

BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretaría Distrital de Salud

Santa Fe de Bogotá D.C.

ISSN 0123-8590

18 de julio - 14 de agosto de 1999

Volumen 4 Número 8

Semanas 29-30-31-32

Malnutrición por déficit, una situación prevalente en la población del Distrito Capital

Por: Patricia Heredia Vargas, nutricionista, especialista en epidemiología, Área de vigilancia en salud pública, SDS; Zulema Jiménez Soto, nutricionista, especialista en salud pública, Área de análisis y políticas en salud pública; Sara Del Castillo Matamoros, nutricionista, magister en desarrollo social, docente Dpto. de Nutrición, Universidad Nacional de Colombia; Gloria Janneth Sacristán Manotas, administradora de informática, Área de vigilancia en salud pública, SDS.

INTRODUCCIÓN

La creciente preocupación por la situación de salud y nutrición de los niños y niñas menores de siete años en América Latina y en particular en las grandes ciudades es, en la actualidad, uno de los principales problemas por resolver, toda vez que la situación nutricional de los niños se considera un indicador base para evaluar el desarrollo de los países. Por tanto, la búsqueda de alternativas de solución para mejorar la calidad de vida de este sector de la población implica aportar al desarrollo humano y social de una nación.

Los niños y niñas menores de siete años hacen parte de un grupo etéreo que se encuentra en una importante etapa de crecimiento y desarrollo, por lo que las deficiencias alimentarias y nutricionales pueden causar los daños irreversibles. De allí la importancia de vigilar y proteger su situación nutricional desde la gestación y durante sus primeros años de vida y de dar prioridad a intervenciones que prevengan daños o recuperen su estado de salud y nutrición.

A pesar de lo descrito, la desnutrición (DNT) por lo general no figura en las estadísticas oficiales como causa de



La SDS lidera un colectivo de instituciones nacionales, distritales y locales que juntas construyen el Plan de alimentación y nutrición del Distrito Capital diseñado para mejorar los índices de desnutrición actuales.

morbimortalidad. Colombia, como país firmante de los compromisos de la Conferencia Internacional de Nutrición (CIN 1992), ratificados en la Cumbre mundial de nutrición en noviembre de 1996, impulsa desde el plan nacional de alimentación y nutrición 1996-2005, ocho líneas de acción que establecen metas encaminadas a la disminución de la problemática nutricional, como el fortalecimiento de la lactancia materna, el mejoramiento de los déficit de micronutrientes, la implementación de la vigilancia nutricional, la formación de recurso humano en nutrición, etc.

Contenido:

Malnutrición por déficit, una situación prevalente en la población del Distrito Capital	1
Situación nutricional de la población atendida en los centros de salud	3
Factores de riesgo y protectores del estado nutricional de niños menores de dos años	7
Relación de la infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica (ED) con la desnutrición	7
Tasa de lactancia materna en niños menores de un año	8
Acciones de la SDS para mejorar la situación nutricional de la población	9
Lactancia materna	9
Programa de micronutrientes	10
Plan de alimentación y nutrición del Distrito Capital	12
Reporte semanal del octavo periodo epidemiológico	16

BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretario Distrital de Salud
Luis Gonzalo Morales Sánchez

Subsecretario
Delio Castañeda Zapata

Directora de Salud Pública
Ana María Peñuela Poveda

Área de Acciones en Salud Pública
Stella Vargas Higuera

Área de Vigilancia en Salud Pública
Elkin Osorio Saldarriaga

Área de Análisis y Políticas de Salud Pública
Consuelo Peña Aponte

Comité editorial
Ana María Peñuela Poveda
Elkin Osorio Saldarriaga
Orlando Scoppetta Díaz Granados
Maria del Pilar Duarte Fontecha
Gladys Espinosa García
Sonia Esperanza Rebollo Sastoque
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación
Gloria Janneth Sacristán Manotas

Coordinación editorial
Oficina de Comunicaciones en Salud

Edición
McGraw-Hill Interamericana S.A.
actúa en la preparación editorial y en la producción
del Boletín y no asume responsabilidad alguna
por su contenido o por las opiniones de los autores.

Secretaría Distrital de Salud
Dirección de Salud Pública
Área de Vigilancia en Salud Pública
Transversal 23 No. 56-00, piso 3
Teléfono 347 65 65
Extensiones 3401-3402-3306-3310
Santa Fe de Bogotá, D.C.

La urgencia de dinamizar las directrices del plan radica en que, hasta ahora, la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana tiende a empeorar. Según los cálculos optimistas, más de la mitad de la población colombiana tiene ingresos bajos y de éstos, 20% no alcanza a cubrir el total de necesidades básicas de calorías y nutrientes.

Los datos más recientes sobre situación nutricional (Encuesta Nacional de Salud ENDS, Profamilia, 1995) muestran que en Colombia la desnutrición crónica en niños menores de cinco años es de 15% y la aguda de 1,4%, cifras que superan las de países de condiciones económicamente más precarias que las nuestras (cuadro 1).

Cuadro 1. Prevalencia de desnutrición (DNT) en Colombia 1965–1995, promedios nacionales.

Tipo de DNT	Prevalencia de DNT (tasa %)			
	1965–1966 *	1977–1980 *	1986–1989 *	1995 **
Global	21,1%	16,8%	10,1%	8,4%
Crónica	31,9%	22,4%	16,6%	15,0%
Aguda	3,9%	4,9%	2,9%	1,4%

* Ordóñez Plaja, Antonio y col. *Programas y gasto social en nutrición. Menores de 5 años. 1985–1992. Colombia.* OPS, OMS. Editorial Trazo Ltda. Abril de 1995.

** Estudio Profamilia, 1995.

La Secretaría Distrital de Salud vio la necesidad de actualizar estos datos y de caracterizar la situación nutricional por localidades, ya que la problemática nacional rara vez refleja la problemática local y por tanto no proporciona elementos para tomar de decisiones y proponer de acciones que generen soluciones.

La encuesta citada plantea como uno de los condicionantes de la desnutrición en la población infantil la precocidad en la introducción de la alimentación complementaria en el niño lactante. Este hecho afecta la práctica de la lactancia materna y propicia que el país no supere los 2,5 meses de lactancia materna exclusiva. Otro indicador de la situación nutricional de la población es el bajo peso al nacer, cuya incidencia es mayor de 10% en diferentes regiones, por lo que se identifica como un problema de salud pública.

Otras alteraciones nutricionales por resolver son las deficiencias de micronutrientes, especialmente hierro, yodo, ácido fólico y vitamina A, que afectan principalmente a las mujeres en edad fértil y que se agravan durante el embarazo, llegando a porcentajes de déficit cercanos a 45% (INS, 1998).

Teniendo en cuenta que la malnutrición no sólo incluye el bajo peso sino también el sobrepeso, es importante conocer el comportamiento de este indicador. Es así como según la ENDS realizada en 1995, 40,3% de las mujeres presentan sobrepeso. Una alta proporción de estas mujeres se ubica en el grupo de las mayores de treinta y cinco años, residentes en el área urbana.

Las problemáticas esbozadas constituyen prioridades importantes para el Distrito en general y para las diferentes entidades responsables de la salud, alimentación y nutrición de la población. Sin embargo, queda aún por fuera una serie de morbilidades cuya etiología tiene un componente nutri-

cional, como la hipertensión y la mayoría de las patologías crónicas no transmisibles, que actualmente se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad para la población mayor de treinta y cinco años.

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS CENTROS DE SALUD

En el Distrito Capital, la vigilancia alimentaria y nutricional se realiza a través del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional –Sisvan– diseñado para tal fin y que se adelanta en las instituciones de primer, segundo y tercer niveles de la red adscrita.

La información que genera el sistema se recopila y analiza para el Distrito Capital en general para cada localidad, en particular con el fin de canalizar y focalizar las acciones que realiza el sector salud y otros entes diferentes que trabajan por el bienestar de la población infantil.

Este sistema se aplica en los ámbitos individual y poblacional, y busca tener información oportuna y confiable, no sólo para trascender los promedios de estudios nacionales y regionales sino para mostrar con mayor contundencia la agobiante concomitancia de la nutrición y la infección.

La recolección de la información se lleva a cabo mediante un formato en donde se incluyen variables de nutrición (edad, peso y talla) y salud (presencia de infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica y lactancia materna), en el grupo de niños menores de siete años atendidos en la consulta de crecimiento y desarrollo en los diferentes servicios de los hospitales de los tres niveles de la red adscrita a la SDS.

La valoración del estado nutricional se realiza a partir de la distribución normal de probabilidades utilizando el *Z score* de tres indicadores nutricionales básicos y universales que son: talla/edad (indicador de desnutrición crónica), peso/edad (indicador de desnutrición global) y peso/talla (indicador de desnutrición aguda). En estos tres indicadores se analizan los diferentes riesgos de desnutrición:

- Riesgo alto: *Z score* mayor o igual a -6 y menor de -3 desviaciones estándar (Ds).
- Riesgo moderado: *Z score* mayor o igual a -3 y menor de -2 Ds.
- Riesgo bajo: *Z score* mayor o igual a -2 y menor de -1 Ds.
- Normal: *Z score* mayor o igual a -1 y menor de 2 Ds.
- Sobrepeso: *Z score* mayor o igual a 2 y menor de 3 Ds.
- Obesidad: *Z score* mayor o igual a 3 y menor de 6 Ds.

Este análisis permite discriminar la prevalencia clásica hacia el déficit de peso –es decir, la unión de riesgo alto y moderado de desnutrición–, prevalencia clásica hacia el exceso –la unión de sobrepeso y obesidad–, el riesgo bajo de desnutrición y la normalidad.

Por lo anterior se debe fortalecer la vigilancia del estado nutricional, no sólo en los niños menores y escolares sino también en los recién nacidos y gestantes, buscando las principales causas de los problemas identificados. Además el sistema debe incluir como unidades notificadoras a las entidades pertenecientes al sector educativo, como también ICBF y DABS.

Estado nutricional de niños menores de siete años

Del total de información analizada para el primer semestre de 1999 (30.006 registros), se observa que casi la mitad de los niños menores de siete años (41,4%) presentan algún grado de déficit de talla con relación a su edad (desnutrición crónica). Por otra parte, casi la cuarta parte de ellos (21,7%) muestra algún grado de déficit de peso con relación a su talla (desnutrición aguda). Es importante anotar que existe un porcentaje, aunque bajo, de exceso de peso especialmente en los niños mayores (4,7%).

En el cuadro 2 se presenta el comportamiento de los indicadores de peso para la talla y de talla para la edad desde 1997 hasta el primer semestre de 1999, reportados por Sisvan:

Cuadro 2. Análisis comparativo de la situación nutricional de niños menores de siete años, atendidos en los centros de salud de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá, 1997–1998, I semestre 1999

Indicador	Clasificación	1977		1998		1999	
		No.	%	No.	%	No.	%
Crecimiento talla/edad	DNT crónica	14.363	39,2	21.003	41,8	12.420	41,4
	Normal	22.278	60,8	29.260	58,2	17.586	58,6
	Total	36.641	100	50.263	100,0	30.006	100,0
Peso peso/talla	DNT aguda	7.894	21,5	11.622	23,1	6.503	21,7
	Normal	27.210	74,3	36.425	72,5	22.091	73,6
	Sobrepeso	1.537	4,2	2.216	4,4	1.412	4,7
	Total	36.641	100	50.263	100,0	30.006	100,0

Los resultados de desnutrición tanto aguda como crónica muestran, en un análisis de comportamiento de tres años consecutivos, que la desnutrición se mantiene en niveles similares. También se observa que el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) aunque en un bajo porcentaje, presenta también una leve tendencia al aumento, lo cual puede estar influido por el elevado déficit de talla en los niños.

Al estratificar por grupos de edad se observa que los niños menores de dos años son los que presentan mayor défi-

cit de talla para su edad y peso para su talla, hecho preocupante a tan corta edad. Esto podría ser consecuencia de una lactancia corta, una inadecuada ingesta de alimentos y la alta prevalencia de infección respiratoria y enfermedad diarreica que se observa en esta edad, así como de la alta incidencia de bajo peso al nacer que se manifiesta en el Distrito.

La desnutrición crónica, es decir, el déficit en la talla, presenta un comportamiento inestable con tendencia a aumentar en los últimos años de la infancia, como consecuencia de retrasos acumulativos en los cuales si persiste la carencia de alimentos y las malas condiciones de vida, el deterioro será mayor. Por el contrario, al aumentar la edad del niño la desnutrición aguda disminuye, lo cual puede ser ocasionado por el alto grado de deficiencia en talla mencionado antes. Esto hace que de alguna manera el peso llegue a estar acorde con la talla baja del niño (figura armónica) (gráfico 1).

Al desagregar la información por instituciones de consulta se observa que a pesar de que todas presentan porcentajes muy altos de desnutrición, sobresalen en desnutrición crónica las localidades de Chapinero, San Cristóbal, Santa Fe, Usme y Sumapaz, con prevalencias que fluctúan entre 33,6% y 57,3%; y en desnutrición aguda Santa Fe, Bosa, Tunjuelito, Usaquén y Sumapaz, con prevalencias que oscilan entre 26,8% y 25% (gráfico 2).

Estado nutricional de las gestantes

La evaluación del estado nutricional de la gestante es de gran importancia, no sólo para velar por la salud de la madre sino para prevenir el bajo peso al nacer en el recién nacido.

Teniendo en cuenta que en la actualidad la red materno-perinatal recopila información sobre el estado nutricional

de la gestante, esta se analizó ya que es de suma importancia en el estado nutricional del recién nacido y en sus primeros años de vida. Para analizar esta información se está diseñando una aplicación que permita enviar los datos en forma automática al Sisvan, con el fin de que pueda incorporarse al sistema y utilizarse dentro de la evaluación del estado nutricional de la gestante.

Es necesario fortalecer la recolección de los datos sobre nutrición en esta fuente de información, ya que se observa un porcentaje bajo de diligenciamiento de las variables nutricionales de la gestante con respecto al total de datos diligenciados, como puede observarse en el cuadro 3.

Cuadro 3. Diligenciamiento de variables institucionales.

Variable	Porcentaje de diligenciamiento
Edad de la madre	99,7%
Peso habitual de la madre	35,3%
Talla de la madre	40,2%
Peso primera consulta	40,1%
Peso última consulta	36,9%
Edad gestacional primera consulta	39,6%
Edad gestacional última consulta	37,9%

Al analizar el comportamiento del estado nutricional de las gestantes a quienes se les diligenció las variables nutricionales (668 en la primera consulta y 459 en la última consulta) durante el primer semestre de 1999, se observa que casi la tercera parte de las gestantes presentan bajo peso durante su embarazo, lo cual debe revisarse con atención, ya que, como se dijo, uno de los factores que

Gráfico 1 DNT aguda y crónica por grupos de edad en niños menores de siete años. Santa Fe de Bogotá, I semestre 1999.

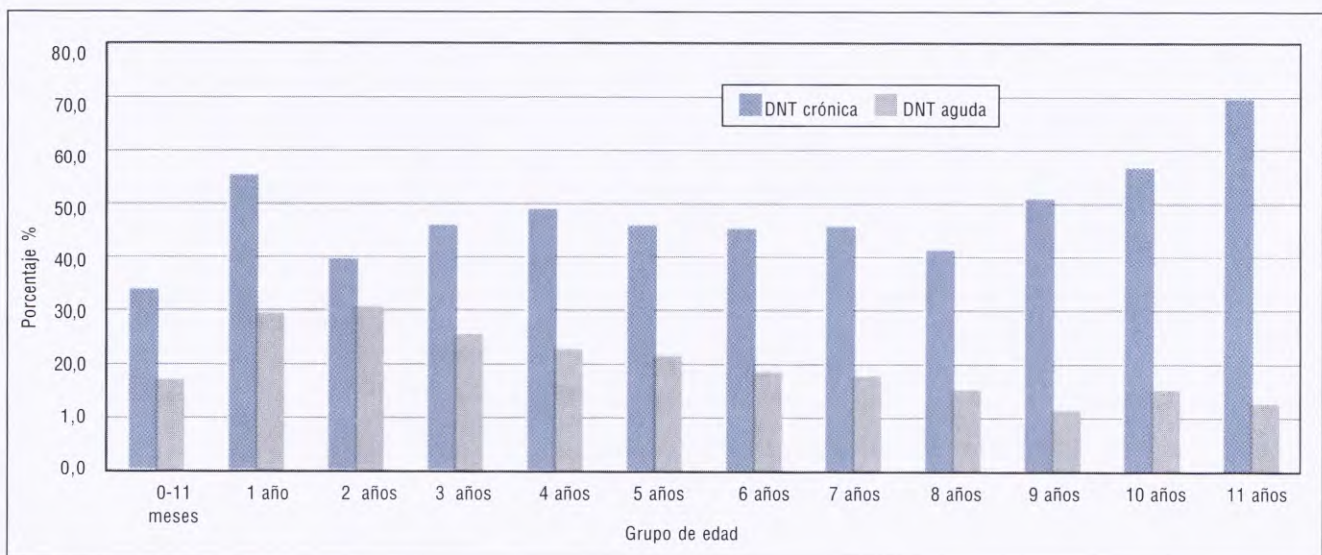
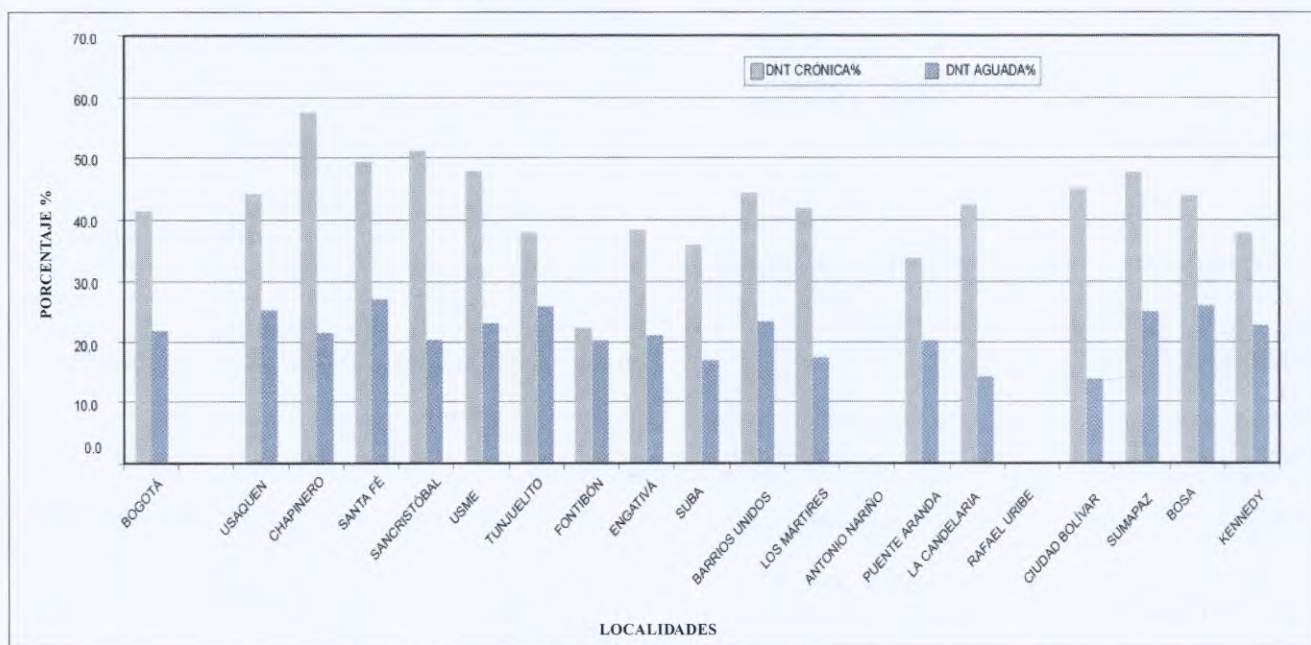


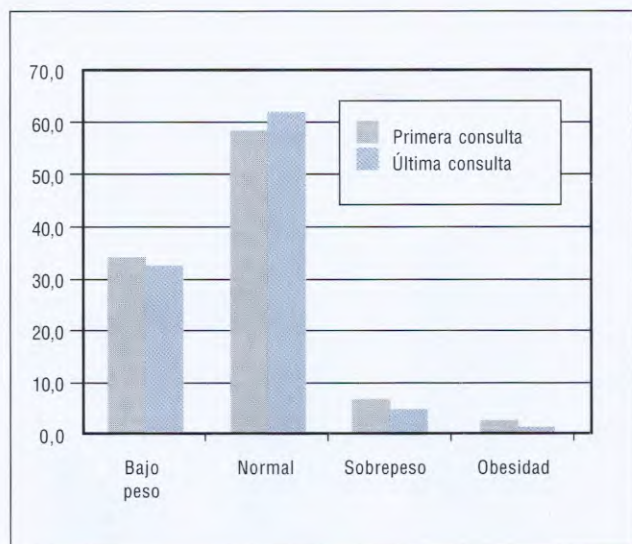
Gráfico 2 Análisis comparativo por localidades de la DNT aguda y crónica en niños menores de siete años. Santa Fe de Bogotá 1999.



Fuente: información reportada por los hospitales, así: I nivel: Usaquén, Chapinero, La Perseverancia, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Kennedy, San Pablo, Fontibón, Garcés Navas, Suba, Juan XXIII, Samper Mendoza, Trinidad Galán, La Candelaria, Vista Hermosa y Nazareth. II nivel: Bosa, La Granja.

pueden influir en el peso al nacer del recién nacido es el estado nutricional de la madre. Sin embargo, se observa otro comportamiento interesante y es que se presentan gestantes con algún grado de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en 7% a 8%, el cual también puede ser un factor de riesgo para el parto (gráfico 3).

Gráfico 3 Clasificación nutricional de las gestantes en su primera y su última consultas.



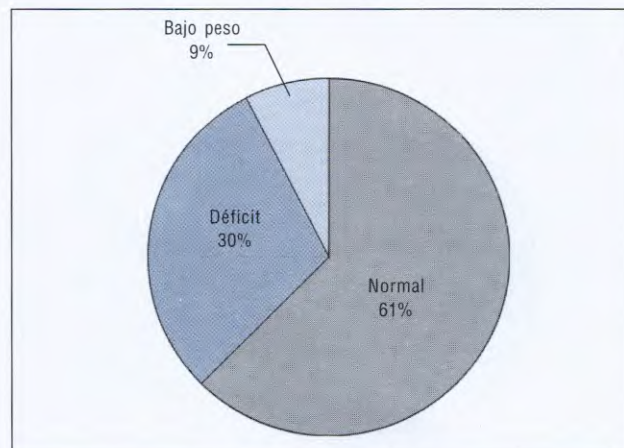
Fuente: Datos reportados por los hospitales de Engativá, La Granja, La Victoria, Trinidad Galán, Suba, Vista Hermosa, Pablo VI, Bosa y Nazareth.

Estado nutricional del recién nacido

El peso al nacer del niño o la niña es un factor que puede influir en su desarrollo fisiológico posterior, por lo cual es muy importante hacer evaluación y seguimiento del mismo con el fin de realizar una intervención oportuna.

Los resultados obtenidos de peso al nacer por Sisvan en 1998 fueron recolectados de los hospitales de El Tunal, La Granja, San Jorge, Suba y Usme. Inicialmente se describe el comportamiento global de peso al nacer en el total de los niños estudiados y posteriormente se hace una descripción específica por semanas de gestación.

Gráfico 4 Distribución porcentual de peso al nacer. Hospitales El Tunal, La Granja, San Jorge, Suba y Usme, 1998.



Se observa que de los 4.071 recién nacidos en los hospitales mencionados, 9% tiene bajo peso al nacer, siendo este porcentaje más bajo que el reportado para Bogotá por el estudio de Bajo Peso al Nacer en Colombia, de 1990, el cual es de 11,4% (gráfico 4). Sin embargo, al determinar el peso al nacer según semanas de gestación se encontró el comportamiento que se indica en el cuadro 4.

Cuadro 4. Peso al nacer según semanas de gestación.

Clasificación	Niños pretérmino		Niños a término	
	No.	%	No.	%
Bajo peso (< 2.500 g)	50	68,5%	264	7,7%
Déficit (2.500 g – 2.999 g)	11	15,1%	1035	30,2%
Normal (≥ 3.000 g)	12	16,4%	2129	62,1%
Total	73	100	3.428	100

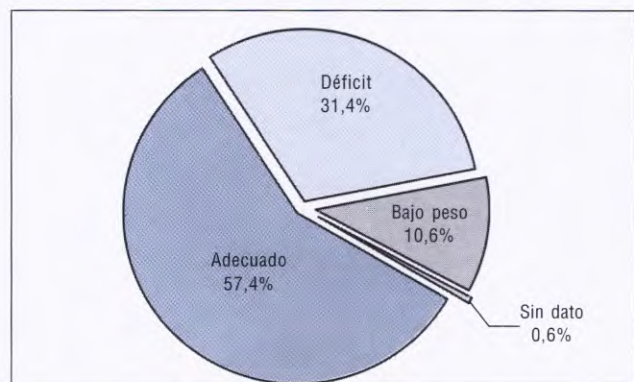
El porcentaje de bajo peso y déficit de peso en niños nacidos a término (mayores o iguales a 37 semanas de gestación) es similar al reportado para Bogotá de niños a término en 1990 (7,6% y 29,2%, respectivamente). Estos dos rangos de peso se han identificado como factores de riesgo para presencia de enfermedades infecciosas y déficit de peso durante los primeros meses de vida.

Es decir, que del total de niños nacidos a término, un poco más de la tercera parte (37,9%) presenta desde retraso intrauterino su gestación y, por tanto, riesgo de tener problemas en su estado nutricional, lo que los hace más susceptibles a cualquier problema de salud.

Peso al nacer según certificados de nacido vivo

Otra fuente importante de información para el peso al nacer es el certificado de nacido vivo, el cual se está digitando en la Secretaría Distrital de Salud desde enero del presente año. En el primer trimestre hubo 32.062 registros. En el gráfico 5, puede observarse la clasificación de peso al nacer en el total de niños nacidos.

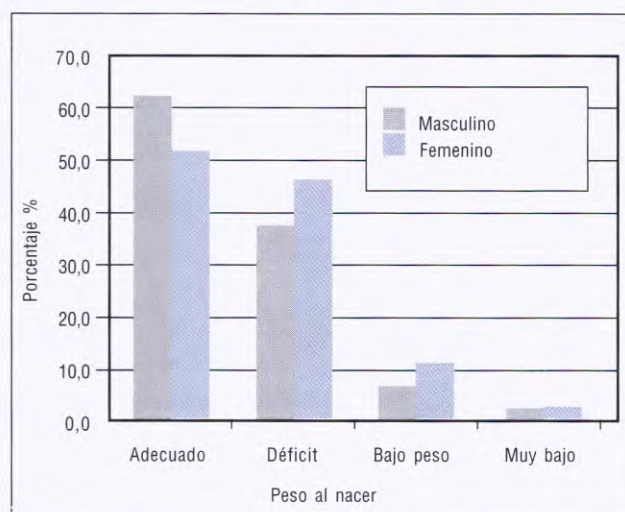
Gráfico 5 Peso al nacer según certificados de nacido vivo. Enero – mayo 1999



En el gráfico 5 se observa que el bajo peso al nacer (10,6%) presentó un comportamiento similar al reportado para Bogotá en el estudio de 1990 (Bajo peso al nacer en Colombia) y al Sisvan de 1998 (11,4% y 9%, respectivamente). Además, se observa un leve aumento del déficit de peso (31,4%) con respecto al estudio de 1990 y al Sisvan de 1998 (30,1% y 30%, respectivamente).

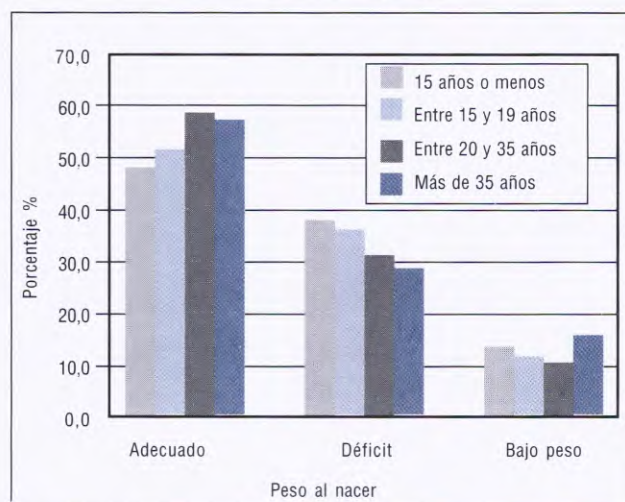
Al realizar el análisis bivariado entre peso al nacer y género, edad de la madre y localidad de residencia de ella, se encontró lo siguiente: el peso al nacer de los niños según el género, se encontró que las niñas presentan mayor porcentaje de bajo y de déficit de peso al nacer, y por consiguiente menor porcentaje de peso normal (gráfico 6).

Gráfico 6 Peso al nacer por género según certificado de nacido vivo. Enero – mayo 1999



La segunda variable analizada es el peso al nacer de los niños según la edad de la madre, factor que se ha descrito como riesgo para el bajo peso y déficit de peso al nacer (gráfico 7).

Gráfico 7 Peso al nacer según edad de la madre por certificado de nacido vivo. Enero – mayo 1999.



La incidencia del bajo peso y del peso deficiente al nacer es más elevada para los hijos de madres muy jóvenes (menores de veinte años) y mayores de treinta y cinco años, que en las mujeres entre veinte y treinta y cinco años. Sin embargo, el grupo de adolescentes menores de veinte años debe estratificarse, puesto que diversos estudios demuestran que los hijos de madres menores de quince años presentan mayor riesgo de nacer con bajo peso que los hijos de madres que están entre los quince y dieciocho años; no obstante, ambos grupos son de alto riesgo.

El análisis de bajo peso al nacer según localidad mostró que oscila entre 7,6% y 12,6%, y que las localidades que presentan mayores porcentajes son La Candelaria, Santafé y Ciudad Bolívar. Para déficit de peso el valor oscila entre 15,4% y 34,6%, siendo Los Mártires, San Cristóbal y Usme las localidades con mayores porcentajes (gráfico 8). Es importante señalar que el dato de localidad que se digita en cada registro de nacido vivo corresponde al lugar de residencia de la madre y no a la localidad donde se encuentra el hospital donde nació el hijo.

Gráfico 8 Bajo peso y déficit de peso al nacer según localidad de residencia de la madre.
Enero – mayo 1999



Factores de riesgo protectores del estado nutricional de niños menores de dos años

El estado nutricional de los niños menores de dos años está condicionado no sólo por el consumo de leche materna y alimentos complementarios, sino también por la presencia de enfermedades infecciosas.

Por esta razón en el Sisvan se analiza el comportamiento de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica como factores de riesgo, así como la lactancia materna como factor protector con relación al estado nutricional del niño (gráfico 9).

RELACIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y LA ENFERMEDAD DIARREICA CON LA DESNUTRICIÓN

Del total de registros recogidos por el Sisvan 19,13% tiene información sobre infección respiratoria y 12,43% sobre en-

fermedad diarreica, ya que esta información sólo es diligenciada por personal capacitado en dicha clasificación.

Al analizar el total de datos de IRA y ED se observa que del total de niños que presentaron algún grado de neumonía, 22,87% tenían déficit de peso con respecto a su talla (desnutrición aguda).

De igual manera, del total de niños que presentaron algún grado de deshidratación por diarrea, un poco más de la cuarta parte (26,43%) tenían déficit de peso con respecto a su talla (desnutrición aguda).

Estos resultados muestran que el estado nutricional del niño está relacionado con la presencia de enfermedades infecciosas, presentándose éstas como causa o consecuencia, convirtiéndose en un ciclo permanente que compromete cada vez más la salud integral del menor.



Gráfico 9A Casos de IRA reportados por Sisvan. Santa Fe de Bogotá, 1999.

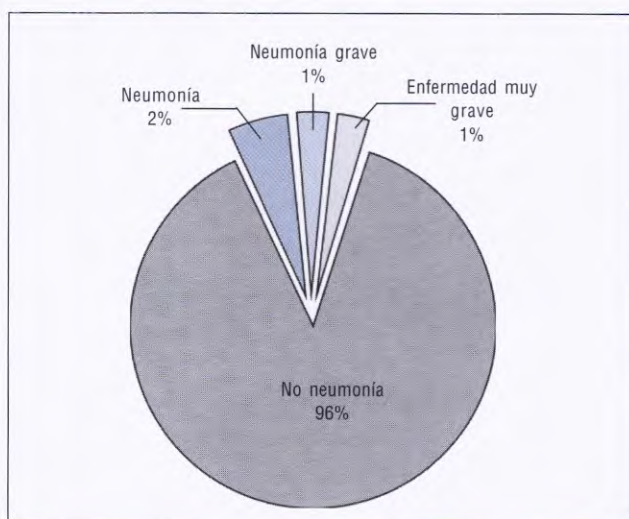
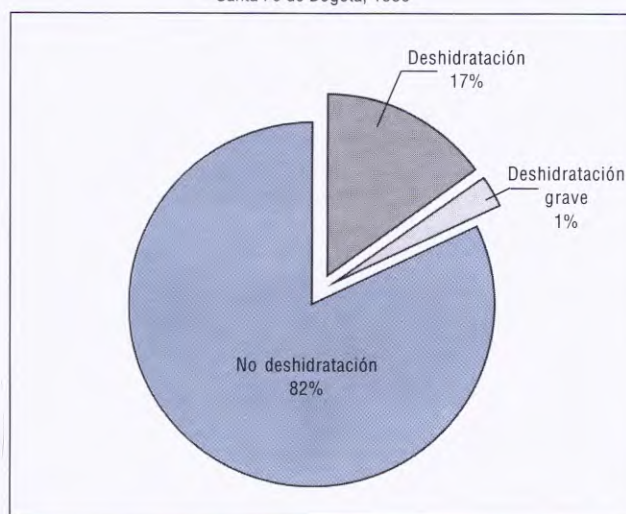


Gráfico 9B Clasificación de enfermedad diarreica según grado de deshidratación. Sisvan, Santa Fe de Bogotá, 1999



TASA DE LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

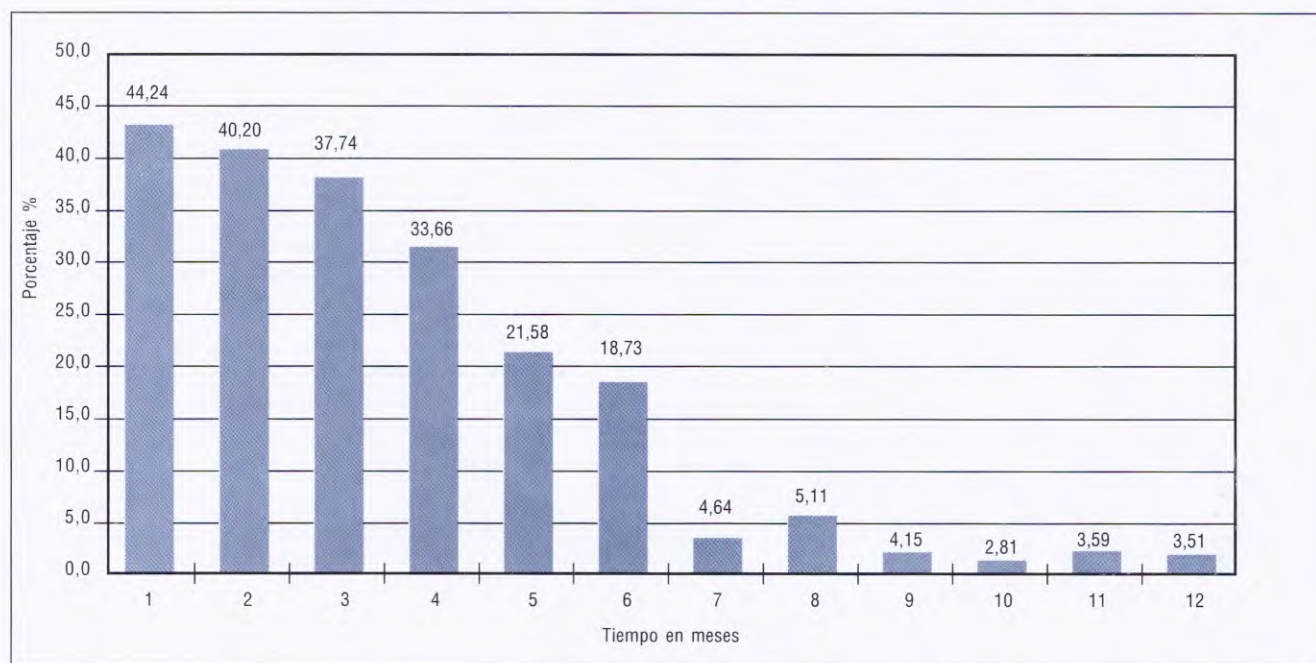
De los 30.006 datos recogidos por el sistema, 67,02% registran información sobre tiempo de lactancia materna. Sin embargo, para analizar la información se evaluó la tasa efectiva de lactancia materna, la cual permite conocer el porcentaje de niños que realmente se encontraba lactando en el momento de la consulta (gráfico 10).

El gráfico muestra cómo la tasa efectiva de lactancia es de 64,4% en los niños de un mes de edad y disminuye notablemente durante los primeros cuatro meses de vida.

A partir del quinto mes la disminución de la práctica de la lactancia es marcada (T.E. 29,16%) llegando a una tasa de lactancia materna efectiva de 5,50% al año de edad.

Este fenómeno puede deberse a diferentes factores como el reintegro de la madre a la vida laboral al finalizar la licencia de 84 días y la suspensión de la hora de lactancia a los seis meses de edad del niño. Todo esto sumado a la falta de educación sobre la importancia de la lactancia materna, las creencias y la influencia de la publicidad sobre el uso de las leches de fórmula, así como la falta de asesoría en las técnicas de mantenimiento de la lactancia a las madres que trabajan, entre otros factores.

Gráfico 10 Tasa efectiva de lactancia materna por meses. Sisvan, Santa Fe de Bogotá, 1999





Acciones de la Secretaría Distrital de Salud para mejorar la situación nutricional de la población

LACTANCIA MATERNA

Como ya se ha mencionado, un factor que tiene gran peso en el estado nutricional posterior y el desarrollo del niño y la niña es el antecedente de la lactancia materna.

Este papel esencial de la lactancia materna está ampliamente demostrado, razón por la cual entidades internacionales y gubernamentales se han abocado a su protección.

“*Lactancia materna: educación para la vida*”, fue el lema de la octava Semana Mundial de la Lactancia Materna (SMLM) durante el presente año (1 al 7 de agosto), celebrada todos los años con diferentes lemas. Los objetivos de la SMLM de este año fueron:

- Aumentar la conciencia pública sobre la importancia de la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, que debe ser la norma para el buen crecimiento y desarrollo del niño.
- Incorporar a todos los niveles de enseñanza formal e informal la lactancia materna y las prácticas apropiadas de alimentación infantil.
- Enriquecer y adaptar el contenido de los programas de enseñanza en lo referente a la lactancia materna con la participación de los educadores y capacitadores de las instituciones profesionales, las escuelas de medicina y otras escuelas de formación, las organizaciones de salud, las escuelas primarias y secundarias públicas y privadas, así como los centros de educación popular.
- Involucrar a los alumnos, desde preescolar en adelante, en las actividades de la SMLM y proveer materiales para una educación popular adaptada a los diferentes grupos de edad.
- Fomentar la integración de experiencias y prácticas de lactancia materna en materiales educativos y juegos de los niños.

Ahora bien, debe tenerse presente que las actividades de la Secretaría Distrital de Salud y las empresas sociales del Estado en pro de la lactancia materna se intensifican en una semana pero se realizan durante todo el año.

Instituciones amigas de la mujer y de la infancia

Como parte de las actividades de protección a la lactancia materna, la Secretaría Distrital de Salud trabaja desde 1992

por la acreditación de sus instituciones como Amigas de la mujer y de la infancia (IAMI).

Una institución amiga de la mujer y de la infancia es aquella que cumple con los diez pasos establecidos a nivel internacional para una feliz lactancia natural. Dentro de estos pasos se encuentra el contar por escrito con una política sobre la lactancia materna, capacitar a todo el personal de salud en el conocimiento y puesta en marcha de dicha política, capacitar a las gestantes y madres lactantes sobre los beneficios de la lactancia, tiempo de lactancia materna exclusiva (6 meses) y total (hasta los 2 años), mantener la misma y solucionar dificultades con ayuda de los grupos de apoyo a la lactancia materna.

En los hospitales de II y III niveles adscritos a la Secretaría Distrital de Salud se viene adelantando el proyecto de “Lactarios amigos de la mujer y la infancia” como parte de la estrategia IAMI. Los Lactarios Amigos de la Mujer y la Infancia son servicios donde se apoya a la madre para alimentar a su bebé con leche materna directamente de seno o la obtenida mediante extracción manual. Allí se conserva para ser suministrada al niño con los requerimientos técnicos que permitan, mediante su manejo adecuado, la posibilidad de alimentar al niño con leche materna. En los casos en que se requiera leche de fórmula y sólo bajo prescripción médica, allí se asegurará la preparación en las mejores condiciones.

Actualmente se encuentran acreditadas dieciocho instituciones, de las cuales trece pertenecen a hospitales de primer nivel (Vista Hermosa, Garcés Navas, Tunjuelito, San Pablo Fontibón, Kennedy I nivel), tres hospitales de segundo nivel (La Granja, Fontibón y El Carmen) y dos hospitales de tercer nivel (Kennedy y La Victoria).

A partir del presente año el Ministerio de Salud y la Unicef descentralizaron el proceso de acreditación a los entes territoriales, razón por la cual la SDS se encuentra organizando esta actividad, ya que están listas para acreditación como IAMI un total de veintinueve instituciones.

Salud es amor, experiencias en lactancia materna

Elaborado por: Martha Borda – Directora local de salud de Tunjuelito; María del Pilar Santamaría, nutricionista, Hospital de Tunjuelito.

La localidad de Tunjuelito está trabajando desde hace un año en el proyecto de Localidad amiga de la mujer y de la infancia, cuyo objetivo es formar una red de entidades públicas y privadas que fomenten, apoyen y promuevan la lac-



tancia materna según las políticas distritales, nacionales y mundiales, buscando recobrar la perdida cultura amiga de la lactancia materna en la localidad.

Este proyecto se desarrolla a través de acciones de promoción y prevención incluidas tanto en el Plan de atención básica (PAB), ejecutado actualmente por el Hospital de Tunjuelito, como en el Plan obligatorio de salud (POS) que adelantan todas las instituciones prestadoras de salud.

Estas actividades buscan fomentar la lactancia materna como primer hábito alimentario saludable, para disminuir los índices de enfermedad y muerte infantil de la localidad, así como prevenir la malnutrición y el maltrato infantil, favoreciendo a los niños en su desarrollo físico, mental y social, al darles un alimento completo que satisfice sus necesidades nutricionales y afectivas. Se hace énfasis en que la lactancia se ofrezca en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida del niño, y se continúe dando junto con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad, y se recalca la importancia de que la lactancia no sea sólo una práctica de la madre sino que se involucre a los padres, los abuelos, hermanos y en general a todo el núcleo familiar, tratando de que llegue a ser un proceso comunitario.

El mantener y cumplir los diez pasos de la lactancia feliz es un compromiso que se ha adquirido por todo el equipo de los hospitales Tunjuelito primer nivel, El Carmen segundo nivel y El Tunal, tercer nivel, en cabeza de sus gerentes; además se trabaja en forma continua con las otras instituciones que participan en la red. Actualmente en la localidad se encuentran acreditadas dos entidades como instituciones amigas de la mujer y la infancia.

En 1998 se llevó a cabo un Encuentro intersectorial e interinstitucional de lactancia materna, en el cual se presentaron las experiencias del Hospital de Tunjuelito y otras instituciones y entidades comprometidas con el bienestar nutricional de los grupos más vulnerables de la población. Se identificaron como principales causas para el abandono de la lactancia materna el desconocimiento de las madres sobre una adecuada técnica de lactancia, el uso de otras leches en el niño o niña lactante y el inicio de alimentación complementaria antes del sexto mes de edad.

PROGRAMA DE MICRONUTRIENTES

Los conocimientos científicos logrados en los últimos años han permitido reconocer la importancia de los micronutrientes en la fisiología humana, así como los efectos que puede ocasionar su carencia en el organismo.

La anemia por deficiencia de hierro es la enfermedad nutricional más prevalente en el mundo, afectando a 15% de la población mundial. Los efectos indeseables de la ane-

mia incluyen alteraciones en el desarrollo físico y mental, rendimiento escolar, funciones inmunológicas y capacidad física para el trabajo (Dalmman, 1986; Enwonwu, 1990, Viteri, 1992). Algunos de estos efectos también podrían estar relacionados con la deficiencia de hierro (Hallberg y Scrimshaw, 1981). Por tanto, la prevención y corrección de esta deficiencia tiene una alta prioridad en los programas de salud pública para evitar sus efectos nocivos directos y la producción de anemia.

En el estudio realizado por el INS (1995/1996) sobre deficiencia de hierro, vitamina A y prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil y de anemia nutricional en mujeres en edad fértil, el comportamiento de la anemia propiamente dicha, así como de la deficiencia de hierro en niños y niñas menores de cinco años y mujeres en edad fértil de Santa Fe de Bogotá; mostró los resultados que se observan en los cuadros 5 a 8

Cuadro 5 Distribución porcentual de anemia nutricional en menores de cinco años.

Edad (meses)	Anemia %
12-23	8,6
24-35	3,5
36-47	4,3
48-59	2,7
Total Bogotá	4,9%
Total Colombia	23,3%

NOTA. Para determinar la anemia se utilizó la medición de hemoglobina del sistema HemoCue usando los siguientes puntos de corte dados por la OMS y el CDC: niños(as) de 6 meses a 5 años (11 g/100 ml); mujeres en edad fértil (12 g/100 ml); gestantes (11 g/100 ml).

Cuadro 6 Distribución porcentual de anemia nutricional en mujeres en edad fértil.

Edad (años)	Anemia (%)
15-24	5,9
25-34	7,8
35-49	4,1
Total Bogotá	6,1%
Total Colombia	22,5%

Cuadro 7 Distribución porcentual de deficiencia de hierro en menores de cinco años.

Edad (meses)	Déficit hierro %
12-23	60,6
24-35	53,6
36-47	53,9
48-59	43,2
Total Bogotá	53,1%
Total Colombia	61,3%

NOTA. Para determinar los depósitos de hierro se utilizó la medición de ferritina en plasma con los siguientes puntos de corte dados por la OMS y el CDC: Déficit severo (<12 g/l); Déficit moderado (12-17,9 g/l); Déficit leve (18-23,9 g/l); Normal (>24 g/l).

Cuadro 8 Distribución porcentual de deficiencia de hierro en mujeres en edad fértil.

Edad (años)	Déficit hierro %
15-24	52,4
25-34	41,8
35-49	49,3
Total Bogotá	40,6%
Total Colombia	48,0%

Los anteriores resultados muestran que a pesar de que el porcentaje de personas anémicas en la población menor de cinco años y mujeres en edad fértil en Bogotá es bajo, los porcentajes de deficiencia en depósitos de hierro para ambos grupos prevalece en aproximadamente la mitad de la población.

Por otra parte, además de analizar los resultados de este estudio para Bogotá en forma específica, deben conocerse los resultados para las diferentes regiones de Colombia, ya que la capital recibe permanentemente personas de diferentes sitios del país, que de una u otra forma son atendidas por las instituciones de salud del Distrito Capital.

La severidad de la anemia como problema de salud pública en el país pasa a ser moderada para los dos grupos estudiados. Los porcentajes de anemia en niños menores de cinco años para las cinco regiones de Colombia se observan en el cuadro 9.

Cuadro 9 Prevalencia de la anemia en niños y mujeres.

Localización	Niños < 5 años	Mujeres en edad fértil
Atlántica	35,8%	35,1%
Pacífica	24,3%	23,0%
Central	22,7%	20,4%
Oriental	15,0%	16,0%
Bogotá	4,9%	6,1%
Colombia	23,3%	22,5%

Se sabe que la prevalencia de anemia disminuye en la edad escolar, pero este no es necesariamente el caso en la deficiencia en los depósitos de hierro. A ello se debe que exista un nuevo aumento en la prevalencia de anemia en las mujeres que menstrúan regularmente e inician un embarazo con reservas corporales bajas.

Los niños en edad escolar pueden tener un balance negativo de hierro debido a una ingesta pobre del mineral, una baja biodisponibilidad del hierro en la dieta, e infecciones con parásitos intestinales, que reduce sus reservas corporales.

Resolución 657 de 1998

El 23 de julio de 1998, la Secretaría Distrital de Salud emitió la resolución 000657 "Por la cual se modifica la resolución 000465 de 1998 y se adopta el esquema para el suministro de micronutrientes: hierro y ácido fólico en mujeres gestantes y madres lactantes, y de hierro en la población menor de 12 años de Santa Fe de Bogotá, D.C."

El objetivo general de la suplementación es mejorar las reservas corporales de hierro y ayudar a evitar la anemia ferropénica en la población vulnerable, especialmente en mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores de 12 años, a fin de mejorar la calidad de vida de la población del Distrito Capital, con acciones integrales de salud a través del POS y del PAB.

Esta medida preventiva tiene implicaciones importantes en términos clínicos y de salud pública, ya que podría reducir la incidencia de anemia cuando los niños beneficiados alcancen una edad o condición fisiológica que demande mayor actividad hematópoyética como sucede en el crecimiento acelerado en la adolescencia, el inicio de la menstruación o la gestación.

Para su elaboración se recurrió al apoyo de expertos nacionales en el tema, al esquema referencial de suplementación preventiva de la OMS-OPS, a la experiencia de otros países como es el caso de Bolivia, Ecuador y Guatemala, así como a estudios realizados a nivel nacional sobre prevalencia de anemia en población vulnerable, como los realizados por el Instituto Nacional de Salud.

Las empresas sociales del Estado de la Secretaría Distrital de Salud inician en la actualidad el proceso de implementación de dicha resolución. Sin embargo, esto requiere un trabajo dispendioso en cada institución pues implica no sólo la entrega del micronutriente sino también plantear estrategias desde la compra, prescripción, dispensación, facturación, hasta la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de la medida.

Debido a que uno de los principales requisitos para el buen desarrollo de este programa es lograr que las personas cumplan el esquema de suplementación, la educación nutricional se debe realizar desde los diferentes sectores que tienen responsabilidad con la salud de la población más vulnerable. En el sector salud se hará énfasis en incluir esta parte educativa en el Plan de atención básica.

La resolución fortalece las actividades de promoción y prevención encaminadas a mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población vulnerable, pero debe ser complementada con las otras dos estrategias necesarias que se han identificado a nivel mundial para disminuir la prevalencia de anemia y el déficit en los depósitos de hierro, que son la fortificación de alimentos y la educación nutricional.

En Colombia actualmente se fortifica la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B, y la sal con yodo y flúor. La Secretaría Distrital de Salud es la entidad responsable de vigilar que estos productos cumplan con los requisitos exigidos sobre fortificación. Del total de muestras analizadas de harina de trigo por el Laboratorio de Salud Pública durante el primer semestre del presente año (173 unidades), 7% (veintidós unidades) fueron no aceptables por causa de bajos niveles de hierro. Los análisis de vitaminas se iniciaron desde finales de septiembre del presente año.

Yodo

Colombia fue identificada en el pasado como un país con alta prevalencia de desórdenes por deficiencia de yodo. En 1948 una encuesta nacional en escolares mostró una prevalencia de bocio endémico del orden de 53%. En la década de 1960, el gobierno inició un programa de yodación de la sal para consumo humano que resultó altamente efectivo, de modo que en 1977–1980 la prevalencia de bocio disminuyó dramáticamente a 1,4%.

Lamentablemente el país consideró superado el problema y no se implementó un sistema permanente de vigilancia epidemiológica y control de calidad, lo que condujo a un retroceso en el éxito alcanzado. Esto aunado a las políticas de apertura, que llevaron al cierre de la planta de Álcalis y a al otorgamiento de permisos temporales para el ingreso de sal importada sin yodar para consumo humano, favoreció el fenómeno de mezcla de sal yodada con no yodada obtenida ilegalmente para reempaque. En 1993 el control de calidad mostró que 61% de la sal no cumplía con la norma nacional y como era de esperarse, la prevalencia de bocio se incrementó nuevamente a 15% en tres regiones del país.

Como consecuencia de los compromisos asumidos por Colombia en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia en 1990, y con la creación del Programa Subregional Andino de Control de Desórdenes por Deficiencia de Yodo (DDY), en 1991, gracias a la renovada voluntad política, se reiniciaron en el país las actividades orientadas a alcanzar la meta del año 2000. El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996–2005, aprobado el 29 de mayo de 1996, considera dentro de sus líneas de acción la prevención y el control de la deficiencia de yodo.

Es así como el 29 de abril de 1999 Colombia es declarado país libre de desórdenes por deficiencia de yodo, por lo cual la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud se responsabilizó de monitorear la sostenibilidad de los programas de control y prevención de los DDY, mediante estudios transversales de concentración de yodo en sal y yodurias anuales, con el fin de identificar las áreas de riesgo para desórdenes de yodo y formular acciones dirigidas a corregir los problemas identificados.

En septiembre de 1998 el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, ICBF y epidemiólogos de veintidós seccionales de Salud, realizaron un estudio transversal de yodurias y contenido de yodo en sal en 44 escuelas (urbanas y rurales) de veintidós municipios considerados de alto riesgo para DDY en Colombia, que a pesar de que no incluyó a Bogotá por no considerarse de alto riesgo, brindó algunas recomendaciones para aplicar en el Distrito Capital:

- Verificar cada dos meses los registros sanitarios, envasado y rotulado de las diferentes marcas de sal para el consumo humano que se expenden.
- Realizar cada dos meses en las reempacadoras un muestreo aleatorio.
- Verificar el cumplimiento de los parámetros de normalidad fijados en el decreto 547 de 1996, y aplicar las medidas sanitarias estipuladas.
- Educar y capacitar a los reempacadores y comercializadores sobre el buen manejo y calidad en el reempaque y comercialización de la sal para consumo humano.
- Incorporar al plan de estudios del proyecto educativo institucional, PEI, el tema relacionado con el consumo de sal correctamente yodada y estudiar la posibilidad de incorporar la estrategia de la Unicef, Ministerio de Educación sobre "veedores científicos" en las entidades educativas.
- Incorporar a los proyectos de comunicación masiva, recomendaciones para reconocer sal de buena calidad y la importancia del consumo de sal correctamente yodada para prevenir desórdenes por esta deficiencia.

La responsabilidad de los entes territoriales en el control de la calidad de la sal es fundamental, por lo cual el Distrito viene haciendo dicha supervisión encontrando que para el primer semestre del presente año 15% del total de muestras de sal analizadas no cumple con la norma de yodación. Esto evidencia la necesidad de intensificar el control y la aplicación de las medidas sancionatorias que sean necesarias.

PLAN DE ALIMENTACION Y NUTRICIÓN DEL DISTRITO CAPITAL

Ante todo el panorama anterior, y en respuesta a una problemática sentida por diversas entidades distritales que velan por la salud y calidad de vida de la población, y para cumplir con el derecho constitucional de "propender por una adecuada alimentación y nutrición a nivel individual y colectiva de la población", la Secretaría Distrital de Salud inició la elaboración del Plan de alimentación y nutrición del Distrito Capital.

Las estadísticas de problemas nutricionales del Distrito preocupan a muchas autoridades locales y distritales.



Las cifras de desnutrición tanto aguda como crónica presentadas por el Sisvan son alarmantes, prevalencia de anemia de 4,9% en niños de doce a 59 meses y de 6,1% en mujeres de quince a 49 años, concomitantes con altas tasas de enfermedades crónicas y la cada vez más frecuente aparición de intoxicaciones alimentarias producto del manejo inadecuado de los alimentos.

El planteamiento de una política de alimentación y nutrición, materializada en un plan de carácter intersectorial, liderado por el sector salud, permitirá generar alianzas técnicas y de gestión efectivas con las diferentes instituciones comprometidas con la solución de las problemáticas alimentario-nutricionales del Distrito Capital.

En la construcción colectiva de la política de alimentación y nutrición para el Distrito Capital vienen participando el Departamento Administrativo de Bienestar Social –DABS–, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Bogotá –ICBF–, la Secretaría Distrital de Salud –SDS–, algunas Direcciones Locales de Salud –DLS– y Empresas Sociales del Estado –ESE–, la Secretaría de Educación del Distrito –SED–, el Instituto Nacional de Salud –INS–, el Instituto Distrital de Recreación y Deporte –IDRD–, la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad Javeriana, la Presidencia de la República –Oficina de Equidad para la Mujer y la Familia–, la Red Internacional de Apoyo a la Alimentación Infantil –IBFAN– y la Fundación Nutrir.

Una de las principales etapas de la elaboración de la política distrital de alimentación y nutrición fue la construcción de la política en el ámbito local, ya que la viabilidad real de un plan para el Distrito Capital se basa en una experiencia dialéctica en la que lo distrital da directrices que, ponderadas y evaluadas en el ámbito local, permiten darle solidez y factibilidad a la política en su conjunto.

Esta experiencia se acuñó a partir del ejercicio realizado en las localidades de Tunjuelito, Usme y Fontibón, que aportaron especificidad, saber y prioridades locales que como reflejo de la diversidad geográfica característica de Bogotá, permitieron que las situaciones promedio no enmascararan la problemática real de las localidades.

Características de la política de alimentación y nutrición

A partir de la revisión conjunta de la situación alimentaria y nutricional del Distrito Capital y con base en una sistematización de las actividades realizadas de manera permanente por las instituciones participantes, se presenta una política de alimentación y nutrición caracterizada por el énfasis en estrategias como:

- La intersectorialidad como pilar efectivo de un abordaje interdisciplinario que proporciona soluciones integrales a los problemas caracterizados.

- La participación y representatividad de las localidades en su construcción, que garantizan su viabilidad e implementación.
- La perdurabilidad, caracterizada por su vigencia más allá de un solo periodo de gobierno, así como por el nivel de compromiso de las instituciones involucradas.
- La focalización como estrategia de intervención para garantizar el impacto específico frente a problemáticas que, en sí mismas, afectan a poblaciones y sectores específicos del Distrito Capital.
- La coordinación permanente entre las diferentes instituciones para potenciar logros y evitar la duplicidad de acciones.
- La integralidad, en la medida en que la problemática alimentaria y nutricional convoca a la salud y la educación y al bienestar para su solución, y debe involucrar el accionar de los diferentes sectores e instituciones de Santa Fe de Bogotá.

Lineamientos de la política de alimentación y nutrición del Distrito Capital

Objetivo general

Contribuir a mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población del Distrito Capital, con especial atención a la población vulnerable, integrando acciones interinstitucionales desde el consenso de los sectores de salud, bienestar, educación, recreación y deporte, con el respaldo permanente del gobierno distrital como garantía de continuidad.

Propósitos

- Universalizar en el Distrito Capital la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y como alimento lácteo hasta los dos años, como factor protector por excelencia de la salud y bienestar de los niños capitalinos, mediante la implementación para Bogotá de las metas del plan decenal para la promoción de la lactancia materna.
- Desarrollar el componente de nutrición en los programas de control integral de patologías infecciosas para menores de siete años, como acción que contribuye a disminuir su incidencia y prevalencia y atenuar el deterioro en la calidad de vida de la población infantil.
- Ampliar las estrategias que permitan disminuir la prevalencia de deficiencias de micronutrientes en la población vulnerable como gestantes, lactantes, preescolares y escolares, con especial atención a los déficit de hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo.
- Desarrollar, de manera urgente, la atención nutricional de la mujer gestante para contribuir a disminuir el bajo peso al nacer y superar el riesgo nutricional y de salud que implican los niños y niñas nacidos con peso deficiente en Santa Fe de Bogotá.



- Integrar a los niños y niñas escolares y adolescentes de la capital como población prioritaria en los programas integrales de salud y nutrición.
- Consolidar el sistema de vigilancia nutricional, integrando la vigilancia de escolares, adolescentes y gestantes, manteniéndolo como estrategia para monitorizar de manera efectiva la situación nutricional de la población más vulnerable de la capital.
- Propiciar la construcción intersectorial de estrategias enfocadas a lograr estilos de vida saludables en toda la población, con el fin de prevenir el aumento, aparición y complicaciones de patologías crónicas y sus secuelas, involucrando a las instituciones de salud, educación, recreación y deporte.
- Utilizar estrategias de focalización para intervenir de manera oportuna y efectiva en la población que tiene altos índices de desnutrición aguda, optimizando los programas de asistencia alimentaria y complementación nutricional con estrategias integrales de educación, salud y bienestar, que tengan impactos efectivos y medibles a mediano plazo.
- Crear programas y proyectos intersectoriales para reducir los riesgos asociados al consumo de alimentos inocuos por la población colombiana y así contribuir a la disminución de enfermedades transmitidas por alimentos, responsables, en parte, del deterioro de la salud y la calidad de la población del Distrito Capital.
- Generar mecanismos para la atención prioritaria de la población infantil, escolar y de mujeres gestantes de las zonas rurales del Distrito, lugares donde se registran los más altos índices de desnutrición crónica y aguda, mediante la coordinación de acciones integrales de salud, educación, empleo y bienestar para mejorar a largo plazo la calidad de vida de la familia campesina.
- Conferir a las zonas rurales del Distrito Capital un papel importante dentro de la producción de algunos alimentos que abastecen a la capital, apoyando su comercialización y desarrollando otras alternativas de producción de alimentos para el autoconsumo que permitan superar sus altos niveles de inseguridad alimentaria.
- Incluir en la agenda de los tomadores de decisiones en la capital la importancia que reviste garantizar una disponibilidad óptima de alimentos, así como las alternativas de comercialización, control de precios y conocimiento permanente de la canasta básica de alimentos de la población capitalina, para vigilar de manera sistemática la población que está en inseguridad alimentaria.

Planes locales de alimentación y nutrición

Como producto del trabajo en las tres localidades piloto y siguiendo la metodología del nivel distrital, se definieron los siguientes ejes de acción:

Localidad 5 Usme

- Atención alimentaria y nutricional integral a menores de 7 años y gestantes.
- Escuelas saludables en la localidad de Usme.
- Mejoramiento de la seguridad alimentaria para la población más vulnerable de la localidad de Usme, con énfasis en el área rural.
- Promoción de la salud, la alimentación y nutrición adecuadas y estilos de vida saludables.
- Red del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional en la localidad.
- Prevención de las enfermedades infecciosas y parasitarias en la población infantil.
- Red local de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.
- Formación del recurso humano en aspectos relacionados con la alimentación y nutrición.
- Protección al consumidor mediante el control de la calidad e inocuidad de los alimentos.

Localidad 6 Tunjuelito

- Implementar de manera urgente la atención nutricional de los niños y niñas menores de 7 años, escolares y madres gestantes.
- Fortalecer a nivel local la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con la dieta complementaria hasta los 2 años.
- Incrementar programas de promoción y prevención en la población adulta y de la tercera edad, de manera que disminuya el alto índice de enfermedades crónicas.
- Desarrollar el componente de nutrición en los programas de control integral de patologías infecciosas, para menores de 7 años.
- Garantizar en los programas locales de alimentación y nutrición la participación de personal profesional idóneo.
- Integrar a los niños y niñas escolares y adolescentes de la localidad como población prioritaria de los programas de salud y nutrición.
- Incrementar programas de vigilancia y control en la venta de alimentos fortificados elaborados y de control especial (sal, harina y panela).
- Fortalecer el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional, integrando la vigilancia de escolares, adolescentes y madres gestantes.
- Crear programas y proyectos intersectoriales para reducir los riesgos asociados con el consumo de alimentos no inocuos.

- Promover una cultura por alimentación y estilos de vida saludables.
- Fortalecer un sistema de muestreo y vigilancia de los alimentos que se elaboran y expenden en la localidad.

Localidad 9 Fontibón

Contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población de Fontibón mediante acciones multisectoriales en las áreas de salud, nutrición, alimentación, educación, bienestar y medio ambiente.

- Definir las competencias de cada sector y sus aportes a la localidad.
- Definir las prioridades de la localidad para comenzar a desarrollar los planes de acción.
- Formular, ejecutar y evaluar el plan actual de atención básica.

Priorización de los problemas locales

- Grupos étnicos, coordinación intersectorial, georreferenciación, evaluación de impacto, seguridad alimentaria, lactancia materna, cobertura y extensión de uso, y sistema de información local.

La recomendación final de este boletín es difundir el análisis de la información presentada, en las diferentes instancias distritales y regionales, así como en las instituciones responsables de la nutrición y la niñez, con el fin de

generar acciones que orienten los esfuerzos y que aborden la problemática de manera eficiente y comprometida. Es así como el reto que se tiene para el próximo milenio es garantizar una óptima calidad de vida a uno de los grupos más vulnerables de Santa Fe de Bogotá: los niños.

Referencias bibliográficas

Estado Mundial de la Infancia, Unicef 1998.

Plan Nacional de Alimentación y Nutrición DNP 1996

UNICEF. *Control de los desórdenes por deficiencia de yodo en Colombia. Evaluación externa*. Abril de 1999.

Castro de Navarro Lucía y Nicholls Santiago. Deficiencia de hierro, vitamina A y prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil y anemia nutricional en mujeres en edad fértil. Colombia 1995 – 1996.

Rubio M.L. y Sánchez A. *Estudio de los factores asociados al riesgo por neumonía. 1996–1997*. MLR. SDS.

Vigilancia alimentaria nutricional, dieta balanceada y canasta de alimentos. Univalle, 1996.

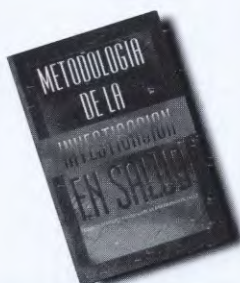
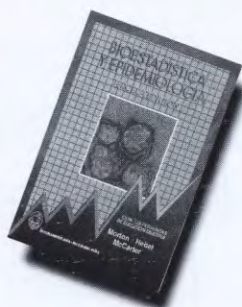
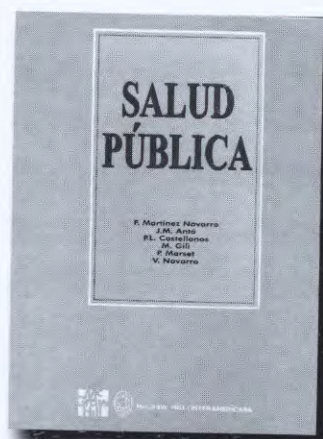
Encuesta nacional de demografía y salud. Profamilia, 1995.

Memorias primeras jornadas distritales de epidemiología. Santa Fe de Bogotá, agosto 1997.

Del Castillo, S. *Boletín Epidemiológico Distrital*. Junio 1996-, agosto 1997.

Memorias I encuentro de experiencias Sisvan. Colombia, noviembre 1997.

¿El **BED** necesita mejorarse?



Estimado lector:

Contamos con su colaboración para mejorar nuestra publicación. Por favor, diligencie la encuesta publicada en el número precedente y envíela a la dirección indicada allí. Entre las personas que nos la remitan sortearemos próximamente esta útil colección de obras de consulta.

Los resultados del sorteo se publicarán en el último número del volumen 4 (13o. periodo epidemiológico).

¡Escríbanos!

REPORTE SEMANAL SÉPTIMO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 29, 30, 31 y 32 / 18 de julio - 14 de agosto de 1999.

EVENTOS	USAQUÉN	CHAPINERO	SANTA FE	S. CRISTÓR.	USME	TUNUELITO	BOSA	KENNEDY	FONTIBÓN	ENGATIVÁ	SUBA	B. UNIDOS	TESQUILLO	MÁRTIRES	ANT. NARIÑO	P. ARANDA	CANDELAR	RAFAEL U.	C. BOLIVAR	SUMAPAZ	TOTAL
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	OBS	OBS	OBS	OBS	OBS	OBS	OBS	OBS	OBS	OBS
BROTOS	6	4	2	3 ²	3	14	3	1 ¹	2	16	9	3	3	3	2	2	1	2	2	0	13
CÓLERA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENGUE CLÁSICO	1	2	1	0	1	0	0	0	1	3	2	4	0	4	0	0	2	0	0	0	1
DENGUE HEMORRÁGICO	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	0	2	1	0	1
DIFTERIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EXPOSICIÓN RÁBICA	21	198	5	40	5	26	20	162	6	110	13	150	6	45	3	16	4	22	67	17	259
PIEBRE AMARILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEPATITIS B	1	10	2	15	1	4	0	0	2	1	1	3	12	2	1	7	1	2	3	0	7
MALARIA	1 ^V	11	7	1	1 ^V	6	1 ^V	10	4	2	12	3	6	2	17	3	0	3 ²⁰	5	2	0
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	2
MENINGITIS POR NEISSERIA	2	0	2	0	0	0	0	0	1	2	3	0	1	0	0	0	0	1	5	0	1
MORTALIDAD PERINATAL	2	18	13	10	3	23	3	26	1	11	6	17	5	23	5	15	2	2	4	18	41
MORTALIDAD MATERNA	4	2	0	1	0	0	1	1	1	3	2	4	0	0	1	1	0	0	0	2	4
MORTALIDAD POR EDA	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
MORTALIDAD POR MALARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MORTALIDAD POR NEUMONÍA	0	1	1	3	1	2	0	1	1	1	2	1	2	0	3	1	1	1	3	1	7
PARÁLISIS FLÁCIDA	0	0	4	0	3	0	0	0	2	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1
RABIA ANIMAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RABIA HUMANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RUBÉOLA	1	1	1	8	2	7	1	2	7	1	2	2	3	13	7	6	1	1	4	6	0
SARAMPIÓN	1	2	1	2	4	2	4	2	1	3	1	1	2	2	2	6	3	5	2	7	0
SÍFILIS CONGÉNITA	0	0	0	2	3	12	1	0	1	2	5	1	0	2	1	0	0	1	6	3	0
TÉTANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TÉTANOS NEONATAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOS FERINA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TUBERCULOSIS	2	17	12	1	21	6	21	1	24	6	20	2	8	3	48	2	13	5	34	2	53
VIRSIDA	4	20	11	20	2	19	12	1	4	1	9	2	4	2	11	4	2	1	4	2	0
TOTAL	293	120	106	256	217	212	97	454	175	358	345	150	96	64	105	78	21	146	229	2	506

> Brote rubéola
 ! Brote varicela
 & Brote ETA
 = Brote de hepatitis A
 L Confirmado por laboratorio ? Procedente de fuera de Bogotá
 ?S Procedencia sin definir C Confirmado clínicamente

NA Brote neumonía atípica
 V *Plasmodium vivax*
 M *Malaria mixta*
 F *Plasmodium falciparum*
 L Confirmado por laboratorio ? Procedente de fuera de Bogotá

Semana 29: Intoxicación exógena: Engativá
 Semana 30: (1) Lepra neutral. Puente Aranda. (1) Lepra: Mártires.
 Semana 31: (1) Hepatitis C: Santafé, (2) VIH: Sopó, Facatativá. (1) Exposición rábica: Soacha. (1) TBC Meninges: Fomeque. (1) TBC: Yopal.
 Semana 32: (2) Lepra: Barrios Unidos y Fomeque, (1) TBC pulmonar: Cundinamarca.

Nota: Las casillas en blanco significa que no se realizaron notificaciones de esa entidad en este periodo epidemiológico; a su derecha, las casillas con ceros significa que no hay notificaciones acumuladas de esa entidad hasta el presente periodo.

Fuente: Área de vigilancia en salud pública. SDS.