



Dos situaciones en el mundo han prendido la alarma frente a la Seguridad Alimentaria: el alza de precios del petróleo y la insuficiencia de abastecimiento debido al incremento de la demanda de alimentos, especialmente de India y China. Mientras tanto, en Colombia, donde el 13 por ciento de los niños sufre desnutrición crónica y el 10 por ciento tiene peso inferior al normal, la situación internacional podría elevar el precio de la canasta familiar, de manera especial de los alimentos importados y aquellos provenientes de la producción a gran escala. Sin embargo, para el Gobierno y para expertos en el tema la situación internacional no tendría un efecto tan marcado.

Primero porque “Colombia está blindada ante la escasez de alimentos ya que el país es autosuficiente en el 90 por ciento de lo que consumimos. El crecimiento agropecuario es la fuente del blindaje”, dice el ex ministro de Agricultura, Andrés Felipe Arias. Segundo, porque, como señala Elsy Corrales, profesora de estudios ambientales y rurales de la Universidad Javeriana, la economía campesina, que produce el 63 por ciento de los alimentos del país, puede reaccionar a esta situación con formas alternativas de producción y de transporte y ha demostrado que se adapta a las circunstancias con agilidad. Por ser la economía campesina una producción bastante viable es importante fortalecerla, señala.

Para expertos consultados la situación internacional sería sólo un factor de riesgo, porque realmente hay muchos otros de carácter estructural que deben ser atendidos. Por eso, este Ministerio y otros entes del Gobierno nacional emitieron en marzo el Documento Conpes 113, que contiene la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional con el propósito de garantizar que toda la población colombiana disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad⁵.

En el marco de la estrategia promocional de calidad de vida, la búsqueda en la reducción de brechas y la equidad, promueve la formulación de políticas y proyectos que se fundamentan y organizan en cuatro ejes planos: el eje poblacional por etapa de ciclo de vida, el eje de ámbitos de desarrollo de autonomía y el eje de transversalidades.

COMPONENTES BÁSICOS DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Disponibilidad de alimentos

La disponibilidad involucra la oferta de alimentos en los mercados locales en la cantidad y la calidad requeridas para el bienestar individual y colectivo, inocuos y aceptables por todos, en medio de la diversidad cultural. Así mismo, comprende el suministro, continuo y suficiente, de agua potable segura y asequible en los regadíos, las viviendas y, generalmente, en todos los lugares en donde se desarrollen las actividades diarias de subsistencia de la población³.

³ Esta definición busca integrar los aspectos del derecho al agua que guardan relación directa con el derecho a la alimentación, de conformidad con el informe preliminar del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho a la alimentación, Jean Ziegler, de conformidad con la Resolución 2001/25 de la Comisión de Derechos Humanos del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Entre ellos se destacan el acceso a agua potable segura y asequible, apta para el consumo humano, como condición de nutrición, salud y bienestar. También hace referencia a los aspectos agrícolas del acceso al agua de riego, que están claramente vinculados con la viabilidad de la producción de alimentos y la capacidad de las personas para alimentarse por sus propios medios. En el siguiente numeral se precisan los contenidos del derecho al agua, en relación con el derecho a la alimentación.

La disponibilidad involucra la oferta de alimentos en los mercados locales en la cantidad y la calidad requeridas para el bienestar individual y colectivo, inocuos y aceptables por todos, en medio de la diversidad cultural.



La existencia de una oferta alimentaria suficiente, segura y aceptable para la ciudad no garantiza el derecho a la alimentación. En otras palabras, la disponibilidad a nivel global no es sinónimo de acceso físico a los alimentos, a nivel local. Dicho acceso depende de la regularidad, la eficiencia y la efectividad de la distribución, así como de las distintas modalidades a través de las cuales los alimentos se ponen al alcance de las personas: un supermercado, la tienda del vecino, o la plaza de mercado del barrio.

De allí la importancia de asegurar la estabilidad y continuidad del suministro, como también la sostenibilidad de los medios con que cuentan los hogares y las familias para producir, comprar e intercambiar alimentos. En este sentido el empleo, y los niveles de ingreso, así como el precio de los alimentos y el costo de los servicios públicos, son decisivos.

De existir restricciones que impidan o menoscaben el acceso autónomo a los alimentos, es un imperativo ético y político del Estado responder subsidiariamente por la provisión estable y continua de alimentos para quienes lo requieran⁴.

Acceso de alimentos

El acceso implica que los alimentos disponibles y los recursos productivos estén al alcance de los hogares y las familias -y de cada uno de sus integrantes- y no existan restricciones físicas, económicas o culturales para conseguir los alimentos y consumirlos, de manera autónoma, en cantidad y calidad suficientes. A su vez, el acceso a los alimentos no puede sacrificar o menguar el goce de otros derechos humanos.

La sola existencia de una oferta alimentaria suficiente, segura y aceptable no garantiza el derecho a la alimentación. Además, las personas deben acceder, en todo tiempo y lugar, a una canasta básica de alimentos⁵, sin discriminación alguna por motivo de raza, género, orientación sexual, procedencia, origen familiar, lengua, religión u opinión política.

De allí la importancia de asegurar la estabilidad y continuidad del suministro, como también la sostenibilidad de los medios con que cuentan los hogares y las familias para producir, comprar e intercambiar alimentos. En este sentido, el empleo y los niveles de ingreso, así como el precio de los alimentos y el costo de los servicios públicos, son decisivos. De existir restricciones que impidan o menoscaben el acceso autónomo a los alimentos, es un imperativo ético y político del Estado responder subsidiariamente por la provisión estable y continua de alimentos para quienes los requieran.

Consumo de alimentos

Esta dimensión pone en juego las oportunidades y la capacidad de la familia y de sus integrantes de tomar decisiones y hacer opciones que satisfagan las necesidades de energía y nutrientes, en el momento de seleccionar, almacenar, preparar, distribuir o consumir los alimentos. De allí que el consumo -como una de las expresiones de la alimentación- sea un hecho cultural, íntimamente relacionado con los conocimientos, saberes y tradiciones de alimentación, así como con el nivel educativo. No menos importante es el papel que juegan la información y la publicidad en la toma de decisiones en el momento de la compra y la preparación de alimentos.

Además debe responder a las necesidades nutricionales, a la diversidad, a la cultura y las preferencias alimentarias. También hay que tener en cuenta aspectos como la inocuidad de los alimentos, la dignidad de la persona, las condiciones higiénicas de los hogares y la distribución con equidad dentro del hogar².

⁴ Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá, D.C. 2007-2015 PAG. 45

⁵ La canasta básica de alimentos es un bien de interés público, constituido por el conjunto de alimentos comúnmente comprados y consumidos, que procura las cantidades suficientes y adecuadas para cubrir las necesidades de energía y proteínas de un hogar de referencia, de una población determinada. En este sentido, como se podrá concluir, la canasta básica de alimentos constituye el mecanismo de articulación de las distintas dimensiones del derecho, desde la disponibilidad hasta el aprovechamiento.



La sola existencia de una oferta alimentaria suficiente, segura y aceptable no garantiza el derecho a la alimentación.



Aprovechamiento Biológico de Alimentos

La utilización biológica está relacionada con el estado nutricional, como resultado del uso individual de los alimentos (ingestión, absorción y utilización). La inadecuada utilización biológica puede tener como consecuencia la desnutrición o la malnutrición. Con frecuencia se toma como referencia el estado nutricional de los niños y las niñas, pues las carencias de alimentación o salud en estas edades, tienen graves consecuencias a largo plazo y a veces permanentes².

Sucede si y sólo si el organismo goza de salud y está en capacidad de absorber y utilizar al máximo todas las sustancias nutritivas que estos contienen. Además, los alimentos deben ser seguros e inoctrinos, es decir, libres de agentes contaminantes o patógenos que puedan afectar la Salud. El goce de condiciones de bienestar para la producción, la reproducción y el esparcimiento es el fundamento último para el aprovechamiento. Los cuidados durante la gestación y la edad temprana, el acceso a los servicios de salud y educación, la habitabilidad y el saneamiento básico de la vivienda y el vecindario, entre otros, son aspectos que modulan el aprovechamiento de los alimentos y determinan el estado de nutrición de los individuos.

IDENTIFICACIÓN PARA CORREGIR INEQUIDADES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL⁶

Identificación del contexto de los factores estructurales en Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN

Identificación de exposiciones a los factores que alteran la SAN

Identificación de efectos y consecuencias de la inseguridad alimentaria y nutricional



Plan De Desarrollo “Bogotá Positiva 2008-2012”

Implementación de la Política Pública de SAN

Planes Locales en SAN.

Política de Infancia y adolescencia en el D.C

Política de Cero tolerancia frente a la mortalidad materna y perinatal

Plan Distrital de Salud.

Política de salud y ambientes saludables

Programa de mejoramiento integral de Barrios, etc.

Fortalecimiento de espacios de coordinación intersectorial distrital y local.



⁶ Diderichen



Desarrollo de proyectos e iniciativas que promueven la producción de alimentos para autoconsumo y la producción limpia de alimentos.

Propuesta de sistema de abastecimiento alimentario para el D.C.

Respuesta Institucional: Programas, proyectos y estrategias de atención en alimentación y nutrición desarrollados por la institucionalidad distrital y nacional.

Respuestas comunitarias (comedores comunitarios, entre otras).

Acciones de información, educación y comunicación

FACTORES DE DETERIORO INEQUIDADES INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

- ☒ Inadecuado manejo y uso de la tierra.
- ☒ Desempleo y subempleo.
- ☒ Disminución en la capacidad adquisitiva.
- ☒ Ineficiencia en el sistema actual de abastecimiento de alimentos en la ciudad y la región.
- ☒ Escaso o nulo control en la regulación de precios de alimentos.
- ☒ Inadecuados patrones de consumo alimentario en la población.
- ☒ Inadecuado acceso a los alimentos por parte de la población.
- ☒ Mal manejo y manipulación de alimentos a través de ventas callejeras y economía informal.
- ☒ Baja prevalencia de lactancia materna.
- ☒ Contaminación del ambiente.
- ☒ Existencia de alimentos no inocuos y/o alimentos modificados genéticamente.

EFFECTOS

- ☒ Hambre.
- ☒ Malnutrición (expresado como desnutrición, bajo peso al nacer, bajo peso materno, sobre peso u obesidad).

Dentro de los factores de deterioro e inequidades de la inseguridad alimentaria y nutricional se evidenció mal manejo y manipulación de alimentos a través de ventas callejeras y economía informal.



- ☒ Mortalidad materna y perinatal.
- ☒ Trastornos alimentarios (anorexia y bulimia).
- ☒ Discapacidad o incapacidad - asociada ECV.
- ☒ Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- ☒ ETAS
- ☒ Enfermedades crónicas no transmisibles.
- ☒ Deficiencias de micronutrientes.
- ☒ Menor valor nutritivo de los alimentos.

Teniendo en cuenta el esquema anterior, el sentido de las acciones que propenden la Seguridad Alimentaria y Nutricional deben:

- ☒ Reducir la exposición a los factores de deterioro y a las fuentes de vulnerabilidad funcional, económica y social que pueden restringir o interrumpir los procesos de producción, distribución o consumo.
- ☒ Favorecer la reducción de desigualdades injustas y evitables, y prevenir su generalización.
- ☒ Aumentar las oportunidades y las capacidades de los individuos, las familias, los hogares y los territorios en situación de mayor vulnerabilidad y con mayores desventajas sociales, culturales y económicas para aprovechar, consumir, acceder y disponer de alimentos.
- ☒ Fortalecer la autonomía individual y colectiva para realizar el derecho al alimento y a los bienes y servicios conexos.
- ☒ Atender o remediar los daños provocados por una mala alimentación.

MARCO LEGAL

Los compromisos ratificados desde el orden internacional, nacional y Distrital, se constituyen en directrices para la estructuración del presente plan, en tanto se comportan como soporte para el cumplimiento de los compromisos que deben asumir en el Distrito Capital las entidades responsables de contribuir a solucionar la problemática alimentaria y nutricional de la población.

MARCO INTERNACIONAL

Cumbre del milenio de las Naciones Unidas:

En el año 2000 se convino establecer objetivos y metas mensurables para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer, como esencia del programa mundial conocido como “Objetivos de Desarrollo del Milenio” del cual Colombia hace parte de los países comprometidos con el alcance y cumplimiento de estos Objetivos Mundiales.

Cumbre Mundial sobre la Alimentación:

En el 2002 se convocó a la formación de una alianza internacional para reducir el hambre en el mundo, se llevó a cabo la declaración que pide a la comunidad internacional reducir el número de personas hambrientas que sumarían en el mundo cerca de 400 millones para el año 2015, mediante medidas como revertir la disminución general del presupuesto de los países en desarrollo destinado a la agricultura y el desarrollo rural, de la ayuda proporcionada



En el 2002 se convocó a la formación de una alianza internacional para reducir el hambre en el mundo, se llevó a cabo la declaración que pide a la comunidad internacional reducir el número de personas hambrientas que sumarían en el mundo cerca de 400 millones para el año 2015.

por los países desarrollados, y de los préstamos de las instituciones financieras internacionales y además considerar hacer contribuciones voluntarias al Fondo Fiduciario de la FAO para la Seguridad Alimentaria y la Inocuidad de los Alimentos. Con este panorama de los compromisos adquiridos por los países, incluida Colombia.

Foro Social Mundial

En el año 2003 se analizaron temas como la filosofía de los Derechos Humanos garantizando la vida digna referido especialmente a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, proponiendo alternativas en la dirección de fortalecer la democracia, hacer prevalecer los Derechos Humanos, reducir las violencias y promover la paz y la convivencia y buscar salidas democráticas y sustentables al negocio del narcotráfico, en este contexto, el gobierno Distrital debe garantizar el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de toda la población bogotana, teniendo en cuenta, para este caso en particular, el derecho a la seguridad alimentaria para todos y todas.

57ª Asamblea Mundial de la Salud

En el año 2004, La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue aprobada por los Estados Miembros en la Asamblea de la Salud. La estrategia aborda dos de los principales factores de riesgo responsables de la creciente carga de morbilidad de las enfermedades no transmisibles (ENT), que representan aproximadamente un 60 por ciento de las defunciones mundiales y casi la mitad (40 por ciento) de la carga mundial de morbilidad. En la estrategia se destaca la necesidad de reducir el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos poliinsaturados, de sal y de azúcares, y de aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como la actividad física.

Conferencia Regional sobre inocuidad de los alimentos en Asia y el Pacífico

En el 2004 en Seremban (Malasia), la FAO y la OMS realizan esta conferencia como parte de una serie de reuniones regionales que buscaban resolver necesidades de los países y mejorar las políticas en seguridad alimentaria. En ella se hicieron recomendaciones sobre acciones prácticas para promover alimentos seguros e inocuos desde su producción hasta su consumo. Es así como los gobiernos se deben asegurar que tanto los productores, como los procesadores y consumidores apliquen buenas prácticas para reducir al mínimo el riesgo de la contaminación, esto a través de estrategias masivas de comunicación y educación, pero utilizando en forma eficiente los recursos destinados para este fin.

MARCO NACIONAL

Plan Colombia, Seguridad alimentaria, objetivo principal de los pactos de erradicación:

El objetivo de los proyectos productivos, que se trabajan dentro del componente de seguridad alimentaria del programa “Campo en Acción” del Plan Colombia, es apoyar proyectos productivos agroforestales y agrícolas de mediano y largo plazos, enmarcados en la política sectorial agropecuaria, que ofrezca fuentes estables lícitas de empleo e ingresos que contribuya a mejorar la seguridad alimentaria de los campesinos y comunidades.

Este proyecto es de carácter temporal, y se ejecuta en zonas focalizadas de cultivos ilícitos, mediante dos estrategias:

Gestión y apoyo a proyectos productivos agroforestales y agrícolas de mediano y largo plazos, técnicas sostenibles social, económica y ambientalmente.

Apoyo económico a familias guardabosques para la recuperación y conservación de ecosistemas en zonas social y ambientalmente estratégicas.





Una de las estrategias a ejercitar en las zonas focalizadas es Gestión y apoyo a proyectos productivos agroforestales y agrícolas de mediano y largo plazos, técnicas sostenibles social, económica y ambientalmente.

A pesar de que este punto de la Política Nacional se enmarca en forma específica para una parte de la población, es importante mencionar su existencia, porque sus lineamientos pueden llegar a servir de pauta para el trabajo en proyectos similares en las regiones como Bogotá.

Ley 1151 de 2007 por la cual se adopta el Plan Nacional de Desarrollo: “Estado Comunitario Desarrollo para Todos” 2006-2010 dentro del cual se definen metas para el cuatrienio destacando la inclusión de acciones en seguridad alimentaria.

De otro lado la ley 1122 de 2007 hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Así mismo, establece que el Gobierno nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.

POLÍTICA NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- CONPES 113 de 2008

Cuyo objetivo es el de mejorar y proteger las condiciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población colombiana, especialmente la que se encuentra en riesgo o vulnerabilidad alimentaria y nutricional.

Dentro de los objetivos específicos la Política busca:

Promover, apoyar y coordinar acciones para asegurar el suministro permanente y estable de alimentos en el ámbito nacional, regional y local.

Impulsar y apoyar procesos sostenibles de producción, transformación, comercialización, distribución y consumo de alimentos, que usen tecnologías limpias y sean protectoras de los recursos naturales.

Fomentar y coordinar acciones para el desarrollo y fortalecimiento de los mercados locales, regionales y nacionales de alimentos, que permitan mejorar las condiciones de estabilidad de oferta y precios de los alimentos, especialmente los de la canasta básica.

Fortalecer, articular y desarrollar estrategias sostenibles y participativas que permitan a la población vulnerable el acceso físico a los alimentos en forma permanente, oportuna y suficiente y a los recursos económicos para adquirirlos.





Fomentar, apoyar y desarrollar estrategias y acciones orientadas a promover hábitos, estilos de vida y entornos saludables que contribuyan a la SAN de la población colombiana.

Mejorar el estado de salud y nutrición de la población del país y prevenir la aparición de enfermedades asociadas con la alimentación.

Coordinar, apoyar y articular acciones orientadas al mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios de saneamiento básico y agua potable para toda la población colombiana, con énfasis en la más vulnerable.

Asegurar la calidad e inocuidad de alimentos, desde la producción hasta el consumo.

Establecer e implementar estrategias que garanticen el desarrollo y fortalecimiento de una institucionalidad coordinada y efectiva en todos los niveles, para una SAN sostenible.

Las líneas de acción de la política son 10, a saber:

- ☒ Acceso a los factores productivos.
- ☒ Una de las diez líneas de las políticas es el mejoramiento de la producción, comercio y distribución interna de alimentos y protección de la producción nacional frente a distorsiones económicas derivadas del comercio exterior.
- ☒ Promoción y apoyo a programas y proyectos que generen alternativas de vinculación a los sistemas productivos y al autoconsumo.
- ☒ Desarrollo, fortalecimiento y articulación de acciones de asistencia alimentaria.
- ☒ Promoción y coordinación de acciones que protejan la canasta básica y los precios de los alimentos.
- ☒ Promoción y protección de la salud, de la nutrición, de la lactancia materna y fomento de estilos de vida y entornos saludables.
- ☒ Apoyo, coordinación y articulación de acciones para el mejoramiento de cobertura y calidad de los servicios de saneamiento básico y agua potable.
- ☒ Aseguramiento de la calidad e inocuidad.
- ☒ Desarrollo científico y tecnológico.
- ☒ Desarrollo de las capacidades, potencialidades y competencias humanas.

Mejoramiento de la producción, comercio y distribución interna de alimentos y protección de la producción nacional frente a distorsiones económicas derivadas del comercio exterior.



Decreto 3039 de 2007, Plan Nacional de Salud Pública: “Coordinando sectores y articulando acciones para mejorar la salud de los colombianos y colombianas”

El decreto incluye, como una de sus prioridades, el componente nutricional frente al cual se plantea como objetivo mejorar la situación nutricional con las siguientes metas:

Reducir a 5 por ciento el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años con desnutrición global (Línea de base: 7 por ciento. Fuente: ENSIN 2005).

Reducir por debajo de 6,7 por 100 mil la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años (Línea de base: 6,7 por 100 mil menores de 5 años. Fuente: DANE 2004).

Incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva (Línea de base: mediana 2,2 meses ENSIN 2005).

Estrategias para mejorar la Situación Nutricional

Para la línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida se incluyen las siguientes estrategias:

- ☒ Concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento del Plan Nacional Seguridad Alimentaria y Nutricional y de los Planes Territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- ☒ Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable, patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna.
- ☒ Fortalecer e implementar la inspección, vigilancia y control de los riesgos fitosanitarios de la cadena de producción, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos dentro del marco de los sistemas salud internacional.
- ☒ Fortalecer los sistemas de garantía de la calidad para los alimentos fortificados.
- ☒ Promover la protección de los derechos del consumidor en espacios comunitarios.

En la Línea de política números 2 y 3, prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud se incluyen las siguientes estrategias:

- ☒ Desparasitar y suplementar con micronutrientes a los grupos más vulnerables.
- ☒ Desarrollar estrategias para la prevención de las deficiencias de micronutrientes.
- ☒ Implementar acciones de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.
- ☒ Desarrollar estrategias de complementación nutricional a los grupos más vulnerables.
- ☒ Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales, según etapa ciclo vital.
- ☒ Promover en los espacios laborales, educativos y comunitarios estrategias de recuperación y preparación de alimentos sanos tradicionales en la dieta cotidiana.



Una de las metas para mejorar la situación nutricional es reducir al 5 por ciento el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años.

MARCO DISTRITAL

Sistema Distrital Intersectorial de Alimentación - Acuerdo 86 de 2003 del Concejo de Bogotá. El Concejo reglamenta el 13 de junio de 2003 el Sistema Distrital de Nutrición de Bogotá, como un conjunto de instancias y procesos de desarrollo institucional, planificación, ejecución y evaluación articulados entre sí, para posibilitar el bienestar nutricional y la seguridad alimentaria de la población del Distrito Capital. Con base en esta norma se conforma el comité Distrital de alimentación y nutrición con representación de las diferentes entidades distritales.

El objetivo del Sistema Distrital de Nutrición del Distrito Capital es contribuir a mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población, con especial atención a la población vulnerable, integrando acciones interinstitucionales, de los sectores salud, bienestar, educación, agricultura y recreación y deporte, con el respaldo permanente del Gobierno Distrital como garantía de continuidad.

DECRETO 315 DE AGOSTO 15 DE 2006

Por medio del cual se adopta el Plan Maestro de abastecimiento de Alimentos y Seguridad Alimentaria de Bogotá, el cual busca regular la función de abastecimiento alimentario del Distrito Capital de Bogotá para garantizar la disponibilidad suficiente y estable del suministro de alimentos, con calidad, con criterio nutricional y con acceso de manera oportuna y permanente, reduciendo el precio y fortaleciendo los circuitos económicos urbanos y rurales.

Así mismo, pretende garantizar un efectivo aprovisionamiento por parte de la población y la comercialización de productos de la canasta básica de alimentos a precio justo y al alcance de todas y todos, articulando la producción distrital, regional y nacional a la demanda integrada de alimentos por medio del desarrollo de procesos transparentes y confiables y de la conformación de una red de equipamientos de apoyo al sector.

POLÍTICA PÚBLICA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA BOGOTÁ, D.C. 2007 – 2015

Adoptada mediante Decreto 508 de 6 noviembre de 2007

La Política Pública Distrital busca garantizar de manera progresiva, estable y sostenible las condiciones necesarias para la seguridad alimentaria y nutricional de la población del Distrito Capital en perspectiva de ciudad-región.

La cual se implementa a través de cuatro grandes áreas o dimensiones estratégicas de acción pública, como:

- ☒ Disponibilidad de alimentos suficientes, nutricional y culturalmente adecuados e inocuos y de agua en la cantidad mínima esencial y con la regularidad y sostenibilidad necesarias para el consumo humano.
- ☒ Acceso de toda la población a los alimentos y al agua potable en forma autónoma y en igualdad de condiciones y oportunidades.
- ☒ Prácticas de alimentación y modos de vida saludables en el marco de la diversidad cultural.
- ☒ Nutrición y entornos saludables.



El objetivo del Sistema Distrital de Nutrición del Distrito Capital, es contribuir a mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población con especial atención a la población vulnerable.

Cada uno de estos ejes estratégicos está integrado por las siguientes líneas de acción:

Ejes estratégicos	Líneas de acción	Entidades responsables de la coordinación y orientación técnica del eje
Disponibilidad de alimentos suficientes, adecuados nutricional y culturalmente e inocuos, y de agua apta para el consumo humano.	Fortalecimiento de la producción regional de alimentos y de la economía campesina Protección de los recursos hídricos "Promoción de la integración regional" Consolidación del abastecimiento en las localidades del Distrito Capital Provisión de alimentos seguros	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría Distrital de Desarrollo Económico.
Acceso de toda la población a los alimentos de forma autónoma y en igualdad de condiciones y oportunidades.	Abastecimiento de alimentos a precio justo. Extensión de los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado. Apoyo alimentario a poblaciones en condición de vulnerabilidad alimentaria y nutricional. Promoción de alternativas de generación de trabajo e ingresos que mejoren la capacidad adquisitiva de las familias urbanas y rurales de bajos ingresos. Promoción de procesos productivos para el autoconsumo de alimentos saludables, inocuos y adecuados nutricionalmente. Promoción de prácticas de agricultura urbana.	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría Distrital de Desarrollo Económico. Secretaría de Integración Social.
Prácticas de alimentación y modos de vida saludables en el marco de la diversidad cultural.	Promoción, protección y defensa de la lactancia materna y de la alimentación infantil saludable Promoción y protección de la alimentación saludable y la actividad física Protección y promoción de los derechos del consumidor.	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de Salud Secretaría de Educación Secretaría de Integración Social

Decreto 546 de Noviembre de 2007

Por el cual se reglamentan las Comisiones Intersectoriales del Distrito Capital, como las instancias del Sistema de Coordinación de la Administración del Distrito Capital que tienen por objeto garantizar la coordinación para la implementación de las políticas y estrategias distritales de carácter intersectorial.

En su Artículo 24. Se crea la Comisión Intersectorial para la Seguridad Alimentaria y Nutricional del Distrito Capital cuyo objeto es la coordinación y articulación de la gestión de la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Distrito Capital.

La Comisión Intersectorial para la Seguridad Alimentaria y Nutricional del Distrito Capital está integrada por el (la) Secretario (a) Distrital de Desarrollo Económico, quien la presidirá, el (la) Secretario (a) Distrital de Integración Social, el (la) Secretario (a) Distrital de Planeación, el (la) Secretario (a) Distrital de Ambiente, el (la) Secretario (a) Distrital de Educación y el (la) Secretario (a) Distrital de Salud. La Secretaría Técnica de la comisión es ejercida por la Secretaría Distrital de Salud.



METODOLOGÍA

La Sala Situacional de SAN en las localidades del Distrito se realizó por etapas y con la participación de diferentes actores a través de un proceso de recolección de información, tabulación, análisis, identificación y priorización de necesidades, con el fin de direccionar estrategias que permitan abordar las problemáticas identificadas según la dinámica de cada localidad. La información analizada se basa en lo planteado en la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá, D.C., que la aborda desde la perspectiva del enfoque de derechos humanos. “Más allá de la satisfacción de la necesidad, la realización del derecho”, teniendo en cuenta las cuatro dimensiones: disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico.

SALA C

Para el desarrollo de esta fase, se consolidó la información de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el historial de información primaria producto de los planes de beneficios PAB y POS, resultado de los proyectos especiales e información secundaria que se obtuvo a través de la revisión de históricos de documentos nacionales como: Encuesta Nacional de Calidad de Vida (DANE, 2003), Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN, 2005), Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENS, 2005), Censo Nacional de Población (DANE, 2005) y evaluación del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio; dentro de la información distrital se revisó el Programa de Bogotá Sin Hambre y la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá (2007).

En lo local, como información primaria, se revisó el Diagnóstico Local en Salud con Participación Social, las encuestas de caracterización de Salud a su Hogar, la información arrojada del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional (SISVAN) y en algunas localidades se construyó matriz de recolección de información.

En esta fase se llevaron a cabo reuniones con el fin de socializar la política Nacional, política Distrital y la situación de partida a nivel local.

SALA T

De acuerdo con la dinámica de cada localidad para la identificación de necesidades se utilizó como metodologías árbol de problemas, conversatorios, grupos focales y grupos de análisis a través de preguntas orientadoras. Esto se realizó con la participación de diferentes actores interinstitucionales, sectoriales y comunitarios (Ver anexo 1). El abordaje de estas metodologías se hizo con el objetivo de conocer la percepción de cada uno de los actores de las localidades, identificar los factores determinantes de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el marco de las dimensiones de la política pública y las posibles alternativas de solución a las problemáticas identificadas, definiendo la responsabilidad de cada actor.



La información analizada se basa en lo planteado en la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá, D.C., que la aborda desde la perspectiva del enfoque de derechos humanos.

Se identificaron problemáticas locales comunes para algunas localidades, mientras que otras son específicas debido al desarrollo en el contexto particular, en algunos casos se avanzó a nivel de UPZ en unas localidades.

Para el análisis de las problemáticas identificadas se consideraron las respuestas de las instituciones en cada localidad y su contribución a las necesidades de la población; extractando los puntos débiles en los cuales se debía hacer mayor presencia institucional y teniendo en cuenta articulación con la población objeto, con lo cual se avanzó a un ejercicio de reconocimiento del déficit en las respuestas.

RESULTADOS

A partir de los hallazgos identificados en el nivel local, y teniendo en cuenta las dimensiones y ejes de la política pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional se priorizaron las problemáticas con un enfoque de determinantes y, así mismo, las alternativas de solución propuestas.

EJE DE DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS SUFICIENTES, ADECUADOS NUTRICIONAL Y CULTURALMENTE E INOCUOS, Y DE AGUA APTA PARA EL CONSUMO HUMANO

Las problemáticas identificadas a nivel de las localidades en el componente de Disponibilidad de Alimentos, correspondiente al Eje estratégico 1 de la Política disponibilidad de alimentos suficientes, adecuados nutricional y culturalmente e inocuos, y de agua apta para el consumo humano, se encuentran en su mayoría relacionadas con situaciones que desde el Plan Maestro de Abastecimiento de alimentos de Bogotá y el SAAB se pretenden abordar (desarticulación de actores, problemas en las cadenas alimentarias, infraestructura, pérdida por inadecuada manipulación). El análisis que se hace desde las localidades es el siguiente:

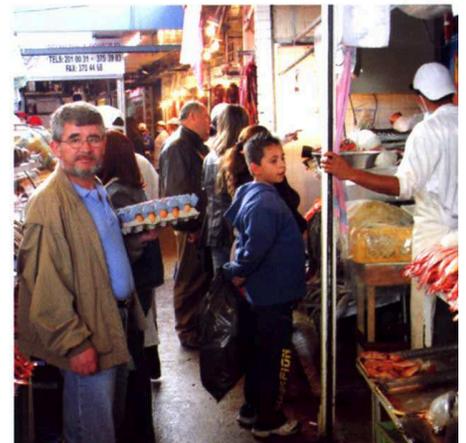
USAQUÉN identifica dificultades en la organización del abastecimiento en el marco de la demanda y la oferta, así como SAN CRISTÓBAL que resalta como causa el aumento de intermediarios y el sobre costo de alimentos. CHAPINERO, por su parte, plantea la ausencia de un centro de acopio de alimentos en la localidad, mientras que USME identifica como inadecuadas e ineficientes las cadenas locales de abastecimiento. SUBA presenta la carencia de infraestructura para la recepción, almacenamiento, distribución y acopio de alimentos. BOSA la falta de articulación de los actores de la cadena de abastecimiento y poca articulación con los programas de apoyo alimentario.

En CANDELARIA está relacionado con la falta de receptividad de los diferentes actores de la cadena alimentaria local al proceso de abastecimiento de alimentos, planteado a través de los programas institucionales (SISA). Y en CIUDAD BOLÍVAR la falta de articulación y fortalecimiento de los productores de la localidad con los diferentes demandantes para la comercialización de los alimentos.

El problema para FONTIBÓN está relacionado con la ausencia de puntos de acopio de alimentos que cumplan con calidad e inocuidad a precio justo, igualmente, para ENGATIVÁ, que le suma la alta proliferación de ventas ambulantes que no garantizan inocuidad de los mismos, esta situación la comparten las localidades de ANTONIO NARIÑO y RAFAEL URIBE URIBE, para esta última, se suma el alto costo de los alimentos por la cadena de intermediarios, que se manifiesta, entre otras causas, por inexistencia de centros de acopio en la localidad. LOS MARTIRES identifica la falta de aplicación y conocimiento de buenas prácticas de Manufactura por parte de los proveedores y distribuidores de alimentos.

Para BARRIOS UNIDOS el problema corresponde a dificultades en la articulación de actores para la implementación y puesta en marcha del Plan Maestro de Abastecimientos de Alimentos de Bogotá, mientras que para TEUSAQUILLO el problema es la falta de control de precios y la calidad de los alimentos.

A partir de los hallazgos identificados en el nivel local y teniendo en cuenta las dimensiones y ejes de la política pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional se priorizaron las problemáticas con un enfoque de determinantes.





En TUNJUELITO las plazas de mercado no satisfacen los requerimientos en cuanto a abastecimiento, además, su infraestructura es inadecuada. En SANTAFE no hay disponibilidad apropiada de alimentos en cuanto a cantidad, calidad y variedad en el área rural y urbana.

En PUENTE ARANDA se evidenció un desconocimiento de la oferta alimentaria en la localidad y la falta de fomento de acciones sociales con la industria alimentaria presentes en este territorio.

En SUMAPAZ se identificó el inadecuado modelo de producción agropecuaria y la deficiente comercialización por grandes distancias a centros de abastecimiento y dificultad de acceso topográfico.

Las ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN planteadas ante las problemáticas relacionadas con el componente de disponibilidad de alimentos en las localidades corresponden a:

USAQUÉN plantea la articulación de actores de oferta y demanda de alimentos, iniciando con los actores de programas solidarios de alimentos y la focalización y vinculación de beneficiarios acompañado de acciones para promover Buenas Prácticas de Manufactura. Para SANTAFE la estrategia corresponde a mayor socialización, apropiación y vinculación al Plan Maestro de Abastecimiento de alimentos a nivel local, particularmente con tenderos y expendedores para que ofrezcan alimentos de mejor calidad y a precios justos a la población.

CANDELARIA: divulgación y capacitación para la conformación de redes organizadas solidarias y comerciales. SAN CRISTOBAL plantea el fortalecimiento y la sensibilización a tenderos y organizaciones con programas de apoyo alimentario en torno de la conformación de redes de tenderos y redes solidarias. En el mismo sentido BOSA y FONTIBÓN plantean la necesidad de apoyar de manera interinstitucional los procesos de organización de Nutri - redes con las organizaciones, motivar la creación de nuevas Nutri - redes y su proyección para hacer parte de la Plataforma Logística de Abastecimiento. TEUSAQUILLO evidencia como estrategia la articulación con actores sociales que incidan en la puesta en marcha del Plan Maestro de Abastecimiento y RAFAEL URIBE plantea

vincular los proyectos y programas solidarios y comerciales de la localidad a la mesa de abastecimiento y redes existentes de la localidad. CIUDAD BOLÍVAR le apunta en este componente a la articulación de actores institucionales y comunitarios a partir de la creación y puesta en marcha de la mesa local de abastecimiento, con el fin de generar estrategias conjuntas que fortalezcan el Plan Maestro de Abastecimiento de Alimentos, particularmente relacionadas con las plataformas logísticas del Lucero y Tesoro ubicadas en esta localidad.

SUBA y CHAPINERO proponen un acopio de alimentos a nivel local. USME le apunta a fortalecer los espacios de negociación y toma de decisiones localmente para el ordenamiento eficiente de la cadena de abastecimiento, además de diseñar una propuesta que permita integrar la oferta institucional, cuyo criterio de articulación sea el derecho a la alimentación y la construcción de la política integral, así como fortalecer los procesos de trabajo en red con los diferentes actores de la cadena de abastecimiento para generar empoderamiento localmente e identificar los espacios que propende el Plan Maestro de Abastecimiento como estrategia viable de integración local.

TUNJUELITO propone realizar gestión de la inversión para la adecuación de la infraestructura de las plazas de mercado de la localidad. BARRIOS UNIDOS y PUENTE ARANDA plantean realizar la caracterización de la oferta alimentaria, adicionalmente en PUENTE ARANDA y de manera particular se evidencia la posibilidad de generar propuestas de responsabilidad social con las industrias presentes.

ENGATIVÁ plantea mejorar las inadecuadas condiciones higiénicas sanitarias de los establecimientos que expenden y procesan alimentos a través de una estrategia de sensibilización y capacitación en torno de la normatividad vigente para el manejo de alimentos, iniciando en las dos plazas de mercado existentes en la localidad. En la misma línea MÁRTIRES plantea la gestión integral para mejorar la cobertura de capacitación y visitas de seguimiento (IVC) a los establecimientos de vendedores o distribuidores de alimentos y comunidad con el fin de mejorar las BPM. Por su parte ANTONIO NARIÑO propone que en espacios locales y por medio de documentos y diversas estrategias comunicativas, se presente y se dé a conocer la situación actual de disponibilidad y comercialización de alimentos con baja calidad en los procesos de manipulación.

Finalmente, SUMAPAZ sugiere generar un mecanismo de control institucional y comunitario que facilite la planeación integral para definir un modelo de producción agropecuario adecuado en equilibrio con el ambiente, fortalecer la organización social para fines productivos en el marco de una planeación de producciones escalonadas, sostenibles ambiental y económicamente y mejorar las vías de acceso y comunicación

En relación con el EJE ESTRATÉGICO DOS DE LA POLÍTICA “ACCESO DE TODA LA POBLACIÓN A LOS ALIMENTOS DE FORMA AUTÓNOMA Y EN IGUALDAD DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES”

Las localidades identificaron que el acceso a los alimentos de forma autónoma y sostenible en las familias depende del ingreso y su distribución al interior, el empleo, el costo, cambio de precios de los alimentos y la falta de oportunidades locales a través de proyectos productivos que beneficien a las mujeres cabeza de familia y a los jóvenes. En tal sentido el esfuerzo busca afectar situaciones relacionadas con la oferta de apoyo alimentario en las localidades, bien sea por ser insuficientes, o por requerir mayor evaluación y seguimiento, o por ajustar los lineamientos a la luz de las particularidades de la población en el contexto de los territorios.

Según lo anterior, se identificaron las siguientes problemáticas como prioritarias:

USAQUÉN identificó que los criterios de acceso y egreso a programas de atención alimentaria presentan debilidades en cuanto a focalización, requisitos y seguimiento. CHAPINERO plantea una inadecuada estratificación y altos niveles de SISBÉN en población con alta vulne-



SUBA y Chapinero proponen un acopio de alimentos a nivel local. Usme le apunta a fortalecer los espacios de negociación y toma de decisiones localmente para el ordenamiento eficiente de la cadena de abastecimiento.

rabilidad que limita el acceso a los programas de atención alimentaria, en el mismo sentido las localidades de SANTAFE y TUNJUELITO identifican la dificultad de acceso a programas de apoyo alimentario por los lineamientos establecidos y duplicidad de esfuerzos entre las instituciones. TEUSAQUILLO, ANTONIO NARIÑO y PUENTE ARANDA identifican dificultades en el acceso a programas de apoyo alimentario ya que no se reconocen las características locales, los diagnósticos y la diversidad de condiciones socioeconómicas existentes. BARRIOS UNIDOS lo identifica como falta de acceso de la población vulnerable a programas sociales y KENNEDY relaciona la problemática con la dependencia de las personas a los programas de apoyo alimentario como forma de acceso a los alimentos.

En relación con los programas de apoyo alimentario, SUBA plantea que existe simultaneidad de usuarios en más de un programa de atención alimentaria y CANDELARIA manifiesta que no se ha generado el sentido de corresponsabilidad de los usuarios de programas de apoyo alimentario frente al beneficio que reciben, sin permitir mejorar las condiciones de vida por la falta de iniciativas de autogestión.

Por otra parte, SAN CRISTÓBAL manifiesta como problema un débil proceso de verificación, inducción y seguimiento de usuarios de programas de complementación alimentaria por parte de las entidades.

Para USME y FONTIBÓN el acceso se encuentra limitado por la falta de programas de asistencia alimentaria en algunos sectores (Danubio, Alfonso López y Usme Centro) y el insuficiente apoyo alimentario para personas mayores en situación de pobreza en FONTIBÓN.

BOSA plantea el desconocimiento y no aprovechamiento de las oportunidades educativas y productivas existentes en la localidad.

La localidad de ENGATIVÁ identificó el bajo poder adquisitivo de las familias que no cuentan con un empleo estable, limitando a su vez la compra de alimentos, asociado a lo anterior. MARTIRES planteó el desempleo y bajo ingreso económico sumado a los altos precios de los alimentos y SUMAPAZ la baja capacidad de adquisición de alimentos.

La problemática para RAFAEL URIBE corresponde a una baja inversión y bajo impacto en proyectos productivos y para CIUDAD BOLÍVAR la poca articulación de los programas ofrecidos por instituciones y organizaciones tanto privadas como públicas que no favorecen el aprovechamiento de los proyectos productivos y el acceso a los programas de apoyo alimentario a las personas más vulnerables de la localidad.

Las ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN planteadas en relación con las problemáticas del componente de acceso a los alimentos en las localidades, corresponden en su mayoría a procesos que permitan acercar la realidad local y sus características a diferentes programas de apoyo establecidos. Particularmente, se identificó:

USAQUÉN, CHAPINERO, SANTAFÉ, TUNJUELITO, BARRIOS UNIDOS, TEUSAQUILLO, SUBA, SAN CRISTÓBAL Y PUENTE ARANDA plantean adaptar criterios de elegibilidad e inclusión de los beneficiarios a los programas de atención alimentaria a la particularidad de los habitantes y las características de cada localidad, además, esta última propone la generación y el fortalecimiento de los programas de generación de empleo y formación.

FONTIBÓN propone garantizar a la persona mayor en situación de pobreza el acceso oportuno y permanente de atención alimentaria.

ENGATIVÁ buscará contribuir al mejoramiento de las condiciones de bienestar económico de la población a través de la promoción y fortalecimiento de iniciativas productivas identificadas en la localidad, articulando actores. RAFAEL URIBE, a partir de la identificación de los patrones de oferta y demanda, formular proyectos productivos que permitan garantizar



Engativá buscará contribuir al mejoramiento de las condiciones de bienestar económico de la población a través de la promoción y fortalecimiento de iniciativas productivas identificadas en la localidad, articulando actores.



la vinculación laboral y MÁRTIRES el apoyo a las instituciones articuladas al CLOPS para el fomento hacia el trabajo y el ingreso a la vida laboral de los habitantes de la localidad.

Por otra parte, la localidad de BOSA propone llevar a cabo procesos informativos que les permitan a las comunidades aprovechar las oportunidades educativas y productivas locales.

USME buscará promover un modelo de atención diferencial para la población con diferentes tipos de inseguridad alimentaria, además, del replanteamiento de los esquemas de focalización existentes por procesos más equitativos de priorización de perspectiva territorial y la promoción de la apertura de nuevos comedores comunitarios en zonas no priorizadas previamente.

KENNEDY buscará, particularmente, integrar los programas y beneficiarios a otros esfuerzos institucionales para la generación de empleo; mejorar la canalización a los programas de apoyo alimentario; fortalecer el sistema integrado para la gestión social integrada; generar campañas de sensibilización a la comunidad con el fin de evidenciar la problemática de negligencia y abandono; fomentar la educación y sensibilización a los beneficiarios sobre la finalidad del programa al que accede y delimitar el apoyo alimentario a situaciones de crisis.

Por último, ANTONIO NARIÑO plantea como estrategia la movilización y sensibilización de la comunidad organizada frente a la dignificación de derechos, principalmente, el de la alimentación. LA CANDELARIA promoverá el diseño de estrategias que motiven y faciliten la participación de la comunidad en los procesos de capacitación y formulación de proyectos de manera que estos se ajusten a sus necesidades.

CIUDAD BOLÍVAR le apuntará a la descentralización de la información sobre proyectos y programas de apoyo alimentario y productividad para garantizar el acceso oportuno a esta información y divulgarla con las comunidades e identificar la población más vulnerable para tener en cuenta en la inclusión de estos programas. SUMAPAZ, de forma particular, plantea la regulación de la entrega de la canasta nutricional campesina y del cumplimiento de los compromisos adquiridos por los beneficiarios, la generación de proyectos con las organizaciones sociales para aumentar coberturas de siembra de alimentos producidas en la localidad, propender por la comercialización en agro-redes y el autoabastecimiento de los productos de la localidad.

CIUDAD BOLÍVAR le apuntará a la descentralización de la información sobre proyectos y programas de apoyo alimentario y productividad para garantizar el acceso oportuno a esta información y divulgarla con las comunidades e identificar la población más vulnerable para tener en cuenta en la inclusión de estos programas.





En el EJE 3 DE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y MODOS DE VIDA SALUDABLES EN EL MARCO DE LA DIVERSIDAD CULTURAL

Las problemáticas identificadas y priorizadas estuvieron alrededor de las inadecuadas prácticas alimentarias presentes en la población de las localidades y la disparidad de contenidos y aspectos técnicos en los procesos de educación alimentaria desarrollados por los actores institucionales locales.

Localidades como USAQUÉN, SANTAFÉ, BOSA, SUBA, MÁRTIRES Y SUMAPAZ, asociaron la problemática de este componente a la presencia de prácticas alimentarias inadecuadas, con la especificidad en KENNEDY de un alto consumo de alimentos ricos en carbohidratos “lo que comúnmente se denomina como harinas”, en BARRIOS UNIDOS de la misma manera pero con énfasis en contextos familiares en donde conviven varias familias -es decir, inquilinatos- esto resalta el proceso de transformación que está sufriendo esta localidad, en donde se percibe el aumento de esta situación, que refleja un cambio en cuanto a las condiciones socioeconómicas de los hogares y familiar. En CIUDAD BOLÍVAR sobresale el bajo poder adquisitivo y educativo, así como una mala distribución del presupuesto destinado a la alimentación dentro del núcleo familiar para una adecuada selección de los mismos.

Por otra parte, las localidades de CHAPINERO, TEUSAQUILLO, RAFAEL URIBE y ANTONIO NARIÑO enfocaron la problemática en la disparidad y variedad de mensajes y contenidos que se usan en los procesos de educación alimentaria desarrollados por las diferentes entidades. TUNJUELITO hace énfasis en un tema particular como es la existencia de situaciones que limitan la práctica de una alimentación infantil adecuada, específicamente, la lactancia materna en los niños y niñas menores de 2 años.

ENGATIVÁ plantea la problemática como el desconocimiento que existe sobre las prácticas alimentarias de la población de la localidad, desde el contexto local (analizado desde otras variables como la oferta y el acceso, que las condicionan), en el mismo sentido, SAN CRISTÓBAL lo define como el desconocimiento de las prácticas de alimentación en las poblaciones escolares, adolescentes y jóvenes, con énfasis en los escenarios educativos y el sedentarismo en la población adulta de la localidad. LA CANDELARIA plantea desconocimiento y no defensa de los derechos del consumidor sumado a lo identificado en las otras localidades como son las inadecuadas prácticas alimentarias.

De manera particular la localidad de FONTIBÓN identifica la malnutrición por exceso en edades tempranas como el sobrepeso en niños, niñas y jóvenes como factor determinante para condiciones o procesos crónicos en su vida futura y PUENTE ARANDA, además de la ausencia de criterios unificados frente a educación en prácticas de vida saludables, plantea como relevante y prioritario en el componente de acceso el desinterés por la participación social que ha limitado la organización de redes en torno de diferentes procesos sociales.



Dada la metodología utilizada para las localidades piloto la localidad de USME no priorizó problemática en este componente.

Las ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN ante las problemáticas planteadas, se relacionan especialmente con la implementación de acciones que convoquen a la institucionalidad local pública y privada para el desarrollo de acuerdos o la unificación de criterios (enfoques, mensajes, contenidos, métodos) para el desarrollo de los procesos de educación alimentaria.

Localidades como USAQUÉN, SANTAFÉ, ENGATIVÁ, TEUSAQUILLO, LOS MÁRTIRES, LA CANDELARIA, CHAPINERO, BARRIOS UNIDOS, CIUDAD BOLÍVAR, SUBA y RAFAEL URIBE incluyeron como estrategia la unificación o definición de acuerdos, criterios o sentidos compartidos para el desarrollo de educación. Es decir, orientar la educación alimentaria a la luz del contexto y las realidades de vida de las personas.

USAQUÉN también plantea desarrollar o complementar las acciones de educación alimentaria de grupos con masivas de comunicación desde el nivel local y distrital.

SAN CRISTÓBAL propone la elaboración e implementación conjunta de una propuesta para el desarrollo de la educación alimentaria, como estrategia transversal articulado al PEI, piloteado en una IED de la localidad, junto con la promoción de la actividad física, cuidado. FONTIBÓN identifica como estrategia fomentar la Educación Alimentaria y la práctica de estilos de vida saludable en niños, niñas y jóvenes. ANTONIO NARIÑO impulsará acuerdos entre la comunidad organizada e instituciones para el desarrollo de programas educativos de estilo de vida saludables con metodologías que hayan surgido de sus propios intereses y necesidades y donde vean reflejados sus aportes.

TUNJUELITO plantea acciones conjuntas y articuladas desde los diferentes sectores por la promoción efectiva de la lactancia materna (mensajes, contenidos, redes sociales) y, generalmente, la promoción de prácticas saludables. BOSA propone adelantar un plan de alianzas con ejecutores de programas y proyectos clave mediante acuerdos de acciones de gestión y apoyo en la elaboración de proyectos efectivos de educación



alimentaria y desarrollo de habilidades y conocimientos en alimentación y nutrición con jóvenes, gestantes, adultos y personas mayores, a la espera de lograr una apropiación y un fortalecimiento de la cultura de autocuidado desde la misma alimentación.

KENNEDY, de manera particular, propone la generación de estrategias de educación que motiven y sensibilicen a la comunidad hacia al autocuidado y prácticas alimentarias adecuadas, generar movilización social en torno del derecho a la alimentación, documentar cómo se pueden inducir los cambios culturales en torno del tema alimentario, reconocer y documentar estrategias a desarrollar como campañas de choque y reconocer la normatividad existente en el país en cuanto a la divulgación por medios masivos.

PUENTE ARANDA buscará promover la generación de estrategias de participación que faciliten la organización de redes (alimentación) y se une a la propuesta de convocar a la implementación de estrategias de educación en alimentación y nutrición, unificando términos.

Finalmente, SUMAPAZ pretende fortalecer los procesos educativos, desarrollando estrategias de acciones basadas en comunidad, acordes con las características locales de las personas en el contexto y las oportunidades que brinda la ruralidad de Bogotá y generar la articulación y concordancia institucional de acuerdo con los procesos desarrollados.

En el cuarto y último componente o factor de la Seguridad Alimentaria y Nutricional COMO ES EL APROVECHAMIENTO BIOLÓGICO DE LOS ALIMENTOS, Y QUE ATIENDE AL EJE DE NUTRICIÓN Y ENTORNOS SALUDABLES de la política pública de SAN fueron identificadas y priorizadas, principalmente, problemáticas asociadas a la expresión del manejo, control o prevención de alteraciones nutricionales relacionadas, particularmente, con el déficit o exceso de peso, las inadecuadas prácticas de manipulación de alimentos, inapropiadas condiciones higiénico - sanitarias y la contaminación ambiental. En el anexo 3 se presenta el comportamiento de los indicadores nutricionales por localidad tomando como fuente el SISVAN D.C.

USAQUÉN evidencia aumento en la prevalencia de déficit de peso para la talla (desnutrición aguda) en escolares y su aumento a medida que avanza la edad. FONTIBÓN plantea como problemática las deficiencias nutricionales en niños y niñas menores de 2 años relacionadas con las prácticas alimentarias. En la misma línea BARRIOS UNIDOS plantea la desnutrición en niños y niñas debido a abandono y violencias que se asocian también al aumento de inquilinatos en la localidad, TEUSAQUILLO demuestra el déficit en la detección temprana de alteraciones nutricionales en las diferentes etapas del ciclo vital y el desarrollo de respuestas integrales y oportunas.

Por otra parte, CHAPINERO identifica baja cobertura en la vigilancia y control a los establecimientos que comercializan alimentos en la localidad. SANTAFÉ plantea el inadecuado manejo higiénico de alimentos en diferentes espacios, particularmente, en el hogar, que influye en deterioro nutricional por enfermedades infecciosas. SAN CRISTÓBAL define como problema prioritario las malas prácticas de manipulación de alimentos por parte de los tenderos y vivanderos. BOSA y SUBA las malas condiciones higiénico - sanitarias por baja o limitadas prácticas de autocuidado en los hogares.

En ANTONIO NARIÑO se destaca la alta proliferación de residuos en sectores de la localidad, particularmente, en espacios públicos de ventas de alimentos, plazas de mercado y sector comercial. Para TUNJUELITO es prioritario el problema ambiental y sanitario, por su impacto negativo en las condiciones de salud de la comunidad (curtiembres, río Tunjuelito, relleno sanitario). En ENGATIVÁ el mal manejo de residuos sólidos y líquidos por parte de la comunidad en general. LOS MÁRTIRES identificó las condiciones insalubres de las viviendas y su entorno y LA CANDELARIA plantea los riesgos a la salud por presencia de basuras, roedores, y callejeros.

SUMAPAZ resalta la poca responsabilidad en el autocuidado por parte de la población residente de la localidad y la persistencia de prácticas no favorables en la atención en servicios en salud.

Usaquén evidencia aumento en la prevalencia de déficit de peso para la talla (desnutrición aguda) en escolares y su aumento a medida que avanza la edad.



PUENTE ARANDA identificó como prioridad en este componente la contaminación ambiental, entre otras por la concentración de industrias en la localidad y RAFAEL URIBE la afectación de la salud por el inadecuado control sanitario y ambiental.

CIUDAD BOLÍVAR considera que existe poca cobertura de programas orientados, particularmente, a la detección precoz de alteraciones en población de jóvenes y nula articulación con las Entidades Prestadoras de Salud que afilian población residente en la localidad para fortalecer las intervenciones integrales de promoción, prevención, rehabilitación y tratamientos. Dada la metodología utilizada para las localidades piloto, las localidades de USME y KENNEDY no priorizaron problemáticas en este componente. Frente a las estrategias de solución planteadas para los problemas relacionados con el aprovechamiento biológico de los alimentos, se pudo identificar en las localidades:

USAQUÉN Y TEUSAQUILLO plantean fortalecer el proceso de la vigilancia nutricional en la localidad, como estrategia clave para la identificación temprana de riesgos y la orientación de acciones de intervención, lo que implica agilizar, entre otros, los medios para la canalización integral de los casos identificados, y fortalecer el análisis de la situación de SAN local.

BARRIOS UNIDOS realizará la difusión de la ruta local de servicios de la seguridad alimentaria y nutricional, con énfasis en la definición clara de los procesos para canalización de casos prioritarios.

CHAPINERO propone el análisis periódico de los resultados obtenidos a partir de las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario en diferentes escenarios intersectoriales como el comité local de SAN.

En BOSA y SUBA se promoverán las buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos en la localidad con esfuerzos interinstitucionales, particularmente, centrados en el ámbito o escenario familiar.

SANTAFÉ plantea fortalecer los procesos de vigilancia y control de los expendios de alimentos y la corresponsabilidad social por la calidad, con el propósito de evitar enfermedades, particularmente, las infecciosas, que afecten el estado nutricional de la población. Del mismo modo, aumentar la cobertura de la población capacitada en manipulación de alimentos en los hogares.

SAN CRISTÓBAL le apuntará al diseño e implementación de una estrategia comunicativa dirigida a tenderos y vivanderos de la UPZ 20 de Julio para favorecer las buenas prácticas de manipulación de alimentos.

TUNJUELITO propone como estrategia el trabajo articulado entre las instituciones que hacen presencia en la localidad encargadas de la conservación del medio ambiente y aquellas

PUENTE ARANDA identificó como prioridad en este componente la contaminación ambiental, entre otras por la concentración de industrias en la localidad y RAFAEL URIBE, la afectación de la salud por el inadecuado control sanitario y ambiental.





Los Mártires plantea implementar proyectos y acciones que permitan actuar sobre las condiciones de vivienda y el entorno como factores condicionantes de la seguridad alimentaria y, sobre todo, de la seguridad nutricional de los habitantes de la localidad.

que convergen en el Comité Local de SAN, para trabajar procesos que mejoren el entorno, como factor determinante de la salud y el estado nutricional de las personas.

Las localidades de ENGATIVÁ y ANTONIO NARIÑO plantean su estrategia en relación con el manejo de residuos. ENGATIVÁ buscará contribuir al mejoramiento del mal manejo de residuos sólidos y líquidos del entorno de la UPZ Garcés Navas, con el propósito de disminuir los riesgos para la salud de sus habitantes y ANTONIO NARIÑO planea apoyar la ejecución y evaluación del Plan Local Integral de Manejo de Residuos, en los distintos escenarios locales y promover la implementación de campañas pedagógicas, así como la aplicación de medidas preventivas y de seguridad basadas en la normatividad vigente.

FONTIBÓN buscará promover y proteger las prácticas adecuadas en lactancia materna y el adecuado inicio de la alimentación complementaria desde los diferentes actores que concentran esta población (ICBF, SALUD, SDIS, de la mano con un trabajo fuerte con cuidadoras de entidades privadas).

LOS MÁRTIRES plantea Implementar proyectos y acciones que permitan actuar sobre las condiciones de vivienda y el entorno como factores condicionantes de la seguridad alimentaria y, sobre todo, de la seguridad nutricional de los habitantes de la localidad.

PUNTE ARANDA buscará promover el control efectivo sobre industrias, generar estrategias de corresponsabilidad social con el ambiente y generar espacios de análisis y discusión que involucren a diversos actores para concientizar y actuar sobre la problemática ambiental. En la misma línea RAFAEL URIBE propone visibilizar y actuar sobre la problemática medio ambiental como un factor determinante del aprovechamiento biológico de los alimentos y en ese sentido sobre la seguridad nutricional, ante actores fundamentales desde la Alcaldía Local, Secretaría de Ambiente, Secretaría del Hábitat, Empresa de Acueducto y Alcantarillado y comunidad en general.

LA CANDELARIA generará espacios de discusión donde se convoquen a todos los actores relacionados con la problemática de plagas en la localidad, para así concertar mecanismos de solución en la identificación y control de focos, así como la corresponsabilidad social, particularmente el comercio y el trabajo con las familias residentes en la localidad

CIUDAD BOLÍVAR le apuntará a la inclusión en espacios de socialización acerca del derecho a la alimentación y la importancia de la alimentación y la nutrición en las diferentes etapas del ciclo vital con especial énfasis en jóvenes, de manera que se genere la necesidad de proyectos dirigidos a estos grupos poblacionales.

Finalmente, SUMAPAZ propone mejorar las estrategias de acercamiento a las familias desde los equipos profesionales, generando continuidad de los procesos, de manera que se garantice la articulación intersectorial para el desarrollo de acciones conjuntas que favorezcan la corresponsabilidad y se articule entre las instituciones la capacitación en lactancia materna con los diferentes programas y proyectos que atienden población menor de 5 años.





El fortalecimiento de la vigilancia alimentaria y nutricional como una estrategia transversal a los ejes de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el marco de la Implementación de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá 2007-2015, la metodología de la Sala Situacional aportó a la primera fase de construcción local de los planes SAN en términos de lograr evidenciar desde la institucionalidad y la comunidad las problemáticas en disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos a partir de un ejercicio de análisis, interpretación y priorización.

Con base en este ejercicio de identificación de necesidades, localmente se plantearon estrategias de coordinación y gestión entre las diferentes instituciones con el propósito de concretar acciones precisas que permitan dar curso a la resolución de las problemáticas identificadas y las cuales reposan en cada uno de los documentos locales.

Dentro de los aspectos más relevantes que se lograron identificar con el proceso están:

La necesidad de posicionar los comités locales de SAN como un órgano asesor y consultivo que coordine las acciones institucionales y comunitarias en el marco de los compromisos de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

La generación de estrategias de movilización de actores en pro de gestionar o mejorar la respuesta que permita promover y ejercer el derecho a la alimentación de la población bogotana.

Identificación y caracterización de actores con presencia local que de una u otra manera es necesario interpelar para que con sus recursos y capacidades disponibles contribuyan a materializar las soluciones priorizadas en cada territorio.

Fortalecimiento de la coordinación de la oferta de apoyo alimentario interinstitucional haciendo partícipe a las organizaciones sociales y comunitarias con el propósito de generar un proceso solidario y una asignación conforme con las necesidades reales de la comunidad.

Posicionar y promover la oferta de capacitación y oportunidades laborales con el propósito de mejorar la inclusión social y los ingresos de las familias menos favorecidas.

Reorientación y fortalecimiento de las acciones de información, educación y comunicación en alimentación con el fin de promover prácticas de alimentación saludable en el marco de la diversidad cultural de la población bogotana.

El fortalecimiento de la vigilancia alimentaria y nutricional como una estrategia transversal a los ejes de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Anexo 1
COMPORTAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES POR LOCALIDAD,
NOTIFICADAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ALIMENTARIA Y
NUTRICIONAL - SISVAN - BOGOTÁ, D.C. - 2007 / 2008

LOCALIDADES	2007					2008				
	PREVALENCIA BAJO PESO	PREVALENCIA NORMAL	PREVALENCIA SOBREPESO	PREVALENCIA OBESIDAD	TOTAL REGISTROS	PREVALENCIA BAJO PESO	PREVALENCIA NORMAL	PREVALENCIA SOBREPESO	PREVALENCIA OBESIDAD	TOTAL REGISTROS
Usaquén	29.4	39.3	14.7	16.7	4504	31.0	39.3	15.1	14.7	8105
Chapinero	22.8	40.3	16.5	20.4	534	28.2	35.5	16.3	20.0	3622
Santafé	31.8	38.6	14.5	15.0	1925	32.3	37.1	14.2	16.4	2173
San Cristóbal	35.2	37.6	13.5	13.7	3902	31.6	36.3	15.4	16.7	7109
Úsme	31.0	38.4	15.3	15.3	8988	30.2	38.7	15.1	15.9	6020
Tunjuelito	33.3	34.2	14.3	18.2	3816	32.3	33.2	15.0	19.5	4252
Bosa	29.1	38.2	15.7	17.0	4951	38.8	33.1	13.7	14.4	7288
Kennedy	28.2	38.3	15.7	17.8	8936	26.5	36.5	16.9	20.0	10134
Fontibón	34.0	36.8	14.1	15.2	2217	33.1	37.0	14.3	15.6	2951
Engativá	32.1	36.2	14.3	17.5	5219	30.1	38.2	15.4	16.3	5016
Suba	30.0	38.1	15.2	16.6	8540	30.3	38.9	14.7	16.1	10311
Barrios Unidos	29.8	39.8	13.5	16.9	349	32.0	40.0	13.9	14.1	2143
Teusaquillo	30.7	39.4	16.4	13.6	574	19.4	37.7	19.4	23.5	24328
Mártires	27.0	38.1	15.0	20.0	1313	29.0	36.9	17.1	17.0	1089
Antonio Nariño	30.1	37.6	15.0	17.3	5925	29.1	37.8	15.2	17.9	5790
Puente Aranda	32.4	37.8	14.5	15.2	1863	28.9	36.8	16.6	17.7	1959
Candelaria	20.3	45.1	12.6	22.0	182	25.6	40.4	14.4	19.6	312
Rafael Uribe	33.0	37.1	14.7	15.2	8081	32.4	37.6	14.7	15.3	7506
Ciudad Bolívar	33.4	38.4	14.5	13.7	6688	30.9	37.9	15.1	16.1	6476
Sumapaz	9.0	40.7	27.6	22.6	199	20.8	40.3	19.0	19.9	221
TOTAL	31.0	37.8	14.9	16.2	78706	28.5	37.3	16.1	18.1	116805

SISVAN: - Área de Vigilancia en Salud Pública – SDS.

Anexo 2
COMPORTAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL POR LOCALIDAD SEGÚN EL INDICADOR TALLA PARA LA EDAD EN MENORES DE 10 AÑOS
NOTIFICADOS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL – SISVAN – 2007/2008

LOCALIDADES	2007				2008			
	PREV. RETRASO EN TALLA*(%)	PREV. RIESGO RETRASO EN TALLA**(%)	ADECUADA TALLA PARA LA EDAD (%)	TOTAL REPORTADOS	PREV. RETRASO EN TALLA*(%)	PREV. RIESGO RETRASO EN TALLA**(%)	ADECUADA TALLA PARA LA EDAD (%)	TOTAL REPORTADOS
Usaquén	15.6	24.1	60.3	10675	12.9	23.6	63.5	14545
Chapinero	10.3	29.3	60.5	994	12.5	24.2	63.3	4276
Santafé	18.3	26.5	55.3	5158	17.1	29.9	53.1	4944
San Cristóbal	19.0	27.6	53.3	9444	18.4	29.3	52.3	11496
Úsme	16.6	28.0	55.4	18430	14.9	29.0	56.1	18389
Tunjuelito	13.7	26.7	59.6	5932	13.7	24.8	61.6	9612
Bosa	14.2	25.9	59.9	14210	12.4	25.7	61.9	20346
Kennedy	10.6	24.7	64.7	20975	9.2	23.9	67.0	26421
Fontibón	12.6	23.6	63.8	5533	10.6	21.9	67.5	6056
Engativá	10.8	23.1	66.0	11792	10.6	22.6	66.8	12189
Suba	11.8	26.6	61.6	19263	10.4	26.1	63.5	27700
Barrios Unidos	11.0	26.9	62.1	818	8.7	21.4	69.9	4041
Teusaquillo	2.4	14.6	83.0	12512	10.1	23.2	66.7	3852
Mártires	20.2	25.5	54.3	2024	18.5	26.7	54.9	1885
Antonio Nariño	12.5	21.2	66.3	10415	12.9	22.6	64.5	7556
Puente Aranda	6.6	20.4	73.0	6552	8.9	24.4	66.7	5275
Candelaria	13.5	26.2	60.2	621	16.4	32.2	51.4	622
Rafael Uribe	11.0	20.8	67.6	26983	10.6	21.7	67.6	27878
Ciudad Bolívar	14.9	30.7	54.4	17487	14.3	31.3	54.3	23314
Sumapaz	15.3	29.1	55.6	800	13.5	29.3	57.2	866
TOTAL BOGOTÁ	12.6	24.5	62.9	200654	12.2	25.5	62.3	231263

*Anteriormente, desnutrición crónica
**Anteriormente riesgo a desnutrición crónica





CLSAN: Comités Locales de Seguridad Alimentaria y Nutricional

DANE: Departamento Nacional de Estadística

ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional

ENT: Enfermedades no transmisibles

EPS: Entidades Promotoras de Salud

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

AIEPI: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

IAMI: Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos y Alimentos

IPS: Instituciones Prestadores de Servicios de Salud

OGM: Organismos Genéticamente Modificados

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PESA: Programa Especial para la Seguridad Alimentaria

Red Pública: Servicios de Salud Públicos del Distrito

RN: Recién Nacidos

SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional

SISVAN: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional Distrital

UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos

Anexo 5

Comités de Seguridad Alimentaria y Nutricional: Conformación o fortalecimiento de un grupo funcional con representación de los sectores y actores clave que asuman el liderazgo y organización integrada del trabajo.

Se debe garantizar legitimidad y representatividad al proceso, con amplia convocatoria a los actores involucrados. Requiere de una definición inicial de objetivos, roles a cumplir, reglas de trabajo y relación, responsabilidades a cumplir.

Un trabajo central de esta organización es la elaboración de un mapa de competencias e institucionalidad en SAN a nivel local. También debe liderar las demás fases propuestas, especialmente, el posicionamiento local de la temática de SAN como asunto de alto valor público. En este contexto es importante tener cuidado de no duplicar o suplantar responsabilidades propias de la institucionalidad local, ante lo cual se espera cumpla un papel dinamizador y no de conflicto de poderes. Su liderazgo debe permitir que el tema se visibilice como prioridad de la política social y desarrollo presente en la agenda de los alcaldes locales.

Este grupo debe cumplir tareas de planificación, ejecución y seguimiento, desde una perspectiva de concertación y retroalimentación permanente.

Realización de actividades orientadas a una amplia difusión de la política nacional, política distrital y la situación de partida a nivel local.

Un paso obligado a fin de lograr el posicionamiento temático y una apropiación social, es la difusión ampliada y continuada de los lineamientos existentes y vigentes en materia del derecho a la alimentación y la Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como la situación local de la temática.

Los enfoques que sustentan la Política Nacional de SAN y la Política Distrital, son indispensables antes que se desarrolle un trabajo netamente instrumental, y se genere una movilización amplia en el tema orientado a develar su valor público.

La apropiación social del tema es un proceso dinámico y permanente, debe contar con unos primeros momentos contundentes que permitan la aproximación del mismo desde distintas perspectivas y adecuación de contenidos e información a las condiciones particulares de los diferentes actores. Disposición y movilización de actores y recursos socioinstitucionales para la elaboración del plan territorial, con compromiso de los actores involucrados y una participación social cualificada.

En este sentido, cada localidad debe disponer de los espacios y mecanismos que considere pertinentes, especialmente, los que potencialicen los ya existentes para lograr compromisos efectivos no sólo en la planificación sino en el futuro desarrollo de agendas de acción. El comité local de SAN es el espacio de primera elección y el más adecuado desde el carácter técnico, sin embargo, no es el único en el cual se debe poner el tema en la localidad.

No se pretende una coadministración institucional, ni interferencia con las competencias y acciones de cada participante, sino además de lo que cada cual pueda hacer, logrando acuerdos conjuntos que generen sinergias y acciones integradas.

Elaboración del Plan Local de Seguridad Alimentaria:

Esta fase hace referencia a la elaboración del plan territorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, con un sustrato social informado y movilizado.



“Un trabajo central del comité de seguridad alimentaria” de ésta organización es la elaboración de un mapa de competencias e institucionalidad del SAN a nivel local.



Como tal, es necesario e indispensable partir de un diagnóstico lo más completo, afinado y pertinente posible de la SAN en el nivel local, acogiendo aportes de todos los actores; este diagnóstico o marco contextual de SAN, se debe llevar a un listado de problemas que facilite una priorización y un análisis de causalidad, para lo cual se puede hacer uso de diferentes metodologías. Lo importante es visualizar los puntos estructurales de la problemática hacia los cuales orientar acciones, para un actuar más efectivo.

Un adecuado análisis de problemas debe facilitar el desarrollo estratégico de las soluciones expresadas en objetivos estratégicos, resultados esperados, productos y servicios, metas, indicadores y recursos.

Integración del Plan a los instrumentos tradicionales de planificación local:

La formulación del Plan debe brindar insumos que sean articulados e integrados a los instrumentos de planificación territorial.

Elementos Metodológicos:

El desarrollo metodológico se organiza con base en los siguientes elementos:

Situación actual de contexto y local de SAN.

Análisis de problemas y priorización.

Imagen de futuro deseable y realizable en SAN.

Objetivos estratégicos, estrategias, líneas de acción.

Productos a desarrollar para lograr resultados en SAN.

Programas y proyectos.

Monitoreo y evaluación.

Anexo 6.
**Actores involucrados en la respuesta de la problemática
de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Distrito**

Actor Institucional	Tipo de acciones
Subdirección Local de Integración Social (SLIS)	Alternativas de apoyo nutricional: bonos a gestantes y personas mayores, jardines y casas vecinales, programa de canasta familiar, y programas para la población en condición de vulnerabilidad.
Unidad Local de Desarrollo Empresarial (ULDE)	Apoyo a la generación de alternativas productivas y vinculación laboral a la población de las localidades donde se desarrolla el programa.
Instituto Distrital Para La Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON).	Apoyo y protección para las niñas, niños y jóvenes en condición de habitantes de calle.
Secretaría de Educación a través de los Centros de Administración Educativa Local (CADEL)	Refrigerios y almuerzos para la comunidad educativa. Apoyo al sistema de vigilancia epidemiológica del escolar y al programa salud al colegio en convenio con Secretaría Distrital de Salud.
Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD)	Fomento de la actividad física a través de escuelas de formación deportiva, la búsqueda de talentos y escuelas de perfeccionamiento deportivo.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	Apoyo nutricional a menores de 2 años y gestantes en condición de vulnerabilidad, Hogares de Bienestar (HOBIS), jardines infantiles y la protección a mujeres y menores en riesgo de maltrato.
Personerías Locales	Guarda protección y promoción de los Derechos Humanos de la población.
Unidad de Atención y Orientación al Desplazado (UAO)	Espacio físico donde concurren las entidades Nacionales y Distritales que hacen parte del Sistema Nacional de Atención Integral a Población Desplazada o sus operadores, para recibir las declaraciones y brindar orientación, información y servicios a esta población.
Hospitales de I y II Nivel de Atención	<p>Acciones para el fortalecimiento del trabajo interinstitucional y con la participación de organizaciones o grupos de líderes comunitarios. En espacios como el Consejo Local de Política Social (CLOPS), Subcomités, mesas, redes sociales, entre otros.</p> <p>Brindar asesorías a empresas para la inclusión laboral de hombres y mujeres en edad productiva en situación de discapacidad, prevenir el trabajo infantil y generar condiciones de trabajo protegido para jóvenes mayores de 15 años. Además de realizar la divulgación de derechos de las mujeres y las familias gestantes en el entorno laboral.</p> <p>Actividades de cumplimiento de la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud para la población en general, con atención especial a gestantes, niños, niñas y jóvenes, persona mayor, personas en condición de vulnerabilidad y con patologías crónicas.</p> <p>Desarrollo de habilidades y competencias en la población para favorecer prácticas alimentarias saludables, de actividad física y de recreación (promoción de la lactancia materna, estrategias materno infantiles - IAMI, IAFI, IAEPÍ-, Proyecto de Salud al colegio, Asesoría e intervención en familias vulnerables, jardines y colegios, Promoción de hábitos saludables en salud oral para la población, Acciones Basadas en Comunidad, programa Tu Vales, Canasta, Intervenciones en comedores comunitarios, Suplementación para escolares y gestantes y desparasitación en escolares, huertas caseras, agricultura urbana, proyectos productivos saludables, vereda sana y parque temático en salud en la localidad de Sumapaz.</p> <p>Formación en salud y seguridad e inocuidad alimentaria mediante los cursos de manipulación de alimentos y acciones de Inspección, Vigilancia y Control en establecimientos que procesan, transportan y expenden alimentos.</p> <p>Vigilancia en Seguridad Alimentaria y Nutricional en gestantes, recién nacidos de bajo peso, niños y niñas menores de 10 años y vigilancia nutricional al escolar.</p>

BIBLIOGRAFÍA



- ☒ <http://www.gestiopolis.com/canales3/ger/segalim.htm>
- ☒ Seguridad Alimentaria y Nutricional. Conceptos básicos. Programa especial para la seguridad alimentaria -PESA- Centroamérica. 2008.
- ☒ El estado de la Inseguridad alimentaria en el mundo. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Viale delle Terme di Caracalla, 00153 Roma, Italia. 2008.
- ☒ Proyecto Bioenergía y Seguridad Alimentaria. Educación para el Desarrollo Derecho a la Alimentación. FAO.2008.
- ☒ Hechos del callejón. Seguridad Alimentaria: Una preocupación campesina. No. 37 2008.
- ☒ Esquema conceptual de la Seguridad Alimentaria y Nutricional 2007-2015.
- ☒ Conclusiones del Foro Mundial sobre Soberanía Alimentaria. La Habana, Cuba, Septiembre 2001.
- ☒ Lineamientos Seguridad Alimentaria y Nutricional. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2008.
- ☒ El nuevo mapa de la FAO revela un fuerte desequilibrio en la disponibilidad de alimentos entre países ricos y países pobres. FAO.
- ☒ www.teorema.com.mx/articulos.php?id_sec=47&id_art=3122&id_ejemplar=0. Afectará el cambio climático la producción de alimentos. FAO.
- ☒ Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Planeación Distrital, Subdirección Económica, de Competitividad e Innovación. Elementos para la formulación de lineamientos para la política de empleo distrital. Bogotá, 2004.
- ☒ Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Hacienda Distrital. Ingresos, gastos y exclusión social en Bogotá Serie Equidad y Bienestar No. 8, Cuadernos de la Ciudad. Bogotá, 2006.
- ☒ Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005. Bogotá, 2005.
- ☒ Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Cumbre Mundial sobre alimentación, 2002.
- ☒ Organización Mundial de la Salud. 57 Asamblea Mundial de la Salud. 2004.
- ☒ Guía de seguridad alimentaria y nutricional para uso del personal agropecuario de Nicaragua. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria PESA. FAO. 2007.



- ☒ Alcaldía Mayor de Bogotá, DAPD, y DANE. Encuesta de calidad de vida. Op cit.
- ☒ DNP. PLANIFICACIÓN. Base de la gestión municipal. “Lineamientos generales para la formulación del Plan de Desarrollo Municipal 2004 -2007
- ☒ Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertos OMS – FAO, en Serie de Informes Técnicos 916. Ginebra, 2003.
- ☒ Ramírez Manuel A. Lineamientos para seguridad alimentaria: retos y perspectivas.
- ☒ Sistema de distribución de alimentos para Bogotá. Colombia. febrero 2006
- ☒ Cámara de Comercio de Bogotá. Observatorio Económico de Bogotá. Diciembre de 2006
- ☒ Encuesta Calidad de Vida. 2007
- ☒ El Tiempo. Bogotá D.C. Junio 2 de 2008. Se presenta en el periódico una Editorial conjunta FAO, PMA y UNICEF.
- ☒ EL TIEMPO. Apoyos alimentarios son recibidos por 667.264 personas, gracias a Bogotá Sin Hambre. Julio de 2007.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	237
JUSTIFICACIÓN	238
OBJETIVOS	238
Objetivo General	238
Objetivos Específicos	238
ALCANCE Y PROYECCIONES DEL EJERCICIO	239
MARCO LEGAL	239
MARCO SITUACIONAL	241
MARCO SITUACIONAL DEL DISTRITO	242
Maternidad Segura.....	243
Regulación de la Fecundidad.....	250
Enfermedades Transmisión Sexual.....	254
Cáncer del Aparato Reproductor	256
Embarazo en Adolescentes	258
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	261
METODOLOGIA	263
ACTORES PARTICIPANTES	264
RESULTADOS	264
MATERNIDAD SEGURA	265
Necesidades.....	265
Determinantes estructurales	265
Determinantes intermedios	266
Determinantes proximales.....	267
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	267
REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD	269

Determinantes estructurales	269
Determinantes intermedios	269
Determinantes proximales.....	270
ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.....	270
INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL	271
Necesidades.....	271
Determinantes estructurales	271
Determinantes intermedios	271
Determinantes proximales.....	272
Alternativas de solución	273
CANCER DEL APARATO REPRODUCTOR	274
Necesidades	274
Determinantes estructurales	274
Determinantes intermedios	274
Determinantes proximales.....	274
Alternativas de solución	275
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES	276
Situaciones	276
Determinantes estructurales	276
Determinantes intermedios	277
Determinantes proximales	277
Alternativas de solución	277
Entrevistas grupales	277
LOGROS	279
PROYECCIONES.....	280
GLOSARIO.....	281
BIBLIOGRAFIA	283



INTRODUCCIÓN

“Hay que dejar los tapujos. Yo tengo una niña de 6 años a quien le respondo lo que me pregunta como, por ejemplo, ‘¿por qué mi mamá tiene un bebé ahí adentro?’, además, ella escucha cómo mi esposo y yo planificamos nuestra vida y futuro, en cambio, en mi época, me acuerdo que le pregunté, a los 15 años, a mi mamá cómo ella planificaba y me pegó”.
Madre Gestante, Grupo Focal Antonio Nariño, junio 12 de 2008

La Sala Situacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) permitió desarrollar el análisis de las condiciones de vida abordadas desde el enfoque de derechos y con base en las cinco temáticas definidas por la Secretaría Distrital de Salud.

El examen se llevó a cabo con el objetivo de visibilizar las necesidades sentidas del Distrito y a su vez de las localidades, a través de un ejercicio participativo con distintos actores sociales donde se analizaron percepciones, problemáticas sentidas de manera conjunta y el comportamiento de los indicadores para así poder entregar insumos técnicos para la construcción de la política distrital de Salud Sexual y Reproductiva. Este ejercicio se enfocó en mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y en promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población con énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, así como el estímulo de factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.

El análisis realizado puso de manifiesto las causas básicas de las problemáticas relacionadas con maternidad segura, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes, cáncer del aparato reproductor de hombres y mujeres y regulación de la fecundidad en la población de todas las localidades de Bogotá, lo que a su vez permitió conocer la capacidad de respuesta de las instituciones y los procesos políticos y sociales que influyen en el mejoramiento de su calidad de vida.

Es importante resaltar que la Salud Sexual y Reproductiva comprende indicadores relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud y en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital.

Por lo anterior, la Sala Situacional de SSR se convierte en un importante insumo estratégico que aporta elementos, lo cual permite entregar recursos para la formulación de la Política Distrital.

JUSTIFICACIÓN

“[Sobre la sexualidad] la verdad [sabía] muy poco, sólo cuando en el grupo uno consulta con las compañeras y ellas le comentan a uno las cosas que les han enseñado sobre la sexualidad, hace poco me enteré que uno puede planificar sin necesidad de preguntarle al hombre”.

Madre Gestante, Grupo Focal Chapinero, julio 2008



Las inversiones financieras y sociales en Salud Sexual y Reproductiva salvan vidas y contribuyen a mejorarlas, frenan la propagación de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y promueven la igualdad entre hombres y mujeres; estos beneficios, a su vez, ayudan a reducir la pobreza y brechas de inequidad. La Sala Situacional de Salud Sexual Reproductiva pretende dar cuenta de las temáticas abordadas con el fin de promover el ejercicio de los derechos de toda la población con énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y de comportamientos de riesgo.

Es así como esta estrategia nos muestra un panorama real visto desde los datos, enriquecido con la voz de la comunidad, proponiendo alternativas de solución a los determinantes identificados.

OBJETIVOS

General

Ofrecer un insumo para la construcción de la Política Distrital de Salud Sexual y Reproductiva.

Específicos

Construir el estado actual de la Salud Sexual y Reproductiva identificando las cuatro problemáticas más sentidas en cada localidad y en el Distrito.

Aplicar distintas metodologías cualitativas con el fin de indagar las percepciones relacionadas con Salud Sexual Reproductiva como información que permita fundamentar los datos cuantitativos que reflejan el comportamiento de los eventos trazadores en el marco de esta temática.

Poner a disposición de las localidades y el Distrito toda la información relacionada con SSR, analizada a partir de los determinantes de salud y las alternativas de solución, con el propósito de ser materializadas en acciones concretadas.

Divulgar los resultados de la Sala Situacional para posicionar la temática de Salud



Sexual Reproductiva a nivel local y distrital, dándoles a conocer a los tomadores de decisiones la magnitud de la problemática evidenciada, así como los condicionantes que generan dicha situación.

ALCANCE Y PROYECCIONES DEL EJERCICIO

“Una prueba [para saber los días fértiles de la mujer] se hace con saliva. Contando a partir de los 14 días se devuelven los 5 y resulta que hay que tener en la casa un microscopio. Es sencillísimo. Usted con la saliva la echa en un vidrio y la mira por el microscopio, si aparece una figura de un helecho, ahí está fértil y puede quedar en embarazo. Es una prueba que se puede hacer todos los días. Cuando no aparece, puede tener relaciones sexuales. No he tenido recursos para un microscopio pero me hubiera gustado haberlo comprado, fue una película que me dieron, americana, donde dicen que es muy efectivo”
Hombre, Grupo Focal Desplazados RUU, mayo 13 de 2008

La Sala Situacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) permitirá el posicionamiento de la temática para la generación de posibles alternativas de solución por parte de los diferentes actores de las localidades y de nivel distrital, participando de la dinámica local evidenciada.

El análisis de determinantes de la Sala Situacional de Salud Sexual y Reproductiva se dio en las líneas de Enfermedades de Transmisión Sexual, cáncer del aparato reproductor, salud materna y SSR en adolescentes, lo que servirá como insumo para el desarrollo de la política de SSR, específicamente, para el Distrito.

MARCO LEGAL

“[Los embarazos no deseados], eso se ve en todos los estratos, la situación va mas allá del índice de pobreza, hay que tener en cuenta que los niños tienen cada vez más contacto con esos temas, hay que fomentar la responsabilidad y el uso de métodos, eso es algo que no se habla y los amigos son los que dan los consejos, hay que pensar en cómo van a llegar a esa experiencia”.
Grupo Focal, COVECOM San Cristóbal, mayo 14 de 2008

De acuerdo con la Política Nacional de SSR mencionada anteriormente, se han ejecutado una serie de documentos e investigaciones que contribuyen al desarrollo del Distrito para la implementación de la política, además de aportar el enfoque de género a dicha temática. Es así como para el año 2007 el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas en Colombia aplicó la cartilla de buenas prácticas para “promover la igualdad entre los sexos y la autonomía



Legislación - Interrupción Voluntaria del Embarazo. La Corte Constitucional de Colombia, mediante la sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, declaró exequible el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer

de la mujer” en el ámbito local¹, presentada como una forma de contribuir al logro de los objetivos del milenio a manera de orientación y estímulo para las autoridades locales del periodo 2008 a 2012 en Colombia, con el propósito de incluir también el enfoque de género y de acciones dirigidas hacia las mujeres en los planes de desarrollo departamentales y municipales. Cabe anotar que para el cumplimiento de esos objetivos del milenio se presentó el documento Conpes Social (Consejo Nacional de Política Económica y Social) 91 de 1995 en donde se estableció como tercer objetivo “promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer”.

A nivel normativo se encuentra una serie de normas y proyectos que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, dentro de estos se encuentran:

Artículos 13, 42, 43, 45 y 49 de la Constitución Política de Colombia.

La Ley 100 de 1993 establece que el servicio de salud se fundamente en el principio de la protección integral, es decir, debe garantizar la promoción de la salud, la prevención y atención de la enfermedad.

Ley 115 de 1994 “Ley General de Educación”.

Decreto Reglamentario 1860 de Agosto de 1994 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 115 de 1994, en los aspectos pedagógicos y organizativos generales”.

Resolución 3353 de 1993 “Por la cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de Educación Sexual en la educación básica del país”.

Resolución 4288 de 1996, en concordancia con la ley 715 y las circulares externas 013/02 y 018/04, del Ministerio de Protección Social, los municipios y distritos deben realizar actividades de promoción y prevención dentro de las cuales se cuentan las de SSR en hombres y mujeres, a partir de los lineamientos para la ejecución del Plan de Atención Básica.

La Ley 412 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública, definidas mediante el acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Proyecto de Acuerdo 212 de 2005 “Por medio del cual se establece en Bogotá D.C., la obligación para la Secretaría de Salud y las entidades prestadoras de servicios de salud, de facilitar el acceso gratuito a todos los métodos modernos temporales y definitivos de planificación familiar”.

Ley 1098 de 2006 “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”.

Proyecto de Acuerdo No. 334 de 2008 “Por medio del cual se institucionaliza la Cátedra de Educación Sexual en los colegios públicos y privados del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones”.

Legislación - Interrupción Voluntaria del Embarazo. La Corte Constitucional de Colombia, mediante la sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, declaró exequible el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (I) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (II) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (III) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cartilla de buenas prácticas para “Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer” en el ámbito local. Noviembre de 2007.



Por otra parte, dentro del programa de gobierno planteado por Samuel Moreno Rojas², actual Alcalde de Bogotá, se observa el compromiso respecto de reforzar las acciones integrales para promover la SSR, fortalecer los programas de prevención del embarazo no deseado, principalmente en adolescentes, así como la atención integral a madres gestantes y lactantes. A nivel distrital se desarrollaron durante el primer semestre del año de 2007, los Encuentros Ciudadanos, ejercicio realizado cada cuatro años en el Distrito, que se definen como espacios cuyo objetivo es brindar la oportunidad para que la comunidad, en diálogo con la Alcaldía Local, la Junta Administradora Local, la Oficina de Planeación Local y el Consejo Local de Planeación de cada una de las localidades definan los planes y programas de interés público del Distrito, para que sean tenidos en cuenta en la formulación del Plan de Desarrollo Local, que a su vez debe ser acorde con el Plan de Desarrollo Distrital.

MARCO SITUACIONAL

Para el periodo 2003 a 2006 inicia en Colombia la Política Pública de SSR³, la cual empieza a plantear, en primer lugar, el concepto de SSR de acuerdo con normas internacionales incluidas en la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Constitución Nacional. Así mismo, se presenta un análisis de la SSR en Colombia, tomando en cuenta seis líneas de trabajo: maternidad segura, SSR en adolescentes, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino y violencia doméstica y sexual. Es importante resaltar cómo en la política se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos y desarrollo.

Entre las metas establecidas para el periodo 2003-2006 dentro de la política de SSR se encuentran: reducción del embarazo adolescente y de la tasa de mortalidad evitable, detección temprana del cáncer de cuello uterino, cubrimiento de demanda insatisfecha en planificación familiar, prevención y atención de ITS, VIH y SIDA, y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.

Para el planteamiento de la Política de SSR se tomaron en cuenta los siguientes antecedentes, dentro de las diversas líneas ya mencionadas como:

Según cifras de indicadores básicos en Salud del año 2002, del Ministerio de Salud, 67,7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos mueren en Colombia por causas asociadas a la maternidad.

² Samuel Moreno Rojas. Programa de Gobierno Samuel Alcalde. Para la Alcaldía 2008-2011 por el Polo Democrático Alternativo.

³ Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Política Nacional de SSR, Febrero 2003



Entre las metas establecidas para el periodo 2003-2006 dentro de la política de SSR se encuentran: reducción del embarazo adolescente y de la tasa de mortalidad evitable, detección temprana del cáncer de cuello uterino, cubrimiento de demanda insatisfecha en planificación familiar.

Más del 52 por ciento de las mujeres en Colombia reportan no haber deseado quedar en embarazo (ENDS, 2000), mostrando una mayor cifra en áreas rurales y en mujeres con bajos niveles de escolaridad y en condición de desplazamiento. Lo cual podría indicar problemas de acceso, utilización, apropiación y continuidad de métodos de planificación.

Las adolescentes comienzan su vida sexual a más temprana edad; para el año 2000, cerca del 19 por ciento fueron madres antes de los 20 años, encontrándose los siguientes factores asociados: un bajo nivel de escolaridad, lugar de residencia (en el área rural se empieza más pronto la vida sexual), entre otros.

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la primera causa de muerte en las mujeres entre 30 y 59 años de edad, de acuerdo con el registro de estadísticas vitales del DANE (2002). Dentro de los factores de riesgo se encuentran: bajos niveles económicos y de escolaridad, comportamientos sexuales de riesgo, falta de apropiación de la importancia de la citología vaginal como medio eficaz para la detección del CCU -por parte de usuarias y prestadores de servicios-, así como de la falta de continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

La prevalencia de ITS como sífilis, infección gonocócica y otras, se encuentra por encima del promedio mundial, según cifras del Ministerio de Salud (2002). En cuanto a la incidencia de VIH, entre 1986 y 2000, la proporción de infectados pasó de 47 a 7 hombres por mujer.

Adicional a esto, dentro de los principios orientadores de la política de SSR se encuentra el enfoque según el cual los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, la búsqueda de equidad (planteada en términos de género y justicia social), el principio de igualdad, de trato y de oportunidades, el empoderamiento, la intervención focalizada y la concepción de salud como servicio público que debe ser prestado con calidad, eficacia, universalidad y solidaridad.

MARCO SITUACIONAL DEL DISTRITO

Para el desarrollo de este ejercicio distrital se intentó partir del modelo de los cuatro Holones sexuales que el doctor Eusebio Rubio propone y que dice que la sexualidad está conformada por cuatro Holones o subsistemas: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva y define que "la estructuración mental de la sexualidad es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y se originan en diversas potencialidades vitales, a saber, la de procrear, la de pertenecer a una especie dimórfica, la de experimentar placer físico durante la respuesta sexual y la de desarrollar vínculos afectivos con otras personas. La significación mental que el individuo hace de estas fuentes de experiencia, conforma su sexualidad que, cuando las comparte con otras personas hace posible la consideración social de los procesos sexuales⁴.

La información identificada para dicho abordaje, es más bien poca en el entendido que mucha de esta se sesga o atomiza en un evento o particularidad del mismo, fragmentando la visión integral del ser humano y que el abordaje de la sexualidad debe ser multidisciplinario y que se debe abordar desde las distintas perspectivas como: biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y legales. El presente capítulo hace un esfuerzo por integrar estos componentes, pero es de reconocer que se evidencia con mayor fuerza el análisis desde el evento.

A continuación se describe el comportamiento del Distrito frente a los cinco tópicos abordados: maternidad segura, regulación de la fecundidad, infección de transmisión sexual, cáncer del aparato reproductivo y sexualidad en adolescentes.

⁴ Visión panorámica de la sexualidad humana Dr. Eusebio Rubio A. Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. Universidad Nacional Autónoma de México.



Más del 52 por ciento de las mujeres en Colombia reportan no haber deseado quedar en embarazo (ENDS, 2000), mostrando una mayor cifra en áreas rurales y en mujeres con bajos niveles de escolaridad.

Maternidad Segura

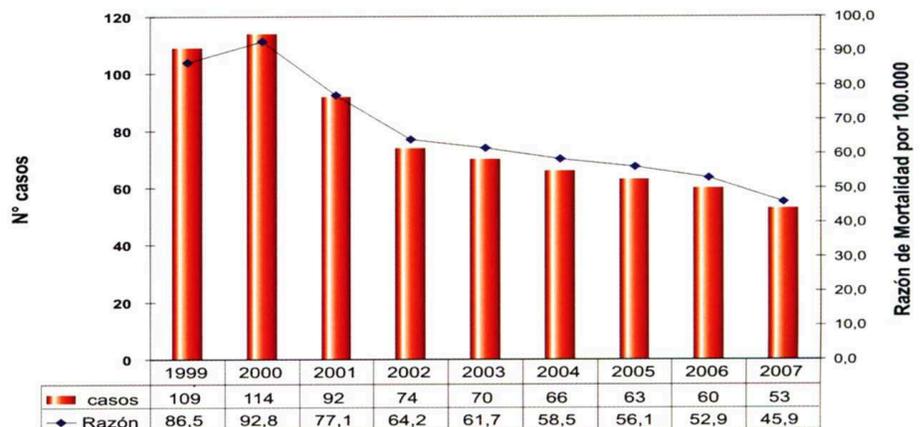
El Distrito trabaja de manera intensa y comprometida en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el marco de la política cero indiferencia frente a estos dos eventos, teniendo como punto de partida la siguiente problemática identificada:



La localidad donde se presenta un mayor riesgo de mortalidad materna en el Distrito, es la de Santafé donde existe 3,9 veces más riesgo de morir una materna.



**Gráfica 1
Mortalidad Materna**



Fuente: Estadísticas Vitales. Datos Preliminares. 2007. Secretaría Distrital de Salud

El comportamiento de la mortalidad materna en el Distrito presenta una disminución de 7,5 puntos porcentuales en promedio entre la vigencia 2005 a 2008. Dicho comportamiento se debe, posiblemente, desde la respuesta sanitaria a acciones de promoción de la maternidad segura, el desarrollo de paquetes de contratación de atención a la materna en el vinculado que favorecen la detección del riesgo obstétrico tempranamente, así como la captación temprana de la gestante, canalización a los servicios de salud y estrategias de información y comunicación, por medio de programas como salud a su casa y salud al colegio.

Es de anotar que el comportamiento de este indicador, así como los de infancia, posiblemente, son influenciados de manera importante por las políticas de empleo, así como por el modelo de contratación de los servicios, más que por el tipo de vinculación al SGSSS.

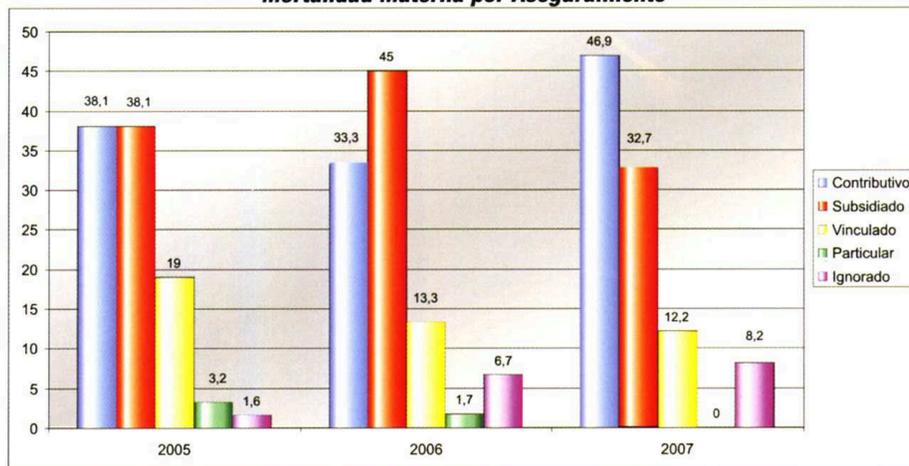
Sin embargo al calcular las razones de tasa por localidad, utilizando para ello la vigencia 2007 (diferencia entre la tasa local y la Distrital, cuando esta es mayor de 1 se habla de presentar un riesgo), se evidencia cuáles son las localidades donde se presenta un mayor riesgo de mortalidad materna en el Distrito, observándose que es la localidad de Santafé donde existe 3,9 veces más riesgo de morir una materna, Fontibón 2 veces más y Ciudad



Revisando el riesgo de morir un perinato en comparación con el Distrito, se observa que en las localidades de La Candelaria existe 1,3 veces más riesgo de morir así como 1,2 veces mayor riesgo de morir en las localidades de Teusaquillo, Los Mártires y Ciudad Bolívar.

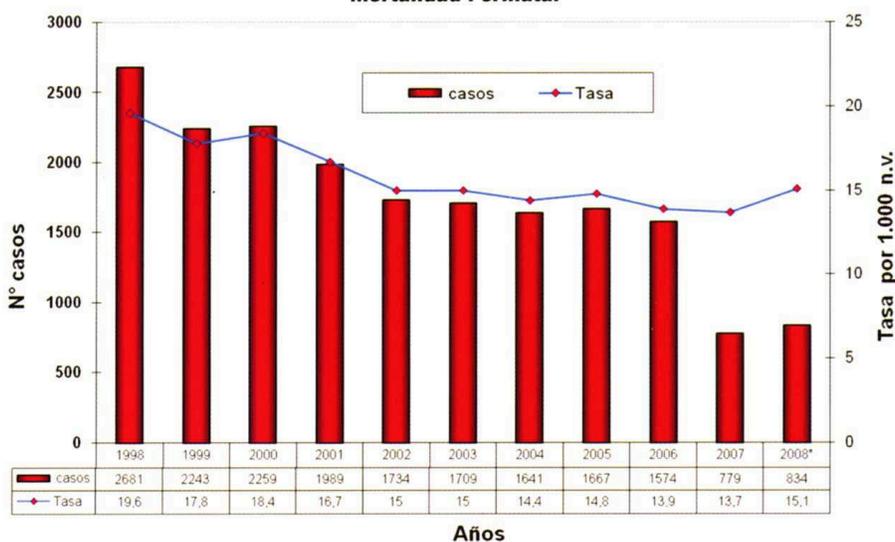
Bolívar 1,9 veces más. Es de anotar que para el ejercicio se toma la tasa general de mortalidad materna, pero sería importante trabajar con la tasa ajustada, dado que existe una diferencia en el número de casos por edad. En este sentido, las acciones que desde el ente sanitario apuntan a la disminución de la mortalidad materna deben ser de mayor intensificación en las localidades de Santafé, Fontibón y Ciudad Bolívar.

Gráfica 2
Mortalidad Materna por Aseguramiento



De acuerdo con el tipo de aseguramiento, la mortalidad materna se evidencia en una mayor proporción en el régimen contributivo (46,9), seguido por el subsidiado (32,7 por ciento) y siendo mucho menor en el vinculado.

Gráfica 3
Mortalidad Perinatal

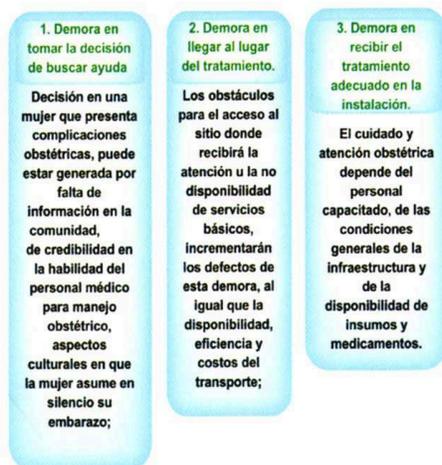


Fuente: estadísticas vitales área de vigilancia en salud pública – certificados de defunción DANE.

El indicador de mortalidad perinatal ha tenido un aumento en promedio de 2,4 puntos porcentuales durante la vigencia 2005 - 2008.

Revisando el riesgo de morir un perinato en comparación con el Distrito, se observa que en las localidades de La Candelaria existe 1,3 veces más riesgo de morir así como 1,2 veces mayor riesgo de morir en las localidades de Teusaquillo, Los Mártires y Ciudad Bolívar.

Bajo el modelo de las tres demoras formulados por Déborah Maine:



El grupo de la red social materno – infantil ha tenido los siguientes avances:

PRIMERA OPORTUNIDAD: Tomar decisión de buscar ayuda

Línea de intervención promoción de la salud de la mujer gestante y el recién nacido:

Desarrollo de estrategias de información y comunicación “Mi cuerpo, Territorio Seguro”, las acciones de la red social, ejercicio de ciudadanía a través de la activación de 20 grupos de apoyo social con mujeres gestantes, lactantes, niños y niñas, cuidadores y padres, desarrollo de 20 redes sociales en salud materna infantil, educación a las mujeres gestantes, familias y comunidades en cada uno de los ámbitos de vida cotidiana con énfasis en el comunitario, convenios de cooperación técnica interagencial, priorización del tema materno-perinatal como una línea de trabajo en el convenio entre SDS y ACEMI, implementación, ejecución y seguimiento del “Plan Cero Indiferencia con la mortalidad materna y perinatal” en las cuatro sub-redes de las ESE

SEGUNDA OPORTUNIDAD: Llegando al servicio para recibir tratamiento

Línea de intervención acceso a los servicios de salud

Coordinación de todos los planes de beneficio del sistema de salud y el plan obligatorio de salud subsidiado y contributivo (POS), y el plan de atención básica (PAB) y de los proyectos UEL, estrategia social para la identificación, canalización y acompañamiento de mujeres gestantes (ámbito familiar, ámbito IPS, ámbito escolar y ámbito comunitario y gestión local), rutas para la atención, identificación de barreras de acceso para la familia gestante, a través de diferentes fuentes de información (COVE, circuitos de la familia gestante y grupos focales), lineamientos para la contratación con las ESE y EPS de la atención de las mujeres gestantes.

TERCERA OPORTUNIDAD: Recibiendo atención médica

Línea de intervención de la calidad de la prestación de los servicios de salud.

- ☒ Fortalecimiento de las redes de servicio materna perinatales de las ESE, mejoramiento de los servicios materno perinatales en instituciones públicas, cumplimiento de la vigi-



lancia epidemiológica y de la calidad: Sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, salud pública (mortalidad materna, perinatal, bajo peso al nacer, morbilidad extremadamente severa y de malformaciones congénitas), laboratorios clínicos (sífilis congénita, VIH perinatal y TSH neonatal), paquete para la atención integral de mujeres gestantes, de mujeres lactantes y neonatos, guías para la atención materna y perinatal y evaluación de la adherencia a algunas guías prioritarias, fomento de prácticas beneficiosas basadas en la evidencia, fortalecimiento de las estrategias en salud materna-infantil (IAMI, IAFI Y AIEPI), evaluación de los servicios de Atención de Parto y de Control Prenatal para el mejoramiento de la calidad, en 21 ESE, capacitación a enfermeras de las ESE de I nivel para la implementación en los puntos de atención, del curso “Preparación para la maternidad y paternidad” y evaluación de su implementación, asistencia técnica y vigilancia a los planes de mejoramiento surgidos de los análisis de mortalidad materna y perinatal.

Recomendaciones de la red social materno – perinatal para la reducción de la mortalidad materna y perinatal:

Posicionar una política distrital que abogue por la familia gestante, y que se refleje a su vez en políticas concretas, planes institucionales y acciones, estratégicas en favor de este grupo poblacional.

Establecer la cobertura universal a la atención integral de la familia gestante, eliminándose barreras de acceso originadas por el tipo de afiliación al sistema de salud y eliminándose las autorizaciones y la contratación per cápita o paquete, sin restricciones para la atención (ejemplo PAI).

Desarrollar una estrategia masiva y alternativa universal y sostenida de comunicación, que visibilice derechos y responsabilidades de la familia gestante, y que modifique positivamente los determinantes que afectan la salud y calidad de vida de las mujeres gestantes y los recién nacidos.

Concertar estrategias de información y educación articuladas y unificadas sobre signos y síntomas de alarma de acuerdo con el momento gestacional y del recién nacido, en los diferentes ámbitos de vida cotidiana (colegio, hogar, comunidad, institución de protección, entre otros).

Crear formalmente redes sociales (intersectoriales, intrasectoriales y de grupos de apoyo social) articuladas operativamente, según fuentes de financiación, para desarrollar estrategias en sexualidad y salud sexual y reproductiva y promover estrategias de movilización social y comunitaria para lograr una participación activa y una articulación con los servicios de salud, que promuevan prácticas saludables en el cuidado materno - perinatal para satisfacer necesidades específicas.

Es recomendable desarrollar una estrategia masiva y alternativa universal y sostenida de comunicación, que visibilice derechos y responsabilidades de la familia gestante, y que modifique positivamente los determinantes que afectan la salud y calidad de vida de las mujeres gestantes y los recién nacidos.





Implementar una política de talento humano que mejore sus condiciones laborales y que garantice su continuidad, estabilidad y capacitación en guías y normas del Ministerio de la Protección Social o de la Secretaría Distrital de Salud, para la atención integral del binomio madre-hijo(a), de acuerdo con niveles de complejidad.

Retomar el enfoque apreciativo, concordante con la política de gobierno de “Bogotá Positiva”, con metodologías adecuadas (por ejemplo, vigilancia de la morbilidad extrema, caleidoscopio, salas situacionales) para visibilizar y reconocer experiencias de trabajo exitosas en favor de la salud materna y perinatal.

Concertar con todas las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, la “ruta de la salud materna e infantil” con el fin de eliminar barreras de acceso geográficas y económicas.

Vigilar que todas las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo garanticen el traslado oportuno de mujeres gestantes y neonatos en caso de urgencia o emergencia, estableciéndose como prioritario su traslado, después de las urgencias vitales.

Implementar una política de talento humano que mejore sus condiciones laborales y que garantice su continuidad, estabilidad y capacitación en guías y normas del Ministerio de la Protección Social o de la Secretaría Distrital de Salud, para la atención integral del binomio madre-hijo(a), de acuerdo con niveles de complejidad.

Incluir a la academia y a las entidades responsables del pago de servicios de salud para que cuenten con personal de salud calificado en la atención materna y perinatal, así como garantizar al ingreso del personal de salud a las IPS su idoneidad para la atención con calidez y calidad de este grupo poblacional.

Garantizar en la misma institución de atención según nivel de complejidad, la totalidad de procesos y procedimientos para la atención del binomio madre-hijo(a), mediante su inclusión en la forma de contratación y eliminándose remisiones o traslados innecesarios.

Respaldar, por medio de los prestadores de servicios de salud, el diligenciamiento adecuado del partograma, así como su interpretación para definir conductas oportunas de atención materna y perinatal.

Garantizar, por parte de prestadores de servicios de salud y de entidades responsables del pago de los servicios de salud, los medicamentos, suministros y equipos adecuados y continuos, así como de un sistema de referencia y contrarreferencia eficaz para la atención de neonatos y mujeres gestantes.

Articular estrategias para la captación temprana de mujeres gestantes al control prenatal y al curso de preparación para la maternidad y paternidad, así como estimular el desarrollo de las acciones de promoción y prevención con fortalecimiento del talento humano y reconocimiento económico en el pago de estas acciones.

Implementar en red y en forma unificada un sistema informático de la Historia Clínica Materna y Perinatal, manejada por personal capacitado, para hacerles un seguimiento efectivo a la mujer gestante y al recién nacido.

Articular estrategias para la captación temprana de mujeres gestantes al control prenatal y al curso de preparación para la maternidad y paternidad, así como implementar incentivos que fortalezcan las acciones de promoción y prevención.



Concertar, con justificaciones basadas en las evidencias y de acuerdo con el perfil de morbilidad y mortalidad de intervenciones, la inclusión de medicamentos y procedimientos requeridos para reducir y controlar eventos de impacto en la salud de mujeres gestantes y recién nacidos, independientemente de su existencia o no en el POS (guías de atención, algoritmos, tecnologías, exámenes de laboratorio, entre otros).

Garantizar atención integral al binomio madre-hija(o), identificándose y controlándose los riesgos biopsicosociales para los eventos más frecuentes de enfermedad y muerte materna-perinatal, para su intervención oportuna, diagnóstica y terapéutica, especialmente de los siguientes eventos: preclampsia-eclampsia, hemorragia postparto, síndrome metabólico y endocrinopatías (diabetes y obesidad), infecciones (vaginosis bacteriana, infección urinaria y endometritis), interrupción voluntaria del embarazo (IVE) según lo normado, detección y atención oportuna de malformaciones congénitas, retardo de crecimiento intrauterino, diabetes gestacional y tipos I y II.

Habilitar la prestación de servicios de acuerdo con el nivel de complejidad y número de atenciones, para garantizar una respuesta adecuada y oportuna según la oferta y la demanda, en lo relacionado con el recurso tecnológico y personal idóneo disponibles las 24 horas del día para la atención materna y perinatal.

Recopilar, analizar y seguir, por parte de prestadores de servicios de salud y de entidades responsables del pago de los servicios de salud, las estadísticas vitales e indicadores institucionales prioritarios, clave y factibles de la atención a mujeres gestantes y neonatos.

Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y de la morbilidad extrema, de la mortalidad perinatal, del bajo peso al nacer y de las anomalías congénitas, con supervisión capacitante al cumplimiento de los planes de mejoramiento emanados de los COVE.

Específicamente para mejorar la salud materna:

Garantizar a toda la población en edad fértil, por parte de todas las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, la implementación de la normatividad vigente en regulación de la fecundidad, la adaptación de la guía definida por la SDS, para el acceso a métodos con el fin de reducir la demanda insatisfecha, el número de embarazos inoportunos y aumentar el periodo intergenésico.

Específicamente para mejorar la salud perinatal:

Mejorar, a través de intervenciones intersectoriales, las condiciones nutricionales de las mujeres gestantes.

Es recomendable habilitar la prestación de servicios de acuerdo con el nivel de complejidad y número de atenciones, para garantizar una respuesta adecuada y oportuna según la oferta y la demanda, en lo relacionado con el recurso tecnológico y personal idóneo disponibles las 24 horas del día para la atención materna y perinatal.

Necesitamos difundir periódicamente un rango de las mejores instituciones prestadoras de servicios de salud y de entidades responsables del pago de los servicios de salud en la atención materna y perinatal.

Integrar las estrategias de AIEPI, IAMI, IAFI, prevención de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de los recién nacidos.

Garantizar personal entrenado y certificado en adaptación y reanimación neonatal.

¿Qué necesitamos para poder alcanzar una meta de mortalidad materna de 40 por 100.000 n.v. o menos y reducir la mortalidad perinatal?

Posicionar el avance distrital de acumular capital social en favor de la salud materna y perinatal, articulando lo político, lo normativo (en particular lo establecido en la Ley 1122, Decreto 3039 y Decreto 4747 todos del año 2007) y las competencias que se tienen como Dirección Territorial.

Que todos los actores del sistema de salud implementen el modelo de aseguramiento en la prestación de servicios, articulando todas las acciones con un enfoque promocional de calidad de vida y salud.

Implementar una estrategia intersectorial y social para la reducción de embarazos en adolescentes.

Conformar un comité distrital, como un órgano de consulta de la Secretaría Distrital de Salud, con el propósito de acompañar la implementación de la Política Distrital y apoyar las decisiones técnicas que permitan establecer el patrón y comportamiento de las muertes maternas y perinatales, su evitabilidad y de la misma manera apoye en la detección y adopción de medidas de intervención para reducir las muertes maternas y perinatales.

Difundir periódicamente un rango de las mejores instituciones prestadoras de servicios de salud y de entidades responsables del pago de los servicios de salud en la atención materna y perinatal.

Crear formalmente un equipo funcional interdependencias e interdisciplinario, dentro de la SDS con dedicación exclusiva para el seguimiento de la implementación de la política e idóneo para el direccionamiento técnico científico.

Asignar recursos económicos de las diferentes dependencias de la SDS, priorizados para la reducción de la mortalidad materna e infantil, para implementar acciones que den cumplimiento a las metas de gobierno y del Milenio (Proporción de recursos asignados del total disponible de la dependencia).

Disponer de apoyo técnico para el seguimiento y análisis de los avances tecnológicos de lo cual se debe dar a conocer al Comité Directivo de la SDS y otros actores del sistema de salud en el Distrito, para la toma de decisiones políticas y administrativas.

RETOS DE LA RED SOCIAL MATERNO - PERINATAL:

Fortalecer la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel distrital, especialmente para sancionar a las instituciones que incurran reiteradamente en las mismas fallas, identificadas en los COVE.

Establecer el rango de las EPS y EPS-C según tasas de mortalidad materna y perinatal.

Contratar el paquete de atención integral a la gestante del participante vinculado y del régimen subsidiado, de acuerdo con los mínimos irreductibles definidos en el mismo.

Apropiar recursos para estrategias de comunicación sostenida, masiva y alternativa, de información, educación y comunicación en salud materna, dirigidas a diferentes poblaciones (mujeres, mujeres gestantes, profesionales de salud, familias, administrativos, entre otros).

Dotar de recursos de comunicación a los profesionales que atienden gestantes en salas de partos con el fin de mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia de gestantes entre los niveles.

Implementar la Historia Clínica materno perinatal en red y en tiempo real, así como para la canalización a través del PIC, y para la referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención (APS en línea).

Dotar a las salas de parto y parto de monitores fetales, uno para cada dos camas.

Asignar recursos para la publicación, entrenamiento y capacitación de las guías para la atención neonatal.

Revisión de disponibilidad de sangre y hemoderivados en los sitios donde se atienden partos.

Estudiar la posibilidad de inclusión de la suplementación con micronutrientes, a las mujeres adolescentes a través de la estrategia de Salud al Colegio.

Implementar una política de talento humano orientada a establecer estrategias de continuidad del talento humano entrenado en la atención materna y perinatal, especialmente en los primeros niveles de atención.

Establecer un convenio con las universidades que forman el talento humano en la atención materna y perinatal, para fortalecer las intervenciones efectivas en la atención a este grupo poblacional y a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Asignar recursos para las investigaciones cualitativas aplicadas en estrategias costo - efectivas para la apropiación de los derechos en salud por parte de las gestantes y familias y la efectividad de la comunicación impartida a las gestantes dentro de la consulta control prenatal y en las acciones educativas dadas por servicio de salud.



La participación del hombre en los servicios de anticoncepción es imperceptible, producto de una oferta anticonceptiva limitada y de la ausencia en la generación de estrategias que motiven su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Los profesionales que laboran en servicios de salud sexual y reproductiva en las IPS públicas y privadas, cada vez son más conscientes de la manera en que las normas culturales y los roles sociales determinan la salud de la mujer. El acceso limitado y el escaso control que tienen sobre su propia sexualidad convierten a las mujeres en seres vulnerables a las problemáticas en salud sexual y reproductiva.

Así mismo, la participación del hombre en los servicios de anticoncepción es imperceptible, producto de una oferta anticonceptiva limitada y de la ausencia en la generación de estrategias que motiven su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

