

**PLAN MUNICIPAL DE  
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y  
NUTRICIONAL**

**"POR UNA INFANCIA FELIZ"**

**CONDOTO-CHOCO**

**2008**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Introducción.....	3
1. Contexto general de planificación.....	4
2. Planteamiento del problema.....	6
3. Soporte teórico.....	12
4. Justificación.....	21
5. Objetivos.....	22
6. Metodología.....	23
7. Análisis de factibilidad.....	29
8. Análisis de viabilidad.....	30
9. Cronograma.....	31
10. Plan de cofinanciación.....	32
11. Bibliografía.....	33
12. Anexos.....	34
Anexo A – ANALISIS DE ACTORES.....	
Anexo B –ÁRBOL DE SOLUCIONES.....	
Anexo C – ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS.....	
Anexo D – MATRIZ DE MARCO LOGICO.....	

## INTRODUCCION

El plan de seguridad alimentaria y nutricional para el municipio de Condoto hace parte de las prioridades de intervención considerados en el plan de gobierno de la actual alcaldía (plan de desarrollo 2008-2011); y se incorpora a los lineamientos dados desde la Gobernación de Choco en el Plan departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) BITUTE.

De esta manera, se conformo en el Consejo Municipal de Política Social (COMPOS) el comité de SAN con el propósito de aunar esfuerzos y coordinar acciones y estrategias para combatir la inseguridad alimentaria y nutricional del municipio, y producto de ello es este documento que desde un análisis situacional de las necesidades del municipio propone el desarrollo de cuatro (4) programas y diez (10) proyectos de intervención articulados alrededor del logro del objetivo general del plan: Diseñar e implementar un plan de seguridad alimentaria y nutricional para el municipio de Condoto que logre disminuir los índices de desnutrición de la población objetivo.

## 1. Contexto general de la planificación

El Plan de Desarrollo del Municipio de Condoto para el período 2008- 2011, fue aprobado por Acuerdo N° 014 del Concejo Municipal el 10 de Julio de 2008, respondiendo, entre otros, a lo dispuesto en la Ley Orgánica de la Planeación (Ley 152 de julio 24 de 1994) y en la Constitución Política de Colombia que en su Artículo 339 determina la obligatoriedad municipal en la adopción del Plan de Desarrollo, y en el Artículo 313 Numeral 2° que establece la responsabilidad de los Concejos municipales de adoptar los correspondientes planes y programas de desarrollo económico y social.

Este plan de desarrollo, responde a un proceso de diseño y elaboración participativo, que liderado por el equipo de la administración municipal - encabezado por el alcalde - , convocó diferentes actores sociales y comunitarios del municipio para identificar los problemas prioritarios y las alternativas posibles de solución, definiendo como visión, que **“El municipio de Condoto será uno de los mas importantes a nivel departamental y nacional, haciendo del mismo una, empresa competitiva, que permita el aprovechamiento del potencial educativo, cultural, deportivo y biodiverso; de idéntica manera, que la administración Municipal, sea reconocida por su excelente atención y vinculación con la comunidad, la calidad de su gestión, el impacto socioeconómico de los proyectos que se promuevan, la adecuada prestación de los servicios públicos y su capacidad de liderazgo, para afrontar los diversos problemas que se susciten ”** y para lograrlo, desarrolla sus acciones e inversiones alrededor de once problemas priorizados, estos son:

- ① Alto Índice de desempleo y subempleo
  - ② Bajo nivel Educativo y cultural de la población
  - ③ Ineficiencia de la Administración Municipal en el aseguramiento de los servicios sociales a la población
  - ④ Deficiente cobertura en el SGSSS e inadecuadas conductas saludables en la población.
  - ⑤ Alto nivel de desnutrición en la población infantil y joven (Inseguridad alimentaria).
  - ⑥ Deficiente prestación de los servicios de acueducto, saneamiento básico, degüello y alumbrado público
  - ⑦ Alto nivel de discriminación de las poblaciones vulnerables e inequidad social.
  - ⑧ Baja participación en la recreación, el deporte y el buen uso del tiempo libre.
  - ⑨ Creciente Nivel de deterioro del medio ambiente y destrucción de los recursos naturales renovables y no renovables.
  - ⑩ Alto nivel de deterioro de la red vial urbana, terciaria y secundaria.
- Alto déficit cuantitativo y cualitativo de la vivienda rural y urbana

Para el caso concreto del 5° problema: Alto nivel de desnutrición en la población infantil y joven, se definieron siete acciones: proyecto de seguridad alimentaria, apoyo a la continuación (sostenimiento) de los hogares comunitarios, apoyo a los restaurantes escolares, sostenimiento materno infantil, subsidio nutricional, y capacitación sobre valor nutritivo y manipulación de alimentos. Con éstas acciones, la administración municipal se ha articulado a los lineamientos propuestos desde la Gobernación de Choco en el Plan Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PDSAN-, que a su vez, cumple con las disposiciones dadas desde la Política Nacional de Alimentación y Nutrición –PNAN.

El Plan departamental de SAN plantea como su objetivo general, **“La población del Choco se encuentra en situación sostenible de Seguridad Alimentaria y Nutricional mediante el acceso a recursos productivos, disponibilidad, y consumo adecuado e inocuo de alimentos y nutrientes, salud básica acompañada de atención psicosocial, en los ámbitos individual, familiar y comunitario”**; en su primera etapa, focalizó a los diferentes municipios divididos en nueve subregiones y municipios especiales y para la segunda, se construyeron mesas de trabajo, entre las cuales Condoto hizo parte, lo que le implica derechos y deberes; los primeros referidos al apoyo y acompañamiento técnico, financiero y logístico para alcanzar las metas de mejoramiento del estado nutricional de su población, y los segundos, centrados en el compromiso de diseñar, ejecutar y evaluar el Plan municipal de SAN bajo los siete ejes temáticos que se plantean desde el plan departamental.

Es así como la alcaldía del municipio de Condoto ha movilizado su equipo de trabajo incorporando este proyecto en la estructura funcional de la administración municipal como parte del plan de desarrollo. Para lograrlo, conformó un Comité Coordinador y nombró un gerente de proyecto, responsables de adelantar todo lo relacionado con el diseño y puesta en marcha de un plan municipal de seguridad alimentaria y nutricional. Este comité está conformado por: la jefe del núcleo de educación, el secretario de bienestar social, el promotor de desarrollo comunitario o social, la directora local de salud, la secretaria del concejo municipal, el jefe de planeación y un representante de la UMATA. Por contactos previos con la alcaldía, las autoras de esta propuesta hacemos parte del Comité coordinador en calidad de asesoras, brindando acompañamiento en los elementos técnicos relacionados con la metodología para la estructuración del plan.

## **2. Planteamiento del problema**

El estado nutricional de la población es utilizado como indicador socioeconómico de una población, al reflejar la disponibilidad y el acceso a los alimentos, el

aprovechamiento biológico de los mismos, así como la accesibilidad a los servicios de salud. A su vez el estado nutricional se convierte en factor de riesgo y/o protector de las enfermedades más prevalentes tanto por déficit como por el exceso de alimentos. Su medición se hace generalmente desde indicadores antropométricos y en algunos casos son complementados con información relacionada con determinantes socio – económicos.

A continuación se expone la situación alimentaria y nutricional actual, que tienen en cuenta los indicadores determinantes de un buen estado nutricional.

Según el censo 2005, en nuestro País habitan 16 millones de menores de 18 años, que representan el 36% del total de la población. De ellos, 11 millones se encuentran en los niveles I y II del Sisben<sup>1</sup>, 4 millones son menores de 5 años, con una tasa de desnutrición crónica del 12%<sup>2</sup> y una tasa de mortalidad infantil del 19.5 por cada mil nacidos vivos<sup>3</sup>.

La prevalencia de inseguridad alimentaria mostro una tendencia decreciente en la medida que se ascendía la clasificación en el nivel del Sisben. En la subregión del litoral pacífico se halló una prevalencia cuatro veces mayor que la del país 14.9%<sup>4</sup>.

Según la valoración del estado nutricional por indicadores antropométricos, todos los indicadores de deficiencia nutricional muestran prevalencias marcadamente mayores en los niveles 1 y 2 del Sisben, siendo más prevalente en el área rural que en el zona urbana, aunque en el 2005 la región atlántica desplazó a la pacífica como el lugar geográfico con mayor presencia de desnutrición infantil<sup>5</sup>, no significa que se deba dejar de trabajar arduamente por el mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de las familias, ya que, es en esta donde se fundan los vínculos afectivos primarios, es la principal responsable del desarrollo de la personalidad y de las capacidades iniciales del niño y la niña, al ser la primera encargada de su crianza y educación (Artículo 18 Convención internacional sobre los Derechos de los Niños-CDN).

En cuanto a las madres gestantes se identificó que una de cada dos mujeres tiene mal nutrición, ya sea por déficit o por exceso, por lo cual es necesario fortalecer la identificación del estado nutricional materno e intervenir en forma oportuna.

La anemia puede ser el resultado de un bajo consumo de alimentos fuentes de hierro o una carencia general de nutrientes, lo cual afecta la capacidad de trabajo, la función inmunológica, la capacidad respiratoria, el funcionamiento cerebral en cualquier edad, entre otras; por lo que se ha relacionado la deficiencia de hierro

---

<sup>1</sup> Fuente: Departamento Nacional de Planeación.

<sup>2</sup> Fuente: Encuesta Nacional de situación nutricional - ENSIN

<sup>3</sup> Fuente: DANE

<sup>4-5</sup> Fuente: Encuesta Nacional de situación nutricional - ENSIN

con un bajo desempeño intelectual, baja productividad y un menor desarrollo económico y social de las personas.

Por lo tanto al comparar la prevalencia de ferropenia por región geográfica con la nacional, se pudo observar que la Atlántica y la Pacífica muestran prevalencias superiores al promedio nacional (48.9% y 46.3%, respectivamente).

Además a nivel nacional en los niños de 1 a 4 años la prevalencia anemia aumento en los últimos 10 años, al pasar de 23.3% en 1995 a 33.2% en 2005, esta deficiencia afecta de manera directa el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social en la primera infancia.

Y la prevalencia de anemia en los niños de 5 a 12 años es de 37.6%, preocupante teniendo en cuenta las consecuencias negativas en el crecimiento pondo-estatural y en su desempeño escolar y social.

Con respecto a otro grupo poblacional vulnerable como lo es el de las gestantes se encontró que el 32.8% de las mujeres de 13 a 49 años y el 44.7% de las gestantes presenta anemia, carencia nutricional que repercute en el estado de salud de la mujer y aumenta la probabilidad de enfermedad y muerte durante el proceso de gestación, parto y posparto, tanto en la madre como en el recién nacido. Además, los hijos de mujeres anémicas tienen mayor probabilidad de presentar bajo peso al nacer<sup>6</sup>.

Como se menciona anteriormente el estado nutricional se puede ver alterado de una forma negativa según en las condiciones en que crezca y se desarrolle la persona y que puede ser modificable según las oportunidades que se le den a la población ya que el bajo nivel educativo conlleva al desempleo, este a su vez a la falta de recursos económicos para el sostenimiento de las familias y si no hay con que satisfacer las necesidades básicas del hogar se incurre en las malas prácticas alimentarias casi siempre, lo cual finalmente conlleva a el bajo rendimiento académico y deserción escolar, cerrando así este ciclo.

Para dar prueba de las malas prácticas alimentarias se pueden citar los siguientes datos estadísticos sacados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional - ENSIN:

En cuanto a lactancia materna y alimentación complementaria se puede decir que en Colombia amamantar ha sido una práctica más generalizada entre mujeres residentes en zonas rurales y que el consumo de alimentos de los niños pequeños en el área rural y en los niveles 1 y 2 del Sisben: en el 1 es preocupante que más de la quinta parte de los niños entre 6 y 23 meses recibían apenas entre 1 y 3 comidas diarias, y 1 de cada cuatro niños no consuma carnes ni huevo. Además el bajo nivel educativo de la madre, como otra manifestación de la pobreza, se asocia con el bajo consumo de alimentos nutritivos en los niños.

---

<sup>6</sup> Fuente: Encuesta Nacional de situación nutricional - ENSIN

Más de la tercera parte de la población tiene deficiencia en la ingesta de proteínas, preocupante en los grupos de 9 a 13 y 14 a 18 de edad, teniendo en cuenta los picos de crecimiento en hombres y en mujeres en estas edades. La prevalencia de deficiencia más altas se encontraron en las regiones Atlántica y Pacífica.

El 40.5 % de las personas consumieron más de 65% de las calorías proveniente de los carbohidratos, lo que se considera excesivo y es un indicador de desbalance en la dieta. Dicho problema es mayor en los niveles 1 y 2 del Sisben y muy superior en el área rural.

Es preocupante la prevalencia de deficiencia de la ingesta de calcio, zinc, vitaminas A y C en la población colombiana todo debido al bajo consumo de frutas y verduras como también de lácteos y carne, que son remplazados por otro tipo de alimentos que carecen de buenos aportes nutricionales.

A nivel local para condoto los diferentes indicadores demuestran que la situación es la siguiente:

De acuerdo al censo DANE de 2005, el municipio de condoto cuenta con una población de 12.733 habitantes, de los cuales 8.983 se encuentran en la cabecera municipal y 3.750 en la zona rural, siendo predominante la población femenina y joven.

El municipio cuenta con altos porcentajes de línea de pobreza, que se evidencia ante la presencia de un alto porcentaje de pobladores con necesidades básicas satisfechas, (65.44 % cabecera y 54.25 % resto), y las posibilidades de solución se vislumbran solo a largo plazo por los recortes fiscales y las restricciones financieras propias del municipio.

En cuanto al **índice de desarrollo humano** en el reciente diagnóstico del Municipio de Condoto muestra una carga negativa bastante fuerte en cuanto a la promoción y respeto de los derechos humanos y especialmente los derechos de los niños y niñas, en este sentido se hace referencia a la violencia familiar, donde se resalta la falta de documentación entre los miembros de la familia, baja participación de los hombres en la crianza de los hijos, distribución inequitativa entre hombres y mujeres frente a las labores del hogar, el maltrato físico y psicológico como patrón cultural de educación, ahondando esto en una constante violencia intrafamiliar, el maltrato a menores, niños y niñas por fuera del sistema educativo, la desnutrición, el trabajo infantil, embarazos en menores de edad, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, propagación de las infecciones de transmisión sexual, manifestaciones agresivas en los niños y niñas entre otros, el abuso sexual, consumo de alcohol y la pérdida constante y progresiva de los valores.



Otra situación alarmante se manifiesta en lo relacionado a los registros civiles de los niños y niñas, la Registraduría no tiene una estadística clara de los niños y niñas que aun se encuentran sin registrar (es importante mencionar que un niño o niña no registrado teóricamente no existe para el sistema), sin embargo la situación más delicada se presenta en la asignación de los Números Únicos de Identificación; trayendo como consecuencia la dificultad de acceso a los programas sociales y a los derechos fundamentales como la salud, educación e identidad.

En cuanto al componente de **salud** se puede observar que el municipio cuenta con La ESE, Hospital San José de Condoto, el cual es de primer nivel de atención y presta servicios hospitalarios y ambulatorios, sin embargo no cuenta con recursos físicos, humanos y financieros para alcanzar una cobertura adecuada para la cantidad de población existente.

Aunque en la ESE, se trabaja con la estrategia de atención integral de enfermedades prevalentes en la línea de (AIEPI), aun se tiene falencia y es necesario fortalecer mas la estrategia para evitar la enfermedad y o muerte de los niños y las niñas, por causas prevenibles y curables. Se carece de los medicamentos y un medico capacitado en la estrategia de AIEPI, para que se pueda cumplir con los objetivos.

Se notifican por medio de datos estadísticos que las principales morbilidades de la primera infancia, infancia y adolescencia del municipio de condoto, atendidas en la institución de salud son: **IRA, EDA, PARASITOSIS, PROBLEMAS EN PIEL, ANEMIA** entre otras, las cuales son causas del deterioro nutricional y hacen parte del círculo vicioso de la malnutrición.

Tampoco hay ingreso oportuno de los usuarios a los programas especiales de prevención de las enfermedades de la Mujer y promoción de la salud Sexual y Reproductiva dirigidos a la población joven.

En la población rural, la situación no es mejor, ya que los puestos de salud existentes son insuficientes para cubrir las necesidades de la población; además de encontrarse en mal estado y sin personal que preste el servicio.

Por otro lado el **componente educativo** se ve afectado por el bajo nivel de capacitación de los docentes directivos y administrativos, violación permanente de los derechos de las niña (os), poca aplicación de métodos pedagógicos innovadores, deserción escolar, inadecuadas condiciones de la planta física, deficiencia de los mobiliarios, de materiales didácticos, de biblioteca, inadecuado

estado de las unidades sanitarias problemas de convivencia ente profesores, estudiantes y padres de familia, y falta de apropiación de lo nuestro (pérdida de sentido de pertenencia en los estudiantes); en la población rural se dan las mismas situaciones y su cobertura es para el 85% de la población estudiantil.

La generación de ingresos y de riqueza en Condoto está asociada directamente a la actividad económica de la Minería, el comercio, la agricultura y producción de madera. Se puede observar que el nivel de ingresos en el municipio es ciertamente bajo, y existe una muy alta vulnerabilidad, teniendo en cuenta que las actividades económicas principales, como se expreso anteriormente, depende de la explotación de los recursos naturales no renovables.

Analizando también el acceso a servicios públicos, se tiene que partir de la oferta que brindan las empresas de energía eléctrica, acueducto y alcantarillado, telefonía y gas, la cual es poca y costosa por lo que los condoteños reciben los servicios medianamente y sobre todo los del área rural que es tan precaria. La prestación de agua en el municipio es pobre ya que no cuenta con el desarrollo técnico fluvial que permita un alto abastecimiento, por lo que las fuentes de agua se ven limitadas. Y en el aspecto vial se puede decir que el casco urbano solo cuenta con un 45% de vías pavimentadas; la zona rural no corre con mejor suerte porque en ella las vías pavimentadas son totalmente inexistentes.

Finalmente hay otros flagelos que azotan al municipio como lo son, los problemas de orden público, lo cual muchas veces causa el desplazamiento forzado de la población poniendo así en vulnerabilidad el cumplimiento de los derechos humanos.

Y aunque la población en general se ve afectada por lo expuesto anteriormente no se hacen partícipes en los diferentes espacios comunitarios para la solución de los problemas sociales por medio del empoderamiento, implementación de estrategias y toma de decisiones; por lo cual se debe promover mucho la parte de sensibilización y participación ciudadana.

La anterior información fue extractada del diagnostico contenido en el Plan de Desarrollo de condoto para los años del 2008 al 2011 y que se analizan en la siguiente figura 1. **(ARBOL DEL PROBLEMA)**.

En general se puede evidenciar porque en la actualidad se reporta que el Choco es un departamento que históricamente, ha estado en el extremo inferior de desarrollo: en 2003 tuvo el índice de desarrollo humano (IDH) más bajo (0.685); por la interacción Hambre-Deserción escolar- nivel educativo.

Bajo estas circunstancias cobra relevancia citar que es necesario impulsar la construcción de una política pública, a partir de la cual se vislumbren los mecanismos, que posibiliten la protección de los derechos de los niños y de las niñas y los adolescentes, en aras de desarrollar su potencial biológico, psicológico, social y cultural.

Además de tener en cuenta que Colombia, al igual que otros países del mundo, ha elevado a principio constitucional los compromisos adquiridos al suscribir la CDN, estableciendo en el artículo 44 de la Constitución Política, que los derechos del niño y de la niña prevalecen sobre los derechos de las demás personas y la cual dice que son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la **salud** y la seguridad social, **la alimentación equilibrada**, su nombre y nacionalidad, **tener una familia** y no ser separados de ella, **el cuidado y amor, la educación** y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.

Y a su vez para responder al deber de armonizar la legislación Colombiana a los postulados de la Convención sobre los Derechos del Niño, el Congreso de la República expidió la Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006 “Código de la Infancia y la Adolescencia” con el fin de dar lineamientos para la construcción y ejecución de políticas públicas con la participación de la sociedad y de la familia, para garantizar la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes.

### **3. Soporte Teórico**

#### **3.1. La desnutrición, un estado nutricional inadecuado**

La definición de Estado nutricional, parte del concepto de equilibrio entre lo consumido o ingerido por el ser humano y lo requerido por el organismo para satisfacer las necesidades de energía, de macro nutrientes y de micronutrientes que le permitan cumplir (de manera adecuada y sin riesgo de deterioro) con las funciones propias en cada una de las etapas del ciclo vital, así como con las actividades relacionadas con los estilos de vida. En otras palabras es aquella *“...condición de salud de un individuo, resultante del tiempo del balance entre lo consumido y lo requerido”*<sup>7</sup>. Equilibrio que está determinado por la calidad y cantidad de los nutrientes consumidos y por la utilización completa de éstos en el organismo (utilización biológica).

De esta forma, **el consumo** está condicionado por los factores económicos que afectan la capacidad de compra de alimentos, entendiendo que los salarios y el precio de la canasta básica familiar de alimentos son determinantes del suministro adecuado de los nutrientes que requiere los individuos y las familias. Igualmente, con estos factores deben analizarse las relaciones entre oferta, demanda y canales de mercadeo de los alimentos.

Además de los condicionantes económicos, el consumo también se ve influenciado directa e indirectamente por factores educativos y socioculturales, factores psicológicos y condiciones de salud. Los primeros, influyen la decisión de compra y la distribución intrafamiliar de los alimentos (conocimientos y prácticas, creencias, patrones culturales, impacto publicitario, etc.); los segundos, tienen que ver con la conducta alimentaria y el macro y micro entorno afectivo y emocional, que condicionan el consumo de alimentos. Por último, las condiciones de salud pueden afectar el apetito y por ende la disminución de la ingesta.

Después del consumo de alimentos, está el **aprovechamiento biológico de nutrientes** que está condicionado por el estado de salud, específicamente en lo que se refiere a frecuencia y duración de episodios de enfermedades, que a su vez está determinado por las condiciones medio ambientales en las que se desenvuelve el individuo.

Sumado a los dos anteriores, están los **requerimientos de nutrientes**, que aunque el consumo y al aprovechamiento biológico no estén afectados negativamente, es absolutamente necesario cubrir las necesidades del organismo de acuerdo al estado fisiológico particular: crecimiento, actividad física, embarazo, lactancia, estrés fisiológico o psicológico, etc.

Cuando el balance o el equilibrio entre lo consumido y lo requerido se ve afectado, el organismo responde con mecanismos de adaptación, pero si la situación es negativa y el desbalance persiste, el estado nutricional se deteriora, apareciendo **la malnutrición por exceso (sobrenutrición) o por déficit (subnutrición)**. La determinación del estado nutricional debe entenderse entonces como un proceso mediante el cual se puede establecer el estado de salud nutricional de un individuo

---

<sup>7</sup> Restrepo, María Teresa. Indicadores antropométricos en la evaluación del estado nutricional de los menores de cinco años. En Temas de alimentación del niño. Pág. 280

o de una comunidad, obteniendo información que se debe convertir en el soporte para el diseño, implementación y seguimiento de intervenciones individuales y colectivas, pues es evidente que la malnutrición es una expresión de determinantes ambientales, económicos y educativos, que a su vez, están determinados por factores políticos y sociales.

Centrándonos en la malnutrición por déficit, esto es la desnutrición, la Organización Mundial de la Salud – OMS - ha clasificado en dos grupos sus factores causales:

- **Factores generales:** la combinación e interrelación de la pobreza, la ignorancia, las creencias erróneas, la falta de alimentos, la poca capacidad adquisitiva de la familia, la falta de higiene y las enfermedades infecciosas, que conforman un círculo vicioso causal y detonante de la desnutrición infantil.
- **Factores específicos:** edad (mayor riesgo entre los 6 y 48 meses de edad), discriminación de género, familias numerosas, gestaciones poco espaciadas, insuficiencia ponderal al nacer, partos múltiples, falta o irrupción de la lactancia materna, inadecuada incorporación de la alimentación complementaria, cuadros infecciosos repetidos y frecuentes, son las causas específicas que conllevan y condicionan la aparición de la desnutrición y su agravamiento.

### 3.2. Desnutrición infantil

Los estragos que provoca la desnutrición infantil son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se pueden producir alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles. El cerebro es el órgano que más rápidamente crece, en los primeros meses lo hace a un ritmo de 2 mg. por minuto. Pesa 350 gr. cuando nace el ser humano y llega a los 900 gr. en 14 meses este peso equivale al 80% del peso del cerebro del adulto. Cuando hay desnutrición infantil no sólo se detiene el crecimiento cerebral, sino que además hay una atrofia del cerebro y el espacio es ocupado por líquido cefalorraquídeo. Asimismo la suerte del sistema nervioso central está determinada en los primeros años de edad, más exactamente en los primeros 18 meses. Si durante este tiempo no recibe una adecuada ingesta de nutrientes el niño se enfrentará a un debilitamiento mental y en el futuro poco podrá hacerse para revertir esta situación.

Este daño no sólo afecta al individuo sino a la sociedad entera, ya que *la principal riqueza de un país reside en su capital humano*, y si éste se encuentra dañado, se diluye la posibilidad de crecer en un futuro cercano. De allí, que el éxito en la recuperación de la desnutrición grave deba hacerse en la infancia, pues más adelante la recuperación de las capacidades mentales y posibilidades de desarrollo mental del niño se torna más difícil, casi imposible.

Durante la maduración del cerebro existen períodos vulnerables durante los cuales tienen lugar cambios bioquímicos que se suceden con gran velocidad. La desnutrición puede interferir en los mecanismos reguladores durante estos períodos, causando distorsiones estructurales y metabólicas del cerebro en desarrollo. Estos dependen del estadio del desarrollo cerebral en el que aparece el déficit nutricional, así como de su duración e intensidad.

El crecimiento es una de las primeras expresiones físicas de fallos físicos en los menores, razón por la cual, su seguimiento y vigilancia se convierte en un instrumento valioso para la detección temprana de problemas de salud en niños(as) que pueden estar asintomáticos. En otras palabras, si un(a) niño(a) crece, está bien alimentado y está sano, si no crece, es porque hay una interferencia que, en la mayoría de los casos, es un problema por insuficiente alimentación y/o de infección, entendiéndose también con ello, que la conducta alimentaria y la relación del menor con la comida es una expresión de lo que el menor vive en su entorno y ambiente familiar.

En su forma más simple, el crecimiento es el aumento del tamaño del cuerpo, que se establece mediante el control periódico del peso, acompañado de la medición de la estatura (talla) y de los perímetros. Este crecimiento tiene momentos de máxima aceleración que son: el período prenatal, los tres primeros años de vida postnatal y la adolescencia. Durante todo este proceso, se debe dar paralela y simultáneamente el proceso de desarrollo, entendido como la adquisición de funciones cada vez más complejas, medidas cualitativamente, mediante la observación y el seguimiento de conductas, capacidades y habilidades, propias de los diferentes períodos de edad.

Con todo lo anterior, es posible afirmar que los requerimientos biológicos y psicosociales para el crecimiento y desarrollo del niño(a) tienen un tiempo específico para ser satisfechos, y que *“...el cuidado de la salud infantil es entonces el cuidado del crecimiento y del desarrollo, procurando la disponibilidad de los nutrientes biológicos, afectivos y socioculturales necesarios, en el momento oportuno”*<sup>8</sup>. El seguimiento y la vigilancia de la desnutrición en los menores, se ha estandarizado básicamente desde la medición del peso y de la estatura, como indicadores generales del estado nutricional. Estas dos variables, se relacionan para establecer **desnutrición aguda, desnutrición crónica, y desnutrición global** que comparadas con poblaciones de referencia y desde el análisis de sus desviaciones estándar permiten establecer:

- **Desnutrición Aguda desde el indicador Peso para la estatura:** este indicador señala si el crecimiento del niño es armónico, es decir, si el peso que tiene al momento de la medición es el adecuado para su estatura. Los valores de peso para la estatura por debajo de los estándares, son indicativos de desnutrición aguda y pueden presentarse en varios grados de severidad. En la desnutrición aguda se presentan apatía e irritabilidad. La apatía, que es tan

---

<sup>8</sup> OMS. Pautas para capacitar a los agentes de salud comunitarios en nutrición. 2ª edición

frecuente, afecta a la interacción del niño(a) con el entorno. El posterior desarrollo tras la rehabilitación nutricional dependerá de la intensidad y duración de la desnutrición previa, de la persistencia de la escasa alimentación y de la influencia de los factores sociales y ambientales, en especial, del nivel de estímulo. Y a su vez, el buen o mal desarrollo cerebral posterior estará determinado por combinaciones de factores tales como la intensidad, ritmo y duración de la carencia, los factores ambientales positivos o negativos, el grado o falta de estímulos familiares y la calidad de la rehabilitación nutricional y del apoyo psicosocial.

- **Desnutrición Crónica desde el indicador Estatura para la edad:** señala el crecimiento en longitud del niño para la edad al momento de la medición. Los valores por debajo de la mediana muestran retraso en el crecimiento ponderal y son indicativos de desnutrición crónica (Retraso en el crecimiento o pequeñez); son niños cuya velocidad de aumento en talla disminuye o está ausente y hay pérdida de peso. Los niños con pequeñez presentan déficit de peso para su edad y además un déficit equivalente en talla de tal manera que generalmente su relación peso/ estatura es normal. La recuperación nutricional, puede permitir un crecimiento compensatorio, pero para recuperar el déficit de estatura se pueden requerir varios años, en general, tanto tiempo como estuvo desnutrido el niño. Habitualmente este tipo de desnutrición no se asocia a una mayor morbilidad, riesgo de infección o muerte inminente.
- **Desnutrición Global desde el indicador Peso para la edad:** Este indicador muestra la relación entre la edad del niño(a) al momento de la medición y el peso que debería tener de acuerdo con los estándares de interpretación. Su utilización óptima está entre los cero y dos años de edad, especialmente para países como el nuestro, debido a que el retraso en la talla es menor en este grupo de edad.

### 3.2. Seguridad alimentaria

La seguridad alimentaria y nutricional es entendida como "**el acceso seguro y permanente de los hogares a alimentos suficientes en cantidad y calidad para una vida sana y activa**". Este concepto tiene implícitas cuatro dimensiones:

- La suficiencia alimentaria que se refiere a la energía y nutrientes requeridos por el grupo familiar,
- El acceso de alimentos, que depende de los recursos y posibilidades que tiene el hogar para comprar, producir, intercambiar y recibir subsidios de alimentos,
- El balance entre vulnerabilidad, riesgo y recursos con que cuenta la familia, considerando aquí aquellos factores de riesgos internos como su tamaño, la composición y estado fisiológico de sus integrantes, así como los factores de riesgo externo, relacionados con las amenazas a la posibilidad de acceder a los alimentos como: políticas alimentarias, salarios, posibilidades de empleo, etc. y

- El tiempo de exposición a la inseguridad alimentaria, que puede considerarse: crónica en familias que por periodos de tiempo prolongados no ganan lo suficiente para cubrir el costo de una canasta de alimentos, cíclica en familias rurales que durante épocas del año no cosecha y transitoria donde el principal miembro generador de ingresos queda desempleado en un momento dado.

De los debates que antecedieron a la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, celebrada en Roma en el año de 1996 y como producto de este evento surgió la siguiente declaración: “ **Existe seguridad alimentaria y nutricional, cuando todas las personas en todo momento tienen acceso económico y físico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y preferencias en cuanto alimentos a fin de llevar una vida sana y activa**”, que implica la consideración de aspectos como:

- **Disponibilidad de alimentos:** cantidad y calidad de alimentos disponibles en los ámbitos individual, familiar, comunitario, nacional e internacional.
- **Acceso a los alimentos por parte de todas las personas:** que está influenciado por los ingresos disponibles en el hogar para adquirir alimentos, por los alimentos y los precios de los alimentos disponibles en el mercado local, por los patrones de consumo y por los conocimientos sobre alimentación y nutrición.
- **Estabilidad en la disponibilidad de alimentos:** que se refiere a que los alimentos estén disponibles en cantidad y calidad en forma estable durante todo el año, lo anterior está relacionado con la capacidad del hogar de mantener en todo momento una alimentación adecuada para todos sus miembros (suficientes, balanceados, variados e inocuos).
- **Calidad de los alimentos:** la cual se considera como una característica intrínseca del alimento relacionada con la inocuidad, el valor nutricional, las propiedades organolépticas, las propiedades funcionales y su aceptabilidad por parte del consumidor.
- **Inocuidad de los alimentos:** se refiere a alimentos con ausencia o presencia de niveles aceptables y que no constituyen un peligro de contaminantes, de adulterantes, de toxinas o cualquier otra sustancia capaz de volver el alimento nocivo para la salud.
- **Cultura alimentaria:** es la resultante del comportamiento humano frente a la alimentación, el cual esta influenciado por factores sociales, económicos, psicológicos e históricos. La elección de alimentos depende: el abastecimiento local de alimentos, los métodos culinarios, las comidas tradicionales, la valoración social de los alimentos y las características de desarrollo socioeconómico.



- **Vulnerabilidad alimentaria:** esta no sólo se refiere a las personas que en un momento dado tienen un consumo deficiente de alimentos, sino también a los grupos poblacionales que potencialmente por sus condiciones sociales, económicas y culturales pueden llegar a inseguridad alimentaria y nutricional.

Para identificar la población vulnerable a la inseguridad alimentaria y nutricional (ISAN) se debe sugiere responder las siguientes preguntas:

- ¿Quiénes son las personas en ISAN?: características demográficas, sociales y económicas. Las más comunes son hogares: con alto número de miembros y en su composición prima la población menor o dependiente económicamente, campesinos sin tierra o con predios muy pequeños, hogares cuya cabeza de familia sean mujeres pobres y de bajo nivel socioeconómico y que el mayor gasto familiar se realice en alimentos.
- ¿Dónde están?: La pobreza tiene una distribución espacial, es por esta razón que el concepto de espacios poblacionales es importante para construir el mapa de inseguridad alimentaria. Los criterios que orientan la ubicación espacial están relacionados con la calidad de vida de la población, como: consumo de calorías y consumo de alimentos y fluctuaciones en su consumo e ingresos.
- ¿Cuántos son?: para identificar la magnitud del problema, bien sea en individuos como en familias.

En conclusión, la inseguridad alimentaria y nutricional está constituida por dos grandes componentes: la disponibilidad de alimentos en el país y en el acceso a los alimentos por los individuos y las familias que está condicionado en gran medida por la situación económica de la familia y el individuo.

Por su parte, la disponibilidad de alimentos se puede afectar por:

- **Problemas coyunturales:** se presentan brechas cíclicas entre la producción y/ o la oferta de alimentos y la demanda que la población hace de alimentos. Entre los factores que pueden incidir para que esto ocurra están los problemas climáticos o fenómenos naturales inesperados, disminución temporal de los alimentos importados, entre otros.
- **Problemas estructurales:** se presenta brechas persistentes entre la evolución de la demanda de alimentos y la oferta. Estos problemas pueden darse por las políticas macroeconómicas y para la producción de alimentos, por el bloqueo económico y por el deterioro de la calidad de los suelos, entre otras.

### 3.3. Vigilancia Nutricional

La Vigilancia Nutricional significa: **“estar atento a observar la nutrición para tomar decisiones que conduzcan al mejoramiento del estado nutricional de una población”**. Esta definición tan amplia en la práctica significa:

- El monitoreo de la disponibilidad y el acceso a los alimentos para tratar de eliminar o minimizar los obstáculos que se encuentren a lo largo de la cadena alimentaria,
- Conocer el consumo efectivo de alimentos por diferentes grupos poblacionales y
- El monitoreo del estado nutricional de aquellos grupos en riesgo

Todo lo anterior para determinar **dónde** y **cuándo** existen los problemas y detectar **quiénes** son los grupos más afectados con el objetivo de **hacer algo**. Lo que implica necesariamente que la vigilancia alimentaria y nutricional implica **acción**.

La forma de concretar la vigilancia nutricional se ha hecho desde sistemas de información, que para su diseño deben tener en cuenta las cuatro dimensiones de la seguridad alimentaria: disponibilidad, estabilidad, acceso y utilización biológica de los alimentos. Para su puesta en marcha, es fundamental seguir un proceso que se desarrolla por etapas, que coinciden con las propuestas para el cualquier otro sistema de vigilancia epidemiológica, estas son:

- Recolección de los datos primarios
- Procesamiento de los datos y elaboración de la información
- Presentación de la información a los decisores
- Desarrollo de las acciones pertinentes
- Evaluación del impacto

Durante el diseño de un sistema de vigilancia alimentaria y nutricional, el orden de estas etapas debe ser invertido, es decir, para el diseño de los sistemas necesariamente hay que hacer un análisis profundo de los problemas alimentarios y nutricionales que afectan al país, la región o la localidad en la que se pretende implantar. Una vez que se identifican los problemas, se puede establecer el impacto deseado o esperado. A partir de esta definición se definen las acciones pertinentes y se identifican quiénes son los que tienen que tomar las decisiones para aportar los recursos. Cuando estas personas o instituciones son identificadas, es necesario preguntar y establecer cuál información se requiere para la acción y sobre esa base decidir qué información tomar, quién tomará los datos primarios y con qué frecuencia deben tomarse.

Así, un sistema de vigilancia alimentaria y nutricional no es una maquinaria para producir datos o información que no se usa; la clave, por tanto, radica en vincular desde su diseño a los que toman las decisiones y los que generan la información, dentro del propio sistema. Igualmente, los miembros de la comunidad tienen que ser entrenados e informados para iniciar y manejar los servicios a su disposición

de forma efectiva, y el gobierno y otros sectores le deben servir como facilitadores. Esto facilitará la organización y participación de la comunidad en proyectos de desarrollo. El sistema debe ser diseñado para que la información sea recolectada y procesada desde la comunidad y el nivel local. En otras palabras desde el inicio la comunidad y las autoridades locales deben sentir la pertenencia del sistema.

La Organización Mundial de la salud viene desarrollando experiencias exitosas en la aplicación de modelos de sistemas de vigilancia nutricional, soportados en la mirada estratégica de la captación, el manejo y el análisis de la información, derivada obviamente del SISVAN<sup>+</sup>. Estas propuestas metodológicas pueden ser aplicadas y desarrolladas por los municipios y los departamentos, de tal forma que se logren con más y mejor éxito, los propósitos alrededor de las intervenciones efectivas en la problemática alimentaria y nutricional.

El esquema propuesto, desarrolla tres etapas, que parte del diagnóstico, y continúa con predicción desde modelos formales, y termina con un momento explicativo de monitoreo, vigilancia y evaluación.

- ▶ **Etapas Diagnóstica:** Esta etapa debe orientarse a la búsqueda de variables predictivas con el rango más amplio de validez posible, esto es, con una capacidad predictiva “Universal”, como es característico de los indicadores socio económicos, cuya asociación con la condición nutricional es absolutamente posible.

Este modelo pretende entonces, que si se van a destinar recursos y esfuerzos por la realización y desarrollo del sistema, este debe partir de una inversión inicial diagnóstica, que realmente responda a dos preguntas fundamentales: ¿qué? y ¿cuánto?, relativas a la identificación del problema, su descripción y su cuantificación global, y los resultados que se esperan obtener son entonces, por una parte, estimaciones de prevalencia a partir de un pequeño grupo de indicadores y por otra asociaciones preliminares generadoras de hipótesis que luego serán la base de los modelos predictivos de la segunda etapa.

Esto requiere, además de la decisión política, la disposición de un equipo, que a partir de la realidad del departamento en sus dinámicas conocidas, y del fenómeno mismo de la malnutrición, cuente con la claridad para establecer el grupo de indicadores de medición y de correlación. Lo anterior, lleva de manera implícita y explícita la vinculación efectiva, desde el liderazgo y la coordinación, de profesionales Nutricionista – Dietistas.

- ▶ **Etapas Predicativa:** Esta etapa es fundamental antes de entrar a sacar conclusiones o tomar decisiones de intervención, pues lo que se busca en ella, es analizar los resultados de la etapa diagnóstica, para revelar factores que puedan desde correlaciones analíticas de las variables, establecer explicaciones lógicas frente a la problemática diagnosticada. En esta etapa, se debe proceder a la organización y sectorización de la información, para desde

---

<sup>+</sup> SISVAN: Sistema de vigilancia epidemiológica en alimentación y nutrición.

allí, definir con pocos actores, pero actores clave, la claridad causal y desencadenante de cada variable.

- ▶ **Etapa de Vigilancia:** En esta etapa se validan los modelos de predicción, y se incorporan variables e indicadores explicativos que reflejan adecuadamente la realidad local con el propósito de concretar la fase de vigilancia y monitoreo, y así generar los diseños de políticas, planes y programas de intervención, debidamente orientadas, con las generalizaciones y especificaciones requeridas para la situación problema estudiada.

La búsqueda para esta etapa se orienta a indicadores sensibles al efecto de las intervenciones, es decir, capaces de reflejar los cambios que resultan de las tendencias espontáneas o inducidas por los programas y acciones emprendidas desde diferentes áreas.

Se insiste en que este esquema por etapas, requiere del trabajo concertado entre diversas unidades político – administrativas, que de alguna manera nos inviten a romper con el esquema tradicionalmente utilizado de clasificación nutricional, que como ya se ha dicho, es poco lo que contribuye a la **toma acertada de decisiones**.

#### **4. Justificación**

El plan de seguridad alimentaria para el municipio de Condoto busca contribuir de manera efectiva a la disminución de la inseguridad alimentaria de su población. De esta manera espera, en primera instancia, llevar a cero las cifras de desnutrición

en los menores de 5 años y sus familias que hoy presentan algún grado de desnutrición, pues desde allí será posible ver mejores índices de crecimiento y desarrollo en la población infantil y menores tasas de enfermedades asociadas a la desnutrición. Esto a futuro no sólo evitará que se presenten muertes por desnutrición, sino además la prevención de enfermedades y problemas de salud en la edad adulta.

De igual forma, unas mejores condiciones de nutrición, favorecerán de manera positiva las posibilidades de aprendizaje y de socialización de los niños y jóvenes, que sin duda alguna repercute en el mejoramiento de la productividad laboral y por consiguiente en el aumento de oportunidades laborales.

Cada uno de estos efectos positivos, hacen parte del reflejo que tiene la seguridad alimentaria sobre el desarrollo social de una comunidad, pues en ella confluyen factores de tipo económico, político, social, educativo y biológico que al ser considerados de manera sistémica pueden reflejar las condiciones de vida de un grupo poblacional específico.

## **5. Objetivos**

### **5.1. Objetivo Global**

Mejorar la situación alimentaria y nutricional de las familias en el municipio de Condoto con alto riesgo nutricional, a través de una estrategia de organización y participación social para el desarrollo de las estrategias consideradas en el plan departamental de seguridad alimentaria.

## **5.2. Objetivo general**

Diseñar e implementar un plan de seguridad alimentaria y nutricional para el municipio de Condoto que en su primera etapa, logre disminuir en por lo menos un 50%, los índices de desnutrición en los menores de 5 años y sus familias, identificados con algún grado de desnutrición en el municipio.

## **5.3. Objetivos específicos**

- Desarrollar alternativas comunitarias de complementación alimentaria dentro del plan de seguridad alimentaria y nutricional.
- Promover el mejoramiento del acceso y el incremento de la oferta de los servicios, detección temprana, protección específica y atención en salud infantil, sexual y reproductiva de los menores de 14 años en alto riesgo y sus familias.
- Desarrollar un sistema de vigilancia nutricional de la población, incluyendo los componentes de la seguridad alimentaria: estado nutricional, producción, disponibilidad y acceso local de alimentos.
- Favorecer el incremento de la oferta de productos agropecuarios básicos dirigida al abastecimiento de las necesidades del consumo local para mejorar la disponibilidad de alimentos en el municipio y de igual manera dar oportunidad de empleo y aumento de recursos económicos para las familias focalizadas.
- Trabajar el componente educativo de una manera global, que se integre en los diferentes programas a ejecutar con el fin de promover la salud y prevenir enfermedades.

## 6. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este plan se adoptó la metodología de Planificación de proyectos orientada por objetivos – ZOPP – complementada con los lineamientos de la planificación estratégica.

En la fase de **DISEÑO**, la definición de la **idea** partió de la priorización de los problemas en el municipio, utilizando información sobre la situación de salud registrada en la localidad, así como del Plan de Desarrollo para el municipio 2008 – 2011 y el Plan de Atención Básica formulado para el mismo periodo. Esta información se obtuvo del diagnóstico situacional del municipio, donde se identificaron 12 problemas considerados prioritarios:

- Alto Índice de desempleo y subempleo
- Bajo nivel Educativo y cultural de la población
- Ineficiencia de la Administración Municipal en el aseguramiento de los servicios sociales a la población
- Deficiente cobertura en el SGSSS e inadecuadas conductas saludables en la población.
- Alto nivel de desnutrición en la población infantil y joven.
- Deficiente prestación de los servicios de acueducto, saneamiento básico, degüello y alumbrado público.
- Alto nivel de discriminación de las poblaciones vulnerables.
- Baja participación en la recreación, el deporte y el buen uso del tiempo libre.
- Creciente Nivel de deterioro del medio ambiente y destrucción de los recursos naturales renovables y no renovables.
- Alto nivel de deterioro de la red vial urbana, terciaria y secundaria.
- Alto déficit cuantitativo y cualitativo de la vivienda rural y urbana

código Inventario de problemas priorizados	
1	Poca integración de las acciones e intervenciones de salud con las de educación
2	Incremento de la violencia intrafamiliar
3	Inadecuadas conductas saludables en la población.
4	Alto nivel de desnutrición en la población infantil y joven.
5	Incremento de los embarazos no deseados en adolescentes

Con éste inventario de problemas, se hizo un ejercicio de **priorización**, utilizando los siguientes criterios:

<p><b>Gravedad:</b> entendida desde la generación de consecuencias – daños para la población</p>	<p>1 punto – Genera consecuencias o daños leves en la población</p> <p>2 puntos – Genera consecuencias moderadas en la población</p> <p>3 puntos – genera daños graves en la población</p>
<p><b>Frecuencia:</b> valorada desde la presencia esporádica o permanente del problema en la población</p>	<p>1 punto – el problema es poco frecuente en la población</p> <p>2 puntos – el problema es frecuente en la población</p> <p>3 puntos – el problema es muy frecuente en la población</p>
<p><b>Vulnerabilidad:</b> dada desde la posibilidad que tiene el problema de ser intervenido e impactado.</p>	<p>0 puntos – El problema no responde a medidas de intervención</p> <p>2 punto – El problema responde parcialmente a las medidas de intervención</p> <p>3 puntos – el problema responde bien a las medidas de intervención.</p>
<p><b>Valoración social:</b> Se parte del hecho de tener un inventario de problemas identificados por la comunidad, así que el interés que se valora en éste ítem es la del grupo técnico de la administración municipal responsable de la ejecución del plan de desarrollo municipal.</p>	<p>1 punto – los actores involucrados muestran poco interés en la búsqueda de solución del problema</p> <p>2 puntos – los actores involucrados muestran interés en la búsqueda de solución del problema</p> <p>3 puntos – los actores involucrados muestran mucho interés en la búsqueda de solución del problema</p>
<p><b>Capacidad técnica:</b> se considera aquí la posibilidad técnica real de intervenir de manera eficiente y efectiva el problema por parte del grupo de proyectistas.</p>	<p>0 puntos – el grupo de proyectistas no tiene la capacidad técnica para proponer la intervención del problema</p> <p>1 punto - el grupo de proyectistas tiene moderada capacidad técnica para proponer la intervención del problema</p> <p>3 puntos – el grupo de proyectistas tiene la capacidad técnica para proponer la intervención del problema.</p>



Al aplicar los anteriores criterios a los problemas identificados, se obtuvieron estos resultados:

Código	Inventario de problemas priorizados	Gravedad (1 a 3)	Frecuencia (1 a 3)	Vulnerabilidad (0 a 3)	Valoración social (1 a 3)	Capacidad técnica (1 a 3)	Total	Priorización
1	Poca integración de las acciones e intervenciones de salud con las de educación	2	3	3	3	2	13	2
2	Incremento de la violencia intrafamiliar	3	3	2	1	1	10	4
3	Inadecuadas conductas saludables en la población.	3	3	2	3	3	<b>14</b>	<b>1</b>
4	Alto nivel de desnutrición en la población infantil y joven.	3	3	2	3	3	<b>14</b>	<b>1</b>
5	Incremento de los embarazos no deseados en adolescentes	3	2	2	3	1	11	3

A partir de la matriz anterior, se decidió que el problema prioritario es el No. 4, sustentado en tres razones: **a)** la posibilidad de involucrar la educación y promoción en conductas saludables como una posible estrategia para la intervención de la desnutrición, **b)** el interés nacional, departamental y local por intervenir esta problemática, y **c)** la capacidad técnica con la que cuenta el equipo de proyectistas, que fortalece su interés en abordar este problema.

Identificado el problema y la idea de intervención, se pasó a la definición del perfil de la propuesta y el análisis de las posibilidades reales de desarrollo. Para lograrlo, se partió del **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**, esto es:

- Análisis del problema, ubicando la situación en el contexto general, particular y singular, que basado en datos e información sobre la

problemática, representaron el soporte para la elaboración del árbol del problema ( figura 1).

- El análisis del problema se complemento y realimento con el análisis de actores para obtener una aproximación frente a la viabilidad de la propuesta (Ver anexo A – Análisis de actores).
- Con lo anterior, se hicieron los análisis de objetivos y de alternativas, tomando como elementos de decisión los lineamientos dados desde la Gerencia del PDSA en la Gobernación del Departamento de Choco y los intereses y posibilidades reales de acción e intervención del comité coordinador del plan municipal que se conformó en el municipio. (Ver figura 2 – Arbol de objetivos (anexo B) y – análisis de alternativas (anexo C).
- Del análisis del árbol de objetivos se establecieron los objetivos específicos que representan los programas y proyectos que se articularán en el plan de SAN para el municipio.

A partir de este análisis, fue posible pasar al diseño del plan, proceso que se soportó en los planteamientos conceptuales y metodológicos de la planificación y sus niveles operacionales en planes, programas y proyectos, que indican diferentes niveles de concreción de la planificación.

De esta manera, el plan municipal de SAN incluye: las decisiones de carácter general y los lineamientos políticos fundamentales en seguridad alimentaria y nutricional; las prioridades que se derivan de esas formulaciones; la asignación de recursos acorde a las prioridades; las estrategias de acción y el conjunto general de medios que se van a utilizar para alcanzar los objetivos propuestos. Su estructuración está dada en programas, entendidos como un conjunto organizado, coherente e integrado de proyectos relacionados o coordinados alrededor de los objetivos general y global.

Los proyectos, serán diseñados y desarrollados como un conjunto de actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas entre sí, que se realizarán con el fin de producir los productos intermedios que faciliten, uno a uno, la aproximación exitosa a la resolución del problema central identificado.

Así, se presenta un plan con 4 programas, y 10 proyectos, así:

**Programa 1- ATENCION INTEGRAL A LA INFANCIA (5 proyectos)**

- (1) Proyecto 1 – Seguimiento Nutricional (peso y talla) e intervención medico-nutricional a la población infantil (Estrategia AIEPI).
- (2) Proyecto 2- Implementación de IAMI (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia.
- (3) Proyecto 3 - Desparasitación
- (4) Proyecto 4 - Jornadas de registro-afiliación en salud.
- (5) Proyecto 5- Jornadas de vacunación.

**Programa 2 - COMPLEMENTACION ALIMENTARIA (2 proyectos)**

- (6) Proyecto 1 - Comedores infantiles para desescolarizados y fortalecimiento de restaurantes escolares.
- (7) Proyecto 2 - Suplementación de micronutrientes para materno infantil.

**Programa 3 - DESARROLLO PRODUCTIVO AGROPECUARIO (1 proyecto)**

- (8) Proyecto 1 - Red de productores

**Programa 4 - PROGRAMA PEDAGÓGICO (1 proyecto)**

- (9) Proyecto 1 - Componente educativo que interviene en todos los proyectos.

**PROYECTO - SISTEMA LOCAL DE VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

Este diseño, se soportó en la Matriz de planificación (ver anexo D) que propone el enfoque de marco lógico. Su implementación está estructurada por etapas de ejecución, que por prioridades de intervención (establecidos desde criterios de viabilidad y factibilidad) permitirán desarrollar los proyectos y los programas en un plazo de tres (3) años.

De acuerdo a la matriz de planificación, cada uno de los **problemas específicos** identificados como causas directas del **problema central**, fue analizado desde las alternativas posibles de solución. Este análisis consideró la interrelación causal tan

marcada en el problema de la desnutrición, y por ello, no se pensó una correspondencia uno a uno entre problemas y soluciones, de allí que se encuentre que una alternativa puede dar respuesta a uno o varios problemas y que un problema puede tener una o varias posibles soluciones.

Estas posibles soluciones, se establecieron como **productos finales esperados** y corresponden a los 4 programas y el proyecto de SISVAN local, que a su vez corresponden a los cinco **objetivos específicos** del plan. De esta forma, los **productos intermedios** están representados en cada uno de los proyectos que conforman los programas, estableciendo para ellos los **indicadores de logro** y los **medios de verificación**, así como los **responsables** y los **supuestos** que deben ser tenidos en cuenta para que el éxito del plan sea posible.

## **7. Análisis de factibilidad**

El costo total del plan en sus fases de diseño e inversión es aproximadamente de \$114.000.000.00, de los cuales, el 45.6% cuenta con financiación proveniente principalmente del municipio y de la Gobernación del departamento, específicamente de la gerencia del Plan departamental de SAN.

El 54.4% restante, que está “por financiar” tiene una alta probabilidad de concreción dado que las entidades consideradas como fuentes de financiación tienen no sólo interés de participación activa en el plan, sino que además hacen parte del Comité municipal de SAN creado desde la alcaldía para garantizar el diseño y puesta en marcha del plan.

## **8. Análisis de viabilidad**

Como ya se ha mencionado, la desnutrición es un problema que por su impacto directo sobre la población infantil y sus repercusiones en el desarrollo de las comunidades, interesa de manera especial a los diferentes actores que se encuentran involucrados de manera directa o indirecta en él.

Los principales interesados en encontrar un solución real, es la comunidad misma, que está siempre en la búsqueda de satisfactores a su necesidad de mejorar sus condiciones de vida, de allí que deban ser considerados no sólo como usuarios, sino además como actores clave en las fases de formulación y ejecución del plan, desde procesos de sensibilización y empoderamiento frente a cada uno de los programas y proyectos establecidos.

A una comunidad sensibilizada y motivada por hacer parte del plan debe sumarse entonces la aceptación política y administrativa que éste tiene, al menos en la intencionalidad de ser formulado para desde allí ser estudiado y avalado en sus diferentes etapas y componentes. Respaldo que va desde la Gobernación de Choco que al incorporar como parte de su plan de gobierno la seguridad alimentaria en el departamento, ha movilizado recursos para garantizar que los municipios a su vez lo incorporen, y este es el caso de la administración del municipio de Condoto que consideró como uno de sus propósitos en el plan de desarrollo, la disminución de la desnutrición infantil.

Esta disposición administrativa departamental y local ha contribuido a que otros actores sociales involucrados en la problemática se vinculen en las diferentes fases del plan, estas son: Escuelas, ESE Hospital San José de Condoto, UMATA y coordinación del PAB, que hacen parte todas del Comité municipal creado para sacar adelante el plan municipal de SAN.

(Ver Anexo A – Análisis de Actores)

## 9. Cronograma

Programas y proyectos		Año <i>Trimestre</i>	Año 1 (Etapa 1)				Año 2 (Etapa 2)				Año 3 (Etapa 3)			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		Estructuración del plan local de SAN para el municipio de Condoto.												
Aprobación del plan local de SAN para el municipio de Condoto.														
Programa de Atención integral a la infancia.	Seguimiento nutricional, intervención medico nutricional (Estrategia AIEPI)	Diseño												
		Inversión												
		Operación												
	Implementación de IAMI	Diseño												
		Inversión												
		Operación												
	Desparasitación	Diseño												
		Inversión												
		Operación												
	Jornadas de registro y afiliación en salud.	Diseño												
		Inversión												
		Operación												
	Jornadas de vacunación.	Diseño												
		Inversión												
		Operación												
Complementación alimentaria.	Comedores infantiles para desescolarizados y fortalecimiento de restaurantes escolares.	Diseño												
		Inversión												
		Operación												
	Suplementación con micronutrientes para materno-infantil.	Diseño												
		Inversión												
		Operación												
Proyecto – SISVAN local		Diseño												
		Inversión												
		Operación												
Desarrollo productivo agropecuario.	Red de productores.	Diseño												
		Inversión												
		Operación												
		Operación												
Programa pedagógico	Componente educativo que interviene en todos los proyectos.	Diseño												
		Inversión												
		Operación												

## 10. Plan de cofinanciación

El siguiente plan de cofinanciación establece el costo estimado en las fases de Diseño e inversión de los programas y proyectos considerados en el plan. La fase de operación será calculada en el momento de la estructuración de cada uno de ellos.

<i><b>Programas y proyectos</b></i>		<b>Financiado ++ (\$)</b>	<b>Por financiar (\$)</b>	<b>Fuentes de financiación</b>					
				<b>Muni cipio</b>	<b>G o b · C H O C O</b>	<b>UMATA</b>	<b>S e c · E d u c ·</b>	<b>ESE</b>	<b>Otro</b>
Estructuración del plan local de SAN para el municipio de Condoto.		6.000.000		X	X	X	X	X	X
Programa de Atención integral a la infancia.	Seguimiento nutricional, intervención medico nutricional (Estrategia AIEPI)	4.000.000	6.000.000	X	X			X	X
	Implementación de IAMI	4.000.000	4.000.000	X				X	X
	Desparasitación	3.000.000	7.000.000	X				X	X
	Jornadas de registro y afiliación en salud.	4.000.000	4.000.000	X	X			X	X
	Jornadas de vacunación.	3.000.000	4.000.000	X	X			X	X
Complementación alimentaria.	Comedores infantiles para desescolarizados y fortalecimiento de restaurantes escolares.	10.000.000	15.000.000	X	X		X		X
	Suplementación con micronutrientes para materno-infantil.	4.000.000	6.000.000	X				X	X
Desarrollo productivo agropecuario.	Red de productores.	6.000.000	4.000.000	X	X	X			X
Programa pedagógico	Componente educativo que interviene en todos los proyectos.	4.000.000	6.000.000	X	X		X	X	X
Proyecto – SISVAN local		4.000.000	6.000.000	X	X		X	X	X
<b>Subtotal</b>		52.000.000	62.000.000						
<b>Total</b>		<b>114.000.000</b>							

++ Los valores que aquí se consignan como “financiados” son los que se encuentran aprobados en el plan de desarrollo del municipio de Condoto 2008-2011.



## 11. BLIBIOGRAFIA

- Documento del Plan de Seguridad Alimentaría y Nutricional para el Choco BITUTE.
- Documento de diagnostico social situacional contenido en el Plan de desarrollo 2008-2011 AVANCEMOS UNIDOS POR CONDOTO.
- Censo DANE.
- Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (2005).
- Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional municipal. Angelopolis 2001-2003. Medio magnético.
- Departamento Nacional de Planeación.
- Restrepo, María Teresa. Indicadores antropométricos en la evaluación del estado nutricional de los menores de cinco años. En Temas de alimentación del niño. Pág. 280.
- OMS. Pautas para capacitar a los agentes de salud comunitarios en nutrición. 2ª edición.

# **12. Anexos**

Anexo A análisis de Actores

Anexo B árbol de objetivo o soluciones

Anexo C análisis de alternativas

Anexo D matriz de Marco Lógico