ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN DOS CENTROS INFANTILES DE LA COMUNA 16 OPERADOS POR EL PROGRAMA BUEN COMIENZO DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN 2016

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE

ESPECIALISTASEN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

YESENIA RIOS ROLDAN

NATALIA ROHENES QUEVEDO

DOCENTE:

JUAN JOSE ACOSTA GOMEZ

FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

ESCUELA DE POSGRADOS

MEDELLÍN

2016

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de grado a Dios y a nuestras familias. A Dios porque nos ha acompañado en cada paso que damos hacia el cumplimiento de nuestras metas y sueños a nuestras familias porque algo largo de la vida nos han apoyado en todo momento siendo el pilar fundamental en la construcción de nuestro futuro.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a la Universidad Luis Amigó por darnos la oportunidad de ser parte de su selecto grupo de especialistas.

A nuestro asesor del proyecto de grado, el Dr. Juan José Acosta, por sus conocimientos, paciencia y motivación.

A la Fundación Carla Cristina por abrir las puertas de su institución y permitirnos el acceso a toda la información requerida para nuestro proceso formativo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 5
1. CONTEXTO 7
1.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA PROGRAMA BUEN COMIENZO 7
1.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA FUNDACIÓN CARLA CRISTINA 12
2. EL PROBLEMA 16
2.1 ANTECEDENTES 16
2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16
3. MARCO TEÓRICO 21
3.1 SOBREPESO Y OBESIDAD 21
3.2 CAUSAS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD 23
3.3 CONSECUENCIAS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD 24
3.4 TRATAMIENTO E INTERVENCIONES
4. MARCO LEGAL 28
4.1 CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA 1991 28
4.2 LEY ESTATUTARIA 1751 DEL 6 DE FEBRERO DE 2011 31
4.3 LEY DE OBESIDAD 32
4.4 DECRETO 2771 DE 2008 ACTIVIDAD FISICA 35
LEGISLACIÓN ARTICULADA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD 38
5. JUSTIFICACIÓN 41
6. OBJETIVOS Y PRODUCTO ESPERADO 43
7. METODOLOGIA 45
8. RESULTADOS 51
9. ANALISIS DE FACTIBILIDAD 54
10. ANALISIS DE VIABILIDAD 54
11. CRONOGRAMA DEL PROYECTO 54
12. ANALISIS DE COSTOS 57
13. CONCLUSIONES 58
14. RECOMENDACIONES 59
15. BIBLIOGRAFIA Y CIBERGRAFIA 61
16. ANEXOS 63

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO A: ARBOL DE PROBLMES
ANEXO B: ARBOL DE SOLUCIONES
ANEXO C: MATRIZ DE MARCO LÓGICO
ANEXO D: FORMATO DE BASE DE DATOS DE ANTROPOMETRÍA
ANEXO E: FORMATOS DE ESTADÍSTICA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL
ANEXO F: CARTA DE SOLICITUD DE UTILIZACIÓN DE DATOS DE NIÑOS, NIÑAS Y FAMILIAS DE LAS SEDES LAS VIOLETAS Y RICARDO ANEL.
ANEXO G: CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN PARA UTILIZACIÓN DE DATOS DE NIÑOS, NIÑAS Y FAMILIAS DE LAS SEDES LAS VIOLETAS Y RICARDO ANEL.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo de grado se realizó una revisión y análisis de datos reales de la situación de sobrepeso y obesidad a nivel local en dos centros infantiles de la comuna 16 operados por el programa Buen Comienzo de la Secretaría de Educación de la Alcaldía de Medellín dirigido a la población vulnerable seleccionada por criterios de puntaje de SISBEN, edad entre otras, para compararlo con el panorama de Colombia, además de conocer experiencias exitosas relacionadas con este problema de salud pública que puedan ser utilizadas como referentes en proyectos de educación locales teniendo en cuenta la regulación y legislación colombiana la cual decidimos abordar desde esta especialización porque se encuentra enmarcada en la crisis de salud que afecta al país.

Existe una profunda preocupación como Nutricionistas Dietistas pertenecientes al gremio de la salud, por el aumento de los niveles de sobrepeso y obesidad que afecta a la población infantil mundial, más específicamente a la ciudad de Medellín, Antioquia.

Es importante que el sobrepeso y obesidad se perciban como lo que son realmente: como enfermedades y no desde el punto de vista estético, se trata de un verdadero problema de salud pública que acarrea grandes consecuencias para el

sistema, los niños y niñas que padecen exceso de peso en caso de no ser intervenidos integralmente de forma oportuna serán adultos obesos con alto riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares entre otras.

En Colombia uno de cada dos adultos presenta Sobrepeso y Obesidad y en niños se presenta en el 17,5% de la población, para Antioquia el datos es de 18,3% (ENSIN 2010). Estos datos muestran la alarmante situación que vive el país y nuestra región.

Al realizar el análisis de los datos antropométricos de dos instituciones educativas del barrio Belén del municipio de Medellín que atienden niños menores de 5 años encontramos que para el primer trimestre del años 2016 el 25% ya presentan malnutrición por exceso superando los niveles departamental y nacional; esto muestra la necesidad de realizar intervenciones efectivas y tempranas que contribuyan a disminuir el riesgo de complicaciones en la vida adulta.

Algunas de las causas por las cuales se presenta esa situación es por la exposición de los niños a alimentos pobres en micronutrientes, hipercalóricos, ricos en grasa, azúcar y sal, que suelen ser de fácil acceso. Estos hábitos alimentarios y un bajo nivel de actividad física tienen como resultado el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad infantil.

En cuanto al costo social de la obesidad debe existir claridad en que el objetivo del sistema de salud no se centra en el aspecto económico de las enfermedades sino en mejorar la salud de la población, por ello la gran importancia de entender que dicha enfermedad no solo tiene costos directos por el tratamiento de dichas enfermedades, sino que también tiene costos indirectos como la pérdida de productividad de la persona que la padece.

También cuando se habla de costos es importante mencionar a las grandes industrias de ventas de alimentos de bajo contenido nutricional y bebidas gaseosas y azucaradas, si bien es cierto que sus aportes en impuestos benefician ciertas área de la salud y patrocinio a deportistas entre otros; es mucho más alto el costo que el sistema de salud tienen que pagar por el tratamiento del sobrepeso y obesidad y las enfermedades crónicas que estos acarrean.

1. CONTEXTO

1.1 PLATAFORMA ESTRATEGICA DEL PROGRAMA BUEN COMIENZO (B.C)

1.1.1 OBJETIVO GENERAL PROGRAMA B.C:

Promover el desarrollo integral, diverso e incluyente de niñas y niños desde la gestación hasta los 5 años, en una perspectiva interdisciplinaria de ciclo vital, protección de los derechos y articulación interinstitucional. (1)

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS PROGRAMA B.C:

• Asegurar procesos de educación inicial a favor del desarrollo integral de la primera infancia, en ambientes sanos y seguros mediados por la familia, adultos significativos y agentes educativos.

• Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan el cuidado, la adecuada nutrición, el bienestar físico, emocional, sociocultural de los niños y las niñas.

• Establecer las articulaciones interinstitucionales e intersectoriales necesarias para adoptar las medidas de protección integral y la consolidación de una política pública local de primera infancia que soporte la sostenibilidad de la atención integral.

• Movilizar a las familias, comunidad, instituciones y a la sociedad en general en el marco de la corresponsabilidad, hacia acciones en favor de los niños y las niñas.

• Formar a los agentes educativos de primera infancia, a través de la estrategia de Aula Taller, para brindar una atención integral de calidad.

• Garantizar el acceso oportuno a niños y niñas de niveles 1 y 2 del SISBEN desde la gestación hasta los cinco años a procesos de atención integral. Los cuatro pilares o

líneas estratégicas sobre los que descansa el programa.

BUEN COMIENZO BRINDA:

a. Cobertura en Atención Integral a niños y niñas.

b. Espacios de Primera Infancia

c. Formación de Agentes Educativos

d. Movilización para la corresponsabilidad en la atención integral a la primera Infancia.

1.1.3 ¿CÓMO SE BRINDA LA ATENCIÓN EN EL PROGRAMA B.C?

Las familias llegan a Buen Comienzo en la gestación, etapa en la que se les brinda acompañamiento en salud, nutrición, atención psicosocial y estimulación adecuada, a través de encuentros quincenales y visitas de seguimiento y acompañamiento en el hogar.

Reciben una completa asesoría en pautas de crianza y son llevadas de la mano por el camino de la gestación, acompañadas por profesionales como nutricionistas, pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales y educadores físicos. (2)

Una vez nace el bebé, la atención continúa con la familia lactante. Así el niño y la madre siguen asistiendo a encuentros de estimulación, nutrición y creciendo en familia, para que el crecimiento sea adecuado.

El programa Buen Comienzo promueve la lactancia materna de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y las madres son acompañadas también en este proceso.

La familia es el primer agente educador del niño y la niña, por eso el proceso continúa hasta los dos años de edad, reciben atención en sus hogares, lo que les permite un estímulo mayor y un afianzamiento en el vínculo afectivo con sus personas significativas; siguen recibiendo acompañamiento nutricional y el seguimiento a su crecimiento continúa. Durante esta etapa las familias asisten a encuentros cada 10 días y son visitadas en el hogar por los profesionales del Programa.

Al cumplir dos años los niños y niñas son "promovidos" al Entorno Institucional, ingresando a un centro o jardín infantil. Allí permanecerá cinco u ocho horas al día, recibiendo el 75% de su requerimiento calórico diario, educación inicial a cargo de profesionales en pedagogía, cuidado, recreación, estimulación adecuada para su edad.

La atención que se brinda en esta etapa va de la mano con el acompañamiento familiar y culmina a los cinco años, cuando los niños pasan a su grado de Transición a la educación regular.

- Entorno Familiar: Brinda atención a familias gestantes, lactantes niños y niñas hasta los dos años.
- Entorno Institucional

  Jardines Infantiles: Se ofrece atención integral a niños y niñas a partir de los 3 meses y hasta los 5 años de edad, en jornadas de ocho (8) horas diarias, en infraestructuras de propiedad del municipio de Medellín.

  Centro Infantil -8 horas: Se ofrece atención integral de manera prioritaria a niños y niñas desde los dos (2) años y hasta los cinco (5) años, en jornadas de ocho (8) horas diarias.

  Algunos centros infantiles cuentan con infraestructura donde se ofrece atención a niños y niñas desde los tres (3) meses y hasta los 23 meses.

  Ludotecas - 5 Horas: Opera en articulación con el Instituto de Deportes y Recreación – INDER. Allí se atienden niños y niñas, de dos (2) a cinco (5) años de edad, en jornadas de cinco (5) horas diarias.

¿Cómo ser beneficiario del Programa Buen Comienzo?

- Los siguientes son los criterios de ingreso para que un niño o niña reciba atención integral por parte del programa Buen Comienzo:
- Familias con puntaje del SISBEN igual o inferior a 60.

- Familias gestantes.
- Niños y niñas que vivan en la ciudad de Medellín.
- Niños y niñas hasta 5 años de edad.
- Niños y niñas que no sean atendidos por Hogares Comunitarios u otra modalidad del ICBF.
- Familias beneficiarias del programa Medellín Solidaria.
- Familias en situación de desplazamiento.
- Familias en proceso administrativo de restablecimiento de derechos.
- Familias que pertenecen a minorías étnicas.
- Hijos de actores desvinculados o desmovilizados del conflicto armado.
- La familia debe ponerse en contacto con la sede del programa Buen Comienzo más cercana a su residencia, y si está en etapa de gestación debe acercarse a los Centros de Salud o Unidades Hospitalarias de Metrosalud en la ciudad.

1.2 PLATAFORMA ESTRATEGICA FUNDACION CARLA CRISTINA (FCC)

Carla Cristina es una Fundación educadora que opera el programa Buen Comienzo en la modalidad Entorno Institucional 8 horas en diferentes barrios de Medellín.

Su plataforma estratégica es:

MISIÓN

Contribuir al desarrollo integral de la primera infancia en comunidades socioeconómicamente vulnerables del departamento de Antioquia, utilizando como estrategia fundamental la educación y la nutrición con calidad.

VISIÓN

Ser la mejor organización en Antioquia en atención integral a la primera infancia, con un modelo propio, replicable y con producción de conocimiento, apoyada en personal con competencias de alto estándar.

Los Centros infantiles de las cuales se tomaron los datos para ser analizados y revisados se encuentra ubicados en el Barrio Belén AltaVista (C.I Ricardo Ángel) y las Violetas (C.I Las Violetas) cada una atiende 230 y 130 niños respectivamente.

El barrio Belén se encuentra ubicado en la comuna 16 del municipio de Medellín, en la zona suroccidental y limita al norte con la comuna nº 11 Laureles- Estadio, por el oriente con la comuna con la Comuna n.º 15 Guayabal; al Sur y al Occidente con el Corregimiento de AltaVista. Es de anotar que el límite al sur aún no está muy claro como se observa en la Figura 1

FIGURA 1: MAPA MINUCIPIO DE MEDELLIN Y DELIMEITACION DEL LA COMUNA 16

La comuna 16 tienen (Belén) tiene algunas características sociales y demográficas descritas en el Perfil Alimentario y Nutricional de 2015 del Municipio de Medellín y sus alrededores, algunos de esos datos son: en Belén se encontró que 35,6% de los jefes del hogar tienen entre 60 y más años, el 51,4% de la jefatura de hogar es femenina y pertenecen en un 80,9% al régimen contributivo lo que quiere decir que tienen algún tipo de trabajo que les permite ser afiliaros a este régimen ya sea independiente o "Por su cuenta". También se encontró que el 14,7% tienen niveles de estudios tecnológico y universitarios 23%, es decir que más del 60% de los jefes de hogar tienen estudios técnicos o inferiores lo que pude representar un riesgo según lo indica un estudio realizado Granada (España) sobre la Influencia del entorno familiar en el desarrollo del

sobrepeso y la obesidad en una población de escolares (3) Sin embargo también se conocen estudios como el de la ENSIN (Encuesta Nacional de la Situación Nutricional) en Colombia que muestra una relación positiva entre nivel académico de los padres y cifras de sobrepeso y obesidad.

Con relación al número de personas por hogar se observa que en esta comuna el 69,4% tienen entre 2 y 4 habitantes y en promedio ven 2 horas/día de televisión los menores de 5. La proporción de niños que alguna vez recibió lactancia materna es de 88% (4) dato que se considera relevante ya que la lactancia materna como lo indica un una revisión realizada por el Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada es un factor protector de la obesidad infantil, ya que disminuye la velocidad de la ganancia de peso en los primeros años de vida. Esto reduce el riesgo de incremento de la adiposidad abdominal que, a su vez, es un factor que aumenta la probabilidad de la obesidad o sobrepeso en la adultez. (5)

2. EL PROBLEMA

2.1 ANTECEDENTES

En los últimos años la prevalencia del sobrepeso y obesidad en los niños y niñas ha aumentado significativamente, especialmente se ha visto este fenómeno con mas fuerza en los países más desarrollados según informes del año 2011 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En países como el nuestro que se encuentra en vía de desarrollo la realidad no es muy diferente, según la ENSIN realizada en Colombia en el año 2005 el 3,1% de los niños menores de 5 años presentaban exceso de peso (P/T >2ds) y en 2010 pasamos a 5.1% en el mismo grupo poblacional según indicador de IMC (>2ds). Esta situación se ha asociado a los cambios en la cultura alimentaria. Este aumento se ha relacionado con una mayor ingesta de cereales refinados, azucares añadidos, bebidas azucarados, grasas solidas añadidas y alto consumo de carbohidratos entre otros.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y

medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. La OMS informa que de 1990 a 2013 pasamos de 32 a 42 millones de niños entre 0 y 5 años que presentan exceso de peso, esto en los países con economías emergentes (Clasificación del Banco mundial) la prevalencia seria del 30% y se estima que si se mantienen las tendencias actuales el 2025 el número de niños que padecerían de esta condiciones será 70 millones.

La incidencia del Sobrepeso y Obesidad en la niñez representa un grave problema ya que se asocia a un mayor riesgo de múltiples enfermedades en la vida adulta entre ellas: la diabetes tipo II, la hipertensión arterial, enfermedades del corazón, problemas ortopédicos, dificultades emocionales, dificultades para respirar, apneas, interferencias en el sueño, somnolencia, trastornos cutáneos, transpiración excesiva, hinchazón de los pies y los tobillos, trastornos menstruales en las mujeres, asma, cáncer y enfermedad de la vesícula biliar. (6)

La obesidad y el sobrepeso se desarrollan de forma insidiosa y paulatina en el curso del tiempo. Puede iniciarse con sobrepeso al nacer, durante el primer año de vida o en cualquier otra edad y perpetuarse progresivamente desde la infancia y adolescencia hasta la edad adulta. (7)

Recientemente se han publicado datos de valores del índice de masa corporal (IMC) en la infancia y adolescencia y su relación con el desarrollo de obesidad en la edad adulta para una muestra de 2.610 niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad seguidos hasta los 18-37 años de edad (estudio Bogalusa). Los porcentajes de obesidad en la edad adulta fueron muy elevados entre aquellos niños y adolescentes cuyos valores de IMC fueron superiores a los de percentil 95 en cualquier intervalo de edad. Entre el 76 y el 93% de los niños y del 73 al 90% de las niñas con un IMC superior al percentil 95 fueron obesos en la edad adulta[4]

Además, los niños y niñas con sobrepeso u obesidad pueden llegar a tener una imagen muy deteriorada de sí mismos y sentirse inferiores y rechazados/as, ser objeto de burlas por sus compañeros y amigos. El acoso del que muchas veces son víctimas dificulta tanto a corto como a largo plazo su desarrollo social y psicológico y aumentar el riesgo de sufrir depresión o trastornes en su conducta alimentaria como anorexia, bulimia, atracones compulsivos entre otros.

Otro aspecto a tener en cuenta sobre la problemática que significa la creciente epidemia de sobrepeso y obesidad son los altos costos que esta representa para el sector salud ya que como hemos mencionado el exceso de peso se origina múltiples enfermedades

crónicas que requieren tratamientos de alto valor que terminan afectando las cuentas de nuestro sistema enfocado en curación y no en la prevención, según las cifras reportadas en informe de cuentas de alto costo del gasto público del ministerio de salud, el sistema de salud colombiano ha invertido un total de 25 billones de pesos en tratamientos para enfermedades crónicas no trasmisibles, de los cuales, 4 billones de pesos han sido para tratamientos contra el cáncer, un billón en enfermedades renales crónicas y trasplante renal; 7 billones en enfermedad renal crónica estado 0 al 4; 5 billones en diabetes Mellitus y 6 billones en Hipertensión arterial.

Los recursos totales del sistema de seguridad social, incluyendo el gasto privado, se aproximan a los 30 billones. De esas cifras cerca de 1,2 billones de pesos, es decir, el 5% se encuentran relacionados con los problemas de obesidad y sobrepeso.

Toda la información mencionada anteriormente relacionada con la salud y su impacto en el sistema de salud nos ilustran de forma clara la importancia que cobra el exceso de peso como problema de salud pública.

En la ciudad de Medellín según el Perfil Alimentario y Nutricional 2015 los menores de 5 años presentaban en un 21,3% exceso de peso, situación que no está lejos de los datos registrados en los dos Centros Infantiles (Ricardo Ángel Villa y Las Violetas) operados por el programa Buen Comienzo de la ciudad de Medellín en los cuales se ha observado

una prevalencia del 25% de sobrepeso y obesidad según los resultados obtenidos en el primer control antropométrico en la población infantil atendida en el año 2016.

Se hace necesario entonces realizar una revisión y análisis de la situación encontrada según los datos obtenidos de estos dos centros infantiles en comparación con lo encontrado en Colombia y el mundo, que permita realizar actividades efectivas para el manejo del sobrepeso y la obesidad, ya que el porcentaje encontrado en estos centros infantiles es muy alto lo cual nos alerta sobre la grave situación de salud que podría sobrevenir a estos niños en su vida adulta, adicionalmente se generan interrogantes sobre el estilo de vida de las familias de estos niños y niñas y que aspectos de su comportamiento como altos consumo de azúcar, grasa carbohidratos e incluso alto consumo de proteínas, adicionalmente el sedentarismo conducta que están en constante crecimiento entre esta población genera también preocupación y muestra aún más la necesidad de análisis concienzudos e ideas de intervención efectivas para un abordaje que permita aportar de forma positiva al mejoramiento de la calidad de vida de estas familias.

3. MARCO TEORICO

3.1 SOBREPESO Y OBESIDAD

Se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos y niños. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m2). (8)

La definición de la OMS para adultos es la siguiente: Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso, un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Es importante aclarar que este indicador no proporciona información sobre la composición corporal, es decir no calcula como está distribuida la masa corporal o que tanto porcentaje tienen un individuo de grasa, musculo, hueso o fluidos.

En la población infantil el IMC se puede calcular en todas la edades, sin embargo existen otros indicadores establecidos por la Organización mundial de la Salud (OMS) en el 2006 conocidos como “Patrones de referencia para menores de 5 años” los cuales

tienen como soporte el estudio multicentrico desarrollado desde 1997 hasta 2003 en seis países de los diferentes continentes del mundo (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos). Los principales criterios de inclusión de las subpoblaciones del estudio multicentrico fueron:

- Nacimiento a término de un solo niño
- Nivel socioeconómico favorable para el crecimiento
- Madres no fumadoras
- Bajo nivel de migración de las familias
- Sistemas de apoyo a la lactancia materna
- Cumplimiento de recomendaciones en alimentación.

Adicionalmente estos patrones de crecimientos fueron adoptados en Colombia a través de la resolución 2121 de 2010 del Ministerio de la protección social y basados en esto se realiza la clasificación de los datos de peso y talla de los niños y niñas de los centros infantiles incluidos en esta revisión.

Todos los indicadores utilizados se expresaron en términos de puntuación Z o puntuación de Desviaciones Estándar, las cuales se usan para describir la distancia que

hay entre la medida de un niño colombiano y la medida de su par por edad y sexo de la referencia internacional de la OMS. Cuadro 1

CUADRO 1: Criterio De Clasificación De Estado Nutricional De Niños Y Niñas Menores De 5 Años

Indicador	Clasificación*	Punto de corte
Peso para la edad	Peso muy bajo para la edad o desnutrición global severa Peso bajo para la edad o desnutrición global	Menos de -3 DE Menos de -2 DE
Talla para la edad	Talla baja para la edad o retraso en talla	Menos de -2 DE
Peso para la talla	Peso bajo para la talla o desnutrición aguda	Menos de -2 DE
Índice de masa corporal	Sobrepeso (denominado como Posible riesgo de sobrepeso por la OMS) Obesidad (denominado como Sobrepeso u obesidad por la OMS)	Mayor a 1 y menor o igual a 2 DE Más de 2 DE

* Según la Resolución 2121 del 9 de junio del 2010

3.2 CAUSAS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido: un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

Colombia, al igual que otros países en Latinoamérica que son clasificados como de ingreso medio, está viviendo actualmente un proceso de transición demográfica, epidemiológica y nutricional. La transición demográfica se conoce como el fenómeno que se dio en los países industrializados al pasar de "altos a bajos niveles de la mortalidad primero, y posteriormente de la fecundidad, para así llegar a una nueva fase con niveles bajos en ambas variables. En la etapa pre transicional, de alta mortalidad y fecundidad, las tasas de crecimiento de la población fueron relativamente bajas y en una segunda fase ocurrió un aumento de las mismas por efecto de la disminución de la mortalidad y la permanencia todavía de una alta fecundidad. Luego, con posterioridad al descenso de la mortalidad se produce una caída más pronunciada de la fecundidad y, como consecuencia, una reducción en la tasa de crecimiento de la población. Finalmente, se llega a un nuevo equilibrio, ahora con baja mortalidad y fecundidad y también con una baja tasa de crecimiento de la población" (Cepal, 2004)

En la población a la que se le realizó la revisión se encontraron algunas situaciones similares a las descritas anteriormente, ya que como lo veremos en los resultados, las familias acceden con facilidad a gran variedad de alimentos conocidos como snacks que son ofrecidos a los niños sin contar su aporte alto aporte calórico y bajo contenido de micronutrientes, además de consumir los alimentos no ajustando el tamaño o numero de porciones a las necesidades metabólicas si no al gusto del niño.

Existen además algunos otro factores que pueden influir en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad y que con frecuencia son mencionados por lo padres como los principales responsables de la situación:

El factores genéticos: Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %; cuando solo uno es obeso será 41 a 50 % y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 %. Esta eventualidad tiende a agregarse en familias, su forma de herencia no corresponde a los patrones conocidos. Se ha demostrado que mecanismos neurohormonales, epigenética, y microbiológicos pueden influir en el riesgo para la obesidad mediante la interacción con factores socioambientales.

Es oportuno decir entonces que la obesidad es multicausal y sus factores de riesgo interactúan durante todo el ciclo de vida.

Durante el embarazo por ejemplo si la madre sufre diabetes gestacional, obesidad y tabaquismo puede aumentar el riesgo de que se presente sobrepeso y obesidad.

Al nacer los niños con menor peso y mayor crecimiento en peso durante los primeros años de vida son los que tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad tempranamente. Además los niños nacen con una preferencia por los sabores dulces, y a los cuatro meses aparece el gusto por los alimentos salados, por lo que rechazan alimentos nuevos y responden a la densidad energética de éstos. Los niños con lactancia materna exclusiva

aceptan alimentos nuevos ya que los sabores provenientes de la dieta materna le son traspasados a través de la leche materna.

Las prácticas alimentarias de los padres están modeladas culturalmente. En escasez de alimentos, los niños eran estimulados a comer cuando había alimentos disponibles, incluso en ausencia de hambre, estilo de crianza que permanece hasta estos días. Niños de 3 a 5 años presentan escasa capacidad para regular la ingesta. Cuando se les ofrecen grandes porciones de alimento, incrementan su ingesta sobre el 25%.La pérdida de tiempos de comida en familia afecta el control familiar sobre la alimentación, aportando menores oportunidades de observar buenos modelos de alimentación (9)

3.3 CONSECUENCIAS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD PARA LA SALUD

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como:

- Las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía y accidente cerebrovascular),
- La diabetes; los trastornos del aparato locomotor (osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones e incapacitante)
- El cáncer (de endometrio, de mama y de colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

A demás de las enfermedades mencionadas un factor preocupante es que la obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Pero además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

3.4 TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), si se llegara a erradicar la obesidad, se reduciría la diabetes en 60%, en 20% la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares y casi en 30% la hipertensión arterial. Estimaciones similares afirman que la práctica de actividad física moderada en toda la población reduciría en un 30% las muertes por enfermedades coronarias, 25% de diabetes y cáncer del colon, 12% el cáncer de la mama 15% los accidentes vasculares cerebrales en 10% por fractura de la cadera. Estas cifras muestran la importancia y los beneficios que podrían traer a la sociedad una intervención oportuna y efectiva a esta problemática.

Una de las herramientas política de mayor importancia para los temas de salud y que sirve como amparo para los programas encaminados a salud pública es El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 el cual está enmarcado en el Plan Nacional de

Desarrollo 2010 – 2014 (Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2011) el cual explícitamente muestra la preocupación nacional por la situación que se vive en el país con relación al sobrepeso y la obesidad.

Dentro de las dimensiones prioritarias del PDSP encontramos "Vida saludable y condiciones no trasmisibles" (Numeral 8.2) la cual tienen como una de sus metas "Disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres de 18 a 64 años a 35.9%, en mujeres de 18 a 64 años a 44.6% y en mujeres de 13 a 49 años a 30.2% en 2015, además Disminuir obesidad abdominal por debajo de 39,8% en hombres y de 62% mujeres. (prioridad en población infantil, juvenil y gestantes) (10). Aunque el PDSP no habla directamente de obesidad infantil si se puede entender que al realizar intervenciones en las familias se afectan implícitamente las hábitos de los niños y niñas y por ende se aporta al mejoramiento de la situación.

Frente a esta situación, Olivier De Schutter en abril del 2012 considera necesario adoptar las cinco Acciones Prioritarias, para abordar el componente nutrición de la epidemia de obesidad, en el marco de los Derechos Humanos. Estas acciones son:

1. Gravar impuestos a alimentos no saludables: En Colombia no ha sido exitosa esta propuesta que ya ha sido expuesta por el ministerio de salud como alternativa para incentivar la disminución del consumo de bebidas azucaradas, sin embargo recientemente la ANDI anuncio un acuerdo para la "no venta" de este tipo de bebidas en

escuelas primarias. Aun no estamos en la etapa de implementación pero la considera una buena estrategia.

2. Establecer regulaciones legales a alimentos ricos en grasas saturadas, sal y azúcar: Aun no tenemos regulados en nuestro país este tipo de productos.

3. Prohibir / restringir publicidad de "Alimentos no saludables", especialmente a niños: El acuerdo mencionado anteriormente de la ANDI menciona además tener una mayor regulación para los comerciales de estas bebidas en horario considerado "infantil" que busca no motivar a los niños a consumirlos a través de las propagandas altamente sugestivas que se promocionan en la actualidad. Aunque esta puede ser una buena iniciativa las bebidas azucaradas no son los únicos alimentos que aporta grandes cantidades de calorías en una pequeña porción por ello la regulación deberá contemplar una amplia variedad de productos que al igual que las bebidas gaseosas favorecen los malos hábitos.

4. Revisar los subsidios a determinados productos agrícolas:

5. Estimular y apoyar la producción local de alimentos para que los consumidores tengan acceso a alimentos nutritivos, frescos y saludables.

Estas dos últimas recomendaciones cumplirían un papel fundamental ya que los alimentos de alto valor biológico tienden a ser más costosos por lo que muchas familias prefieren consumir los de bajo costo pero de bajo aporte nutricional.

4. MARCO LEGAL

A nivel nacional se encontró un amplio número de referentes teóricos relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad los cuales se convierten en el fundamento legal para dar lugar a la realización de intervenciones y contribuir a la reducción de las cifras de sobrepeso y obesidad infantil. A continuación se citan algunas de ellas.

4.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991

Por medio de esta, se establece el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños y en cuanto a la oferta y la producción agrícola se establecen los deberes del Estado.

Artículo 44: Título 2 - De los derechos, las garantías y los deberes , Capítulo 2: De los derechos sociales, económicos y culturales

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. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Artículo 49: Título 2 - De los derechos, las garantías y los deberes , Capítulo 2: De los derechos sociales, económicos y culturales

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será

gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Artículo 52: Título 2 - De los derechos, las garantías y los deberes , Capítulo 2: De los derechos sociales, económicos y culturales

El ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano. El deporte y la recreación, forman parte de la educación y constituyen gasto público social. Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre. El Estado fomentará estas actividades e inspeccionará, vigilará y controlará las organizaciones deportivas y recreativas cuya estructura y propiedad deberán ser democráticas.

Artículo 78: Título 2 - De los derechos, las garantías y los deberes , Capítulo 3: De los derechos colectivos y del ambiente

La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización. Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios. El Estado garantizará la

participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen. Para gozar de este derecho las organizaciones deben ser representativas y observar procedimientos democráticos internos.

4.2 LEY ESTATUTARIA 1751 16 DE FEBRERO DE 2015

Está directamente relacionada con el derecho al acceso al servicio de salud de manera oportuna, eficaz y de calidad.

Artículo 1:

Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 20 • Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

4.3 LEY DE OBESIDAD 1355 DE 1993

Esta ley define a la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional - CISAN, como la máxima autoridad rectora de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia, establece sus integrantes y funciones.

Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. (11)

Decreta:

Declarase. La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardiacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.

ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación

Las determinaciones establecidas en esta ley serán aplicables a las Entidades y Organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y la distribución de alimentos; así como a las entidades encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte planeamiento y seguridad vial. Serán

beneficiarios de esta ley la población colombiana, en especial los grupos vulnerables.

ARTÍCULO 3. Promoción.

El estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y desarrollo territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Publicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.

ARTÍCULO 4. Estrategias para promover una Alimentación Balanceada y Saludable.

Los diferentes sectores de la sociedad impulsaran una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:

- Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras.
- Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un programa de

educación alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.

ARTÍCULO 11. Regulación del consumo de alimentos y bebidas en centros educativos.

-Las instituciones educativas públicas y privadas que suministren el servicio de alimentación de manera directa o a través de terceros, deberán ofrecer una diversidad de alimentos que cubran las necesidades nutricionales de su comunidad, siguiendo, entre otras referencias, las guías alimentarias del Ministerio de la Protección social y del ICBF, velando por la calidad de los alimentos que se ofrecen y de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social a que se refiere el artículo 8° de la presente ley.

-Las instituciones educativas públicas y privadas deberán implementar estrategias tendientes a propiciar ambientes escolares que ofrezcan alimentación balanceada y saludable que permitan a los estudiantes tomar decisiones adecuadas en sus hábitos de vida donde se resalte la actividad física, recreación y el deporte, y se adviertan los

riesgos del sedentarismo y las adicciones. Para el desarrollo de esta estrategia podrán contar con el apoyo de las empresas de alimentos.

4.4 DECRETO 2771 DE 2008 ACTIVIDAD FISICA

Se establecen estrategias de movilidad para promocionar estilos de vida saludables desde el ámbito público y privado para contribuir al bienestar de las personas.

Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física

Artículo 3°. Funciones de la Comisión. La Comisión Nacional Intersectorial, tendrá las siguientes funciones:

1. Coordinar y desarrollar estrategias para la promoción de estilos de vida saludables y prevención y control de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT).

2. Ejercer la coordinación, formulación, gestión, ejecución y evaluación de programas y proyectos intersectoriales y comunitarios dirigidos a promover la actividad física y los estilos de vida saludables a nivel nacional y territorial.

3. Coordinar con todas las entidades del orden nacional la inclusión en sus presupuestos de recursos para la promoción y prevención de la salud y el fortalecimiento de los estilos

de vida saludables de los colombianos, mediante la adopción de programas que a partir de la actividad física garanticen un uso eficiente de los mismos.

4. Orientar el marco normativo sobre el cual se fundamenta el desarrollo de programas y proyectos de actividad física en cada uno de los sectores.

5. Promover y coordinar acciones para que las entidades públicas, privadas y de cooperación internacional, coadyuven la ejecución de políticas de promoción de la actividad física y los estilos de vida saludables.

6. Diseñar y desarrollar alianzas, estrategias, planes, programas y proyectos con los distintos organismos que integran la comisión que permitan promocionar estilos de vida saludable en la población colombiana a fin de reducir el sedentarismo y las enfermedades crónicas no trasmisibles.

7. Dar herramientas a las entidades territoriales para la creación o mejoramiento de programas de actividad física con una perspectiva intersectorial y comunitaria.

8. Sugerir mecanismos preventivos de estilos de vida saludables para su adopción por las entidades educativas a nivel general (básica primaria y secundaria, media y educación superior) en coordinación con el Ministerio de Educación.

9. Diseñar en coordinación con el Ministerio de la Protección Social e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Protección Social, estrategias para la prevención del sedentarismo dentro de las actividades de salud ocupacional de las empresas.

10. Apoyar a los municipios en sus propuestas para la generación de escenarios en el espacio urbano como parques, zonas verdes y transporte alternativo, que promuevan e incentiven la actividad física, en coordinación y con base en los parámetros técnicos y normatividad vigente de los Ministerios de Transporte y Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial.

11. Diseñar e implementar estrategias de movilización y socialización, con el acompañamiento de los medios de comunicación, en la promoción de la actividad física.

12. Evaluar periódicamente los avances de los programas, proyectos intersectoriales de promoción de la actividad física.

13. Las demás necesarias para el cumplimiento de los objetivos de la Comisión Nacional Intersectorial.

LEGISLACION ARTICULADA EN EL AMBITO DE LA SALUD

Es importante traer a colación estas leyes ya que se encuentran directamente relacionadas con la salud y el bienestar de las personas.

- Ley 1122 de 2007, estableció en sus artículos 32 y 33 que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país;
- Ley 1083 de 2006, establece normas sobre planeación urbana sostenible, dispone criterios que se deben adoptar por los municipios y distritos en los planes de ordenamiento territorial en relación con la movilización en modos alternativos de transporte;
- Ley General de la Cultura, Ley 397 de 1997, señala diferentes alternativas para promover la práctica de la actividad física, en la medida que múltiples expresiones culturales están basadas en el movimiento;
- Ley 181 de 1995, en su artículo 3°, numeral 5, dispone como uno de los objetivos del Estado para garantizar el acceso de las personas a la práctica del deporte y la recreación, fomentar la creación de espacios que faciliten la

actividad física, el deporte y la recreación como hábito de salud y mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar social;

- Ley 115 de 1994, Ley General de Educación, reconoce a la educación física, la recreación y la utilización adecuada del tiempo libre, como uno de los fines de la educación colombiana, y establece su carácter de proyecto pedagógico transversal obligatorio del currículo en la educación preescolar, básica y media;

Que el incremento del sedentarismo es un serio problema de salud pública que afecta la calidad de vida de los individuos, especialmente a los niños y adolescentes, el cual debe ser abordado por el sector de la salud y los demás sectores involucrados de manera integral, por lo que se hace necesario a través del Instituto Colombiano del Deporte, Coldeportes, coordinar las políticas nacionales y locales para promover la actividad física, involucrando la participación de los sectores señalados en el presente decreto, a fin de darle un carácter intersectorial que favorezca el papel de las alianzas y la organización social, y que contribuya a reducir los alarmantes y crecientes niveles de sedentarismo, así como a disminuir un porcentaje del incremento de la morbilidad por enfermedad cardiovascular en la población colombiana, mediante la creación de un programa nacional de actividad física;

Que el artículo 45 de la Ley 489 de 1998, señala que el Gobierno Nacional podrá crear comisiones intersectoriales para la coordinación y orientación superior de la ejecución de ciertas funciones y servicios públicos, cuando por mandato legal o en razón de sus características, estén a cargo de dos o más ministerios, departamentos administrativos o entidades descentralizadas, sin perjuicio de las competencias específicas de cada una de ellos;

5. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad países como Colombia muestran un incremento sustancial preocupante en cifras de Sobrepeso y Obesidad para el sistema de salud afectando todos los grupos etarios incluyendo la población infantil menor de 5 años, la cual se considera vulnerable ya que se encuentran en una etapa crítica de su desarrollo y al presentarse este tipo de alteraciones en el estado nutricional en edades tempranas se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta. Los niños con sobrepeso u obesos tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares.

El riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio y de la duración de la obesidad. La obesidad en la infancia y la adolescencia tienen consecuencias para la salud tanto a corto como a largo plazo. Por lo mencionado anteriormente se hace necesaria realizar este tipo de revisiones que permitan acercarse cada vez más a la solución de dicho problema.

El análisis de la situación de sobrepeso y obesidad infantil que se presentan en la actualidad da lugar a la necesidad de realizar otros estudios no solo de las causas de

dicho problema sino que posibiliten la toma de decisiones asertivas de los diferentes actores en salud y para los que toman decisiones desde el marco legal.

Es importante reforzar desde las instituciones, las familias, la comunidad entre otros, la necesidad de prevenir la obesidad por medio de estrategias que faciliten el acceso a la información sobre alimentación, nutrición y las consecuencias de esta.

La epidemia de dicha enfermedad crónica no transmisible trae consigo graves problemas y trastornos para las futuras generaciones, desde repercusiones psicosociales hasta económicas. Un ejemplo de ellos es el costo y desbalance económico que genera el tratamiento de la obesidad tanto para la familia como para el sistema de salud teniendo en cuenta que se realizan prácticas terapéuticas para controlar la enfermedad y no para curarla.

Por último es de vital importancia entender el sobrepeso y la obesidad como una enfermedad multifactorial que se puede presentar en cualquiera de las diferentes etapas del curso de vidas y que constituye riesgos tanto para la persona que la padece, la familia, sociedad y sistema de salud.

6. OBJETIVOS Y PRODUCTOS ESPERADOS

OBJETIVO GLOBAL:

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los niños con sobrepeso y obesidad en los Centros Infantiles Ricardo Ángel Villa y las Violetas, mediante estrategias efectivas aplicadas.

OBJETIVOS EN EL PROYECTO

OBJETIVO GENERAL

Disminuir los factores que inciden en el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil mediante la adopción de hábitos de vida saludable y el fortalecimiento de factores protectores de la salud

PRODUCTO FINAL ESPERADO

Se cuenta con el análisis de los factores que inciden en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en la población infantil y la forma como esto afecta directamente a la persona que lo padece.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROYECTO:

- Realizar revisión de contexto legal colombiano de la epidemia de sobrepeso y obesidad.

- Analizar el comportamiento alimentario de los niños y niñas con diagnostico de sobrepeso y obesidad de 2 centros infantiles de la ciudad.
- Relacionar la revisión del contexto legal y el análisis del comportamiento alimentario de los niños identificados con estrategias de manejo efectivo para el sobrepeso y obesidad.

PRODUCTOS FINALES ESPECIFICOS

- Se cuenta con una revisión completa de documentos legales en Colombia sobre epidemia de sobrepeso y obesidad.
- Se cuenta con el análisis del comportamiento alimentario de los niños y niñas con diagnostico nutricional de sobrepeso y obesidad de dos centros infantiles de la ciudad.
- Los dos cuentan con un análisis claro de la situación de sobrepeso y obesidad de su población y diferentes estrategias de manejo efectivo dentro del marco legal.

7. METODOLOGIA

Se adoptó la metodología de planificación de proyectos orientada por objetivos –ZOPP- contemplada por los lineamientos de la planeación estratégica.

En la fase de diseño, la definición de la idea se dio a partir de la priorización de los problemas de salud y nutrición que afecta los dos centros infantiles, utilizando la información registrada por el componente de nutrición de dichas sedes por parte del profesional de nutrición tomando también sus respectivas intervenciones en las diferentes actividades realizadas con los adultos significativos de la población.

Se idéntico el problema de sobrepeso y obesidad infantil como prioridad debido al creciente aumento en los últimos años como respuesta de algunos programas para combatir la desnutrición. A partir del suministro de dicha información fue posible realizar un análisis y diseñar un plan teniendo en cuenta algunos conceptos básicos de nutrición y datos de cifras de esta malnutrición por exceso a nivel de mundial, nacional y local.

Para dar lugar al análisis de la situación se tomaron en cuenta los siguientes pasos:

- Análisis del problema, teniendo en cuenta la información y datos tomados de los dos centros infantiles y que fueron consignados en el árbol de problemas (Anexo A).

- El análisis del problema se complementó teniendo en cuenta la viabilidad del proyecto de acuerdo al impacto en salud e interés de los diferentes actores involucrados, desde la población infantil, las familias, sector salud y sector económico.
- Se establecieron los objetivos específicos del proyecto y productos finales esperados.

  Con toda esta información anterior se dio lugar al diseño del proyecto realizando la construcción de la matriz de marco lógico, en la que los problemas específicos fueron identificados como causas directas del problema y fueron trasladados en términos de productos finales esperados (Anexo C).

  Por último se describen los recursos e insumos requeridos para el desarrollo del proyecto y se realiza el cronograma y costos.

Para la construcción del marco teórico y legal la búsqueda del material se basó en artículos y paginas relacionadas con salud, nutrición y aspectos legales hallados en Internet a través de buscadores como el Servicio de la Editorial Elsevier, Scielo y utilizando bibliografía de hasta 5 años con las siguientes palabras claves: obesidad, sobrepeso, índice de masa corporal, normatividad colombiana, perfil alimentario entre otros.

Con relación a la toma de datos se dio en 2 etapas:

ETAPA 1: La toma de datos de los dos centros infantiles utilizados como insumo para la realización de este trabajo inicio con el diseño del cronograma de tamizaje antropométrico en el cual se establecen la fecha y número de días hábiles en los que se realizara la jornada de peso y talla, sobre ese cronograma se realizaron ajustes según la disponibilidad de los nutricionistas de la entidad que realizaron el procedimiento , los tamizajes se realizan según las técnicas de antropometría y estandarización definidas en el Manual para el personal de la salud (12), en el que se explica cómo se deben tomar las medidas cuales son las condiciones ideales para tomarlas; los datos son registrados en un formato de base de datos (Anexo D) que permite ingresar los datos en orden y luego asignarle según el indicador el nombre de cada clasificación según la desviación, cada dato se toma y registra dos veces y se mide la diferencia para garantizar que el peso no supere 0,02 gr y en talla 0,5 cm entre cada dato, para la realización de los consolidados de la clasificación antropométrica, estos se registraron en el formato mencionado y a través de fórmulas matemáticas que identifican la desviación estándar o Puntaje Z de cada niño o niña y le asignaron en letras la clasificación correspondiente según la resolución 2121 de 2010 del Ministerio de Protección Social, de esta forma se contabilizaron los datos.

Luego de la toma de datos se realizó una revisión de la calidad del mismo para garantizar la coherencia y valides a través de la identificar las desviaciones estándar o puntajes Z atípicos y en ocasiones de ser necesario se tomó nuevamente la medición del niño con datos no confiables. La clasificación nutricional se realizó utilizando el software de la OMS Antrho y Antrho Plus los cuales están basados en los Patrones de crecimientos publicados por la OMS en 2006 y 2007. Este paso constituyó otro filtro para la calidad de la información ya que el software cuando encuentra espacios en blanco o datos digitados de forma errónea arroja un signo de error que permite luego revisar y nuevamente validar la información.

ETAPA 2: Socialización de los resultado de estado nutricional: Luego de obtener los datos y su respectiva clasificación se socializó a las docentes y auxiliares pedagógicas y adultos significativos de los niños y niñas de cada una de las sedes. La atención de los adultos significativos se realizó a través de una reunión tipo conversatorio en la que se indagó sobre hábitos alimentarios de las familias y niños y luego se hizo la entrega de recomendaciones según lo identificado en el conversatorio estos información se registró en el formato de "estadística de Atención nutricional" (Anexo E) que permite identificar cana niño por su nombre y apellido, firma de los padres, diagnostico nutricional y recomendaciones según el diagnóstico.

Las citas tuvieron una duración promedio de 30 minutos en los que se diligenciaba una

historia nutricional con datos generales, información de salud y antecedentes, adicionalmente se indagan aspectos relacionados con la conducta alimentaria y actividad física que permitían conocer algunos conductas y hábitos que pudieran estar contribuyendo al estado nutricional actual del niño o niña.

8. RESULTADOS:

Para la consolidación de los resultados de se utilizó se identificó según indicador el número de niños por sede que se diagnosticó con cada posible clasificación y calculo a que porcentaje del total correspondía (Tabla.2)

Tabla 2: Consolidado de estado nutricional de dos centros infantiles operados por el programa buen comienzo

	RICARDO ANGEL		LAS VIOLETAS	
PESO/TALLA	**CONTROL 1**		**CONTROL 1**	
	N	**%**	**N**	**%**
ADECUADO	137	68,2	62	63,9
RIESGO DE BAJO PESO	10	5	10	10,3
BAJO PESO	0	0,0	0	0,0
SOBREPESO	44	21,9	17	17,5
OBESIDAD	10	5,0	8	8,2
TOTAL	201	100	97	100
TALLA/EDAD	**CONTROL 1**		**CONTROL 1**	
	N	**%**	**N**	**%**
ADECUADO	131	65,2	61	62,9
RIESGO DE TALLA BAJA	57	28,4	28	28,9
TALLA BAJA	13	6,5	8	8,2
TOTAL	201	100	97	100
IMC/EDAD	**CONTROL 1**		**CONTROL 1**	
	N	**%**	**N**	**%**
OBESIDAD	12	6,0	9	9,3
SOBREPESO	48	23,9	17	17,5
ADECUADO	133	66,2	65	67,0
RIESGO DE DELGADEZ	8	4,0	6	6,2
DELGADEZ	0	0,0	0	0,0
TOTAL	201	100,0	97	100,0

EUTRÓFICOS	CONTROL 1		CONTROL 1	
	N	%	N	%
EUTRÓFICOS	84	41,8	37	38,1

De los 298 niños evaluados 70 fueron clasificados con Sobrepeso y obesidad lo que corresponde al 23% de la población evaluada. Del total de niños identificados con exceso de peso se tomó una muestra a conveniencia de 45 beneficiarios (64,3%), los cuales respondieron de forma positiva a la citación realizada para el conversatorio y fueron atendido de forma directa según la metodología descrita anteriormente.

Encontramos que con relación al indicador de talla para la edad el 35,5% de los niños presentan riesgo de talla baja o talla baja 3,4% presentan riesgo de bajo peso y un 40,6% presentan estado eutrófico.

Durante la atención realizada se evidencio que al 37,7% los niños atendidos se les recomendó directamente que disminuyeran las porción de alimentos consumidos en número y/o tamaño ya que encontró que consumían más de 6 comidas al día, incluyendo en algunos casos teteros que no eran contados como un momento de alimentación pese a que eran preparados en su mayoría con leche, panela y alguna bebida achocolatada, al 35,5% se les recomienda disminución del consumo de azucares provenientes de azúcar común, gaseosa o panela, también se encontró que las familias tienen un consumo de la cena más parecido las preparaciones del almuerzo (Sopa, arroz, carne, acompañante,

jugo) y si tenemos en cuenta que el almuerzo puede representar el 30% del valor calórico total (VCT), se evidencio que en algunas familias solo en dos comidas, es decir almuerzo y cena ya se consumen el 60% del VCT y en el resto de comidas superan el 40% es decir que pueden estar consumiendo entre 120 o 130% diariamente favoreciendo esto al exceso de peso.

Además se les explicó que muchos alimentos contienen en pequeñas porciones grandes cantidades de grasa, azúcar, es decir tienen una densidad energética alta lo que contribuyen en gran medida al sobrepeso y obesidad.

Con relación a la percepción de las familias sobre el estado nutricional de los niños identificados con sobrepeso y obesidad se logró evidenciar que los padres y/o personas significativas en un alto porcentaje no reconocen que el peso actual de los niños esté por encima del esperado, mencionado frases como:

-"El nació así"

-"Es herencia, toda la familia es gruesa"

-"Yo lo veo bien"

-"Míreme a mí"

9. ANALISIS DE FACTIBILIDAD

- Factibilidad técnica:

  El análisis y revisión de estos documentos contribuyen a mejorar el presente problema de sobrepeso y obesidad infantil en los dos centros educativos de buen comienzo por medio de la adopción de estrategias exitosas además existe disponibilidad de la información requerida.

- Factibilidad operativa: se cuenta con personal profesional Nutricionistas Dietistas capacitados para realizar dicho análisis.

- Factibilidad económica:

  El costo del estudio de encuentra dentro del alcance de los actores interesados en el proyecto, las nutricionistas dietistas realizadoras del proyecto financian el 100% las necesidades de recursos de la teniendo en cuenta el análisis costo beneficio que este proyecto representa en el sistema de salud. Por lo menos en el tratamiento de enfermedades crónicas no trasmisibles.

10. ANALISIS DE VIABILIDAD

El sobrepeso y la obesidad infantil tienen una relación directa con el desarrollo de enfermedades en la edad adulta, esta problemática influye directamente sobre la economía del país por los altos costos que esto genera en el sistema de salud lo

cual genera interés en los diferentes actores involucrados.

El proyecto reúne características importantes que impactan directamente el problema de salud pública que se viene presentando en la población en general.

La sociedad como principal afectado por la situación está interesada en encontrar soluciones al creciente problema así como también los diferentes actores involucrados directa o indirectamente considerando que se cuenta con diferentes estrategias desde el marco legal.

11. CRONOGRAMA PARA PROYECTO

Actividades	1 Agosto	2 Septiembre	3 Octubre	4 Noviembre	5 Diciembre	6 Febrero	7 Marzo	8 Abril	9 Mayo	10 Junio
FASE 1										
Selección del problema										
Construcción de la problemática										
Diseño de árbol de problemas y soluciones										
Construcción de los objetivos										
FASE 2										
Marco teórico										
Marco legal										
Recolección de datos										
Análisis de la información										
Análisis de costos										
FASE 3										
Elaboración de documento										
Redacción y revisión										
Evaluación del proyecto										

12. ANALISIS DE COSTOS

RUBRO	**UNIDAD**	**CANTIDAD**	**COSTO UNITARIO**	**COSTO TOTAL**	
TALENTO HUMANO					
Profesional nutricionista	por horas	2	30.000 según manual tarifario.	516 horas 15.480.000	
MATERIALES Y EQUIPOS					
Equipo de computo	Equipo completo	2	2.500.0000	5.000.000	
impresora	máquina	1	300.000		
papelería	Resmas	2	20.000		
	kit de escritorio	2	100.000	200.000	
INFRAESTRUCTURA					
oficina	alquiler espacio físico	1	1.000.0000	1.000.000	
TRANSPORTE					
Transporte publico urbano	pasajes	4 pasajes al día x 22 días del mes x 8 meses	1.900	1,337,600	
				total	23.017.600

13. CONCLUSIONES

1. Aunque la obesidad ha sido tratada principalmente por la ciencia médica, sus causas, sus tratamientos y sus consecuencias trascienden otros campos del conocimiento. De esta forma, la nutrición entendida como disciplina científica que preocupa preferentemente del estudio de los procesos de ingestión, transformación, y utilización de los alimentos por el organismo para llevar a cabo las funciones de homeostasis, crecimiento y reproducción, tiene una labor fundamental en la educación y la difusión sobre el problema de sobrepeso y obesidad infantil.
2. Cuando se habla de sobrepeso y obesidad o malnutrición por exceso se encuentra que está directamente relacionada con salud pública ya que trae consigo grandes consecuencias mucho más cuando se padece a edades tempranas lo cual implica no solo cambios en la calidad de vida de la persona que lo padece sino también en altos costos para el sistema de salud colombiano.(Ver Anexo A: Arbol de problema)
3. Como resultado del análisis del diagnóstico de sobrepeso y obesidad en los dos centros infantiles es posible concluir que existe una relación directa entre las conductas alimentarias y el sobrepeso y obesidad en esta población infantil, lo

primero debido al consumo de alimentos de alta densidad calórica como azucares, dulces, bebidas azucaradas entre otros. Este consumo no se da al interior de la institución sino en los hogares de los niños y niñas por lo cual el problema base se constituye en la familia, no solo padre y madre sino también el resto de personas que hacen parte del hogar.

4. Se encontró coherencia entre las cifras relacionadas de sobrepeso y obesidad a nivel mundial, nacional y local, ya que todas las antes mencionadas van en aumento sustancial, es preocupante cuando ya se habla de este fenómeno infantil como pandemia.
5. Por medio de las entrevistas realizadas a los adultos significativos de los niños y niñas diagnosticados con sobrepeso y obesidad tomados en la muestra, se encontró una percepción errónea del peso de los niños (Ver Anexo C: Matriz de Marco Logico), distorsión de la imagen corporal del niño por parte de la madre, no solo perciben de manera distorsionada la imagen corporal de su hijo, sino que lo justifican y no asumen la enfermedad, por lo que se ubican ajenos a que su hijo padezca un problema de salud.
6. Algunas de las conductas alimentarias inadecuadas relevantes detectadas en los niños por medio del discurso verbal de las familias fue el aumento en el tamaño

de las porciones ofrecidas, poca actividad física, alto consumo de productos de paquete, azúcares y dulces.

7. Después de la búsqueda de posibles causas que desencadenan el sobrepeso y obesidad infantil, en esta situación particular concluimos que existen leyes, artículos y acuerdos, convenios entre otros, que velan por el bienestar de los infantes.
8. Se hace necesario implementar estrategias educativas y formativas para que los niños y niñas se apropien de su cuerpo, salud, alimentación y en general de su bienestar.

14. RECOMENDACIONES:

A partir de las conclusiones optenidas recomendamos:

1. Hacer operativa la legislación vigente en Colombia, con el fin de contribuir a la protección de los niños y niñas del los riesgos de sufrir sobrepeso y obesidad.
2. Relizar intervenciones enmarcadas en la ley y con enfoque masivo que permita alcanzar a los niños y cuidadores.
3. Realizar campañas educativas específicas y sostenidas en el tiempo para el consumo de alimentos saludables o como intervención integral.
4. Promocionar la lectura del etiquetado nutricional de alimentos entre familias y niños ya que ha demostrado tener un efecto positivo por lo que podría ser aplicada al interior de las instituciones que atienen población infantil.
5. Combinar cambios en la dieta familiar y aumento en la actividad física en instituciones educativas ya que el niño permanece 8 horas en este lugar.

BIBLIOGRAFIA Y CIBERGRAFIA

1. Martha Liliana Herrera R. (2012). Políticas y programas de atención integral a la Primera infancia: Proantioquia. Antioquia, Colombia.: Recuperado de: http://proantioquia.org.co/web/images/documentos/2ProgramaBuenComienzo.pdf

2. Secretaria de Educación de Medellín. (2016). Somos Buen Comienzo, Antioquia, Colombia.: Recuperado de: http://www.medellin.edu.co/index.php/buen-comienzo

3. E. González Jiménez, M.ª J. Aguilar Cordero, C. J. García García. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España) (versión Electrónica). Revista Scielo, Nutr. Hosp. vol.27 no.1

4. Perfil alimentario y Nutricional de Medellín y sus alrededores (2015)- Unidad de seguridad alimentaria- Alcaldía de Medellín – Colombia: Recuperado de: http://sien_nyd.udea.edu.co/perfil/PERFIL%20SAN%202015.pdf

5. María José Aguilar Cordero1, Antonio Manuel Sánchez López , Nayra Madrid Baños , Norma Mur Villar , Manuela Expósito Ruiz y Enrique Hermoso Rodríguez. (2015) Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y la adolescente; revisión sistemática. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. Hospital Clínico San Cecilio de Granada, España. (Versión Electrónica). Revista Nutrición Hospitalaria. 2015;31(2):606-620

6. Organización Mundial de la Salud. Comisión para acabar con el sobrepeso y la obesidad. Datos y cifras de Obesidad infantil. Recuperado de: http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/ 19 de Mayo de 2016

7. A. Carrascosa (2006). Obesidad durante la infancia y adolescencia. Una pandemia que demanda nuestra atención. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España (Versión electrónica) Editoriales Revista Elsevier. Articulo 146.925

8. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva Nº311 (2015). Datos y cifras. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/. 19 de Mayo de 2016
9. Organización Panamericana de la salud. Seminario experiencias exitosas en la prevención de obesidad infantil (2013) pag 13 a 18 Recuperado de http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=126&Itemid 19 de Mayo de 2016

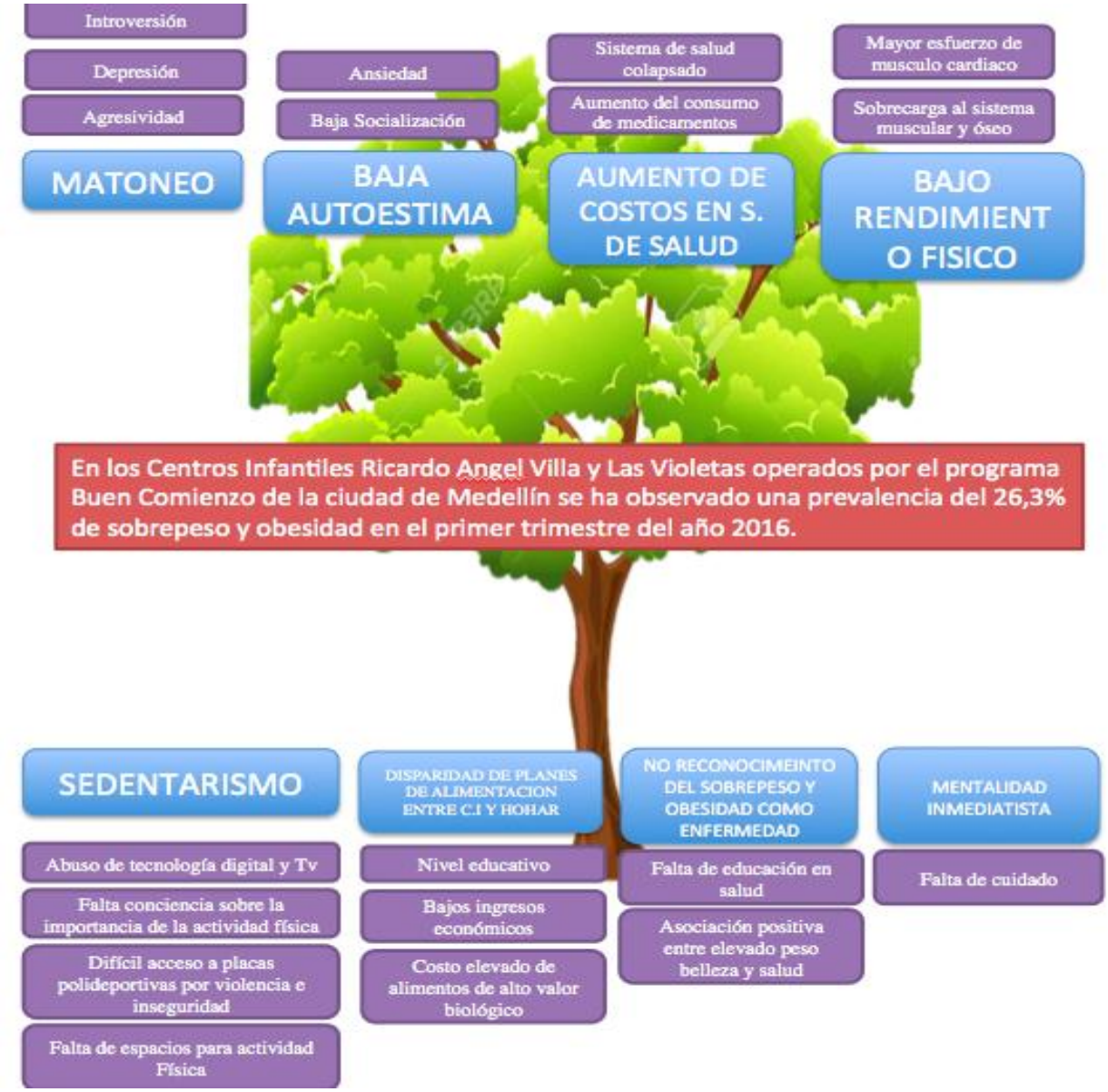
10. Plan decenal de Salud Pública, PDSP 2012 - 2021, Ministerio de Salud y Protección social (2012) Bogotá – Colombia. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf

11. Congreso de Colombia. Ley de Obesidad. Ley 1355 de 2009. Recuperado de http://incide.univalle.edu.co/biblioteca/Ley_1355(LeydelaObesisdad).pdf 20 de Diciembre de 2015.

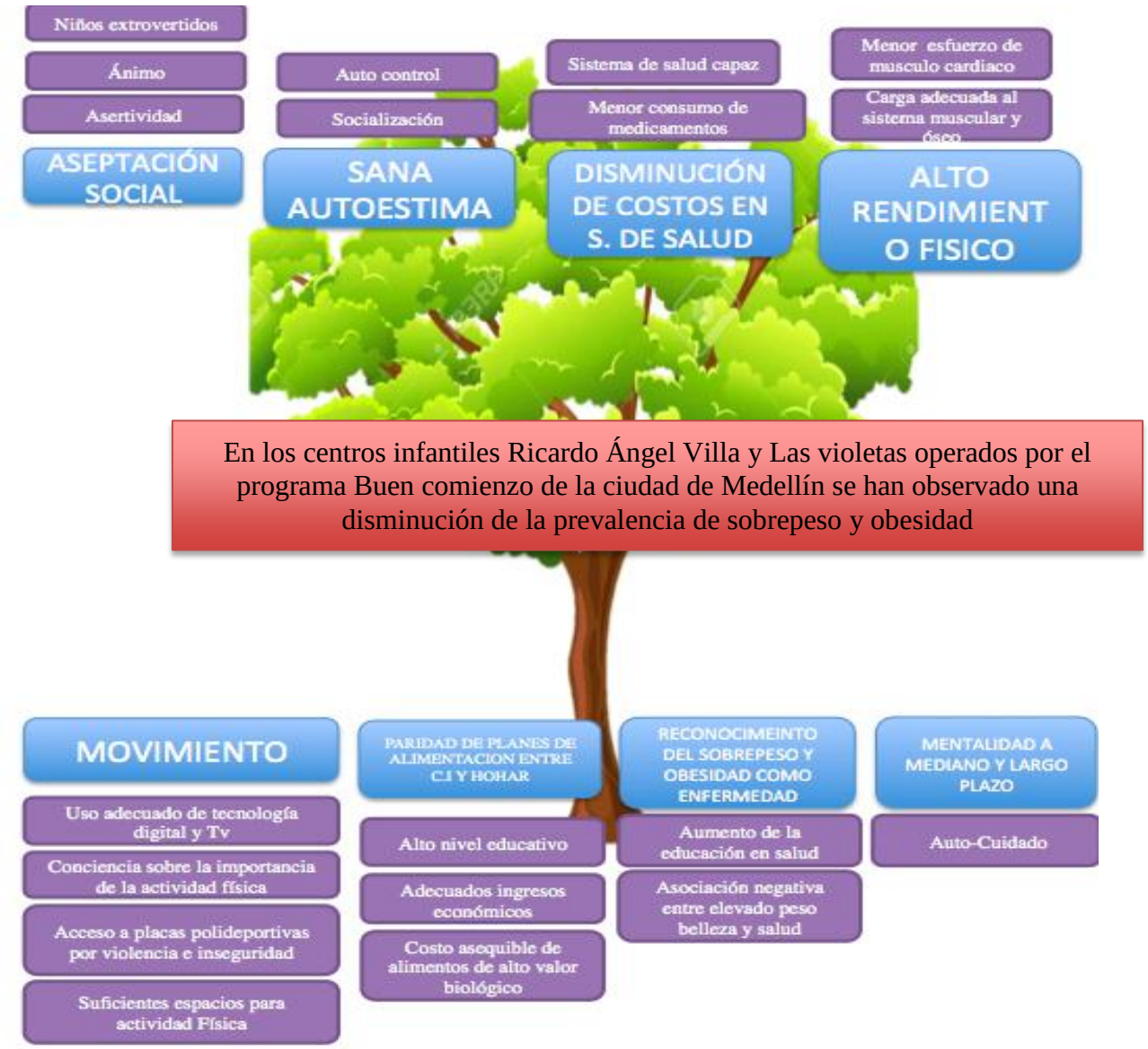
12. Manuel para el personal de la salud. Ciudad saludable. Alcaldía de Medellín (2014) Medellín. Pag 52. Recuperado de: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/ef9b4be0-edfd-4ef9-af5b-721c007bbf18/0601-Manual-alimentacion.pdf?MOD=AJPERES. 20 de Diciembre de 2015

13. ANEXOS.

ANEXO A: ARBOL DE PROBLEMAS



ANEXO B: ARBOL DE SOLUCIONES



ANEXO C: MATRIZ DE MARCO LOGICO

OBJETIVO GLOBAL	PROBLEMA CENTRAL	PRODUCTO FINAL ESPERADO	OBJETIVO GENERAL
Contribuir a mejorar la situación de sobrepeso y obesidad infantil en dos centros infantiles de la ciudad, mediante estrategias efectivas aplicadas.	En dos centros infantiles del programa de buen comienzo no se cuenta con hábitos alimentarios sanos lo que incrementa las cifras de niños con sobrepeso y obesidad.	Se cuenta con el análisis de los factores que inciden en el desarrollo de sobrepeso y obesidad en la población infantil y la forma como esto afecta directamente a la persona que lo padece.	Analizar los diferentes factores que inciden en el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil y su repercusión en el ámbito personal y social.

PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	PRODUCTO FINAL ESPECIFICO	PRODUCTOS INTERMEDIOS	INDICADOR DE LOGRO	MEDIO DE VERIFICACION	FECHA DE ENTREGA	RESPONSABLE	SUPUESTO
Mentalidad inmediatista tanto de los actores encargados como de la sociedad en general	Realizar revisión de contexto legal colombiano de la epidemia de sobrepeso y obesidad.	Se cuenta con una revisión completa de documentos legales en Colombia sobre epidemia de sobrepeso y obesidad.	Existe claridad de la legislación existente sobre el sobrepeso y la obesidad como prioridad de salud pública.	Interacción constante con la legislación existente y aplicación de la misma.	Análisis de legislación. Análisis de registros y diagnósticos de sobrepeso y obesidad infantil.	05/01/2017	Todo el equipo técnico	
			Se adoptan medidas para su control, atención y prevención del sobrepeso y obesidad.	El centro infantil ofrece alimen-tos para el consumo de los niños y niñas y garantizan la disponibilidad de frutas y verduras.	Registros de entradas y salidas de alimentos.	01/02/2017	Nutricionista dietista	
No reconocimiento del sobrepeso y obesidad como enfermedad.	Analizar el comportamiento alimentario de los niños y niñas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad de 2 centros infantiles de la ciudad.	Se cuenta con el análisis del comportamiento alimentario de los niños y niñas con diagnostico nutricional de sobrepeso y obesidad de dos centros infantiles	Existe un equipo técnico en las diferentes instituciones infantiles que planea y coordina estrategias para disminuir el consumo de	Delegación oficial de la conformación del equipo técnico. Plan operativo. % de cumplimiento del plan	Actas de reuniones. Documento escrito plan operativo	15/ 01/2017	Coordinador de la institución infantil	Especificaciones técnicas del programa buen comienzo

		de la ciudad.	alimentos de alta densidad calórica.	operativo.				
			Se cuenta con un documento escrito donde se especifica cómo debe funcionar el equipo técnico.	Documento aprobado por el programa buen comienzo alcaldía de Medellín. Documento: definiciones y funciones.	Acta de aprobación. Documento.	30/01/2017	Profesional en nutrición y dietética perteneciente al equipo técnico.	
Disparidad de planes de alimentación entre el centro infantil y el hogar de los niños	Relacionar la revisión del contexto legal y el análisis del comportamiento alimentario de los niños identificados con estrategias de manejo efectivo para el sobrepeso y obesidad.	Los dos cuentan con un análisis claro de la situación de sobrepeso y obesidad de su población y diferentes estrategias de manejo efectivo.	Se cuenta con guía grafica de alimentos saludables. Plan educativo y formativo para las familias de los niños y niñas (abarca todo el grupo familiar)	% Guías graficas de alimentos impresa. % Cartillas impresas. Socialización del material educativo.	Guía grafica de alimentos. Cartillas impresas Acta de asistencia a las reuniones de socialización.	10/02/2017	Nutricionista dietista.	

ANEXO D: FORMATO DE BASE DE DATOS ANTROPOMETRICOS

CENTRO INFANTIL:					CONTROL 1 FEBRERO																		
					NOMBRE Y REGISTRO DEL EVALUADOR: NATALIA ROHENES QUEVEDO Reg: 55737-10																		
N°	NUIP	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO (M	Fecha de nacimiento (dia/mes/año	Fecha de la toma del dato (dia/mes/año	EDAD (Años, meses	EDAD (Meses	Peso 1 (kg	Peso 2 (kg	Diferencia	Peso promedio (Kg)	Talla 1 (cm	Talla 2 (cm	Diferencia	Talla promedio (Kg	PESO/ESTATURA (DE - O	PESO/ESTATURA CLASIFICACIÓN	TALLA/EDAD	TALLA/EDAD CLASIFICACIÓN	PESO/EDAD (DE-OMS	PESO/EDAD CLASIFICACIÓN	IMC/EDAD (DE-OMS)

ANEXO E: FORMATO DE ESTADISTICA DE ATENCIÓN NUTRICINAL (Para registro de datos de citas tipo conversatorio con los padres y/o acudientes)

FUNDACIÓN CARLA CRISTINA	**ESTADISTICAS DE ATENCIÓN NUTRICIONAL**

SEDE EDUCATIVA/HOGAR INFANTIL _____NUTRICIONISTA _____

TIPO DE ATENCION_____ OBJETIVO _____

_____

Fecha			NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA	FIRMA DEL PADRE/ACUDIENTE	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL NIÑO/NIÑA	TIPO DE RECOMENDACIÓN
D	M	A				

F-PNU-11 1 de 1

ANEXO F: CARTA DE SOLICITUD DE UTILIZACIÓN DE DATOS DE NIÑOS, NIÑAS Y FAMILIAS DE LAS SEDES LAS VIOLETAS Y RICARDO ANEL.

Medellín

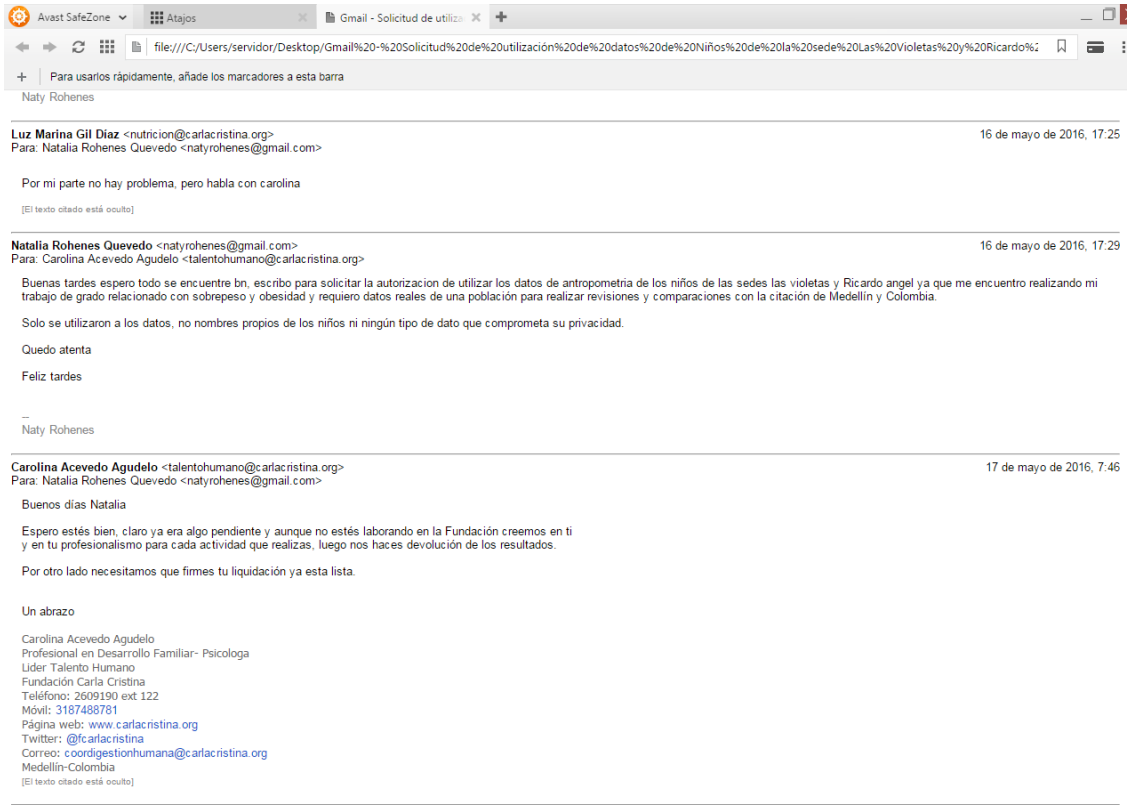
Señores:
Fundación Educadora Infantil Carla Cristina

Cordial saludo, la presente es para solicitar se me autorice a hacer uso de los datos generales y antropométricos de los niños de la sede Las violetas y Ricardo Ángel Villa del barrio Belén para una análisis del estado nutricional y realizar una encuesta de percepción sobre estado nutricional a las familias de estos niños, dicha información se utilizará solo para fines académicos y se servirá como insumo para el trabajo de grado de la especialización de a Gerencia de Servicios de Salud de la Fundación Universitaria Luis Amigó de las Nutricionistas Natalia Rohenes y Yesenia Ríos en el mes mayo.
Esta información solo es para fines académicos y se hará la devolución de los resultados obtenidos a la fundación en pro de mejorar los procesos de atención nutricional de los niños y niñas beneficiarios de la sede.

En espera de su respuesta

Natalia Rohenes Quevedo
Nutricionista Dietista
Universidad de Antioquia
Estudiante de Especialización en Gerencia de Servicios de Salud
Fundación Universitaria Luis Amigó

ANEXO G: CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN PARA UTILIZACIÓN DE DATOS DE NIÑOS, NIÑAS Y FAMILIAS DE LAS SEDES LAS VIOLETAS Y RICARDO ANEL.



Avast SafeZone | Atajos | Gmail - Solicitud de utiliz

file:///C:/Users/servidor/Desktop/Gmail%20-%20Solicitud%20de%20utilización%20de%20datos%20de%20Niños%20de%20la%20sede%20Las%20Violetas%20y%20Ricardo%2

Para usarlos rápidamente, añade los marcadores a esta barra

Naty Rohenes

Luz Marina Gil Diaz <nutricion@carlacristina.org> 16 de mayo de 2016, 17:25
Para: Natalia Rohenes Quevedo <natyrohenes@gmail.com>

Por mi parte no hay problema, pero habla con carolina

[El texto citado está oculto]

Natalia Rohenes Quevedo <natyrohenes@gmail.com> 16 de mayo de 2016, 17:29
Para: Carolina Acevedo Agudelo <talentohumano@carlacristina.org>

Buenas tardes espero todo se encuentre bn, escribo para solicitar la autorizacion de utilizar los datos de antropometria de los niños de las sedes las violetas y Ricardo angel ya que me encuentro realizando mi trabajo de grado relacionado con sobrepeso y obesidad y requiero datos reales de una población para realizar revisiones y comparaciones con la citación de Medellín y Colombia.

Solo se utilizaron a los datos, no nombres propios de los niños ni ningún tipo de dato que comprometa su privacidad.

Quedo atenta

Feliz tardes

--
Naty Rohenes

Carolina Acevedo Agudelo <talentohumano@carlacristina.org> 17 de mayo de 2016, 7:46
Para: Natalia Rohenes Quevedo <natyrohenes@gmail.com>

Buenos días Natalia

Espero estés bien, claro ya era algo pendiente y aunque no estés laborando en la Fundación creemos en ti
y en tu profesionalismo para cada actividad que realizas, luego nos haces devolución de los resultados.

Por otro lado necesitamos que firmes tu liquidación ya esta lista.

Un abrazo

Carolina Acevedo Agudelo
Profesional en Desarrollo Familiar- Psicologa
Lider Talento Humano
Fundación Carla Cristina
Teléfono: 2609190 ext 122
Móvil: 3187488781
Página web: www.carlacristina.org
Twitter: @fcarlacristina
Correo: coordigestionhumana@carlacristina.org
Medellín-Colombia
[El texto citado está oculto]