vida saludable. Productos cada vez más saludables... una ventaja competitiva. Diversifique su portafolio generando alternativas para sazonar y dar sabor a los alimentos con fuentes naturales. Mejor si... ofrece y enseña a sus niños a preferir los alimentos naturales y aquellos con menor contenido de sal/ sodio en el empaque.	Campañas de difusión masivas. Alianzas estratégicas con la industria de alimentos, con el sector salud y con agricultores para generar conciencia sobre la reducción de la sal-sodio en la preparación de los alimentos. Producción y difusión de material educativo sobre el tema.	Audiencias impactadas por los medios de comunicación masivos. No. de acciones implementadas por el grupo interactivo para transformar los hábitos de consumo de sus audiencias.



1.4. Promover el consumo de alimentos naturales y frescos

1.4.1 Diagnóstico

¿Qué son los alimentos naturales y frescos? Un alimento natural es reconocido como aquel que tiene un mínimo grado de procesamiento o transformación, es decir, que conserva casi intactas las características propias de su genealogía. Según MONTEIRO & CANNON (2012), los alimentos no procesados, también conocidos como alimentos frescos o naturales, se definen como partes de plantas (semillas, hojas, raíces, frutas) o de animales (músculos, vísceras, leche, sangre) y también hongos y algas, poco después de ser cosechados, despostados o extraídos, o después de haber sido tomados de la naturaleza.

Las preparaciones realizadas con ingredientes más saludables están consistentemente asociadas con buena salud y bajo riesgo de enfermedad. Esto se debe no sólo a su calidad nutricional, sino también al contexto social que para el ser humano tienen las comidas (CLAVE, 2013 y OMS-OPS).

Sin embargo, el patrón tradicional de alimentación saludable está siendo desplazado por productos de comida y bebida ultra-procesados, los cuales están aumentando rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos. MONTEIRO & CANNON; 2012, Estos productos son formulaciones creadas a partir de sustancias extraídas de alimentos como grasas, almidones y azúcares. Incluyen una amplia gama de snack densos en energía, cereales para el desayuno endulzados, galletas y pasteles, bebidas azucaradas, productos animales reconstituidos y platos listos para calentar al microondas.

Según la OPS/OMS (2015), las causas del aumento de la obesidad incluyen “cambios profundos en los patrones de alimentación en las últimas décadas, con un incremento sin precedentes en el consumo de alimentos procesados y una disminución paralela en el consumo de productos naturales”. Además, si bien los países de las Américas son “ricos y diversos” en alimentos saludables y naturales, la región está cada vez más, transformando la comida chatarra en el nuevo alimento básico.

¿Cómo aumentar el consumo de productos naturales y frescos? Colombia es considerada uno de los países más biodiverso del planeta. Según datos del Sistema de Información sobre Biodiversidad de Colombia (SIB), el país cuenta con 56 755 especies registradas en la infraestructura mundial de información sobre biodiversidad, aunque el dato no considera la diversidad de microorganismos presentes en el país. Dentro de estas especies 7 432 son vertebrados, 15 569 invertebrados, 30 436 son plantas y 3 318 entre líquenes y hongos.



El Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt (2015) reporta cerca de 400 especies de plantas nativas comestibles para el país, no obstante, los colombianos consumen en su mayoría frutas y verduras de la misma variedad y gran parte provenientes de otros países.

Lo anterior abre una abanico de posibilidades a la hora de ofrecer alternativas de consumo a las comunidades y fortalecer prácticas como la recuperación de tradiciones y saberes ancestrales, de alimentos y preparaciones propias de los territorios y generar alrededor de esto todo un ambiente que invite a las nuevas generaciones a apropiarse de la alimentación de su región, no solo por su valor nutricional sino por todo el legado histórico y cultural que tienen.

El plan de acción de la OPS para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (2014), reconoce la influencia de los factores sociales, económicos y ambientales, al declarar lo siguiente: “el precio, la mercadotecnia, la disponibilidad y la asequibilidad determinan las preferencias alimentarias de la persona, sus decisiones al comprar y los comportamientos alimentarios. A su vez, las políticas y los reglamentos relativos al comercio y a la actividad agropecuaria establecidos previamente influyen en estos factores”.

Es así como las acciones deben estar orientadas a la promoción de hábitos alimentarios adecuados donde se promueva el consumo de alimentos frescos y autóctonos de cada región, además de promover que estos sean incluidos en las loncheras y meriendas saludables y como parte de la alimentación diaria.

¿Cómo es el consumo de alimentos naturales versus alimentos procesados? En ENSIN 2010 encontró lo siguiente:

Uno de cada cuatro, (24,5 %), consume comidas rápidas semanalmente. Este porcentaje se incrementa a medida que aumenta el nivel del SISBEN. Los jóvenes de 14 a 18 años y las personas adultas de 19 a 30 años reportan un consumo mayor de comidas rápidas (34,2 % y 32,8 % respectivamente). El consumo es mayor en el área urbana.

El 7,0 % consume embutidos diariamente y uno de cada dos (50,7 %) lo hace semanalmente. Niñas, niños y jóvenes entre 9 y 18 años reportan un mayor consumo diario y semanal (56,2 % y 55,1 %). El consumo de embutidos es más predominante en el área urbana.

El 22,1 % consume gaseosas o refrescos diariamente y uno de cada dos los consume semanalmente. Los mayores consumos se presentan en los grupos de edad de 14 a 30 años (28 %) y de 9 a 13 años (21,6 %). El consumo es similar en todos los niveles de SISBEN y es predominante en el área urbana.

Uno de cada tres consume diariamente golosinas y dulces y un porcentaje similar los consume semanalmente. El 17,8 % los consume dos o más veces al día. Esta situación se presenta con mayor frecuencia en la población de 5 a 18 años. El consumo es similar en todos los niveles del SISBEN y es casi 12 % mayor en la zona urbana.



Uno de cada siete consume diariamente alimentos de paquete y cuatro de cada nueve los consumen semanalmente. Los grupos con mayor frecuencia de consumo diario de alimentos de paquete son niñas, niños y adolescentes en edad escolar (9 a 13 años, 21 %; 14 a 18 años, 20 %).

En contraste, respecto a los alimentos considerados como frescos y naturales, se evidenció:

Uno de cada tres colombianos (39 %) entre 5 y 64 años de edad no consume lácteos diariamente. Esta proporción es mayor en niñas y niños de 5 a 8 años (uno de cada cuatro, 24,9 %) y en población nivel 1 del SISBEN 1 (uno de cada dos, 47,3 %). La diferencia de consumo es mayor según el área de residencia (urbano 35,2%, rural 50,3%). Las regiones con menor consumo diario de lácteos son Pacífica, Amazonia y Orinoquia.

El 85,2 % de la población entre 5 – 64 años consumo carnes o huevos diariamente. En la población nivel 1 del SISBEN este porcentaje disminuye al 81,5 %. El consumo es mayor en el área urbana (87,3 %) que en la rural (79,2 %).

Uno de cada tres (33,2 %) colombianos entre 5 y 64 años no consume frutas diariamente. Por grupo de edad, la menor frecuencia de consumo diario está en las personas adultas de 31 a 64 años (38 %). Por nivel del SISBEN, el nivel 1 tiene un porcentaje más alto de no consumo (41,2 %). Por género, las mujeres tienen una mayor frecuencia de consumo de frutas respecto de los hombres. La frecuencia diaria es mayor en el área urbana (69,5 %) que en la rural (58,5 %). Las regiones con menor consumo diario de frutas son Amazonia, Orinoquia y Central.

Cinco de cada siete (71,9 %) colombianos entre 5 y 64 años, no consumen hortalizas o verduras diariamente. Este porcentaje poblacional es similar en todas las edades, pero es mayor en los menores de 18 años, en donde tres de cada cuatro (cerca del 75 %) no consumen estos alimentos diariamente. En población nivel 1 del SISBEN este porcentaje es de 76,7 %. Las mujeres consumen más hortalizas y verduras que los hombres y el consumo es mayor en el área urbana (29,9 %) que en la rural (22,8 %). La región que menos consume diariamente hortalizas y verduras es la Central.



1.4.2. Entorno hogar

Promover el consumo de alimentos naturales y frescos – Entorno hogar

Dato de interés: Uno de cada tres (33,2 %) colombianos entre 5 y 64 años no consume frutas diariamente (ENSIN 2010).

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Hombres y mujeres que no consumen alimentos naturales y frescos	<u>Información.</u> El grupo interactivo comprende la importancia de consumir alimentos naturales y frescos, y sus beneficios para la salud._ <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo aumenta el consumo de alimentos naturales y frescos. <u>Educación.</u> El grupo interactivo transforma sus hábitos de consumo hacia alimentos naturales y frescos.	Dele lo mejor a su familia, incluya alimentos naturales y frescos en cada comida. Al hacer la compra de alimentos, aproveche los que están en cosecha. Consuma más alimentos naturales y frescos y menos alimentos procesados industrialmente. Consuma más alimentos naturales y frescos para conservar la salud. Consuma más alimentos naturales y frescos para tener energía. Consuma alimentos naturales y frescos en cantidades adecuadas para estar saludable. Buena alimentación desde la niñez para favorecer la salud en la vejez. Dele lo mejor a su familia, incluya alimentos naturales y frescos en cada comida. Buena alimentación desde la niñez para favorecer la salud en la vejez.	Producir, diseñar e imprimir menús semanales para facilitar la compra y la preparación de alimentos naturales y frescos. Producir, diseñar e imprimir menús semanales para la preparación de las loncheras saludables y los refrigerios con alimentos naturales y frescos. Elaborar listas de mercado dando prioridad a alimentos naturales. Hacer mercado en familia. Preparar alimentos en familia. Hacer las compras en los mercados locales, mercados campesinos y plazas de mercado. Realizar talleres de cocina de alimentación saludable utilizando alimentos naturales y frescos. Adquirir, bajar de internet o consultar con otras personas las recetas de preparación saludable con alimentos naturales y frescos.	Frecuencia de consumo de alimentos frescos y naturales. ENSIN.



1.4.3. Entorno comunitario

Promover el consumo de alimentos naturales y frescos – Entorno comunitario				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Consumidores y vendedores ambulantes	<u>Información.</u> El grupo interactivo comprende la importancia de consumir alimentos naturales y frescos, y sus beneficios para la salud. El grupo interactivo comprende la importancia de ofertar más alimentos naturales y frescos. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo aumenta el consumo de alimentos naturales y frescos. El grupo interactivo aumenta la oferta de alimentos naturales y frescos. <u>Educación.</u> El grupo interactivo transforma sus hábitos de consumo hacia alimentos naturales y frescos.	Al hacer la compra de alimentos, aproveche los que están en cosecha. Consuma más alimentos naturales y frescos y menos alimentos procesados industrialmente. Consuma más alimentos naturales y frescos para conservar la salud. Consuma alimentos naturales y frescos, de todos los grupos, en cantidades adecuadas para tener una buena salud.	Crear y fortalecer redes de consumidores de alimentos naturales y frescos. Elaborar y difundir calendarios de cosecha de los alimentos. Incidir en la legislación sobre protección a los consumidores y estímulos al pequeño productor. Generar escuelas de formación sobre prácticas de manejo y conservación de alimentos naturales y frescos. Promover la asistencia a cursos de manipulación de alimentos. Promover que los restaurantes presenten una oferta cada vez mayor de platos saludables, así como instar a que declaren su aporte calórico.	Frecuencia de consumo de alimentos inocuos, naturales y frescos.



1.4.4. Entorno educativo

Promover el consumo de alimentos naturales y frescos – Entorno educativo

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Estudiantes y comunidad educativa de instituciones educativas	<u>Información.</u> El grupo interactivo comprende la importancia de consumir alimentos naturales y frescos y sus beneficios para la salud. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo aumenta el consumo de alimentos naturales y frescos. <u>Educación.</u> El grupo interactivo transforma sus hábitos de consumo hacia alimentos naturales y frescos.	Incluye alimentos naturales y frescos en cada comida. Si quieres lucir bien y sentirte mejor, come alimentos naturales y frescos. Alimentate al natural, has la diferencia. Para sentirte natural, come natural...mente.	Promoción de iniciativas de movilización social para fomentar la alimentación saludable en la institución. Concursos basados en diferentes expresiones artísticas (teatro, fotografía, danza, música y dibujo) basadas la alimentación saludable. Ubicación de dispensadores de alimentos naturales y frescos y de agua. Promover investigaciones aplicadas con equipos interdisciplinarios sobre alimentación saludable o consumo de alimentos naturales y frescos. Creación y promoción de siembra de alimentos como ejercicio pedagógico. Promocionar y crear cursos electivos que incorporen contenidos pedagógicos que tengan el enfoque de la granja a la mesa. Promocionar la creación de aplicaciones (APP) sobre como tener una alimentación saludable con productos colombianos. Competencias deportivas asociadas al consumo de alimentos naturales y frescos	Frecuencia consumo de alimentos naturales y frescos.



1.4.5. Entorno laboral

Promover el consumo de alimentos naturales y frescos – Entorno laboral

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Hombres y mujeres que se encuentren laborando.	<u>Información.</u> El grupo interactivo comprende la importancia de consumir alimentos naturales y frescos, y sus beneficios para la salud. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo aumenta el consumo de alimentos naturales y frescos. <u>Educación.</u> El grupo interactivo transforma sus hábitos de consumo hacia alimentos naturales y frescos.	Mantenga su buen rendimiento, consuma alimentos naturales y frescos en sus refrigerios. Si saludable quiero estar, sano hay que comer. Dale lo mejor a tu familia, incluye alimentos naturales y frescos en cada comida. Al hacer la compra de alimentos, aproveche los que están en cosecha. Consuma más alimentos naturales y frescos y menos alimentos procesados industrialmente. Consuma más alimentos naturales y frescos para conservar la salud. Buena alimentación desde la niñez para favorecer la salud en la vejez. Consuma alimentos naturales y frescos, de todos los grupos y en cantidades adecuadas.	Realización de talleres de cocina saludable. Utilizar las redes sociales para difundir mensajes sobre alimentación saludable. Crear alianzas de consumidores con organizaciones campesinas. Video pedagógico sobre la importancia de consumir alimentos naturales y frescos.	Frecuencia de consumo de alimentos naturales y frescos.



1.4.6. Sectores de influencia

Promover el consumo de alimentos naturales y frescos – Sector de influencia

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Productores de alimentos naturales y frescos.	<u>Información.</u> El grupo interactivo comprende la importancia de producir de manera segura alimentos naturales y frescos, y sus beneficios para la salud. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo produce de manera segura alimentos naturales y frescos <u>Educación.</u> El grupo interactivo transforma sus hábitos de consumo hacia alimentos naturales y frescos.	Recuerde que usted es cliente y productor a la vez. El fomento del consumo de alimentos naturales y frescos es una importante estrategia de mercadeo. Ofrezca en su portafolio alimentos naturales y frescos... como parte de su estrategia de responsabilidad social. Productos naturales y frescos... una ventaja competitiva. Diversifique su portafolio con una línea de alimentos naturales y frescos. Mejor si... ofrece y enseña a sus niños a preferir los productos naturales y frescos. Aplique las buenas prácticas agrícolas o pecuarias como parte de su ventaja competitiva. Prefiera el control biológico al químico. Conserve los recursos naturales cercanos a su cultivo. Proteja los bosques, animales y plantas.	Promover talleres de formación en buenas prácticas agrícolas. Promover talleres de formación en buenas prácticas pecuarias. Promover talleres de formación en buenas prácticas de manufactura. Promover y facilitar la financiación, así como crear líneas de producción y canales de distribución de alimentos orgánicos.	Producción y consumo de alimentos frescos y naturales que cumplen buenas prácticas agrícolas, pecuarias y de manufactura.





2. Calidad de la alimentación

De acuerdo al Documento Conpes 113, la calidad e inocuidad de los alimentos, se refiere al “conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, que exigen el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta el consumo y el aprovechamiento de los mismos, asegurando que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud. No se puede prescindir de la inocuidad de un alimento al examinar la calidad, dado que la inocuidad es un atributo de la calidad. Sus determinantes básicos son: la normatividad (elaboración, promoción, aplicación, seguimiento); la inspección, vigilancia y control; los riesgos biológicos, físicos y químicos, y la manipulación, conservación y preparación de los alimentos” (DNP, 2007)

Para este ejercicio de IEC, se centró su acción en los atributos relacionados con la calidad nutricional de los alimentos y su impacto en la salud.

2.1. Aumentar el consumo de alimentos fortificados

2.1.1. Diagnóstico

¿Qué es la fortificación de alimentos? “La fortificación de alimentos se refiere a la adición de micronutrientes a los alimentos procesados. En muchas situaciones, esta estrategia puede conducir a mejoras relativamente rápidas en el estado de deficiencias de micronutrientes de una población, y a un costo muy razonable. Dado que los beneficios son potencialmente grandes, la fortificación de alimentos puede ser una intervención de salud pública muy rentable” MSPS, PNUD (2015).

Existen diferentes técnicas de fortificación:

- Enriquecimiento o fortificación masiva: promovida por los gobiernos y dirigido a toda la población. En Colombia, actualmente se fortifica la sal y la harina de trigo como medida de salud pública para reducir deficiencias de hierro, yodo, vitamina B y calcio. Estas medidas están soportadas en el Decreto 547 de 1996 que reglamenta la expedición del Registro Sanitario y las condiciones sanitarias de “producción, empaque y comercialización, al control de la sal para consumo humano” y también en el Decreto 1944 de 1996 que reglamenta la fortificación de la harina de trigo y establece las condiciones de comercialización, rotulado, vigilancia y control.



- Fortificación de alimentos específicos: cuando se adicionan nutrientes a alimentos dirigidos a grupos específicos. Por ejemplo, los alimentos complementarios fortificados son aquellos a los que se les aportan vitaminas y minerales y que se dan a los niños en la época de la alimentación complementaria, desde los 6 meses (180 días) hasta los dos años.
- Existen dos tipos de alimentos complementarios: los fortificados transicionales y los familiares. Los primeros están destinados para satisfacer las necesidades de niños y niñas con respecto a los requerimientos nutricionales y de desarrollo neurológico. Los segundos, son los que hacen parte de la alimentación tradicional de la familia (MSPS, PNUD 2015).
- Colombia cuenta con varios alimentos complementarios, no comerciales, la mayoría desarrollados y entregados a través del ICBF: la bienestarina, la leche y las galletas fortificadas para el programa Desayunos Infantiles que atiende a niños desde 6 meses hasta 5 años. Son fortificados con ácido fólico, hierro aminoquelado y zinc aminoquelado (MSPS, PNUD 2015).
- Si bien fortificar y entregar estos alimentos a las comunidades es una intervención que puede mejorar las condiciones de alimentación no puede por sí sola representar la solución a la deficiencia de micronutrientes y en todo caso deben procurarse la educación, capacitación y acompañamiento a las comunidades a las que se dirige la intervención.
- Fortificación casera con micronutrientes: Es una técnica recientemente implementada en varios países de diferentes regiones del mundo. Consiste en agregar una mezcla de micronutrientes en polvo a los alimentos preparados en casa. La presentación de éste polvo es en sobres individuales y contienen la dosis diaria lista para consumo. Es de fácil implementación y aceptación ya que no modifica las características organolépticas de los alimentos además es una técnica de bajo costo.
- “Los efectos de la aplicación de esta medida se logran en 60 días aproximadamente, en dosis diarias. Por tanto puede clasificarse como una medida de corto plazo” (MSPS, PNUD 2015).
- En Colombia, se han realizado procesos previos de entrega de micronutrientes, a través de algunas agencias de cooperación internacional, en especial con el Programa Mundial de Alimentos y Unicef. Se entregan a niños y niñas entre los 6 y 59 meses de edad, utilizando la fórmula de 15 micronutrientes.
- Fortificación voluntaria: depende más de la industria alimentaria que realice acciones para fortificar sus productos con nutrientes importantes en salud pública.



¿Cómo se beneficia la salud de los grupos más vulnerables con el consumo de alimentos fortificados? En Colombia, micronutrientes como el zinc, el hierro, la vitamina A se convierten en micronutrientes de interés por ser los más deficitarios en la población causando grandes perjuicios no solo a la salud de quienes los padecen sino también al crecimiento y desarrollo de las comunidades.

Si bien las deficiencias de micronutrientes pueden presentarse durante el ciclo de vida, existen grupos más vulnerables que requieren mayor atención, como niños y niñas menores de 5 años, mujeres en edad fértil y mujeres gestantes.

Muchas son las consecuencias de estas deficiencias, algunas de ellas son: retraso en el crecimiento y desarrollo, retraso en el desarrollo cognitivo, problemas de visión, fatiga, cansancio, problemas de concentración, infecciones recurrentes y malformaciones, entre otras.

¿Cómo es la deficiencia de micronutrientes en Colombia? Según la ENSIN 2010, la primera infancia es el rango de edad más vulnerable para la deficiencia de vitamina A. El 27,6 % de la población entre 12 y 23 meses y los niños entre 1 y 4 años de edad presentan deficiencia en esta vitamina; siendo más notoria en el nivel de SISBEN 1, y por regiones la Amazonía y la Orinoquía como las prevalentes.

En cuanto al zinc, según la misma encuesta, la población entre 1 y 4 años es la que más padece la deficiencia de este micronutriente con un 43,3 %, la población indígena es la más afectada con un 56,3 %, y por regiones la Amazonía y Orinoquía, incluyendo el litoral pacífico.

La ENSIN 2010 también arroja datos sobre la deficiencia de hierro en la población con cifras de 3,5 % en el grupo de 5 a 12 años, siendo las regiones Atlántica y Pacífica las de mayor afectación. Respecto a la anemia, en este mismo grupo de edad la prevalencia fue de un 8 %, presentándose prevalencias de 16,5 % en el grupo de 5 años, siendo este el más afectado. Además se evidenció que a mayor edad es menor la prevalencia. Sin embargo, en los adolescentes de 13 años la prevalencia de anemia fue de 17,7 %, y en aquellos adolescentes provenientes de grupos indígenas y afrodescendientes la prevalencia de anemia fue de un 16 %. La prevalencia de esta enfermedad es más alta en las áreas rurales que urbanas con un 13,1 % y 9,7 % respectivamente.

La anemia en las mujeres en edad fértil (entre 13 y 49 años), según encuesta ENSIN 2010 fue de 7,6 %, y de las mujeres con anemia el 52,5 % fue por deficiencia de hierro.



¿Cómo se previene la deficiencia de micronutrientes? En Colombia se creó una Estrategia nacional para la prevención y control de deficiencia de micronutrientes, que establece líneas de acción dirigidas a las poblaciones más vulnerables antes mencionadas. Estas líneas son:

1. Diversificación de la alimentación.
2. Fortalecimiento de acciones prioritarias:
 - Pinzamiento del cordón umbilical cuando deje de latir.
 - Lactancia materna y alimentación complementaria.
 - Desparasitación.
3. Fortificación.
 - Fortificación de alimentos de consumo masivo.
 - Fortificación de alimentos específicos.
 - Fortificación casera con micronutrientes en polvo.
4. Biofortificación o fortificación biológica de los alimentos.
5. Suplementación con micronutrientes.

Si bien todas estas líneas deben tenerse en cuenta, las deficiencias de micronutrientes deben considerarse como parte de un enfoque y tratamiento multisectorial y multidimensional. Para efectos de la estrategia IEC en SAN se tomará la línea de Fortificación.



2.1.2. Entorno comunitario

Aumentar el consumo de alimentos fortificados – Entorno comunitario

Dato de Interés: La primera infancia es el rango de edad más vulnerable para la deficiencia de vitamina A. El 27,6 % de la población entre 12 y 23 meses y los niños de 1 a 4 años de edad presentan deficiencia en esta vitamina (ENSIN, 2010).

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Grupos vulnerables a deficiencias de micronutrientes	<u>Información.</u> El grupo interactivo comprende la importancia de consumir alimentos fortificados y sus beneficios para la salud. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo aumenta el consumo de alimentos fortificados. <u>Educación.</u> El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia del consumo de alimentos fortificados.	El consumo moderado de sal yodada y de harina de trigo fortificada es indispensable para reducir enfermedades por deficiencias de micronutrientes. Mejor si prefiere los alimentos fortificados para sus preparaciones.	Campañas de difusión en medios de comunicación para dar a conocer la legislación relacionada con los alimentos fortificados. Se realizan campañas para fomentar la lectura del etiquetado nutricional de alimentos fortificados.	Frecuencia del consumo de alimentos fortificados.



2.1.3. Sectores de influencia

Aumentar el consumo de alimentos fortificados – Sector de influencia

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Productores de alimentos fortificados.	<u>Información.</u> El grupo interactivo comprende la importancia del cumplimiento de la normatividad vigente sobre fortificación de alimentos. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo produce alimentos fortificados cumpliendo la normatividad vigente. <u>Educación.</u> El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia de la fortificación de alimentos como medida de salud pública.	Si produce alimentos fortificados y cumple las normas, garantiza alimentos de calidad. Comprométase con sus consumidores. Si produce alimentos fortificados puede ayudar a mejorar la salud de la población. La fortificación es una estrategia que contribuye a mejorar las deficiencias de micronutrientes de los colombianos.	Aviso de prensa con listado de las empresas que cumplen con la fortificación de alimentos. Cartillas sobre fortificación y preparaciones que incluyan alimentos fortificados.	Industrias que producen alimentos fortificados y se acogen a la normatividad.



2.2. Estimular la alimentación complementaria adecuada

2.2.1. Diagnóstico

¿Qué es la alimentación complementaria? La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna.

La OMS plantea que la edad óptima para iniciar la alimentación complementaria son los seis meses, sin interrumpir la lactancia materna la cual se puede postergar hasta más allá de los dos años (OMS/OPS 2003).

A partir de los seis meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante son superiores a las aportadas por la leche materna. Es en este momento cuando la alimentación complementaria se vuelve necesaria para aportar al lactante la cantidad de energía y nutrientes adicionales que requiere.

Si el proceso de alimentación complementaria no se inicia a esta edad se puede ver afectado el crecimiento y desarrollo del lactante.

En muchos países, la edad de introducción de alimentos complementarios se relaciona con la aparición de deficiencias de micronutrientes, retraso en el crecimiento y enfermedades infecciosas.

Para evitar estas situaciones es necesario que los alimentos complementarios sean densos nutricionalmente, además de inocuos, seguros y administrados de manera apropiada para cubrir los requerimientos del lactante.

Para responder a lo anterior, en el año 2003 la OMS emitió los Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, los cuales brindan una guía sobre los comportamientos deseables, relacionados con la alimentación, así como recomendaciones sobre la cantidad, consistencia, frecuencia, densidad energética y contenido de nutrientes de los alimentos. La OMS aclara que aunque estos principios son para niñas y niños amamantados, la mayoría de las recomendaciones se pueden aplicar en condiciones especiales, para lo cual existen protocolos específicos que indican el contenido nutricional de los alimentos complementarios y la frecuencia de comidas a ofrecer.

Los Principios de orientación son:



1. Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida provee beneficios para el lactante y la madre. Uno de los principales beneficios es el efecto protector contra infecciones.

- A la edad de 6 meses el lactante generalmente duplica su peso corporal y se torna más activo por esta razón se recomienda esta edad para el inicio de la alimentación complementaria ya que la lactancia materna por sí sola no es suficiente para cubrir sus requerimientos de energía y de nutrientes, por lo tanto se deben introducir los alimentos complementarios. Aproximadamente, a los 6 meses de edad, el lactante también ha alcanzado el desarrollo suficiente para recibir otros alimentos. El sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir el almidón, proteínas y grasas de una dieta no láctea.

2. Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más. La lactancia materna debería continuar junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad o más y debe ser administrada a demanda, tan frecuentemente como el niño lo desee.

- La lactancia materna puede aportar la mitad o más de los requerimientos de energía del niño de 6 a 12 meses de edad y un tercio de sus requerimientos de energía, además de otros nutrientes de elevada calidad para niños de 12 a 24 meses de edad. La leche materna continúa aportando nutrientes de mejor calidad que los que existen en los alimentos complementarios, así como factores protectores.

3. Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social. La alimentación complementaria óptima depende, no solamente, del con qué se alimenta al niño; también depende del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta. El término de “alimentación perceptiva” es empleado para describir que el cuidador o cuidadora aplica los principios del cuidado psicosocial.

- El niño o niña debe tener su propio plato, de manera que el cuidador pueda saber si el niño está recibiendo suficiente comida. Para alimentar al niño se puede emplear un utensilio, como una cuchara, o solamente la mano limpia; esto depende de la cultura. El utensilio debe ser el apropiado para la edad del niño. Muchas comunidades emplean cucharas pequeñas cuando el niño comienza a recibir sólidos. Más tarde, se pueden emplear cucharas de mayor tamaño o tenedores, se recomienda tener en cuenta las siguientes indicaciones: a) Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños



mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción, b) Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos, c) Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer, d) minimizar las distracciones durante las horas de comida, si el niño pierde interés rápidamente y e) recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual.

4. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos. La contaminación microbiana de los alimentos complementarios es la principal causa de enfermedad diarreica, que es muy común entre niños de 6 a 12 meses de edad. La preparación y el almacenamiento seguros de los alimentos complementarios reducen el riesgo de diarrea. Todos los utensilios como vasos, tazas, platos y cucharas empleados para alimentar al lactante o niño pequeño, deben ser exhaustivamente lavados.

- En muchas culturas, es común el comer con las manos y los niños reciben piezas sólidas de alimentos para que las sostengan y mastiquen, a veces estas son llamadas ‘comidas para los dedos’, por tanto las manos del cuidador y del niño deben ser cuidadosamente lavadas antes de comer. En resumen, los cinco aspectos claves para mantener la inocuidad de los alimentos son: mantener la limpieza, separar los alimentos crudos de los cocinados, cocinar completamente los alimentos, mantener los alimentos a temperaturas seguras y usar agua y materias primas seguras.

5. Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. Teniendo en cuenta que el aporte de calorías y nutrientes de la leche materna desde los 6 meses hasta el año de edad corresponde al 50 % o más y entre los 12 y 23 meses a la tercera parte, la alimentación complementaria debe aportar las cantidades de energía y nutrientes adicionales para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo del lactante.

- La energía que se requiere, adicionalmente a la leche materna, es de aproximadamente 200 kcal por día, para niños de 6–8 meses; 300 kcal por día para niños de 9-11 meses y 550 kcal por día para niños de 12-23 meses de edad. La cantidad de alimentos que se requieren para cubrir las necesidades de calorías y nutrientes se debe incrementar a medida del aumento de edad del niño, generalmente, el apetito del niño sirve como guía para estimar la cantidad de alimentos que puede ser ofrecida.



6. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. La consistencia de los alimentos para los lactantes depende de la edad y su desarrollo neuromuscular.

- Al inicio de la alimentación complementaria el lactante puede consumir alimentos sólidos o semisólidos en forma de puré o machacados, a los 8 meses la mayoría de los lactantes puede consumir alimentos que puede tomar en sus dedos, a los 12 meses la mayoría de los lactantes pueden consumir los mismos alimentos de la dieta familiar teniendo en cuenta que los alimentos deben ser ricos en nutrientes y evitando el suministro de alimentos que puedan causar ahogamiento como el maní.
- La consistencia de los alimentos debe ser espesa, lo cual en la mayoría de las ocasiones asegura una alta densidad de nutrientes en comparación con los alimentos líquidos o aguados.

7. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios, conforme va creciendo. A medida que el niño va creciendo necesita una mayor cantidad de alimentos por día, la alimentación del lactante debe ser fraccionada y el número de comidas depende de:

- La energía que requiere: a mayor energía requerida, mayor número de comidas.
- Cantidad de alimentos que puede consumir en una comida: Depende de la capacidad o tamaño de su estómago
- Densidad energética del alimento ofrecido: Un lactante entre 6 y 8 meses de edad necesita 2-3 comidas al día, de 9-23 meses necesita 3-4 comidas al día. Dependiendo del apetito del niño se pueden incluir también en la alimentación 1 o 2 meriendas adicionales.

8. Dar una variedad de alimentos ricos en nutrientes para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. Cada día, se debería añadir alimentos de forma variada, para aportar diferentes nutrientes. Estos incluyen:

- Los alimentos de origen animal o pescado son buenas fuentes de proteína, hierro y zinc.
- Los productos lácteos, como la leche, queso y el yogur, son buenas fuentes de calcio, proteínas, energía y vitaminas del complejo B.
- Leguminosas como frijoles, lentejas, garbanzos, son buenas fuentes de proteína y contienen hierro.
- Las frutas y verduras ricas en vitaminas.
- Las grasas y aceites son fuentes concentradas de energía y de ciertas grasas esenciales que son necesarias para el crecimiento del niño.



- El azúcar a pesar de que es una fuente concentrada de energía carece de otros nutrientes y puede causar caries dental, sobrepeso y obesidad. El azúcar y las bebidas dulces como las gaseosas deben evitarse ya que reducen el apetito de los niños.
- El té y el café contienen sustancia que interfieren en la absorción de nutrientes claves en el crecimiento y desarrollo tales como el hierro por este motivo no se recomiendan en niños pequeños.

9. Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades.

- El consumo de una alimentación variada que incluye alimentos de origen animal y vegetal puede ser suficiente para cubrir los requerimientos de calorías y nutrientes del lactante. Sin embargo, en situaciones de vulnerabilidad como en poblaciones con altos índices de pobreza en donde los alimentos de origen animal no son consumidos con la frecuencia necesaria por sus altos costos, se requiere del uso de complementos fortificados o suplementos de vitaminas y minerales que aseguren el adecuado crecimiento y desarrollo del lactante.

10. Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos.

- Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más. Durante la enfermedad la necesidad de líquidos se incrementa de manera que se debe estimular a los niños para que los consuman en mayor cantidad. Además deben continuar con la lactancia. Frecuentemente el apetito de un niño enfermo disminuye y se aumenta el deseo de lactar, la leche materna se convierte en la principal fuente de líquidos, como de nutrientes. Se debe buscar que el niño consuma algunos alimentos complementarios ofreciéndole sus alimentos preferidos, como su apetito esta reducido la frecuencia de ofrecimiento de los alimentos debe ser mayor pero las cantidades a ofrecer serán más pequeñas.
- Cuando el lactante se encuentre mejor o esté en proceso de recuperación su apetito mejorará, en este momento el cuidador debe ofrecerle una porción adicional en cada comida o una comida o merienda adicional.



¿Cómo afectan a la salud las malas prácticas de la alimentación complementaria?

En el año 2010, la OMS/OPS en el documento “La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” afirma que las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. Las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida provoca 1.4 millones de muertes y el 10 % de la ‘carga’ de enfermedades entre los niños menores de 5 años. La OMS resalta en el documento que para el año 2006, 9.5 millones de niños murieron antes de cumplir los cinco años, dos tercios de estas muertes ocurrieron durante el primer año de vida, además que la desnutrición está asociada al menos con el 35 % de las muertes que ocurren en la niñez; y es la principal causa que evita que los niños que sobreviven alcancen su completo potencial de desarrollo.

Se estima además que cada año hasta un 55 % de las muertes de los lactantes son debidas a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas que pueden deberse a prácticas inapropiadas de alimentación, (OMS 2003b).

Para mejorar esta situación, las madres y las familias requieren de apoyo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

Tan sólo un 35 % de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida; la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres.

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. La nutrición inapropiada puede, también, provocar obesidad tanto en la infancia como en la adultez y es un problema que se ha venido incrementando en muchos países (OMS/OPS 2010).

¿Cómo es la alimentación complementaria en el país?

Frente a la alimentación complementaria, los datos obtenidos por la ENSIN 2010 señalan que la iniciación de los alimentos líquidos distintos a la leche materna ocurre a los 2.7 meses, los alimentos blandos o semisólidos a los 5.3 meses y los alimentos sólidos a los 8 meses, los anteriores datos se alejan de la recomendación internacional de inicio de alimentación complementaria a los 6 meses de edad (ICBF 2010).



2.2.2. Entorno hogar

Alimentación complementaria adecuada – Entorno hogar

Dato de Interés: En Colombia, la iniciación de los alimentos líquidos distintos a la a la leche materna ocurre a los 2,7 meses (ENSIN, 2010).

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Familias lactantes	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce los principios de orientación para la alimentación complementaria adecuada. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo incorpora alimentos saludables, autóctonos, nutritivos con buenas prácticas de higiene y manipulación para la alimentación complementaria. <u>Educación.</u> El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia de transformar sus prácticas de alimentación complementaria.	Mejor si... tu bebé come sin sal y sin azúcar. Mejor si...tu bebé recibe los alimentos en un ambiente de amor y armonía. Mejor si...continuas dando leche materna a tu bebé cuando comience a recibir otros alimentos. Mejor si... preparas los alimentos que vas a dar a tu bebé y no los compras. Mejor si... los alimentos que das a tu bebé no los pasas por la licuadora y el colador. Mejor si... utilizas los alimentos de tu región para dárselos a tu bebé. Mejor si...das leche materna a tu bebé por 2 años o más. Mejor si... incorporas la leche materna como ingrediente a las preparaciones que hagas para tu bebé.	Producción de recetarios con preparaciones saludables que incluyan la leche materna como ingrediente. Realización de talleres de capacitación a familias gestantes y lactantes sobre principios de orientación para la alimentación complementaria. Cursos o talleres de cocina saludable en familia.	Edad de inicio de la alimentación complementaria simultáneamente con la lactancia materna. ENSIN.



2.2.3. Entorno comunitario

Alimentación complementaria adecuada – Entorno comunitario				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Integrantes de Redes de apoyo a la familia lactante	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce los principios de orientación para la alimentación complementaria adecuada.	Únase a la Red de apoyo a la familia lactante, de esta manera contribuye a tener una comunidad saludable.	Creación y fortalecimiento de redes de apoyo a la familia lactante en las comunidades.	Redes de apoyo a la familia lactante fortalecidas.
	<u>Comunicación.</u> El grupo interactivo brinda asesoría para que las familias lactantes incorporen alimentos saludables, autóctonos, nutritivos con buenas prácticas de higiene y manipulación en la alimentación complementaria.	La red de apoyo a la familia lactante te permite compartir experiencias con otras familias.	Alianzas estratégicas con pequeños productores, para el acceso a alimentos saludables.	
	<u>Educación.</u> El grupo interactivo empodera a las familias sobre la importancia de transformar sus prácticas de alimentación complementaria.	La red de apoyo te acompaña para que inicies adecuadamente la alimentación complementaria de tu bebé.	Alianzas estratégicas con el sector salud, para fortalecer las buenas prácticas de manipulación e higiene de alimentos.	



2.2.4. Entorno educativo

Alimentación complementaria adecuada – Entorno educativo

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Adolescentes gestantes y lactantes que asisten a instituciones educativas	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce los principios de orientación para la alimentación complementaria adecuada. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo incorpora alimentos saludables, autóctonos, nutritivos con buenas prácticas de higiene y manipulación para la alimentación complementaria. <u>Educación.</u> El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia de transformar sus prácticas de alimentación complementaria.	Mejor si... tu bebé come sin sal y sin azúcar. Mejor si...tu bebé recibe los alimentos en un ambiente de amor y armonía. Mejor si...continuas dando leche materna a tu bebé cuando comience a recibir otros alimentos. Mejor si... preparas los alimentos que vas a dar a tu bebé y no los compras. Mejor si... los alimentos que das a tu bebé, no los pasas por la licuadora y el colador. Mejor si... utilizas los alimentos de tu región para dárselos a tu bebé. Mejor si...das leche materna a tu bebé por 2 años o más. Mejor si... incorporas la leche materna como ingrediente a las preparaciones que hagas para tu bebé. Mejor si... usas la sala amiga de la familia lactante más cercana a tu institución educativa para extraer y conservar tu leche materna. Mejor si... en mi institución educativa recibo formación sobre derechos sexuales y reproductivos. Mejor si... construyo mi proyecto de vida con el apoyo de mi familia y la institución educativa.	Producir recetario con preparaciones saludables que incluya la leche materna como ingrediente. Realizar talleres de capacitación a familias gestantes y lactantes sobre principios de orientación para la alimentación complementaria. Cursos o talleres de cocina saludable en familia. Talleres de capacitación sobre derechos sexuales y reproductivos y proyecto de vida para los adolescentes y sus familias.	Edad de inicio de la alimentación complementaria simultáneamente lactancia materna en hijos de madres lactantes adolescentes en instituciones educativas.



2.2.5. Entorno laboral

Alimentación complementaria adecuada – Entorno laboral				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Directores y gerentes de entidades públicas y empresas privadas	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce los principios de orientación para la alimentación complementaria adecuada y sus efectos sobre la salud de los bebés. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo facilita que las madres trabajadoras aprendan a incorporar alimentos saludables, autóctonos, nutritivos con buenas prácticas de higiene y manipulación para la alimentación complementaria. <u>Educación.</u> El grupo interactivo realiza actividades para generar transformación en las prácticas de alimentación complementaria de las madres trabajadoras.	Promueva espacios agradables para la lactancia materna. Empresas que promueven la unión familiar incrementa el compromiso de sus trabajadores. Soy una empresa responsable con el futuro de mi país... promuevo la lactancia materna y la alimentación complementaria.	Utilizar las redes sociales para difundir mensajes sobre alimentación saludable y la lactancia materna. Utilizar los espacios de las pausas activas para difundir información sobre alimentación complementaria en sus trabajadores. Video pedagógico para sensibilizar a los trabajadores sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria.	Entidades públicas y privadas cuentan con espacios apropiados y estrategias para el fomento de la lactancia materna y la alimentación infantil saludable.



2.2.6. Sector de influencia

Alimentación complementaria adecuada – Sector de influencia

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Directores y comunicadores de Medios de comunicación masivos, comerciales, públicos y comunitarios.	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce e informa los principios de orientación para la alimentación complementaria adecuada y sus efectos sobre la salud de los bebés. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo promueve que las madres trabajadoras aprendan a incorporar alimentos saludables, autóctonos, nutritivos con buenas prácticas de higiene y manipulación para la alimentación complementaria. <u>Educación.</u> El grupo interactivo realiza actividades para generar transformación en las prácticas de alimentación complementaria de las madres trabajadoras.	Señor empresario: promueve espacios agradables para la lactancia materna. Empresas que promueven la unión familiar incrementan el compromiso de sus trabajadores. Comunidades responsable con el futuro de nuestro país... por eso promovemos la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada. A partir de los 6 meses, tu bebé puede consumir los alimentos de la familia en dosis adecuadas a su edad y continuar la lactancia materna.	Campañas de difusión masivas. Alianzas estratégicas con la industria de alimentos y con el sector salud. Producción y difusión de material educativo sobre el tema.	Audiencias impactadas por los medios de comunicación masivos. No. de acciones implementadas por el grupo interactivo para transformar los hábitos de consumo de sus audiencias.



2.3. Prevención de la anemia

2.3.1. Diagnóstico

¿Qué es la anemia y cómo afecta a la salud?

La anemia es uno de los problemas de salud pública de mayor atención en el mundo. De acuerdo a la OMS, en 2005 la anemia afectó a 1 620 millones de personas en el mundo, lo que equivale al 24,8 % de la población mundial. El grupo más afectado por la anemia son los niños en edad preescolar 47,4 %, seguido del grupo de mujeres gestantes con el 41,8 %. La prevalencia a nivel mundial de la anemia en otros grupos de población es del 25,4 % en los niños en edad escolar, del 23,9 % entre los ancianos, del 30,2 % entre las mujeres no gestantes, y solo del 12,7 % entre los varones en edad adulta.

La anemia es considerada por la OMS como un problema de salud pública y se cataloga como leve cuando la prevalencia oscila entre el 5 y 19,9 % de la población afectada; moderada (20-39,9 %); y grave cuando es mayor al 40 %.

La anemia no solo tiene efectos en la salud de los niños sino también en su desarrollo cognitivo, rendimiento físico y la baja productividad de los adultos que la padecen. (OMS, 2008).

Durante la gestación la anemia afecta no solo a la mujer sino al futuro bebe ya que predispone a un alto riesgo de nacer antes de tiempo o con bajo peso.

- En Colombia, según datos de la ENSIN 2010:
- Una de cada 5 mujeres gestantes tiene anemia (17,9 %).
- En los niños entre 6 y 11 meses: 1 de cada 2 niños tiene anemia (59,7 %).
- En los menores de cinco años: 1 de cada 4 niños tiene anemia (27,5 %) las prevalencias más altas se concentran en los niños y niñas entre los 6 y 11 meses de edad, con un 59,7%; seguida por los niños entre 12 y 23 meses, con el 29,0%



El nivel del SISBEN parece no mostrar grandes diferencias a saber: la prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses es similar en los 4 niveles, así; Nivel 1: 30,8 %; Nivel 2: 23,2 %; Nivel 3: 24,1 % y Nivel 4 o más: 24 % de la población. Por su parte, los niveles de anemia son superiores en poblaciones indígenas (32,6 %) y afro descendientes (33,7 %) en comparación con los niveles del resto del país.

¿Cómo prevenir la anemia?

El MSPS creó el Programa Nacional de Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional para los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad, el cual tiene como objetivo, prevenir y reducir la anemia nutricional en niños y niñas entre los 6 y 23 meses de edad, en el marco de la implementación de la ruta integral de atención a la primera infancia en los 1000 primeros días de vida y se desarrolla a través de las siguientes atenciones:

Valoración del estado de salud emocional, social, física y nutricional: En la cual se pueden detectar factores de riesgo y patologías y proceder a su tratamiento o seguimiento según necesidad.

Suplementación con micronutrientes: Suministro terapéutico de micronutrientes como hierro, vitamina A, calcio, zinc, ácido fólico y cualquier micronutriente según sea el caso de deficiencia especialmente en los grupos de niños, mujeres gestantes y lactantes y mujeres en edad fértil.

Esquema de vacunación completo de acuerdo con la edad: Busca incluir todos los aspectos que garantizan la realización del conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones definidos para lograr las coberturas esperadas en la población beneficiaria, garantizando altos estándares de calidad.

En este sentido, se define el esquema de aplicación de los inmunobiológicos definidos, las características específicas de uso de cada uno de ellos, técnicas de aplicación, reglas generales de administración (Ministerio de Salud, 2000, pág. 2).

Consejería y educación: Proceso educativo comunicacional participativo cuyo objetivo es fortalecer habilidades de las personas que se puede desarrollar en diferentes entornos y con temáticas de competencia para el programa.



Preparación para la lactancia y los cuidados del niño y la niña: Enfocado a reforzar los cuidados de la mujer gestante y el niño hasta los dos años haciendo énfasis en la alimentación de la gestante, la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada.

Atención en salud oral. Valoración clínica y consejería individual por parte del odontólogo para motivar conductas adecuadas de salud bucal para la materna, como consumo adecuado de alimentos, promoción de higiene bucal adecuada durante la gestación, promoción de los hábitos de lactancia materna (Ministerio de salud, 2005, pág. 396).

Admisión y evaluación de la gestante para iniciar la labor de parto: Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno, historia clínica o remisión; si se identifican factores de riesgo en el carné materno o durante el interrogatorio, la usuaria debe ser remitida u hospitalizada, de acuerdo con la capacidad resolutive. La evaluación la debe realizar siempre un médico capacitado (Ministerio de Salud, pág. 431).

Apoyo y atención durante las fases del parto, alumbramiento y puerperio inmediato: Corresponde a las acciones de apoyo psicológico que debe brindar la pareja y familia de la gestante y la atención médica que debe recibir la mujer gestante desde que inicia la labor de parto y el nacimiento de su hijo o hija de acuerdo a la norma técnica de la resolución 412 del 2000 de atención del parto.

Orientación sobre cuidados, alimentación y signos de peligro para la gestante y su hijo o hija durante el puerperio.

Pinzamiento del cordón umbilical cuando éste deje de latir: Esta medida permite aumentar las reservas de hierro durante los primeros 6-8 meses de vida del recién nacido.

Valoración física completa del recién nacido. Consiste en las valoraciones y acciones que indica la norma técnica y que requiere el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples secuelas incapacitantes en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal como infantil (Ministerio de Salud, pág. 7).

Vitamina K. Administración al recién nacido de vitamina K. Este procedimiento se realiza como profilaxis para el sangrado temprano por deficiencia de vitamina K1 (enfermedad hemolítica del recién nacido), que puede ser fatal.



Medidas profilácticas y pruebas de tamizaje neonatal: Con el fin de detectar anomalías que al momento del nacimiento no se identifican, por ejemplo hipotiroidismo.

Hacer el contacto piel a piel del niño o niña recién nacido con su madre ya que esta práctica está considerada como un componente importante para el inicio de la lactancia materna y el mejoramiento del vínculo afectivo.

Iniciar la lactancia materna a la niña o niño recién nacido en la primera hora después del nacimiento ya que la toma temprana de calostro está asociada con la disminución de la mortalidad durante el primer mes de vida.

Valoración de crecimiento y desarrollo: Atención integral a todo niño o niña menor de 10 años que busca detectar posibles alteraciones en su crecimiento y desarrollo.

Desparasitación: La eliminación de parásitos reduce los riesgos de sangrado y de anemia causados por estos patógenos y permite un mayor aprovechamiento de los nutrientes, especialmente del hierro.

Fortificación casera con micronutrientes en polvo a niños y niñas de 6 a 23 meses de edad.

En conclusión, es necesario promover una dieta saludable en la gestación, en la cual se aumente el consumo de los alimentos fuente de hierro (carnes rojas, vísceras, lenteja, frijol en todas sus variedades, garbanzos entre otros) que permita a las mujeres llevar a buen término su embarazo y a los niños garantizar un mejor crecimiento y desarrollo.

Existen otras opciones que pueden emplearse para mitigar esta deficiencia:

Fortificación casera de alimentos a través de los micronutrientes en polvo (mezcla en polvo de vitaminas y minerales para ser añadida a los alimentos tradicionales para niños menores de cinco años).

Suplementación de hierro durante la gestación (siempre que la madre esté bien diagnosticada).

Promover el consumo de alimentos ricos en hierro y de una alimentación materna e infantil adecuada.

Promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida y complementaria hasta los dos años de vida o más. La alimentación complementaria adecuada puede prevenir la anemia y demás deficiencias de nutrientes.



Pinzamiento tardío del cordón umbilical. La OMS recomienda realizar el pinzamiento y corte del cordón umbilical entre uno y tres minutos después del nacimiento, o hasta que este deje de latir, al tiempo que se inician los cuidados básicos del recién nacido y siempre que éste no presente deficiencia de oxígeno y haya que reanimarlo. Esta práctica beneficia a los niños, y puede mejorar los niveles de hierro los primeros 6 meses de vida, sobre todo en comunidades donde no hay suficiente acceso a los alimentos ricos en este mineral.

Desparasitación es una alternativa más que puede mejorar las condiciones de salud de los niños menores de 5 años, ya que pueden aprovechar mejor los nutrientes provenientes de los alimentos que consumen y disminuir las deficiencias de los mismos.

¿Cuáles son los mitos alrededor de la anemia?

Existen una serie de mitos alrededor de la anemia que conviene tener presentes a la hora de proponer una estrategia IEC en este sentido entre los más destacados que se hallaron en los territorios:

Si mezcla remolacha, mora e hígado crudo se puede prevenir la anemia: El color de la mora y la remolacha influye en esta creencia ya que la mezcla tiene un color rojo oscuro como la sangre, sin embargo, consumir hígado que es una fuente de hierro importante puede prevenir o ayudar a tratar la anemia por deficiencia de hierro, teniendo en cuenta, los factores de inocuidad y calidad del alimento, el hígado debe consumirse cocido y adquirirse en lugares con condiciones higiénicas seguras.

A las personas con obesidad no les da anemia: No es cierto. En muchas regiones se asocia la obesidad (especialmente en niños) como sinónimo de salud. Al ser la palidez y la fatiga características de la anemia se puede llegar a este tipo de conclusiones, dado que la obesidad se asocia a tener más vitalidad y energía, sin embargo la obesidad puede cursar con anemia por deficiencia de hierro al no existir una ingesta equilibrada de nutrientes.

La anemia es hereditaria y solo existe un tipo de anemia: No es cierto. Si bien la anemia por deficiencia de hierro es la más común, existen otros tipos de anemia por problemas metabólicos, congénitos, entre otros.

El único alimento que tiene hierro es la carne: Falso. Este mineral se encuentra en un espectro amplio de alimentos, dentro de los cuales se incluye la carne roja, sin embargo el hierro también se encuentra en alimentos de origen vegetal como lenteja, frijol y otros.



2.3.2. Entorno hogar

Prevención de la anemia – Entorno hogar

Dato de interés: En Colombia, una de cada 5 mujeres gestantes tiene anemia (17, 9 %) y 1 de cada 2 niños entre seis meses y 11 meses tiene anemia (59,7 %) (ENSIN, 2010).

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Mujeres gestantes y madres de niños y niñas de 6 meses a 5 años	Información. El grupo interactivo aprende qué es la anemia, sus síntomas, los alimentos que pueden ayudar a prevenirla y los efectos negativos de la anemia en la salud de los niños y las mujeres gestantes. Comunicación. El grupo interactivo aumenta el consumo de alimentos fuente de hierro. Educación. El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia de transformar sus hábitos de consumo de alimentos fuente de hierro.	La alimentación saludable previene enfermedades. El consumo de alimentos fuente de hierro previene y ayuda a tratar la anemia. Para evitar y tratar la anemia, vísceras y carnes rojas en tu dieta debes incluir. Si ve su niño pálido y decaído, puede ser anemia- Tenga cuidado. Hierro y vitamina C, dos nutrientes esenciales a la hora de comer, para niños y mujeres y a la anemia responder.	Realizar talleres de cocina de alimentación saludable que incluya alimentos fuente de hierro y vitamina C. Identificar y aprovechar los alimentos regionales ricos en hierro y vitamina C e incluirlos en recetas saludables. Hacer un calendario anual con ejemplos de listas de mercado saludable para hacer diaria o mensualmente que incluya alimentos fuente de hierro y vitamina C. Elaborar listas de mercado con prioridad de frutas de cosecha ricas en vitamina C. Utilizar las redes sociales para difundir mensajes sobre alimentación saludable que incluya alimentos fuente de vitamina C y de hierro. Crear alianzas de consumidores con organizaciones campesinas para disponer de alimentos saludables. Video pedagógico sobre la anemia, sus causas, consecuencias y la manera de prevenirla y tratarla.	Frecuencia de consumo de alimentos fuente de hierro. Mujeres gestantes y niños y niñas entre 6 meses y 5 años con anemia nutricional.



2.3.3. Entorno comunitario

Prevención de la anemia - Entorno comunitario				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Grupos de gestantes y lactantes usuarias de los programas de control prenatal y crecimiento y desarrollo	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce qué es la anemia y sus consecuencias para la salud. El grupo interactivo conoce cuáles son las acciones que realizan las instituciones de salud para la prevención o tratamiento de la anemia. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo hace uso de estos servicios. <u>Educación.</u> El grupo interactivo divulga en su comunidad la importancia de conocer y utilizar los servicios que ofrecen las instituciones de salud para la prevención de la anemia.	Las comunidades saludables se construyen con la ayuda de todos. Conocemos y usamos los servicios que ofrecen las instituciones de salud para prevenir y tratar la anemia. En casa nos alimentamos con alimentos fuentes de hierro. El centro de salud nos cuida y ofrece servicios para prevenir y tratar la anemia.	Crear y fortalecer redes de familias gestantes y lactantes. Utilizar los tableros comunitarios para difundir los servicios y programas para la prevención y tratamiento de la anemia. A través de jornadas lúdico saludables, las IPS, centros de salud, EPS, hospitales, divulgan en la comunidad sus programas y servicios para la prevención y tratamiento de la anemia y como acceder a ellos.	Gestantes y lactantes que usan los servicios para la prevención y tratamiento de la anemia.



2.3.4. Entorno educativo

Prevenga la anemia - Entorno educativo				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Comunidad educativa (familia, docentes y directivos y estudiantes)	<u>Información.</u> El grupo interactivo aprende qué es la anemia, sus síntomas, los alimentos que pueden ayudar a prevenirla y los efectos de la anemia en la salud y el aprendizaje de los niños y las niñas. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo aumenta el consumo de alimentos fuente de hierro y verifica el uso de estos alimentos en las minutas escolares. <u>Educación.</u> El grupo interactivo intercambia ideas sobre la importancia de transformar sus hábitos de consumo de alimentos fuente de hierro y de vitamina C.	En la escuela también me alimento bien. Para que el conocimiento fluya por las neuronas, el hierro debe fluir por la sangre. Frutas y carnes diariamente se deben incluir y de esta manera la anemia prevenir. Para un buen rendimiento escolar, en la alimentación saludable debo pensar. La alimentación saludable previene enfermedades. El consumo de alimentos fuente de hierro previene y ayuda al tratamiento de la anemia.	Video pedagógico sobre la anemia, sus causas, consecuencias y la manera de prevenirla y tratarla. Divulgación de las minutas escolares a la comunidad educativa en las que incluyen alimentos fuentes de hierro.	Minutas escolares saludables que contienen alimentos fuentes de hierro y vitamina C. Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de hierro.



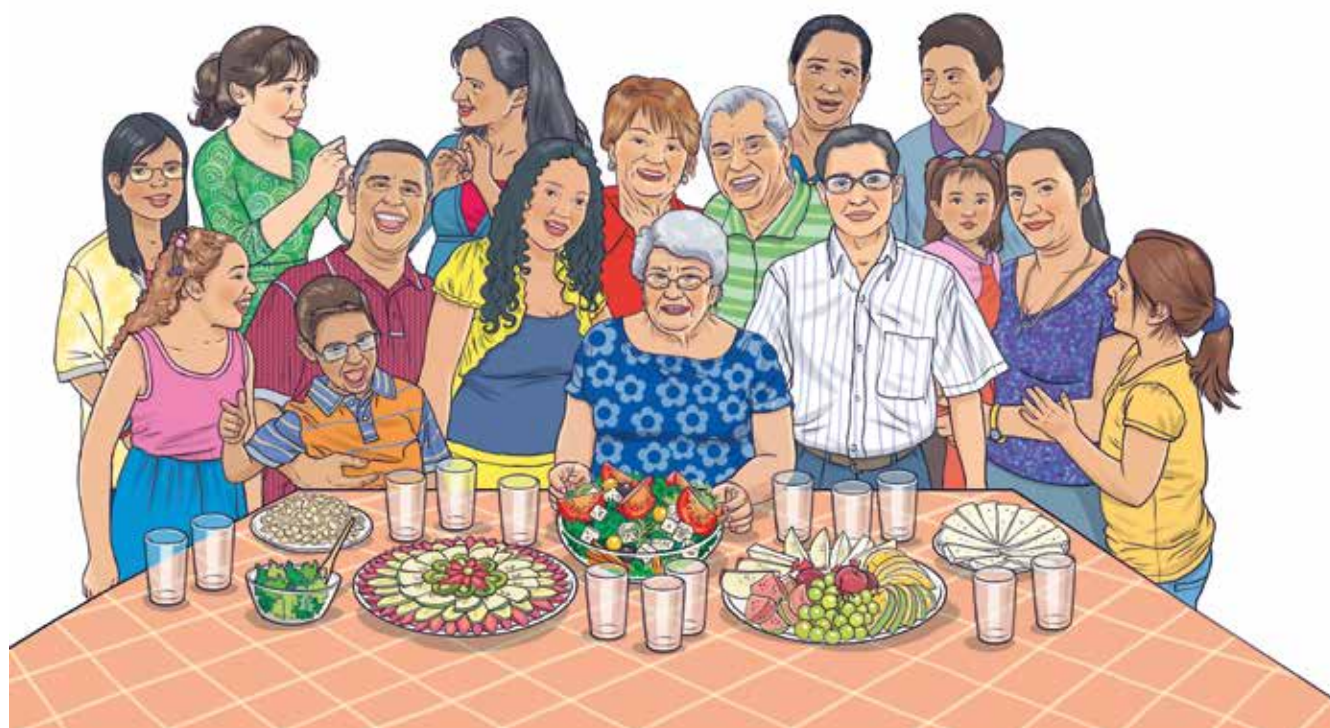
2.3.5. Entorno Laboral

Prevención de la anemia - Entorno laboral				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
IPS, EPS, centros de salud, hospitales locales.	<u>Información.</u> El grupo interactivo informa qué es la anemia y sus consecuencias para la salud. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo ofrece servicios de salud para la prevención o tratamiento de la anemia. <u>Educación.</u> El grupo interactivo divulga en su comunidad la importancia de conocer y utilizar los servicios que ofrecen las instituciones de salud para la prevención y tratamiento de la anemia. El grupo interactivo conoce cuáles son las prevalencias de anemia en su comunidad y la población que se encuentra en riesgo de padecerla.	Las comunidades saludables se construyen con la ayuda de todos. Conocemos la comunidad por la que trabajamos, por eso ofrecemos servicios de calidad. Nuestra institución le gana a la anemia, tenemos una amplia cobertura en nuestros servicios para la atención y prevención de la anemia. En nuestra institución focalizamos los servicios para la prevención y tratamiento de la anemia. En la institución, los profesionales ofrecen información a las familias sobre los servicios para la prevención y tratamiento de la anemia.	Crear y fortalecer redes de familias gestantes y lactantes, informadas. Utilizar los tableros comunitarios para difundir los servicios y programas para la prevención y tratamiento de la anemia. A través de jornadas lúdicas saludables, las IPS, centros de salud, EPS, hospitales, divulgan en la comunidad sus programas y servicios para la prevención y tratamiento de la anemia y cómo la población puede acceder a ellos. Charlas educativas sobre la anemia, cómo se previene y su tratamiento.	Instituciones de salud que ofrecen servicios para la prevención y tratamiento de la anemia.



2.3.6. Entorno hogar

Prevención de la anemia – Sector de influencia				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Ministros y delegados en la CISAN	<u>Información:</u> el grupo interactivo planea estrategias para fortalecer las competencias en el territorio en temas de anemia. <u>Comunicación:</u> El grupo interactivo, orienta las acciones para la reducción de la anemia y fortalece las capacidades en los territorios. <u>Educación:</u> El grupo interactivo incentiva en los territorios la puesta en marcha de fortalecimiento de capacidades y la importancia para la salud pública de reducir las cifras de anemia.	¡A la anemia le invertimos todos! Un país competente, sin anemia presente. Juntos erradicamos la anemia. Comprometidos con la prevención y erradicación de la anemia.	Estrategias de diversificación de la dieta y fortalecimiento de capacidades. Sistemas de vigilancia y monitoreo adecuados a los territorios. Publicación de buenas prácticas para la reducción de la anemia. Talleres de fortalecimiento de capacidades en los territorios. Distribución de material técnico actualizado sobre la anemia, acceso a servicios, buenas prácticas para su prevención y tratamiento.	Porcentaje de cobertura de los programas de anemia en los territorios.





3. Apoyo institucional de la SAN

3.1. Promoción del Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OSAN) como herramienta de la SAN

3.1.1. Diagnóstico

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) se despliega en unos principios orientadores enmarcados en los derechos fundamentales establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

También plantea unos objetivos concretos y a partir de estos una serie de estrategias abordar la problemática en torno a la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). Es así como plantea la necesidad fundamental de establecer mecanismos claros de seguimiento y evaluación, lo cual es también señalado por el CONPES 113 de 2008 al indicar la necesidad de “apoyar el proceso de evaluación con un Observatorio Nacional de SAN independiente de las entidades ejecutoras, que tenga incidencia en la reformulación de la política y en el seguimiento de sus resultados sociales”.

En respuesta a estas necesidades, el Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional (OSAN) plantea en su misión: ser un instrumento fundamental que contribuye a la gestión integral de la SAN en Colombia y genera capacidades en los actores involucrados, con la finalidad de que los responsables de la política (instancias de planificación, decisores e impulsores) se apropien y utilicen los análisis y las herramientas que genera el Observatorio, para la mayor comprensión de los determinantes de la SAN y se logre con esto incidir en el direccionamiento de las políticas, programas y proyectos de SAN, a nivel nacional, departamental, regional y local.

En este mismo sentido, la declaración de sus funciones que en términos generales, plantean retos y aportes importantes como: a) observar la SAN de manera periódica, b) analizar las políticas y acciones que inciden en la SAN, c) producir análisis e insumos, d) participar en la evaluación de impacto, e) generar conocimiento en torno a la SAN, f) generar capacidades, y g) intercambiar experiencias con otros observatorios e instancias.



3.1.2. Entorno comunitario

OSAN como estrategia en SAN - Entorno comunitario

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Comunidades de profesionales (comisiones, agremiaciones, asociaciones) relacionadas con el estudio de la SAN	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce la misión del OSAN y sus aportes en términos de política pública. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo incorpora al OSAN como uno de los referentes en términos de la comprensión de la situación de SAN en el país. <u>Educación.</u> El grupo interactivo se apoya en el OSAN para adelantar estudios que aporten al mejoramiento de la situación de SAN en el país.	“El OSAN”, fuente oficial en temas de seguridad alimentaria y nutricional. Creer en el OSAN, es creer en el país.	Alianzas interinstitucionales para realización de estudios de largo aliento en SAN y sus determinantes sociales.	Estudios, alianzas e iniciativas en SAN en el país vinculadas al OSAN.



3.1.3. Sector de influencia

OSAN como estrategia en SAN - Sector de influencia

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Entes territoriales en las instancias tomadoras de decisiones, asesores y evaluadores de política SAN (universidades, grupos de investigación), agencias de cooperación internacional	<u>Información.</u> El grupo interactivo conoce la misión del OSAN y sus aportes en términos de política pública. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo incorpora el OSAN como uno de los referentes en términos de la comprensión de la situación de SAN en el país. <u>Educación.</u> El grupo interactivo se apoya en el OSAN para el diseño de acciones de política pública que aporten al mejoramiento de la situación de SAN en el país.	Utilice el OSAN para la toma de decisiones en SAN.	Campañas de difusión masivas. Elaboración de piezas de comunicación para uso en campañas. Intervenciones del OSAN en espacios académicos en los niveles local, regional, nacional e internacional. Alianzas estratégicas con la industria de alimentos, con el sector salud y con agricultores para difundir los aportes de la OSAN. Promover investigaciones aplicadas con equipos interdisciplinarios sobre la SAN en el país y sus determinantes sociales. Promocionar la creación de aplicaciones (APP) sobre estadísticas en SAN en Colombia y el mundo.	Alianzas estratégicas logradas. Participación en espacios de estudio y análisis de la SAN en el país. Estudios realizados con datos del OSAN.



3.2. Enfoque Diferencial en SAN (género y etnia)

Abordar el enfoque diferencial poblacional, implica reconocer dos dimensiones del mismo. Como herramienta de análisis, permite la visibilización de relaciones de discriminación e inequidad contra grupos de personas, considerados diferentes por una mayoría o grupo dominante. Y como herramienta para la acción, parte de este análisis para proponer alternativas que contribuyan a la restitución y garantía de derechos de la población.

En el marco de la estrategia de IEC en SAN, es importante proponer ejercicios de implementación que puedan implementar esta mirada. Así pues, a continuación se proponen tres ejercicios que recogen iniciativas frente a género y etnia. En primera instancia se hace una presentación de la situación en SAN para cada grupo y luego la propuesta de modelos de programas de implementación en SAN, frente a temáticas concretas.

Situación de las mujeres (relaciones de género) en la SAN

La Seguridad Alimentaria y Nutricional al igual que otras dimensiones del desarrollo ha sido vista, estudiada e intervenida desde las políticas públicas como un tema neutral en el que la producción y el consumo de los alimentos sucede de manera similar para hombres y mujeres, y tanto las problemáticas como las soluciones en la materia, tienen las mismas consecuencias para ambos sexos.

Sin embargo, las experiencias de las mujeres y de los hombres, suceden con particularidades y características distintas, dependiendo no solo de las condiciones materiales objetivas en las que se da su relación con los alimentos, sino de otras subjetivas, como la historia de vida y la construcción cultural de género, es decir, de lo que se le atribuye y se espera de una mujer por ser mujer y de un hombre por ser hombre.

Estas comprensiones son fundamentales para desarrollar Estrategias de Información, Educación y Comunicación, ya que es en el plano de lo cultural y simbólico, principalmente, donde subyacen los estereotipos de género en los que se sustentan las distintas discriminaciones contra la mujer y las violencias de género. Éstas últimas tienen relación directa con la Seguridad Alimentaria y Nutricional de las familias y las comunidades.

La información contenida en la Guía para la incorporación del Enfoque Diferencial (Género y Etnia) en la SAN de los territorios, elaborado en el marco del Convenio 1042 de Cooperación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y FAO, es la base para sustentar el diagnóstico que se presenta a continuación.



Disponibilidad y Acceso

Las mujeres estando presentes y siendo decisivas a la hora de asegurar la alimentación para las comunidades y los hogares, no tienen poder incidente ni participan en la toma de decisiones sobre los temas relevantes, de la misma manera que los hombres.

“Las diferencias entre sexos en cuanto a los derechos de propiedad obstaculiza el manejo de los recursos naturales.

Este es un tema que merece profundizarse en el caso colombiano porque por lo general la mayor parte de las propiedades están en cabeza de los hombres y las adjudicaciones de los títulos de propiedad de los programas de gobierno también los favorecen” (Ramírez, 2002, p.58).

Respecto a la concentración de la tierra, desde la perspectiva de género, la Gran Encuesta Integrada de Hogares de marzo de 2013 calcula que en Colombia la población rural representa el 23,4 % del total del país, conformada por un 52,86 % de hombres y un 47,14 % de mujeres, de las cuales el 18,6 % es considerada jefa de hogar. Sin embargo, el número de mujeres propietarias de tierra es muy inferior al de propietarios varones en Colombia. Las cifras más significativas en esta materia, se encuentran en “la tendencia que arroja la información sobre protección patrimonial de la población en riesgo y situación de desplazamiento, según la cual, el 65 % de los derechos sobre tierras protegidos entre 2003 y julio de 2010 corresponde a hombres, frente al 33 % que corresponden a mujeres. De estas, el 26,1 % son propietarias, el 42,4 % poseedoras, el 18,7 % ocupantes y el 9,4 % tenedoras que solicitaron protección en forma individual, denotando con ello una gran informalidad en la tenencia de la tierra” (CONPES 161, 2013, p.18).

La propiedad de la tierra se vincula con los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) (Zuluaga, 2011, p. 5951). Sin embargo hay una gran brecha en el disfrute de los mismos, entre mujeres y hombres, a partir de la tierra, el acceso a créditos y el manejo y usufructo de los bienes materiales que posibilitan, en gran medida, la seguridad alimentaria; “...se asume culturalmente que son los hombres quienes están a cargo de hacer negocios y las actividades comerciales de tierras y de la producción agrícola” (CONPES 161, 2013, p.19) y que las mujeres solo necesitan pequeñas proporciones de tierra para el autoconsumo.

En el campo, para 2011, los hombres presentaron una tasa de incidencia de la pobreza monetaria de 44,3 %, mientras que las mujeres una de 48,1 %. En la incidencia de la pobreza extrema, la tasa femenina fue de 23,6 % y la masculina de 20,8 % (CONPES 161, 2013, p. 18). “Mientras a nivel nacional, los miembros de los hogares con jefatura masculina registraron en 2010, una tasa de pobreza de 36,2 %, los integrantes de hogares con jefaturas femeninas reportaron un 39,7 %” (OXFAM, 2014, p.4). Lo que indica que la incidencia de la pobreza se redujo en mayor proporción en los hogares con jefatura masculina.



Así mismo, ocurre con las mujeres urbanas en el país, cuyos índices de empleo, pobreza y financiamiento no son mejores, aunque en algunos sectores las mujeres cuentan con más años de educación que los hombres. Para el trimestre móvil diciembre 2014-febrero 2015, la tasa global de participación fue 75,3 % para los hombres y 53,2 % para las mujeres; la tasa de ocupación para hombres fue 69,8 % y para mujeres 46,2 % y la tasa de desempleo de las mujeres se situó en 13,1 % y la de los hombres en 7,3 %, según el DANE.

La carga y el transporte de alimentos sobre todo en zonas marginadas del país en las que no hay buena infraestructura vial o altos costos en el transporte marítimo o fluvial, inciden en la SAN de manera diferenciada también con implicaciones distintas para las mujeres, cuando son las encargadas de llevar el agua o los alimentos para el consumo del hogar y las comunidades, o atender los mercados vendiendo o intercambiando productos.

Estos aspectos tienen implicaciones serias para el uso del tiempo de las mujeres y para su salud.

Los numerosos estudios sobre la situación y condición de las mujeres que analizan estas cifras en las que las mujeres son mayoría en las problemáticas, hablan de discriminación y vulneración de sus derechos en la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Las mujeres rurales están sometidas a una triple discriminación, por vivir en el campo, por ser mujeres y por ser víctimas de la violencia. Son discriminadas en relación a aquellas que viven en la ciudad, así como por la valoración social diferenciada entre hombres y mujeres y están expuestas a una mayor vulnerabilidad porque son víctimas de la violencia en la familia y en el conflicto armado (PNUD, 2011, p.65).

Consumo y Aprovechamiento biológico de los alimentos

Al ser las mujeres las responsables del cuidado de la familia, a pesar de los avances en la corresponsabilidad con los hombres, sobre todo de niños, niñas y personas dependientes, tienen un rol determinante en el consumo de los alimentos. En algunas comunidades étnicas como las afro descendientes se observa una tendencia a la obesidad por la creencia de que las mujeres fértiles y atractivas son las de mayor peso. "Algunas características atribuidas arbitrariamente a la raza negra, como las caderas amplias, los labios con volumen, se consideran atractivas en el cuerpo híbrido" (Ortiz, 2013, p. 207).

En otros grupos sociales, particularmente mestizos urbanos hay un deseo generalizado por la delgadez, imitando patrones estéticos relacionados también con la belleza y la sexualidad que no favorecen una óptima alimentación. Esos patrones obedecen al estereotipo de feminidad en el que se

"impone un prototipo de cuerpo «bello» que naturalmente es difícil poseer en la vida cotidiana; quizás de este modo se pueda explicar en parte el éxito actual de las prácticas que sirven para ejercitar el cuerpo, o el éxito de otro tipo de tratamientos estéticos en pro de



alcanzar un cuerpo que se corresponda con los cánones de belleza hegemónicos —según coordenadas de raza, clase y género— promulgados por las sociedades contemporáneas”. (Ortiz, 2013, p.202).

Según la ENSIN 2010, la obesidad abdominal es mayor en las mujeres, 62 % frente a un 39,8 % en los hombres. La mayor prevalencia de las mujeres se presenta en el área rural, y sobre todo en los departamentos de Tolima (72,9 %), San Andrés y Providencia (72,1 %), Cundinamarca (72 %), Vichada (70,5 %) y Arauca (69,9 %). Así mismo, entre las gestantes, el 34,6 % presentó exceso de peso para la edad gestacional, sobre todo las mujeres entre 25 a 49 años, mientras que con las madres adolescentes ocurre que el 28,6 % presentó bajo peso.

La ingesta inadecuada de ciertos alimentos, por razones estéticas relacionadas con la autoreferenciación de las mujeres, es un problema que cada vez llama más la atención en el área de la salud. “Esta epidemia de enfermedades del culto al cuerpo tiene distintas formas de manifestarse y algunas de ellas difieren notablemente entre sí. Hay trastornos de tipo alimentario como la anorexia nerviosa (AN) o la bulimia nerviosa (BN)” (Mataix, 2012, p.655).

En Colombia las cifras sobre anorexia y bulimia no son definitivas, pero según estudios de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Nacional de Colombia, en un grupo de 474 jóvenes entre 14 y 19 años, el 0,78 % cumple con los criterios para el diagnóstico de anorexia. Estos estudios sugieren que es más frecuente en adolescentes que en adultos y más común en las mujeres que en los hombres. Así mismo, entre las 474 jóvenes, el 2,3 % cumplían criterios diagnósticos de bulimia. Otro estudio, realizado en la Universidad de Antioquia con 972 alumnas de cinco colegios de la ciudad de Medellín, encontró que al 77 % le aterra subir de peso, el 46 % practica actividad física por estética, el 33 % se siente culpable después de comer, el 16 % siente que la comida controla su vida y el 8 % se induce el vómito”².

Por otro lado, la FAO en su documento “Censos Agropecuarios y Género”, plantea explícitamente que en ciertos contextos “la atención y el cuidado de los hijos varía en función del sexo del hijo: se tiende a privilegiar a los varones. Los padres acuden más fácilmente a los servicios de salud para los tratamientos de los hombres y les proporcionan alimentos más abundantes y de mejor calidad”.

Temas en los que existe una alta victimización de mujeres y niñas como las violencias de género, tienen una incidencia directa en el consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos al interior de la familia y de las comunidades. Una niña que sea abusada sexualmente en la familia no consume los alimentos de la misma manera (clase, cantidad, frecuencia y condiciones) que una niña que no lo sea.

² Disponible en: <http://periodico.sena.edu.co/transferecia/noticia.php?t=trastornos-alimenticios-undefinedtu-eres-mas-que-una-imagenundefined&i=728>. Consultado el día 25 de junio de 2015.



Una mujer que sufre violencia física o psicológica, tampoco distribuye o consume igual los alimentos que una que no la sufra. La Organización Mundial de la Salud confirma que estas formas de violencia pueden causar trastornos alimentarios, además de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, sufrimiento emocional e intento de suicidio³.

La triple jornada de las mujeres tiene relación directa con el uso del tiempo y la alimentación. La Encuesta de Uso del Tiempo realizada entre 2012 y 2013, enfatiza que el uso del tiempo de las mujeres es diferente al de los hombres, y esas diferencias tienen implicaciones en las labores del cuidado, entre las que se encuentran las de preparación y consumo de los alimentos. Las mujeres “Realizan el doble de actividades que ellos.

No obstante, ninguna de esas actividades es remunerada. Y lo que es peor, cuando reciben algún pago, son por labores que socialmente no son apreciadas: el servicio doméstico” (Castaño, 2015, p.5).

Estas cifras en un contexto de reflexión, permite hablar de problemas como la desnutrición, siendo uno de los efectos más evidentes de la inseguridad alimentaria y uno de los temas que pueden tratarse desde una perspectiva diferencial que optimice los esfuerzos del Estado.

“En efecto (...) progresos significativos dirigidos hacia la reducción de la desnutrición podría lograrse mediante acciones decididas en sectores que no han sido el foco de las intervenciones tradicionales en materia de nutrición. Los esfuerzos para mejorar la educación de las mujeres, aumentar la oferta de alimentos (o reducir el crecimiento de la población o ambos), empoderamiento de las mujeres, y crear ambientes saludables deberán ser parte integral de las estrategias para reducir la desnutrición infantil en el futuro” (Ramírez, 2002, p. 57).

Calidad e inocuidad

Por las mismas razones de construcción cultural de los géneros, las mujeres, en la mayoría de los casos, manipulan los alimentos, los conservan y preparan, y esto se problematiza con el acceso limitado o nulo a los servicios públicos como el agua potable o la falta de información y capacitación en buenas prácticas agrícolas o manufactureras.

³ Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> Consultado el día 10 de enero de 2016.



Situación de las etnias en la Seguridad Alimentaria y Nutricional Población indígena

Elementos demográficos

De acuerdo con la información derivada del censo general de población realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) en el 2005, en Colombia existen 87 pueblos indígenas, con una población de 1 392 623 (3,43 % del total de la población nacional), con al menos 64 lenguas diferentes. La mayoría de esta población habita en zonas rurales (70,7 %), el 7,9 % en centros poblados y el 21,4 % en cabeceras municipales (valores que se invierten a 16,8 %, 4,7 % y 78,5 % para el resto de la población). Hay indígenas en aproximadamente el 90 % de los departamentos del país.

Los pueblos indígenas de Colombia poseen una gran diversidad cultural que se manifiesta en múltiples cosmovisiones (maneras de entender los orígenes y el orden de lo que existe) y múltiples formas de organización socio-política (pluralidad de tipos de estructuras de parentesco y de organización política) representadas en diversas figuras y estructuras de autoridad y gobierno propio (autoridades tradicionales, cabildos, capitanes, etc.).

Situación alimentaria y nutricional

La gran diversidad cultural de los pueblos indígenas se expresa, en relación con la SAN, en un valioso acervo de conocimientos, tecnologías e instituciones, respecto a pautas de coexistencia en equilibrio entre sociedad y naturaleza, que constituye un importante reservorio de alternativas tecnológicas, éticas, estéticas y políticas para afrontar los retos en SAN que afrontan esas comunidades y el país en general. El elemento fundamental de este acervo es el principio de las cosmovisiones indígenas ancestrales según el cual ser humano y naturaleza hacen parte de un todo o unidad espiritual, principio que suele asociarse a la concepción de la Tierra como la Gran Madre (Pacha Mama) y a la filosofía del “buen vivir”, o vivir en armonía con la Ley de Origen o Ley Mayor de la naturaleza.

Sin embargo, existen brechas interétnicas severas que expresan privaciones en las condiciones sociales y económicas generales de la población indígena y en las condiciones alimentarias y nutricionales en particular.

En términos de la Política Nacional de SAN, retomando los ejes del PNSAN (disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico, calidad e inocuidad) las metas y los indicadores priorizados, a continuación se presentan algunos indicadores de las brechas que padecen los pueblos indígenas.



Disponibilidad

La disponibilidad de alimentos es deficitaria para los y las indígenas si se tiene en cuenta, en primer lugar, el bajo porcentaje de tierras de vocación agrícola que poseen (por ejemplo en la Orinoquía y la Amazonía están el 79% de estas tierras, pero de estas apenas un 1% tienen vocación agrícola (; INCODER, 2014)) y, en segundo lugar, el impacto que han tenido sobre territorios indígenas - en especial los relativamente aislados o de difícil acceso - el crecimiento demográfico y el desplazamiento o confinamiento por acción de grupos armados ilegales, narcotráfico y empresas extractivistas, entre otros factores.

Acceso

Respecto a la población indígena “se observa una grave situación de pobreza y pobreza extrema medida por cualquiera de los indicadores normalmente utilizados, incluyendo aquellos que abordan la medición desde un punto de vista multidimensional” (PNUD, 2014, p. 87). Posiblemente aunado a un fenómeno de ‘feminización de la pobreza’, especialmente en la población indígena que se ha ido incorporando a la economía de mercado.

Consumo

Los indicadores prioritarios en este eje del PNSAN incluyen: subalimentación (hambre) y duración mediana de la lactancia materna exclusiva. Para el primer indicador no hay información desagregada de población indígena. En cuanto a lactancia materna exclusiva, según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2010, la mediana para la población indígena es 2.1 meses, mientras que para la población no étnica es de 1.8 meses. A pesar de la ventaja comparativa de la población indígena también está lejos de los 6 meses que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Aprovechamiento biológico de los alimentos

Los indicadores de estado nutricional, (antropométricos y bioquímicos), que se utilizan en este eje, muestran brechas severas en las condiciones nutricionales de la población indígena. Una síntesis de los datos que indican esas brechas se encuentra en MSPS-OPS (2012, p. 32 y sgts), así como en FAO-DPS (2015, p. 40 y sgts).



Calidad e Inocuidad

El PNSAN incluyó como indicador prioritario en este eje el acceso a acueducto. Aunque el indicador tiene poca pertinencia para la población indígena rural (70,7 %) con pautas de asentamiento disperso, es importante observar que los indígenas perciben como una causa fundamental de la precariedad de sus condiciones alimentarias el deterioro de los cuerpos de agua en sus territorios, por intervenciones mineras, agroindustriales y prácticas agropecuarias inadecuadas (FAO-DPS, 2015, p. 99). Problemática frente a la cual no existe información precisa de carácter oficial (MAVDT, 2010, p. 43).

Población afrocolombiana, negra, palenquera y raizal

Elementos demográficos

Según los resultados del último censo general de población (DANE, 2005) en Colombia residen 4 311 757 personas auto-reconocidas como afrocolombianas, negras, palenqueras y raizales, que representan el 10,4% del total poblacional. Demográficamente, la población afro menor de 15 años representa la tercera parte de la población, sin embargo, el porcentaje de población de los grupos de 0 – 4 años y de 5 - 9 años es un poco mayor que el de los respectivos grupos de edad para el total nacional (DANE, 2007, p. 42).

En términos de dinámica demográfica la población afrocolombiana ha vivido un proceso acelerado de migración hacia centros urbanos. Es así que “como consecuencia del desplazamiento forzado ocasionado por el enfrentamiento de los grupos ilegales, en las regiones de Urabá y del medio Atrato y por la expansión de los cultivos ilícitos en las regiones de los ríos Patía y Naya; es así como en las ciudades de Cartagena, Cali, Barranquilla, Medellín y Bogotá reside el 29,2 % de dicha población” (DANE, 2007, p. 24).

Situación alimentaria y nutricional

Para una aproximación a la situación en SAN de la población afrocolombiana es necesario considerar las particularidades de los diferentes grupos de esta población: afrocolombiana, negra, palenquera y raizal y sus escenarios o entornos socio-territoriales: rural comunitario, rural familiar y urbano. Al igual que con los grupos indígenas, el análisis se presenta aquí en términos de las dimensiones y los ejes de la SAN establecidos en el documento CONPES 113 de 2008.



Disponibilidad

En el escenario rural comunitario los territorios titulados son por excelencia el activo dispuesto para el desarrollo de prácticas productivas. Pero “la mayor parte de las tierras adjudicadas a las comunidades negras está en distintas clases de bosques húmedos sin vocación agropecuaria en gran escala y la explotación bajo otras modalidades extractivas (gran minería, maderera) ponen en riesgo estos ecosistemas frágiles” (PNUD, 2011).

En el escenario rural familiar los “patios productivos” son reclamados por las comunidades negras como la alternativa más conveniente para resolver parcialmente - con alimentos cultivados con sus prácticas tradicionales – sus limitaciones en disponibilidad de alimentos. Esto aplica para la población palenquera y raizal y la población negra de zonas rurales del Pacífico y del Caribe. En el caso particular de la Isla de San Andrés, si bien hay producción agropecuaria de pequeña escala, la disponibilidad depende fundamentalmente de alimentos que llegan de fuera de la isla DPS-PMA (2014).

En el escenario urbano la disponibilidad de alimentos de las familias está correlacionada con sus niveles de ingreso. La tasa de desocupación, un indicador trazador del mercado laboral, revela que “entre los afrocolombianos es de poco más del 16 %, en contraste con el 11 % que esta tasa alcanza para el resto de los colombianos” (PNUD, 2010), todo ello significa una brecha de inequidad significativa.

Acceso

De acuerdo con Urea y Viafra (2007), en 2005 “mientras el 60,0 % de los afrocolombianos se encontraba en pobreza y el 24,1 % en indigencia las cifras para la población no étnica eran 54,1 % y 18,6 %, respectivamente”. Estas brechas de 5,9 y 5,5 puntos porcentuales revelan las distancias en acceso a oportunidades y en condiciones de bienestar existentes entre ambos tipos de población.

Consumo

Según datos del Censo General del 2005 la proporción de población afrocolombiana, negra, palenquera o raizal, que por falta de dinero pasaron sin comer uno o más días de la semana previa a la realización del censo mencionado, fue del 14 %, cuya cifra es mucho mayor que la del total de la población del país, equivalente el 7,2 % de los casos. Para el caso particular de San Basilio de Palenque, el 7 % de los habitantes tuvo días de ayuno por falta de dinero, cifra cerca al promedio del país que fue del 7,2 %.



En cuanto a la lactancia materna, según datos de la ENSIN 2010, en las subregiones Atlántico, San Andrés y Bolívar Norte, la mediana de la lactancia exclusiva fue de 0,7 meses y la lactancia predominante de 1,4 meses, mientras que a nivel nacional fueron de 1,8 y 2,7 respectivamente. En el Litoral Pacífico la situación es un poco mejor dado que la lactancia total fue de casi 15 meses, la exclusiva de 2 meses y la predominante alcanzó una mediana de 3,5 meses.

La sobre adecuación de calorías y la obesidad asociada es un factor relevante de la SAN de la población afrocolombiana, negra, palenquera y raizal, en general. Factor con frecuencia asociado a procesos de auto afirmación y construcción estética del cuerpo y la feminidad, según los cuales los cuerpos voluminoso resultan más atractivos. Lo que requieren atención, desde el enfoque étnico y de género, por los efectos negativos en las condiciones alimentarias y nutricionales, de las mujeres especialmente.

Aprovechamiento biológico de los alimentos

Haciendo referencia a algunos indicadores trazadores, de acuerdo con los datos de la ENSIN 2010 la deficiencia de hierro en niños de 1 – 4 años en la región Pacífica es del 13,2 %, mientras que en las regiones oriental y central alcanza 6,5 % y 7,7 % respectivamente. En la población entre 5 y 12 años, la deficiencia de hierro sigue siendo más alta en la región Pacífica y Atlántica, con una prevalencia del 5 %, la cual es más del doble de la prevalencia de la región oriental y central. De manera más deficitaria, la prevalencia de hierro en mujeres gestantes alcanza casi el 21 % en la región Pacífica y aproximadamente el 20 % en la región Atlántica (ICBF, 2011).

Calidad e inocuidad

Teniendo en cuenta que los indicadores trazadores en este eje son acceso a agua potable y saneamiento básico, los indicadores sobre condiciones de las viviendas y sus entornos aproximan a la salubridad de los alimentos consumidos. Para el año 2005, el déficit total de viviendas en las doce regiones afrocolombianas, forma cerca del 50 % de total de hogares en déficit en el país. De acuerdo a la estructura del déficit, a nivel nacional el 36,2 % de los hogares se encuentra en situación de déficit, de estos el 12,4 % requieren vivienda nueva, mientras el restante 23,8 % requieren acciones de mejoramiento (Progreso Afro, 2010).

En San Andrés, Providencia y Santa Catalina, “respecto al uso e inocuidad de los alimentos los resultados muestran que el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, presenta mejores condiciones, respecto a los municipios de la Región Caribe continental, excepto en los indicadores de saneamiento básico, con coberturas similares a los municipios de la Región Caribe continental, con menor acceso a estos servicios, menor capacidad de respuesta y mayor vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria” (DPS-PMA, 2014).



Población Rom (Gitana)

Elementos demográficos

Se encuentran escasas fuentes de información confiable sobre el pueblo Rom, por lo cual la disposición de datos que permitan caracterizar a la población es limitada. De acuerdo con la información derivada del Censo realizado por el DANE en el 2005, en Colombia existe una población Rom de 4 857 personas (0,01 % del total nacional), en su mayoría urbana, constituida en un 52,4 % de hombres y 47,6 % de mujeres. Los departamentos con mayor población Rom, con respecto al total nacional de esta población, son: Atlántico 40,66 %, Bolívar 18,76 %, Valle 14,76 %, Norte de Santander 3,85 %, Santander 2,86 % y Bogotá D.C. 10,77 % (DANE, 2007:37-40).

Los Rom-Gitano son portadores de una serie de características culturales que los identifican como grupo culturalmente diferenciado, destacándose el idioma Romaní y una fuerte itinerancia. Los Rom-Gitano han practicado el nomadismo de forma ancestral, el cual va más allá del concepto que significa movilidad geográfica para convertirse en un elemento fundamental de su cosmovisión, de su espiritualidad, una actitud particular respecto a la vivienda, al trabajo y a la vida en general.

Situación alimentaria y nutricional

Respecto de la situación de la SAN del pueblo Rom-Gitano no existen aún en el país estudios o fuentes sistemáticas de información. Puede conjeturarse, sin embargo, la existencia de privaciones en disponibilidad y acceso a alimentos, correlacionadas con las pautas de asentamiento de las kumpañy y la informalidad de las principales actividades económicas de esta población (artesanía y comercio). Condiciones en las cuales el acceso a alimentos depende de ingresos monetarios, que no son regulares y pueden ser insuficientes para adquirir una canasta básica.



3.2.1 Entorno Hogar

Deconstrucción3 de estereotipos de género en la alimentación- Entorno hogar

Dato de interés: En Colombia la población rural representa el 23,4 % del total del país, conformada por un 52,86 % de hombres y un 47,14 % de mujeres, de las cuales el 18,6 % es considerada jefa de hogar (Encuesta Integrada de Hogares, 2013).

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Mujeres la de zona urbana encargadas de la preparación y distribución de los alimentos al interior de los hogares desde su rol de cuidadoras.	<u>Información.</u> El grupo interactivo identifica los estereotipos de género que están presentes en el rol de cuidadoras (madres/esposas/hijas) asignados culturalmente a las mujeres, que inciden negativamente en la relación de las familias con la distribución y el consumo de los alimentos. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo transforma los estereotipos de género presentes en su relación con los alimentos y está en capacidad de optar por comportamientos más saludables y equitativos. <u>Educación.</u> El grupo interactivo comparte con los demás miembros del hogar, principalmente niños y niñas pautas diferentes de relacionamiento con los alimentos en términos de equidad y hábitos saludables. A través del ejemplo, la información explícita y el diálogo, se promueven nuevos aprendizajes de las relaciones de género en torno a la alimentación y el cuidado del hogar con participación equitativa de mujeres y hombres.	¡Hombres y mujeres a la cocina! “Los hombres y mujeres de esta familia nos alimentamos bien y asumimos que esta es una tarea de todos y todas”.	Talleres de formación de familias. Medios de comunicación, principalmente radio. Actividades lúdicas y pedagógicas dirigidas a los entornos familiares en conjuntos residenciales o barrios populares. Audiovisuales, afiches, volantes, separadores, programas radiales y puestas en escena, presentaciones técnicas en espacios comunitarios, distribución de guías o manuales. Uso de redes sociales.	Número de familias participantes en los procesos de la estrategia IEC. Número de hombres que asumen tareas en la preparación y distribución de alimentos al interior de la familia. Número de horas dedicadas al cuidado del hogar por parte de las mujeres y también por parte de los hombres.



3.2.3. Entorno Comunitario

Adopción de prácticas saludables externas en comunidades étnicas – Entorno comunitario				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Organizaciones o actores representativos de grupos o comunidades étnicas Organizaciones sociales que tienen trabajo en SAN que hayan desarrollado procesos comunitarios dirigidos a comunidades étnicas. Importante si en su trabajo, hay iniciativas de fortalecimiento organizacional.	<u>Información.</u> El grupo interactivo identifica las prácticas saludables propuestas por los “mestizos o campesinos” que no siendo de su tradición, pueden mejorar su situación alimentaria. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo asume positivamente las prácticas que considera son útiles para su seguridad alimentaria, guardando armonía con sus prácticas ancestrales. Disminuyen las resistencias al cambio. <u>Educación.</u> El grupo interactivo en un marco de conservación de sus prácticas tradicionales, han asumido nuevas prácticas que no riñen, sino que complementan buenos hábitos alimentarios y fortalecen su SAN.	“Promovamos una alimentación pertinente, saludable y armónica con nuestras prácticas ancestrales” . Aquí reconocemos el valor de nuestro saber, pero también de aquellos otros que nos ayudan a alimentarnos mejor.	Medios masivos de comunicación, institucionales y comunitarios. Audiovisuales, afiches, volantes, separadores, programas radiales y puestas en escena, presentaciones técnicas en espacios comunitarios, murales, distribución de guías o manuales.	Disminución en enfermedades derivadas de prácticas alimentarias inadecuadas en la comunidad étnica. Número y clase de prácticas externas asumidas por la comunidad étnica en su SAN que contribuyan a mejorar su situación nutricional.



3.2.4. Entorno Educativo

Minutas escolares con enfoque diferencial – Entorno educativo				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Profesionales con capacidad técnica y operativa en el desarrollo de políticas educativas sectoriales y/o poblacionales. encargados de los restaurantes escolares en el departamento y en los municipios	<u>Información.</u> El grupo interactivo Identifica los elementos básicos de la transversalidad del enfoque de género y étnico en la alimentación de los y las estudiantes de las instituciones educativas de las entidades territoriales. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo tiene la comprensión y apropiación (el método) del enfoque diferencial en la alimentación de los y las estudiantes. <u>Educación.</u> El grupo interactivo promueve la preparación de minutas escolares diferenciales, acordes con las particularidades de la población estudiantil, especialmente para población étnica.	“Ofrecemos alimentos saludables y acordes con las particularidades de la población estudiantil de cada institución educativa del país”.	Talleres de formación, mesas técnicas de trabajo. Medios de comunicación institucionales, actividades lúdicas y pedagógicas dirigidas a la comunidad educativa en su conjunto.	Tiendas escolares y que incorporan en su oferta alimentos frescos, naturales, propios de la región y de cosecha. Minutas escolares diseñadas con enfoque diferencial étnico.



3.2.5 Entorno laboral

Fortalecimiento del autocuidado y la autoestima en las trabajadoras - Entorno laboral				
Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Mujeres trabajadoras de la empresa privada o pública.	<u>Información.</u> El grupo interactivo identifica la relación entre el amor propio, el autocuidado y la autoestima y las prácticas saludables de alimentación. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo está en la capacidad de optar consciente y de manera informada por los hábitos saludables en la alimentación y el ejercicio, como un acto de amor propio, en medio de las actividades laborales. <u>Educación.</u> El grupo interactivo asume prácticas saludables en la alimentación como una prioridad personal en el entorno laboral.	"Porque me quiero, primero voy yo". "Como sano porque me quiero y me cuido". "Si me organizo, hay tiempo para todo".	Talleres de formación. Documentos técnicos, audiovisuales, guías y manuales. Crear un premio al empleado saludable del mes. Salas de lactancia materna. Horarios especiales para madres o padres jefes de hogar (sin compañero/a corresponsable del hogar).	Disminución en enfermedades relacionadas con la nutrición y alimentación. Mejora en el clima organizacional de la empresa o institución.



3.2.6. Entorno Sectores de Influencia

El Enfoque Diferencial de Género en un sector de influencia en la SAN

Grupo Interactivo	Objetivos de Información, Educación y Comunicación	Mensajes	Herramientas pedagógicas	Indicadores
Directores/as y comunicadores/as de Medios de comunicación masivos, comerciales, públicos y comunitarios.	<u>Información.</u> El grupo interactivo reconoce los estereotipos de género que la publicidad y las formas tradicionales de comunicación reproducen y afectan negativamente las prácticas alimentarias de las mujeres. <u>Comunicación.</u> El grupo interactivo promueve el consumo de alimentos saludables en un marco de referencia simbólica incluyente y diverso, sin sexismo. <u>Educación.</u> El grupo interactivo propone desarrolla campañas en torno a la relación de las mujeres con la belleza y el bienestar, enfatizando en la alimentación saludable como tema central de dicha relación (no estereotipada).	“Mujer, ¿cuál es tu belleza?”. “Soy mujer, me cuido, me quiero, como sano”. “Ni flaca, ni voluptuosa: como soy, así es como me veo y me siento bien”.	Campañas de difusión masivas. Alianzas estratégicas con la industria de alimentos, con el sector salud. Producción y difusión de material educativo sobre el tema.	Audiencias impactadas por los medios de comunicación masivos. No. de acciones implementadas por el grupo interactivo para transformar los hábitos de consumo de sus audiencias. Encuestas sobre los referentes de belleza de los y las jóvenes que son audiencia de ciertos programas de alto rating en medios masivos de comunicación.





Referencias

Alcaldía de Bogotá. 2014. Caracterización de Grupos Étnicos Minoritarios de Bogotá. Bogotá D.C.

Asprilla, J. 2009. Hogares Afrocolombianos: Un análisis indicativo de la pobreza y la vulnerabilidad social a partir de la Encuesta de Calidad de Vida 2003. Tesis Maestría en Política Social, Universidad Javeriana. Bogotá D.C.

AUNAP/FAO. 2013. Diagnóstico del estado de la Acuicultura en Colombia. Bogotá D.C.

Clave, D. 2013. Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina : Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública en América Latina.

DANE. 2007. Colombia Una Nación Multicultural: Su diversidad Étnica. Bogotá.

Dawkins, J. R. (27 de marzo de 2015). Taller de socialización y retroalimentación del anexo étnico al Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012 - 2019. (J. M. E., Entrevistador)

Díaz S, J. M. 2013. Inseguridad Alimentaria en Población Indígena y Afrodescendiente en Colombia. Disponible en: <http://handle.net/2445/55530> . Consultado el 2 de Abril de 2015.

DNP. CONPES 113 de 2008

Doval, H. 2013. Alimentación saludable: ¿cómo lograrla?.



DPS/PMA. 2014. Mapeo y Análisis de la Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria y Nutricional, Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Bogotá D.C.

FAO. 2011. Política de la FAO sobre pueblos indígenas y tribales. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/013/i1857s/i1857s.pdf> . Consultado en enero de 2015.

FAO/DPS. 2015. Comida, territorio y memoria. Situación Alimentaria de los Pueblos Indígenas en Colombia. (M. Nieto, Ed.) Bogota D.C.: Opciones Gráficas Editores Ltda.

Fundación Colombiana de la Obesidad. Disponible en: <http://www.funcobes.org/documentos.html>

ICBF. 2011. Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2010. Bogotá D.C.

ICBF. 2013. Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes –RIEN – para la población colombiana 2013. Bogotá D.C

INCODER . 2014. Boletín de prensa No. 32. Consultado en septiembre de 2014, disponible en: <http://www.incoder.gov.co/documentos/Boletines> .

INVIAS. 2014. Estado de la red vial criterio técnico Enero - Junio 2014. Bogotá D.C.

Legetic B, Campbell N. 2011. Reducing salt intake in the Americas: Pan American Health Organization actions. J Health Commun. Aug;16 Suppl 2:37-48.

MADR-INCODER. 2014. Bases de datos relacionados con los títulos colectivos adjudicados a las comunidades negras. Bogotá.

MAVDT. 2010. Política Nacional para la Gestión Intergral del Recurso Hídrico. Bogotá D.C.: Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial.



Monteiro, C., y Cannon, G. 2012. El gran tema en nutrición y salud pública es el ultra-procesamiento de los alimentos.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes RIEN. Documento en construcción. Bogotá. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social/Universidad de Antioquia. 2013. Encuesta de consume de sodio, yodo y floruro. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social / PMA. 2014. Programa Nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad. Bogotá. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Análisis de la Situación en Salud de Poblaciones Diferenciales. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20%20publicaciones/Análisis%20de%20Poblaciones%20diferenciales.pdf> . Consultado el 28 de enero de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2012–2019.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. Guía Conceptual y Metodológica para la Construcción de Asis en las Entidades Territoriales. Colombia 2014. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/List/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028> . Consultado el 20 de marzo de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social. 2011. Nota descriptiva n° 311. Bogotá. Colombia Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Lucha-Contra-La-Obesidad.aspx> .



Ministerio de Salud y Protección Social. Nota de Prensa, Estrategias para la reducción de la anemia nutricional. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/estrategias-reduccion-anemia-nutricional.aspx> .

Ministerio de Salud y Protección Social/FAO. 2105. Primer informe de Seguimiento al Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019. Preliminar (Julio 22 de 2015). Bogotá D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social/OPS. 2012. Perfil Epidemiológico de los pueblos indígenas de Colombia. (N. W. Buitrago, Ed.). Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/documentos/documentos> . Consultado el 15 de marzo de 2015.

OMS. 2015. Nota informativa sobre la ingesta de azúcares recomendada en la directriz de la OMS para adultos y niños. Ginebra. Suiza. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugar_intake_information_note_es.pdf .

OMS. 2003. 55ª Asamblea Mundial de Salud. Resolución WHA 55.25. Nutrición del Lactante y el niño pequeño.

OMS. 2003. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf . Consultado el 17 de noviembre de 2015.

OMS. 2006. Patrones Internacionales de crecimiento infantil de la OMS.

OMS. 2008. Worldwide Prevalence of Anemia 1993-2005. WHO Global Database on Anemia.



OMS. 2013. Directrices de ingesta de sodio en adultos y niños. Ginebra. Suiza.

OMS. 2013. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Abril de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/releases/NFM0413/es/>. Consultado el 9 de marzo de 2016

OMS. 2015. Nota informativa sobre la ingesta de azúcares recomendada en la directriz de la OMS para adultos y niños. Disponible en pdf. http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugar_intake_information_note_es.pdf

OMS. 2016. Informe para la Directora General de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/es/>

OMS/OPS. 2003. Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.

OMS/OPS. 2010. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la Salud.

ONU. OMS insta a los países a disminuir la ingesta de azúcares. Disponible en: http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=31808#.Vem4qNIn_Gc .

OSAN. 2013. Documento Técnico de la Situación en Seguridad Alimentaria y Nutricional. Disponible en: http://www.osancolombia.gov.co/doc/Documento_tecnico_situación133220313.pdf . Consultado el 20 de enero de 2015.

PNUD. 2011. Afrocolombianos - Sus territorios y condiciones de vida. Bogotá D.C.: Cuadernos del Informe de Desarrollo Humano Colombia 2011.



PNUD. 2010. Situación socioeconómica de la población afrocolombiana en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

PNUD. 2011. Acción sin Daño como Aporte a la Cosntrucción de Paz. Propuestas para la Práctica. Disponible en: http://www.pnud.org.co/img_upload/6162.../2011/accion_sin_dano.pdf . Consultado el 11 de febrero de 2015.

PNUD. 2012. Informe de seguimiento de los objetivos del milenio, análisis regional, Colombia 2011. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country20reorts/Colombia/mdgrcolombia2011.pdf> . Consultado el 6 de marzo de 2105.

PNUD. 2014. Pueblos indígenas y los ODM. 2013. Disponible en: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODMundp-co-pueblosindigenasylosodm-2013-pqrte2.pdf> . Consultado el 25 de marzo de 2105.

Progreso Afro. 2010. Plan Nacional de Desarrollo de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras 2010 - 2014. Bogotá D.C.

Rodríguez, A. 2008. El Derecho a no ser discriminado: Primer informe sobre discriminación Racial y Derechos Humanos de la Población Afrocolombiana. Bogotá D.C.

Urrea y Viáfara. 2007. Pobreza y grupos étnicos en Colombia: análisis de sus factores determinantes y lineamientos de políticas para su reducción. Departamento Nacional de Planeación. Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de pobreza. Bogotá D.C.

Viveros, E. 29 de Octubre de 2014. Taller de diseño de estrategias de adaptación al cambio climático en Municipios de la Costa Pacífica Caucana. (J. M. E., Entrevistador).



Organización de las Naciones Unidas
para la Alimentación y la Agricultura