

**LOGROS Y OPORTUNIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA
ESTRATEGIA PARA MITIGAR EL RIESGO O LA DESNUTRICIÓN DE NIÑOS Y
NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL MUNICIPIO DE TUMACO 2017 –
2018**

MARIA CRISTINA ARTEAGA BENAVIDES

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2021**

**LOGROS Y OPORTUNIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA
ESTRATEGIA PARA MITIGAR EL RIESGO O LA DESNUTRICIÓN DE NIÑOS Y
NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL MUNICIPIO DE TUMACO 2017 –
2018**

MARIA CRISTINA ARTEAGA BENAVIDES

**Trabajo de grado para obtener el título de:
Magister en Salud Pública
Universidad de Nariño**

**ASESORA
Mg. MSc. MARIA CLARA YÉPEZ CHAMORRO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCION SOCIAL
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SAN JUAN DE PASTO
2021**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor. Artículo 1ro del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación:

Presidente de Jurados

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, mayo 2022

RESUMEN

La sistematización permite procesar las experiencias con rigurosidad, de tal modo que puedan extraer sus aprendizajes, compartirlos y obtener de ellos orientaciones para el mejoramiento y transformación de la propia experiencia. En 2017 el Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño (CESUN) en alianza con la Gobernación de Nariño y el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), ejecutó el proyecto *“Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en los Municipios de la Costa Pacífica del Departamento de Nariño”*, que tuvo como objetivo desarrollar un plan integral para contribuir con la protección del derecho a la vida de los niños y niñas menores de cinco años. Con base en el proceso de ejecución se consideró relevante indagar sobre los logros y oportunidades resultado de la implementación de la estrategia en el municipio de Tumaco a través de la sistematización de la experiencia que permita proponer lineamientos que contribuyan al fortalecimiento de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional. La sistematización de la experiencia se desarrolló bajo un paradigma cualitativo, siguiendo los lineamientos planteados por Jara, el cual consiste en *“reconstruir la experiencia para darle un ordenamiento lógico y someterla a un análisis de donde se obtendrán aprendizajes significativos”*. Se tomó como ejes para la descripción de la experiencia y análisis, las áreas estratégicas de Promoción de la Salud, utilizando como método la revisión documental, entrevistas y grupo focal a quienes fungieron como actores en el proyecto. La sistematización muestra la importancia de la Educación para la salud en la implementación de las políticas públicas, las acciones comunitarias y la reorientación de los servicios de salud. Se identificaron como logros la apropiación de temáticas, fortalecimiento de la red y los cambios en los entornos a nivel comunitario; como oportunidades de mejora, fortalecer la red y liderazgo a nivel institucional y la continuidad y ampliación de cobertura de las intervenciones, entre otras. Con esta base se propusieron acciones para contribuir al impacto positivo en la población destinataria de la política sobre seguridad alimentaria en niños menores de cinco años. La sistematización de la experiencia permite concluir que los procesos fundamentados en las estrategias de promoción de la salud fortalecen la acción comunitaria, facilitan la interrelación institucional y generan impacto en la implementación de las políticas públicas.

Palabras clave: Sistematización experiencias, Seguridad alimentaria, Promoción de la Salud.

ABSTRACT

The systematization is a rigorous way to manage experiences, so learnings could be easily extracted and shared, and get from them guidance for our own improvement and transformation. In 2017, the Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño (CESUN), in alliance with the Gobernación de Nariño and the Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), executed the project “Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en los municipios de la Costa Pacífica del Departamento de Nariño”, which objective was developing an integral plan to contribute with the protection of right to life of children under five years old. Based on the execution process, we accounted relevant to inquire the achievements and opportunities resulted from the application of the strategy on Tumaco through the experience systematization, so guidelines for the strengthening of the food and nutritional safety could be proposed. The experience systematization was developed under a qualitative paradigm, following the guideline “Rebuilt the experience to give it a logic order and analyze it to get signifiable learnings” proposed by Jara. We used the strategic areas of health promotion as axis for the description and analysis and document research, interviews and focal groups of those who acted in the project as method. Systematization shows the importance of health education on the implementation of public politics, communitarian actions and health services reorientation. Thematic appropriation, network strengthening and communitarian level environmental changes were identified as achievements. A higher network strengthening, institutional level leadership strengthening, intervention coverage continuity and ampliation, were identified as opportunities of improvement. With this in mind, we proposed actions to contribute positively on the target population of the food safety politics on children under five years old. The experience systematization allows to conclude that processes based on health promotion strategies strengthen communitarian action, ease institutional interrelationship and cause impact on the implementation of public politics.

Key words: experience systematization, food security, health promotion

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. OBJETIVOS	14
1.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2. MARCO REFERENCIAL	15
2.1 MARCO CONCEPTUAL	15
2.2. MARCO REFERENCIAL	23
2.3 MARCO CONTEXTUAL	25
3. METODOLOGÍA	28
3.1. PARTICIPANTES	28
3.2. PROCEDIMIENTO	28
3.2.1 Fase Preparación	28
3.2.2 Fase Reconstrucción de la historia	29
3.2.3 Fase Análisis de la experiencia	30
3.2.4 Diseño de una propuesta de lineamientos	31
3.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	31
3.3.1. Revisión Documental	31
3.3.2. Entrevistas semiestructuradas	31
3.3.3. Grupo Focal	32
3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
4. RESULTADOS	34
4.1 Descripción de la experiencia sobre la implementación de la estrategia para la mitigación del riesgo o la desnutrición infantil de niños y niñas menores de cinco años en el Municipio de Tumaco 2017 – 2018	34
4.2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DESDE LAS ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	40
4.2.1. Política pública saludable	40
4.2.2 Ambientes favorables a la salud - Fortalecimiento de habilidades personales (educación para la salud)	41

4.2.3 Reorientación de los servicios de salud	42
4.2.4. Movilización social	45
4.3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DESDE LOS ACTORES INSTITUCIONALES Y COMUNITARIOS	45
4.3.1. Política Pública Saludable	45
4.3.2 Habilidades Personales	48
4.3.3 Movilización Social	50
4.3.4 Ambientes favorables a la Salud. Entornos saludables	52
4.3.5. Reorientación de los Servicios de Salud	53
4.4 LOGROS Y OPORTUNIDADES	55
4.5 PROPUESTA DE LINEAMIENTOS	57
5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	73

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Categorías para sistematización de la información	29
Tabla 2. Situación del estado nutricional según municipio 2014	36
Tabla 3. Distribución de niños según el indicador de peso - talla para desnutrición aguda Municipio de Tumaco. 2018	43
Tabla 4. Distribución de niños según el indicador talla para la edad para menores de 5 años (Desnutrición Crónica). Municipio de Tumaco. 2018	44
Tabla 5. Distribución de niños según el indicador peso para la edad (Desnutrición Global) Municipio de Tumaco 2018	44

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Registro fotográfico reuniones Comité de Vigilancia Nutricional del Municipio de Tumaco	41
Figura 2. Ruta de atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en Tumaco	42
Figura 3. Registro fotográfico jornadas de toma peso y talla niños- niñas menores de cinco años	43
Figura 4. Logros y oportunidades de mejora del proceso de intervención desde la Promoción de la Salud	57

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Categorías y preguntas guiadoras según áreas estratégicas de promoción de la salud	73
Anexo B. Consentimiento informado	75
Anexo C. Vaciamiento de información de grupo focal con actores comunitarios	77
Anexo D. Vaciamiento de información de entrevistas los actores institucionales	84

INTRODUCCIÓN

La primera infancia es una etapa de crecimiento que requiere un soporte nutricional adecuado que permita al niño desarrollarse apropiadamente. En esta etapa crítica el cerebro crece hasta casi su máximo definitivo, por tanto, es importante reconocer que la deficiencia temprana de micronutrientes tendrá un alto impacto negativo en el desarrollo (1).

A nivel mundial, la población infantil constituye cerca de la mitad de los casi 900 millones de personas que viven con menos de 1,90 dólares por día y que deben enfrentar diferentes privaciones en materia de atención básica de la salud, educación, alimentación y vivienda, que generan efectos irreversibles en su bienestar. Alrededor de 160 millones de niños presentan retraso en su crecimiento y se estima que el déficit nutricional es la causa del 45% de las muertes en niños menores de cinco años, equivalente a 3,1 millones de niños cada año (2,3).

En las últimas décadas en América Latina y el Caribe se ha avanzado en la reducción de la desnutrición crónica (baja talla para la edad) pasando de un 24,5% en el año 1990 a 11,6% en 2015 en menores de 5 años. No obstante lo anterior, la prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de cinco años que viven en las zonas más pobres o indígenas, es aún muy elevada (4).

La desnutrición crónica afecta a 3,4 millones de niños en Sudamérica, 2,6 millones en Centroamérica y a 200 mil en el Caribe, siendo Guatemala, Ecuador y Nicaragua, los países con mayor porcentaje de niños con esta problemática. Por otra parte, el fenómeno denominado “*hambre oculta*” que hace referencia a la carencia de micronutrientes, ha cobrado un interés creciente debido a las implicaciones directas sobre el desarrollo físico, intelectual y social de las personas (2).

En Colombia, los estudios realizados ratifican que las alteraciones nutricionales siguen siendo una problemática en la población infantil, tal como se evidencia en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2015; de los niños menores de cinco años, un 10,8% tiene retraso en la talla, el 2,3% presentó desnutrición aguda y el 3,7% desnutrición global (5).

El departamento de Nariño no es ajeno a esta situación; en el año 2015 se presentaron ocho casos de muertes por desnutrición en niños menores de cinco años (Tasa de 4,9 x 100.000 menores de 5 años) y en 2016 fueron 4 casos (Tasa 2,4 x 100.000 menores de 5 años) (6).

Por esto, en el departamento de Nariño se estableció el Plan Decenal de Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional como una hoja de ruta de los procesos de articulación intersectorial que permiten garantizar el derecho a una alimentación,

balanceada, nutritiva y suficiente de manera estable y en un entorno favorable para la salud de todos y todas las nariñenses, en especial sus niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes. Teniendo en cuenta que el Plan Decenal de Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional planteó como objetivo “ampliar las coberturas y mejorar la calidad e impacto de los actuales programas y proyectos de asistencia alimentaria, en especial los dirigidos a niños y niñas escolares, mujeres gestantes, madres lactantes y adultos mayores, respetando y fortaleciendo la diversidad étnica y cultural, utilizando de manera prioritaria productos de la región, diseñando e implementando nuevos programas y proyectos que lo requieran; para ello, es necesario fomentar los espacios de investigación que orientan a los organismos departamentales en cuales son los sitios prioritarios y determinantes a intervenir en favor de garantizar el derecho a la alimentación de las familias Nariñenses”(7).

Con base en este lineamiento, en el año 2014, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) realizó un proceso de microfocalización que logró captar 4364 niños y niñas y 1033 mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia de los siguientes Municipios: El Charco, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, La Tola, Santa Bárbara, Mosquera, Roberto Payan, Magüi Payán y Barbacoas. Del total de la población de niños y niñas microfocalizada, el 2.7% se clasificó, según circunferencia del brazo, con alto riesgo de muerte asociada a la desnutrición; el 10.7% con desnutrición y el 81.5% como negativo para riesgo de muerte asociada a la desnutrición. Los menores se vincularon a programas del ICBF, quedando un 21.2% de niños sin adscribir a los programas. Durante el proceso presentaron como una falencia la imposibilidad de llegar a todas las zonas de los municipios priorizados (8).

Estos antecedentes fueron el lineamiento para plantear en el año 2017, desde el Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño (CESUN) en alianza con la Gobernación de Nariño y el Instituto departamental de Salud de Nariño (IDSN), un proyecto denominado “*Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en los Municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüi Payan, Roberto Payan, Olaya Herrera, El Charco, Cumbal, Ricaurte, Francisco Pizarro y Santa Bárbara del Departamento de Nariño*”; que tuvo como objetivo desarrollar un plan integral para contribuir con la protección del derecho a la vida de los niños y niñas menores de cinco años, tomando como bases fundamentales para la acción las líneas estratégicas de promoción de la salud planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 2021.

El proyecto tuvo como referentes para justificarse, la situación de Colombia debido a condiciones como el conflicto armado, desplazamiento, inestabilidad económica, dificultad de acceso a empleo, informalidad, entre otras problemáticas que generan inequidades y dificultan la satisfacción de necesidades básicas, entre ellas las nutricionales, evidenciándose en las cifras de pobreza y malnutrición en el país, que no solo ha tenido efectos en el retraso del desarrollo de los niños, sino con eventos

más graves como son la mortalidad infantil por desnutrición, siendo los niños menores de dos años una población vulnerable debido a que el riesgo de malnutrición es más alto en esta etapa generando efectos a corto, mediano y largo plazo. El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de toda la población colombiana, en especial, de la más pobre y vulnerable. Una de sus líneas de acción es: Perspectiva o dimensión de calidad de vida y del bienestar en la que se incluye el diseño de estrategias de educación nutricional y la prevención y reducción de la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes (7).

Uno de los municipios intervenidos en el proyecto fue Tumaco, priorizado por sus condiciones estructurales y el número de casos de desnutrición y mortalidad infantil que año tras año se presenta.

Es por lo anterior que se consideró relevante en la sistematización de la experiencia, indagar sobre los logros y oportunidades resultado de la implementación de la estrategia en el municipio de Tumaco en los años 2017 – 2018, que permita proponer lineamientos que contribuyan al fortalecimiento de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional, utilizando como eje de análisis la línea estratégica de Promoción de la Salud establecida desde la Carta de Ottawa, inmersa en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la cual se dan lineamientos sobre las acciones a realizar en proyectos encaminados a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender los logros y oportunidades en la implementación de la estrategia para la mitigación del riesgo o la desnutrición infantil de niños y niñas menores de cinco años, para proponer lineamientos que contribuyan al fortalecimiento de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional en el municipio de Tumaco.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la experiencia de la implementación para la mitigación del riesgo o la desnutrición infantil de niños y niñas menores de cinco años en el Municipio de Tumaco 2017 – 2018
- Analizar los logros de la estrategia para la mitigación del riesgo o la desnutrición infantil de niños y niñas menores de cinco años en el Municipio de Tumaco 2017 – 2018 en el marco de las cinco áreas estratégicas de promoción de la salud.
- Determinar las oportunidades de mejora de la estrategia para la mitigación del riesgo o la desnutrición infantil de niños y niñas menores de cinco años en el Municipio de Tumaco 2017 – 2018 en el marco de las cinco áreas estratégicas de promoción de la salud.
- Proponer lineamientos que contribuyan al fortalecimiento de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional en el municipio de Tumaco.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO CONCEPTUAL

PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la historia reciente el estudio de eventos en salud (enfermedades) y sus factores causales, aunado a la evolución del concepto de salud a uno con un enfoque más holístico, dieron pie a la construcción de nuevos preceptos que pudieran cumplir con los requerimientos de los nuevos paradigmas en salud. En 1945 el historiador médico Henry Sigerist definió por primera vez la promoción de la salud como una de las cuatro tareas esenciales de la medicina afirmando que *"la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso"* (9).

En 1986 se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá convocando 200 delegados de 38 países, en la cual, respondiendo a la necesidad de un lineamiento internacional, estableció la definición de promoción de la salud *"consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma"*. Se propusieron cinco estrategias para lograr este objetivo: i) establecer una política pública saludable, ii) crear ambientes favorables a la salud, iii) empoderar a las comunidades para emprender acciones, iv) desarrollar habilidades personales y, v) reorientar los servicios de salud. Lo anterior, haciendo énfasis en la premisa de que promoción de la salud no debe ser exclusivo del sector salud, sino que por el contrario, se requiere coordinación de otros sectores como el de educación, culturales, económicos, entre otros (10).

De las estrategias definidas, la primera, establecer políticas públicas saludables busca que la acción estatal sea articulada e integral, a partir de la priorización de los problemas sociales que posibiliten la formulación de lineamientos para incidir en los determinantes sociales de la salud, y con ello, el fortalecimiento de la calidad de vida de las personas. Estas políticas no deben generarse solo desde el sector salud sino desde todos los sectores que puedan influir en la intervención de dichos determinantes (11). Esta estrategia se abordó en la Segunda Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Adelaide 1988), en la cual entre sus consideraciones se estableció que las políticas deben buscar la equidad en salud a través del cumplimiento de un objetivo básico, que es propiciar ambientes y la toma de decisiones que faciliten a las personas adoptar vidas saludables. Para que estas políticas se lleven a cabo deben contar con recursos y es necesario que cuenten con procesos de seguimiento y evaluación para conocer el efecto e impacto que tienen en la salud y bienestar. En esta conferencia se identificaron áreas de acción prioritarias en el tema de políticas públicas saludables: "apoyo a la mujer,

mejoramiento de la seguridad e higiene alimentaria, reducción del consumo del tabaco y el alcohol y, creación de ambientes de apoyo” (12).

Reconociendo el impacto del contexto en relación a los procesos salud – enfermedad se fortalece lo concerniente a la segunda área estratégica, creación de entornos favorables para la Promoción de la Salud, considerando el mejoramiento de los entornos no solo físicos, sino también sociales y culturales, que potencialicen los factores protectores de las comunidades. Esta área se profundizó en la Tercera Conferencia Mundial para la Promoción de la Salud (Sundvall 1991), que estuvo enfocada en el tema *“Entornos propicios para la Salud”* refiriéndose a las dimensiones económicas, políticas y sociales que afectan las condiciones de salud y bienestar; en esta, se definieron estrategias claves en el tema de la promoción de la salud: Fortalecimiento de la acción comunitaria para el control de su salud a través de la educación, establecer o crear alianzas estratégicas, mediar entre los intereses sociales para lograr un acceso equitativo en salud (13).

La tercera línea establecida en la Carta de Ottawa fue empoderar a las comunidades para emprender acciones; desde esta área se busca, a través de la generación de espacios y estrategias, fortalecer en la población la capacidad de tomar decisiones sobre sus condiciones, logrando el empoderamiento individual y comunitario que permita la intervención sobre determinantes, objetivo de la promoción de la salud. La cuarta línea estratégica desarrollar habilidades personales, tiene que ver con la educación para la salud y el fortalecimiento de estilos de vida saludables: *“El termino estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales”*(11).

La quinta área estratégica reorientación de los servicios de salud, requiere de la voluntad política y conocimiento de la promoción de la salud para orientar las acciones hacia la construcción conjunta con la comunidad y de proyectos de vida saludable. Se reconoce la necesidad de contar con óptimos servicios de atención de enfermedades pero recalca la necesidad de reorientar estos servicios en general (11).

Los lineamientos de promoción de la salud han ido evolucionando acorde con los cambios políticos, sociales y económicos que se presentan en el mundo, los cuales, se han analizado en diferentes espacios internacionales; uno de los más relevantes, son las Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud mencionadas anteriormente y las que se presentan a continuación.

En 1990 los Ministros de salud de los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud aprobaron la

siguiente definición de Promoción de la Salud: *“es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”*(11).

El salubrista Trevor Hancock en 1994 incluyó en la definición la importancia de la acción política al señalar que *“la promoción de la salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre salud, política y poder”* (11).

La Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Jakarta 1997) hizo énfasis en la importancia de obrar de manera coordinada con todos los actores sobre los determinantes de la salud para disminuir las inequidades en salud y bienestar. Se identificaron como prioridades promover la responsabilidad social, ampliar las alianzas estratégicas y la infraestructura en pro de la salud y fortalecer a través de la educación las capacidades de los individuos y comunidades (14).

En la Conferencia Mundial “Hacia una mayor equidad” (México 2000) se reconocieron los avances hechos en temas de la salud y las problemáticas prioritarias que deben abordarse respondiendo a los nuevos retos de la salud pública; entre los temas prioritarios a fortalecer se encuentra la investigación y evaluación en determinantes de la salud así como las estrategias para su intervención (15).

En Bangkok 2005, se establecieron lineamientos para el abordaje de los determinantes en salud en el contexto de la globalización y compromisos como el fortalecimiento del empoderamiento de las comunidades y la equidad en salud como componentes primordiales en las agendas de desarrollo mundial, el desarrollo de alianzas mundiales para poder formular políticas y programas en promoción de la salud. Para abordar los determinantes de la salud, se propuso trabajar en la abogacía para la defensa de la salud como un derecho, destinar recursos para el desarrollo de las políticas en promoción de la salud, fortalecer la capacidad para llevar a cabo la ejecución de las políticas y la rectoría en promoción de la salud y, establecer alianzas con los diferentes sectores de la sociedad (16).

La Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Nairobi, 2009), reconoció los avances que se han desarrollado a nivel mundial en la implementación de la promoción de la salud, pero también, analiza la brecha que existe en dicha implementación para poder responder a los desafíos de la salud pública. Se analizaron cinco subtemas: capacitación en promoción de la salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, alianzas y acción intersectorial, empoderamiento comunitario, alfabetismo en salud y conductas en salud (17).

En la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Helsinki, 2013), se profundizó en la importancia de las intervenciones de determinantes en salud a través de políticas en todos los sectores las cuales deben tener el componente de salud inmerso en ellas, reconociendo los efectos que los programas de otros sectores tienen sobre la salud, tales como la urbanización o la regulación de mercados. Al reconocer dichos efectos, se debe generar el compromiso y la voluntad política para involucrarse en la búsqueda de bienestar en sus decisiones, por encima de intereses económicos (18).

En la Novena Conferencia Mundial (Shanghai, 2016), se reafirma que la promoción de la salud requiere un trabajo coordinado y un proceso continuo de educación sanitaria en todos los sectores, que genere un compromiso político para la inversión y ejecución de programas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en todas las poblaciones, especialmente aquellas vulnerables por la brecha económica, las crisis humanitarias y las migraciones (19).

Las Cartas y Declaraciones dan lineamientos acerca de cómo fortalecer y generar procesos de promoción de la salud en todas las poblaciones, bajo premisas que se pueden resumir así:

- La salud es un derecho fundamental que debe protegerse.
- La promoción de la salud contempla cinco estrategias: i) Establecer una política pública saludable, ii) Crear ambientes favorables a la salud, iii) Empoderar a las comunidades para emprender acciones, iv) Desarrollar habilidades personales y, v) Reorientar los servicios de salud
- Es necesario abordar los determinantes en salud para lograr la equidad y bienestar.
- Se requiere de una buena gobernanza y de trabajo intersectorial para la reducción de las desigualdades que se vea reflejado en el mejoramiento de la salud y bienestar de las poblaciones.
- El empoderamiento comunitario se debe hacer a través de la educación.
- Se deben establecer políticas públicas saludables e incluir la salud en las políticas de otros sectores.

Existen otras definiciones y referentes importantes en la conceptualización de la promoción de la salud que es necesario retomar para los fines de este trabajo.

A partir de los referentes internacionales en Colombia la Promoción de la Salud se ha estudiado en su contexto y se ha incluido en las principales políticas que orientan la salud pública en el sistema general de seguridad social en salud.

Según Juan Eslava, la promoción de la salud tiene tres conceptualizaciones que se complementan, la primera desde una orientación política sanitaria que permita a los

individuos escoger opciones saludables a partir de la intervención de los entornos y estilos de vida; la segunda basada en proceso para que los individuos y comunidades tengan la capacidad de ejercer control sobre los determinantes de la salud y, una tercera que define como eje la salud desde el punto de vista positivo con el objetivo de mantener las condiciones de salud y por ende de bienestar de los individuos y comunidades. Considera que la Promoción de la Salud es un “*referente general para las políticas de salud y estrategia fundamental de la acción sanitaria*”, que implica la labor articulada de las poblaciones y las entidades para trabajar sobre los determinantes de la salud y de esta manera incidir de manera positiva en la salud y bienestar(20).

En Colombia en 1996 en la Resolución 3997 de 1996, se definió la promoción de la salud como “*la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales de los individuos y las colectividades*”. Es importante tener en cuenta que la definición menciona la promoción de la salud como acciones con un enfoque diferente al de la Carta de Ottawa en el cual se habla de procesos (21).

El Grupo de Promoción y Prevención de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia planteó la siguiente aproximación conceptual: “*La Promoción de la Salud es el conjunto de políticas y acciones orientadas al desarrollo de las potencialidades individuales, colectivas y del entorno, para avanzar en la consecución de un mayor bienestar y mejorar la calidad de vida*” (22).

Según Carmona y otros (2005) se pueden identificar dos enfoques metodológicos y teóricos de promoción de la salud: El primer enfoque denominado “Estilos de vida saludables” se basa en modificación de la conducta para cuidado de la salud, está enmarcado en el interés del control de los factores de riesgo del ambiente físico (agentes cancerígenos, químicos, radiaciones) y el entorno social (alimentación, uso de sustancias como alcohol, actividad física). Desde un plano individual, pretende inferir en las formas de vida, actitudes y comportamientos fomentando el autocuidado. Este enfoque tendría un carácter más instrumental al referirse al control de agentes causales de enfermedad a través del manejo de estilos de vida, pero carece de una dimensión social en la cual el individuo se desempeña en entornos donde construye relaciones económicas, productivas culturales y políticas que influyen en sus condiciones de salud (23).

Un segundo enfoque denominado “La capacidad de potenciar el Desarrollo Humano” en el cual se genera todo un proceso que fortalece el autocuidado, la capacidad de elección y control en la búsqueda de condiciones saludables y la creación de ambientes favorables (24).

En este enfoque la promoción de la salud busca influir sobre condiciones económicas, ambientales, culturales y sociales para controlar el efecto que puedan tener en el individuo o los colectivos, fortaleciendo la Intersectorialidad, la participación comunitaria, el empoderamiento social y la inversión en salud en búsqueda de la equidad. En conclusión, en este enfoque la promoción de la salud tiene dos propósitos fundamentales: generar los espacios y entornos para que los individuos puedan tener un mayor control de sobre sus procesos de salud y trabajar por la eliminación de condiciones diferenciales evitables e innecesarias que influyen limitando las condiciones de bienestar (23,25).

En el presente estudio, se comprende la promoción de la salud desde la definición emanada en la Carta de Ottawa y las áreas estratégicas definidas en la misma; estas últimas que se circunscriben a: Establecer una política pública saludable, Crear ambientes favorables a la salud, Empoderar a las comunidades para emprender acciones, Desarrollar habilidades personales y, Reorientar los servicios de salud (10). El Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 establece como línea base la de promoción de la salud definida como un “conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de: - Formulación de políticas públicas, - Movilización social, - Generación de entornos saludables, - Generación de capacidades sociales e individuales, - Participación ciudadana y, - Educación en salud”(26).

NUTRICIÓN

El término nutrición hace referencia a la ingesta de alimentos directamente relacionados con las necesidades o requerimientos que tiene el organismo. Más allá de la ingesta de alimentos se define como *“el conjunto de fenómenos mediante los cuales se obtienen, utilizan y excretan las sustancias nutritivas”* (27).

La nutrición está íntimamente relacionada con la obtención, preparación y consumo de alimentos y con la determinación de dieta en la cual se relata la relación de los alimentos y bebidas que se consumen en el transcurso del día (27).

Las carencias, desequilibrios o excesos en la ingesta de alimentos se denomina malnutrición, la cual abarca dos grupos de síndromes: el primero incluye “el sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimentario”, el segundo, “la desnutrición comprende el retraso del crecimiento (estatura inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde a la edad) y las carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes)” (28).

La desnutrición se puede clasificar en crónica, aguda o global dependiendo de las características de cada una: la primera, crónica, se evidencia por el retraso de la talla respecto a la edad debido a falencias en los ejes de la seguridad alimentaria que se presentan de manera acumulativa durante los primeros años de vida (29).

La desnutrición aguda refleja la restricción aguda de alimentos obligando al *“organismo a adaptarse haciendo uso de sus reservas energéticas contenidas en la grasa y los músculos, por lo cual pierde peso y aumenta el riesgo de muerte”*; se evidencia en la pérdida de peso en relación a la estatura. La desnutrición global se evidencia al relacionar el peso para la edad, es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes (29).

Los tres tipos de desnutrición se convierten en un riesgo para la salud de los menores de cinco años, “El estado nutricional impacta la sobrevivencia y la calidad de vida, por ello es un indicador por excelencia para evaluar el estado de salud de niñas y niños”(30). “La desnutrición durante la niñez genera efectos irreversibles sobre la dieta y la composición metabólica. Así mismo, la disminución en la ingesta de calorías y nutrientes en la primera etapa del ciclo de vida aumenta el riesgo de patologías típicas como la obesidad, hipertensión y altos niveles de colesterol” (31).

La nutrición infantil está íntimamente relacionada con la seguridad alimentaria definida como *“la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa”*(32).

La seguridad alimentaria está definida por cinco ejes que determinan sus características, a saber:

El primero de ellos es la disponibilidad, que hace referencia a la cantidad de alimentos con que cuenta la población para suplir sus requerimientos; en este punto se tiene en cuenta la producción del área y la capacidad de adquisición de los mismos (32).

El segundo eje es el acceso, que consiste en la capacidad que tiene una persona, grupo familiar o comunidad de adquirir los alimentos que requiere, esto está determinado por condiciones geográficas, económicas y políticas, entre otras. El eje de consumo hace referencia a la selección de víveres que hacen las personas respecto a que consumen y que no incluyen en su alimentación, entendido que esta mediado por factores como la cultura, educación, hábitos o condiciones familiares (32).

El cuarto eje hace mención a qué tanto de los nutrientes de los alimentos pueden ser asimilados por el organismo y la capacidad de convertirlos en micronutrientes; este eje está determinado por factores como el estado de salud de las personas que influye directamente en dicha capacidad de asimilación (32).

El último eje calidad e inocuidad de los alimentos, hace referencia a las condiciones y características que deben cumplir los víveres para que estos sean aptos para el consumo y una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud (32).

De igual manera se contempla en el marco del derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, como un eje importante, la autonomía alimentaria, que hace referencia *“al derecho que le asiste a cada comunidad, pueblo o colectivo humanos integrante de una nación, a controlar autónomamente su propio proceso alimentario según sus tradiciones, usos, costumbres, necesidades y perspectivas estratégicas, y en armonía con los demás grupos humanos, el ambiente y las generaciones venideras, defendiéndolo de intereses nacionales o internacionales, que quieran vulnerar los modos de vida y el derecho a la alimentación de las comunidades”*(33).

En este marco se encuentra también la soberanía alimentaria definido como *“el derecho de los pueblos a alimentos nutritivos y culturalmente adecuados, accesibles, producidos de forma sostenible y ecológica, y su derecho a decidir su propio sistema alimentario y productivo. Esto pone a aquellos que producen, distribuyen y consumen alimentos en el corazón de los sistemas y políticas alimentarias, por encima de las exigencias de los mercados y de las empresas. (La Vía Campesina. Declaración de Nyéléni)*(33).

Estos tres factores, seguridad alimentaria, autonomía alimentaria y soberanía alimentaria, se constituyen en ejes fundamentales para alcanzar el derecho humano a la alimentación que se contempla como *“el derecho a tener acceso regular, permanente y sin restricciones a la alimentación, ya sea directamente o a través de la compra, a un nivel suficiente y adecuado, tanto en términos cualitativos como cuantitativos, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a la que el consumidor pertenece y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, satisfactoria, digna y libre de temor”* (Naciones Unidas, 2020)(34).

Realizando intervenciones integrales se podrá afectar de manera eficiente la problemática de desnutrición infantil para alcanzar de manera progresiva el derecho humano a la alimentación. Se ha demostrado que intervenciones en la primera infancia constituyen uno de los raros ejemplos de intervenciones que son al mismo tiempo equitativas y eficientes, puesto que *“conducen a beneficios significativos en múltiples resultados, incluyendo una cognición y un desempeño escolar más elevado, menor repetición escolar, menos crimen y delincuencia, tasas más bajas de embarazo adolescente y mayores remuneraciones y menor dependencia de la asistencia social en la edad adulta”* (35).

2.2. MARCO REFERENCIAL

A nivel mundial se estima que el 45 % de la mortalidad de niños menores de cinco años está vinculada a la malnutrición, ocasionado por la interrelación de múltiples factores además de la falta de alimentos con calidad y cantidad suficiente. Entre esos factores se puede incluir el saneamiento, educación, higiene, entre otros. La agenda 2030 objetivos de desarrollo sostenible, comprometió a los gobiernos a trabajar para generar cambios que permitan poner fin a la malnutrición, entendiendo que tal malnutrición “representará un obstáculo a menudo invisible para el logro exitoso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La buena nutrición no es solo un producto del desarrollo, sino también la semilla que posibilitará el desarrollo futuro”(36).

Existen varios objetivos de desarrollo sostenible relacionados de manera directa con la nutrición: fin de la pobreza, hambre cero, salud y bienestar, educación de calidad, agua limpia y saneamiento, reducción de la desigualdad y acción por el clima, dado que es pertinente contemplar un contexto general frente a la producción de alimentos(37).

En el País desde la Constitución política de 1991 (Art. 44) en el marco de los derechos fundamentales de los niños, se incluye el de la alimentación adecuada; en los artículos 64, 65 y 66 se desarrolla un componente básico en el marco de la nutrición como lo es la oferta y producción agrícolas, estableciendo como deber del Estado “el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa”; el otorgar prioridad al desarrollo integral de actividades agrícolas, pecuarias, pesqueras, forestales y agroindustriales relevantes para la producción de alimentos(38).

En el país a través de los años se han desarrollado acciones e intervenciones para prevenir y mitigar el impacto de la malnutrición en los colombianos más vulnerables, a estos efectos, en el año 2006 se inició la construcción de lineamientos que

permitieran desarrollar acciones específicas, a partir de la confirmación de la mesa nacional se construyó la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - PSAN que fue aprobada como documento CONPES 113 (PSAN)(32).

Para operativizar la Política se estableció el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PNSAN, como guía para la construcción e implementación de los planes territoriales orientados a formular acciones articuladas y específicas para la protección de poblaciones vulnerables (39).

El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de toda la población colombiana, en especial, de la más pobre y vulnerable, una de sus líneas de acción es: Perspectiva o dimensión de calidad de vida y del bienestar en la que se incluye el diseño de estrategias de educación nutricional y la prevención y reducción de la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes(39).

De igual manera el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 reconociendo los desafíos priorizados en las diferentes regiones del país (malnutrición infantil y del adulto mayor, Obesidad en niños y adolescentes, inadecuados hábitos de consumo, estilos y hábitos alimentarios, acceso a la canasta alimentaria), estableció la dimensión seguridad alimentaria y nutricional definida como “Acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial”(26).

En esta dimensión se proponen tres componentes: disponibilidad y acceso a los alimentos, consumo y aprovechamiento biológico, e inocuidad y calidad de los alimentos, se contemplan en cada componente objetivos entre los cuales es importante reconocer el de garantizar el acceso al grupo de alimentos prioritarios, lograr que la población colombiana consuma una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada y el de desarrollar un marco institucional que facilite y promueva la coordinación y la complementación de las entidades públicas y abra espacios de participación a los consumidores y a todos los actores de la cadena alimentaria(26).

A nivel regional siguiendo los lineamientos de los objetivos de desarrollo sostenible y los nacionales en el plan participativo de desarrollo departamental Nariño Corazón del Mundo 2016 – 2019 en el eje equidad e inclusión social establece el programa de soberanía y seguridad alimentaria y nutricional con el objetivo de “Garantizar el derecho a una alimentación balanceada, nutritiva y suficiente de manera estable y en un entorno favorable para la población nariñense, a través de la implementación, seguimiento y evaluación de acciones transectoriales, consolidando las políticas

agroalimentarias que contribuyan al desarrollo integral sostenible”, este programa tuvo como marco estratégico el fortalecimiento de las actividades agrícolas, acuícolas y agroforestales que conlleven a garantizar una alimentación balanceada, nutritiva y suficiente para todas las personas(40).

A nivel local en el municipio de Tumaco en su plan de desarrollo 2.016 – 2.019 “TUMACO nuestra PAZión”, se contempla el eje estratégico Salud como derecho fundamental en la dimensión de seguridad alimentaria y nutrición enfoca sus acciones hacia el desarrollo de actividades que conlleven al aumento del porcentaje de niños menores de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva y a la reducción del porcentaje de niños menores de cinco años que tienen desnutrición(41).

2.3 MARCO CONTEXTUAL

Municipio de Tumaco

El municipio de san Andrés de Tumaco está ubicado en la costa pacífica al sur occidente de la capital del Departamento de Nariño, en la Subregión pacifico Sur, es el segundo puerto marítimo sobre el Océano Pacífico colombiano con una extensión de 3.778 km². Limita, al norte con el municipio de Francisco Pizarro, al sur con la república del Ecuador, al este con los municipios de Roberto payan y Barbacoas y al oeste con el Océano Pacífico; se encuentra a dos metros sobre el nivel del mar, con una temperatura media de 28 grados centígrados, que en determinadas épocas oscila en 19 y 33 grados centígrados (42).

De acuerdo con el Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019, Tumaco y en general, la Costa Pacífica Nariñense ha sido una de las zonas del país más afectadas por el conflicto armado interno debido principalmente al narcotráfico y a la presencia de grupos al margen de la ley, esta situación ha ocasionado fenómenos de desplazamiento forzado y violencia que han afectado primordialmente a mujeres, niños, niñas, adolescentes y adultos mayores (40).

Los territorios de la población campesina, los pueblos indígenas y afrodescendientes, han sido escenarios de disputa para el dominio territorial, por ello, el desplazamiento es un fenómeno que ha contribuido a perpetuar las inequidades y exclusiones existentes en el sector rural.

La violencia es uno de los fenómenos que ha contribuido con la ruralización de la pobreza, siendo evidente en la Costa Pacífica (Telembí, Sanquianga y Pacífico Sur), en donde existe bajo acceso a servicios públicos, dificultades de acceso a la

educación, ausencia de infraestructura y de docentes, escasas oportunidades laborales y bajos niveles de ingreso, que limitan y condicionan la calidad de vida y el bienestar de sus habitantes.

En la ensenada de Tumaco y las zonas por pasa el oleoducto Trasandino se han visto afectadas por la contaminación marino-costera por los continuos derrames de crudo, que han provocado afectaciones al medio ambiente y han aumentado la vulnerabilidad de las comunidades, que ven restringido el acceso a sus fuentes de agua para el consumo humano, la preparación de alimentos e higiene personal (40).

Las situaciones sociales, económicas, políticas y sanitarias del municipio generan diferentes problemáticas que contribuyen con las inequidades, afectando la calidad de vida y el bienestar de las personas y las comunidades.

Según la proyección de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE basada en el censo 2005 (Censo vigente cuando se desarrolló el proyecto), en el municipio para el año 2017 habitan 208.318 personas, de las cuales el 56,4% vive en la cabecera municipal y el 50,1% son de género masculino. Del total de la población el 5% pertenece a comunidades indígenas, mientras que el 89% se reconoce como palenquero, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente (43).

Para 2017 San Andrés de Tumaco tenía un 48.7 % de necesidades básicas insatisfechas, lo cual evidencia que “existen condiciones estructurales tanto para el casco urbano como para el área rural de pobreza y de falencias que sumen en condiciones difíciles a casi la mitad de la población”(44). Para el mismo año contaba con una cobertura de sistema acueducto urbano del 82,92% y en área rural de 6,84%, no tienen acceso a servicio de agua potable (45).

Según los indicadores epidemiológicos del Instituto Departamental de Salud de Nariño, para el año 2017 en el Municipio de Tumaco, uno de los más afectados por la desnutrición infantil, se presentaban alrededor de dos a tres muertes de niños menores de cinco años por esta causa, (2014:2, 2015:2, 2016:2 y 2017:3 casos), de igual manera se presentaron para 2016 (18) y 2017 (39) casos de desnutrición aguda moderada y severa.

Los índices de mortalidad infantil en Pacífico Sur (31.82%), superan al promedio departamental (21.61%) por cerca de 10 puntos (40), en relación con la información del estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años el área de epidemiología del Instituto Departamental de Salud de Nariño reporta los siguientes datos para 2017: desnutrición global (bajo peso para la edad)13,3%, DNT aguda (bajo peso para la talla) 6,6%, retraso en el crecimiento (talla baja para la edad) 24,8%, se presentó un caso de mortalidad por desnutrición en menor de cinco años

y dos casos en 2018; en relación con desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años se identificaron seis casos en 2017 y ocho en 2018 (45,46).

Este municipio ha tenido gran afectación por condiciones como narcotráfico y presencia de grupos armados al margen de la ley que ocasionan fenómenos como el desplazamiento interno fortaleciendo las inequidades frente a determinantes sociales en salud que limitan la disponibilidad de alimentos con las necesidades y requerimiento de los niños (40).

3. METODOLOGÍA

La presente sistematización se realizó con base en la experiencia “Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en el municipio de Tumaco del Departamento de Nariño” ejecutada durante el periodo 2017 – 2018, con la financiación de la Gobernación de Nariño y acompañamiento del Instituto Departamental de Salud de Nariño.

El método utilizado para sistematizar los resultados de la experiencia, fue bajo el enfoque cualitativo, definido por Jara como “Una propuesta que consiste en reconstruir la experiencia para darle un ordenamiento lógico y someterla a un análisis de donde se obtendrán aprendizajes significativos” la cual tiene como principal objetivo “la comprensión para la acción transformadora o la acción transformadora para la comprensión: ella genera un método de aproximación a la realidad que no pretende sólo observar para medir o valorar desde el investigador, sino para transformarlo y, desde su propia transformación, transformar sus prácticas y los contextos en los que interviene”(47).

La sistematización se realizó en el periodo comprendido entre 2019 y diciembre de 2021.

3.1. PARTICIPANTES

Los participantes fueron los líderes comunitarios que participaron en el proyecto y los actores institucionales del municipio.

3.2. PROCEDIMIENTO

La sistematización se desarrolló en 4 fases: Preparación, reconstrucción de la historia, análisis de la experiencia y diseño de una propuesta de lineamientos para fortalecer la implementación de la política SSAN. Las cuales se describen a continuación:

3.2.1 Fase Preparación

En esta fase se realizó la búsqueda de información disponible sobre el proyecto: informes semanales y mensuales, actas de reuniones institucionales, informes de las actividades con los actores comunitarios, los informes de las jornadas de toma de medidas antropométricas de niños menores de cinco años y registros fotográficos.

De igual manera se realizó la definición de categorías de análisis y construcción de guías para entrevista y grupos focales, consentimiento informado (Anexos A y B) y el acercamiento con los actores que participaron del proyecto y se incluyen ahora en el proceso de sistematización.

Tabla 1. Categorías para sistematización de la información

Categorías	Definición de la categoría
Políticas Públicas	La OMS define la política pública saludable como “una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, así como responsabilidad por el impacto sanitario. El principal objetivo es crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar vidas sanas” (WHO 1993). Una política pública saludable contiene un enfoque integral que promueve la salud a partir de la protección de los derechos ciudadanos y la promoción del desarrollo de las capacidades sociales; de esta forma integra desarrollo y bienestar en dinámicas de acción participativa desde lo general hasta lo local, con definición de roles y responsabilidades claras a todos los actores y sectores de la comunidad(48).
Ambientes favorables a la salud	El enfoque de entornos saludables, un enfoque de promoción de la salud, implica un método multidisciplinario para promover la salud y prevenir enfermedades a través de un "sistema completo" en lugares o contextos sociales en los que las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales interactúan para afectar salud y el bienestar(49).
Movilización Social	Proceso colectivo y participativo de acciones cuya finalidad es promover, contribuir e impulsar, propuestas orientadas hacia la promoción de derechos y la justicia social. También se reconoce como la expresión de un colectivo en la búsqueda de un bien común y los medios para conseguirlo(50)
Habilidades Personales	Aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que nos permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria(51)
Reorientación de los servicios de Salud	Según la OPS la reorientación de los servicios de salud, sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación(52).

3.2.2 Fase Reconstrucción de la historia

Se realizó la revisión y análisis de la información documental la cual se sistematizó acorde con las categorías definidas por las áreas estratégicas de promoción de la salud.

Para la recolección de información en campo se realizó el acercamiento con los actores participantes en el proyecto con quienes se concertaron los espacios y tiempos tanto para las entrevistas como para el desarrollo del grupo focal.

La información recopilada se digitó y sistematizó teniendo en cuenta las categorías planteadas en el marco de la promoción de la salud

3.2.3 Fase Análisis de la experiencia

Inicialmente se hizo el ordenamiento de los datos recolectados a partir de la descripción documental, la aplicación de los instrumentos de recolección de información para la respectiva clasificación en coherencia con las categorías de estudio.

Se continuó con el proceso de triangulación, el cual permitió analizar la información recopilada a la luz de referentes teóricos y así poder establecer cuáles fueron las fortalezas y oportunidades de mejora del proyecto en el marco de las áreas estratégicas de promoción de la salud.

Siguiendo los lineamientos de Hernández Sampiere para el análisis cualitativo (53), y con el fin de organizar y analizar la información recolectada, se planteó un proceso que permitiera obtener categorías emergentes. Se tuvo como eje de análisis las áreas estratégicas de Promoción de la Salud, los objetivos y metodología utilizada para la ejecución del proyecto “Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en el Municipio de Tumaco.

Para la obtención de las categorías emergentes, se siguió el siguiente proceso:

Ordenar la información procedente de la descripción del proyecto, las respuestas a las entrevistas y grupo focal que fueron abiertas, las cuales se transcribieron como “códigos in vivo que son las expresiones en frases literales de los participantes” (54).

Se identificaron conceptos clave con base en el referente teórico,

Se organizaron categorías abiertas, tomando textual las expresiones para y evidenciar la saturación de la información.

Con base en las expresiones se organizaron proposiciones que fueron agrupadas con el fin de obtener un término o concepto que permitiera identificar logros, oportunidades o aspectos que fueran el fundamento para ofrecer lineamientos para la ejecución de futuros proyectos.

3.2.4 Diseño de una propuesta de lineamientos

Con base en la identificación de logros, oportunidades y referentes conceptuales se diseñaron unos lineamientos orientadores de futuras intervenciones

3.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

A continuación, se presentan las técnicas de recolección de información que se desarrollaron en la sistematización.

3.3.1. Revisión Documental

En las investigaciones la revisión documental permite “el aprovechamiento de la información que puede estar disponible en documentos oficiales y personales, informes, cartas, prensa, diario, registros, revistas, folletos, actas, enciclopedias, cintas magnetofónicas u otras fuentes de información, además, con la información obtenida se facilita el análisis de los datos relacionados con el tema de investigación”(55).

En este proyecto se realizó en primer lugar el acopio de todas las fuentes documentales entre los cuales se incluyeron: informes semanales y mensuales, actas de reuniones institucionales, informes de las actividades con los actores comunitarios, los informes de las jornadas de toma de medidas antropométricas de niños menores de cinco años y registros fotográficos.

El análisis se desarrolló con un enfoque crítico que permitió identificar los hallazgos como acciones, actividades, intervenciones enmarcadas en las áreas estratégicas de la promoción de la salud.

3.3.2. Entrevistas semiestructuradas

La entrevista semiestructurada es un instrumento que permite al entrevistador tener un guion con los temas a tratar (puede ser una lista de temas o puede tener preguntas de carácter general), este tipo de entrevista da la opción de manejar

libremente la presentación de los temas en cuento al orden y modo de formulación de las preguntas y la posibilidad de profundizar en una temática específica; es un instrumento que garantiza la revisión y recopilación de toda la información requerida para la investigación (56).

Para el desarrollo de las entrevistas semiestructuradas a los actores del proceso se elaboró un instrumento base con preguntas guiadoras a partir de la revisión documental y categorías de análisis (Anexo A).

Se aplicaron entrevistas a actores claves que participaron en el desarrollo del proyecto: Referente nutrición Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (FICBF), Profesional secretaria de Salud Tumaco (FSSM).

3.3.3. Grupo Focal

La técnica de grupo focal “es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, La técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera. El trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar”(57).

Para realizar el grupo focal se estableció contacto con actores comunitarios - madres FAMI (MF), se estableció un lugar de encuentro y con base en preguntas guiadoras se desarrolló un dialogo que permitió reconocer los testimonios de los participantes frente a la experiencia (Anexo A).

3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En cumplimiento con la normatividad para la investigación en salud en Colombia, se tuvo en cuenta la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud. El estudio se consideró de riesgo mínimo por cuanto buscó reconstruir el proceso de ejecución de un proyecto de intervención a través de revisión documental y registrar información procedente de entrevistas y grupos focales, para lo cual, se aplicó el formato de Consentimiento Informado (Anexo B), en el, se explicó el objetivo de la sistematización, y el carácter voluntario de participar y permanecer en las actividades y la confidencialidad de la información, la cual ha sido empleada exclusivamente para los fines de esta investigación.

La sistematización se consideró que tiene un valor social, al reconstruir una experiencia, identificar logros y oportunidades de mejoramiento en la implementación de una política pública, así como, ofrecer lineamientos para la réplica de la experiencia.

La información recolectada estuvo a cargo de la investigadora, para mantener la confidencialidad los nombres de las personas que intervinieron fueron codificados.

Finalmente, se anota que el proyecto cuenta con el Aval Ético emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Nariño (Acta de aprobación No 067 – 28 de septiembre de 2018).

4. RESULTADOS

4.1 Descripción de la experiencia sobre la implementación de la estrategia para la mitigación del riesgo o la desnutrición infantil de niños y niñas menores de cinco años en el Municipio de Tumaco 2017 – 2018

La definición de la propuesta de intervención partió del análisis generado desde los referentes departamentales de la dimensión de soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (Gobernación de Nariño – Instituto Departamental de Salud de Nariño), se establecieron mesas de trabajo para la revisión de referentes y lineamientos nacionales y las estadísticas en el Departamento relacionadas con el tema.

Entre los referentes se debe mencionar la situación de Colombia debido a condiciones como el conflicto armado, desplazamiento, inestabilidad económica, dificultad de acceso a empleo, informalidad, entre otras problemáticas, que generan inequidades y dificultan la satisfacción de necesidades básicas entre ellas las nutricionales, evidenciándose en las cifras de pobreza y malnutrición en el país, que no solo ha tenido efectos en el retraso del desarrollo de los niños, sino con eventos más graves como son la mortalidad infantil por desnutrición, siendo los niños menores de dos años una población vulnerable debido a que el riesgo de malnutrición es más alto en esta etapa generando efectos a corto, mediano y largo plazo. El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional que tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de toda la población colombiana, en especial, de la más pobre y vulnerable, una de sus líneas de acción es: Perspectiva o dimensión de calidad de vida y del bienestar en la que se incluye el diseño de estrategias de educación nutricional y la prevención y reducción de la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes(39).

El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el cual se planteó como objetivo ampliar las coberturas y mejorar la calidad e impacto de los actuales programas y proyectos de asistencia alimentaria, en especial los dirigidos a niños, niñas escolares, mujeres gestantes, madres lactantes y adultos mayores respetando y fortaleciendo la diversidad étnica y cultural, utilizando de manera prioritaria productos de la región y diseñar implementar nuevos programas y proyectos que lo requieran; para ello, es necesario fomentar los espacios de investigación que orientan a los organismos departamentales en cuales son los sitios prioritarios y determinantes a intervenir en favor de garantizar el derecho a la alimentación de las familias Nariñenses(39).

Los resultados de la aplicación de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), que tuvo como propósitos identificar el estado nutricional de la población del país de 0 a 64 años a través de indicadores antropométricos, determinar la prevalencia de anemia y déficit de hierro, zinc, vitamina A y B12, así

como evaluar en la población factores y determinantes demográficos, sociales, económicos, ambientales, de estilo de vida y de salud- enfermedad; para el año 2010, se aplicó a una muestra de 50.670 hogares de 258 municipios del país(58).

Para el caso del Departamento de Nariño, la Encuesta se aplicó a 120 familias de 12 municipios, uno ellos del Litoral Pacífico. Entre los resultados se encontró una prevalencia de retraso en talla en niños y niñas menores de cinco años; mayor prevalencia en inseguridad alimentaria en los hogares con respecto a otras zonas del país, lo cual corrobora la necesidad de implementar estrategias que permitan identificar los menores con déficit nutricional para que reciban la atención requerida de acuerdo a sus necesidades.

En el departamento de Nariño, en el año 2015 se presentaron ocho casos de muertes por desnutrición en niños menores de cinco años (Tasa de 4,9x 100.000 menores de 5 años) y en 2016 fueron 5 casos (Tasa 3 x 100.000 menores de 5 años) (Indicadores IDSN). Según el reporte de la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010, en Nariño de los niños entre 0 y 4 años, un 16.9% tienen retraso en la talla y un 3.9% de los niños desnutrición global. (ENSIN 2010). Bajo estos referentes se estableció el Plan Departamental de Seguridad y Soberanía Alimentaria y Nutricional como una hoja de ruta de los procesos de articulación intersectorial que permiten garantizar el derecho a una alimentación, balanceada, nutritiva y suficiente de manera estable y en un entorno favorable para la salud de todos y todas las nariñenses en especial, sus niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes(58).

Por otra parte, el proyecto se planteó para dar continuidad al proceso que desde el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar realizó para de microfocalizar niños, niñas, mujeres gestantes y madres en período de lactancia en los municipios de la Costa Pacífica de Nariño. Del total de la población, de niños y niñas, focalizada, el 2.7% se clasificó, según circunferencia del brazo con alto riesgo de muerte asociada a la desnutrición, el 10.7% con Desnutrición y el 81.5% como negativo para riesgo de muerte asociada a la Desnutrición, Los menores se vincularon a programas de ICBF, quedando un 21.2% de niños sin adscribir a los programas, siendo uno de los problemas más relevante la dificultad para acceder a zonas alejadas de los centros poblados y que era necesario implementar una estrategia que deje capacidad instalada en los municipios y que impacte realmente las condiciones de nutrición en los niños y niñas menores de cinco años.

Con estos referentes se determinó realizar la intervención como una necesidad latente en el Departamento de Nariño, teniendo en cuenta los índices de desnutrición o casos de muertes de niños y niñas por desnutrición, razón prioritaria para iniciar acciones directas que buscan fortalecer las capacidades locales,

comunitarias para la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional y la identificación de los casos de niños y niñas en estado de desnutrición.

Se priorizaron los municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüi Payan, Roberto Payan, Olaya Herrera, El Charco, Cumbal, Ricaurte, Francisco Pizarro, Santa Bárbara, en los cuales con cohorte a 2016, se hace evidente la necesidad de implementar un plan de intervención que llegue a las comunidades e impacte respecto a las condiciones nutricionales de niños y niñas.

En la siguiente tabla se muestra la situación del estado nutricional de los municipios que fueron priorizados para el desarrollo del proyecto de intervención.

Tabla 2. Situación del estado nutricional según municipio 2014

Centro Zonal	Estado Nutricional			
	Desnutrición Aguda Moderada	Desnutrición aguda severa	Riesgo de desnutrición aguda	Total general
Barbacoas	26	7	52	85
Cumbal	9		56	65
El Charco	49	20	143	212
Francisco Pizarro	22	10	80	112
Magüi	20	3	52	75
Olaya Herrera	29	11	96	136
Ricaurte	16	3	126	145
Roberto Payan	10	2	26	38
Santa Bárbara	13	1	47	61
Tumaco	263	77	748	1088
Total general	457	134	1426	2017

Fuente: Microfocalización niños, niñas, mujeres gestantes y madres en período de lactancia en los municipios de la Costa Pacífica de Nariño. ICBF

El proyecto fue direccionado desde la oficina de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Gobernación de Nariño, en articulación con el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), la experiencia se desarrolló en el marco de un convenio interadministrativo entre la Gobernación y el Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño (CESUN) y se llevó a cabo durante los meses comprendidos entre septiembre de 2017 y marzo de 2018, con el propósito de contribuir a la implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional - PSAN que fue aprobada como documento CONPES 113 (PSAN) en 2006 y que a pesar de las intervenciones realizadas para responder a la problemática de la

población infantil en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2010, de los niños menores de cinco años, un 30.2% está en riesgo de talla baja para la edad, el 3.4% presentó desnutrición global y 0,6% desnutrición global severa (58).

Teniendo como referentes las estrategias de Promoción de la salud se plantearon tres fases para el desarrollo del proyecto: Articulación de actores locales, Formación de agentes comunitarios en nutrición y Jornadas de toma de medidas antropométricas.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos de la estrategia se conformó un grupo de trabajo compuesto por profesionales de medicina, nutrición, enfermería y tecnología en promoción de la salud, quienes de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proyecto y en reuniones con funcionarios de Gobernación e Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) acordaron el plan de trabajo, metodologías de intervención y cronograma de actividades a desarrollar.

Previo al desarrollo de actividades el equipo tuvo un proceso de inducción y capacitación en temáticas definidas por el IDSN (Hábitos de alimentación y cultura alimentaria, conceptos básicos en alimentación y nutrición identificación de los signos de alarma de la desnutrición infantil, ruta de atención a la desnutrición infantil, buenas prácticas de manufactura, lactancia materna).

Siguiendo los lineamientos establecidos en las políticas públicas nacionales, el proyecto se desarrolló en dos direcciones, la primera con actores institucionales buscando establecer alianzas estrategias y trabajo intersectorial que fortalezca la ruta de atención de desnutrición infantil y la segunda con enfoque comunitario, que pretendía conformar grupos de líderes comunitarios empoderados que pudieran fortalecer los procesos de prevención, detección y seguimiento de niños con riesgo o desnutrición favoreciendo así los entornos saludables.

Para la ejecución del proyecto en campo como primera actividad, aplicando las directrices sobre intersectorialidad, se realizó un acercamiento con funcionarios de la Dirección Local de Salud y Comisaría de familia para articular acciones, con el apoyo de estos funcionarios se hizo la convocatoria del comité y actores relacionados con la protección de los niños en el Municipio (Alcaldía Municipal, Dirección Local de Salud, ICBF – Referente de infancia y Adolescencia, Hospital San Andrés de Tumaco, Representante Centro Hospital Divino Niño, Representante UNIPA, Coordinador – ODIS, Policía Tumaco, Prevención reclutamiento NNA – Asoyallola, Alianza por la solidaridad, Consejo Noruego, Fiscalía, Registraduría municipal, Fundación Plan, Fundación Batuta, Fundación SEPRAES, Save the Children), con los cuales se llevaron a cabo jornadas de presentación del proyecto,

revisión de ruta de atención para desnutrición y establecimiento de compromisos para generación de alianzas estratégicas.

Se conformó el Comité de Vigilancia Nutricional del Municipio, con el objetivo realizar acciones tendientes para garantizar la salud teniendo en cuenta los objetivos propuestos por la Estrategia de Mitigación. Los actores integrantes de este comité fueron: Alcaldía Municipal – ODIS Oficina Infancia y Adolescencia, Dirección Local de Salud, ICBF – Referente de infancia, Hospital San Andrés de Tumaco, Representantes UNIPA.

Se capacitó a los miembros del Comité en la resolución 2465 de 2016 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social (Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica), posteriormente se desarrollaron mesas de trabajo en las cuales se abordaron temas de interés en nutrición y seguridad alimentaria y la Ruta de atención a la Desnutrición del Municipio de Tumaco, teniendo en cuenta el lineamiento nacional, resolución 5406 de 2015 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda, se estableció un directorio de instituciones con un funcionario responsable por cada miembro del Comité para facilitar la articulación de acciones.

Para la formación de agentes en nutrición se construyó un documento técnico que se constituyó en una guía para el equipo de formadores del CESUN.

Con agentes de la comunidad – madres comunitarias, se realizó un acercamiento para generar espacios y concertación frente al proceso de formación propuesto y se estableció el compromiso de participación activa en las jornadas educativas, en la identificación de casos de niños con riesgo o desnutrición infantil y ser agentes educativos dentro de sus comunidades; se desarrollaron jornadas de formación en los temas base.

Se trabajaron seis módulos con temáticas acordes a los objetivos del proyecto; las temáticas fueron concertadas por la Nutricionista del equipo y el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Los módulos establecidos fueron:

Módulo 1: Hábitos de Alimentación y Cultura Alimentaria: Dentro de este módulo trabajó con la comunidad y actores institucionales un tema esencial que es la Alimentación Complementaria para los menores de 1 año, siendo una etapa fundamental e importante, acompañada de creencias y mitos en las comunidades,

y en la que se desconoce su carácter trascendental en el crecimiento y desarrollo del niño.

Módulo 2: *Conceptos Básicos en Alimentación y Nutrición:* Contiene los términos y conceptos básicos de alimentación teniendo en cuenta las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, utilizando estrategias como el plato saludable se explicará a los actores involucrados en el proceso, los grupos de alimentos existentes y las cantidades en los que deben ser consumidos.

Posteriormente, se revisó que son los nutrientes, para que sirven y porque son tan importantes en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños. Se tuvieron en cuenta los macronutrientes, identificando sus fuentes y los micronutrientes identificando sus fuentes.

Finalmente, se tuvo en cuenta la actividad realizada en el anterior módulo, para la creación de estrategias por parte de la comunidad de la utilización adecuada de los alimentos disponibles en el municipio.

Módulo 3: *Identificación de los signos de alarma de la desnutrición infantil:* La finalidad de este módulo, fue la concientización de los entes, instituciones de salud y actores comunitarios; en la importancia del tratamiento a tiempo de la desnutrición infantil y la identificación de la misma, con el fin de disminuir las muertes de niños a temprana edad.

Módulo 4: *Ruta de atención a la desnutrición infantil:* Con este módulo se buscó que los actores conozcan la ruta para la atención a la desnutrición en cada municipio, para que se pueda operativizar en el municipio.

Módulo 5: *Buenas Prácticas de Manufactura:* Teniendo en cuenta que tanto los niños menores de 5 años como las gestantes son población a riesgo de contraer enfermedades fácilmente, principalmente por falta de saneamiento básico y malas prácticas de higiene y limpieza, se propuso trabajar en este tema.

Módulo 6: *Lactancia Materna:* En este módulo se hizo especial énfasis en las posiciones adecuadas de lactancia materna, las técnicas de extracción y almacenamiento de la misma. Vista desde el punto de la protección y prevención para los menores de 2 años, siendo el alimento más completo.

Los módulos se desarrollaron a través de la metodología *aprender haciendo*, la cual pretende que sean los mismos participantes quienes tomen sus propias decisiones para llegar a una acción transformadora, a partir de la identificación de las necesidades y realidades.

La tercera fase comprendió las jornadas de toma de medidas antropométricas a niños menores de cinco años, para la búsqueda y el seguimiento de los niños, se presentaron dificultades para el acceso a zonas veredales debido a problemas de orden público.

Se priorizaron con líderes institucionales y comunitarios la zona para realizar las jornadas teniendo en cuenta la posibilidad de acceso del equipo. Durante las jornadas se identificaron niños con riesgo o desnutrición los cuales fueron referidos al centro de salud del municipio

Las valoraciones antropométricas, fueron realizadas por los tecnólogos de promoción de la salud siguiendo la guía establecida para toma de peso y talla. Al finalizar la valoración nutricional, se procedió a la sistematización de datos en el programa de Excel para la posterior identificación de los indicadores antropométricos y generación del diagnóstico según la Resolución 2465 de 2016 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el análisis de los datos se utilizó el software Anthro desarrollado por la Organización Mundial de la Salud.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DESDE LAS ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Al finalizar la intervención se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación desde las áreas estratégicas de promoción de la salud

4.2.1. Política pública saludable

En este Municipio se logró trabajar con el Subcomité de Existencia perteneciente a la Mesa SSAN (Seguridad Alimentaria y Nutricional del Municipio de Tumaco), las entidades integrantes de este Subcomité de Existencia fueron: Alcaldía Municipal, Dirección Local de Salud, ICBF – Referente de infancia y Adolescencia, Hospital San Andrés de Tumaco, Representante Centro Hospital Divino Niño, Representante UNIPA. Con los participantes de este subcomité se evidencio como una gran falencia la falta de articulación interinstitucional.

De igual manera se trabajó en la mesa de SSAN con entidades como Coordinador – ODIS, Policía Tumaco, Prevención reclutamiento NNA – Asoyillalola, Alianza por la solidaridad, Consejo Noruego, Fiscalía, Registraduría municipal, Fundación Plan, Fundación Batuta, Fundación SEPRAES, Save the Children.

Se conformó el Comité de Vigilancia Nutricional del Municipio de Tumaco, con el propósito de realizar acciones tendientes a garantizar la salud teniendo en cuenta los objetivos propuestos por la Estrategia de Mitigación. Los actores integrantes de este comité fueron:

Alcaldía Municipal – ODIS Oficina Infancia y Adolescencia Dirección Local de Salud, ICBF – Referente de infancia – Hospital San Andrés de Tumaco –Nutricionista Representantes UNIPA

Se capacitó a los miembros del Comité en los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica, posteriormente se presentó la Ruta de atención a la Desnutrición del Municipio de Tumaco, teniendo en cuenta el lineamiento nacional resolución 5406 de 2015 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda a los miembros del Comité de Vigilancia Nutricional, se estableció un directorio de instituciones con un funcionario responsable por cada miembro del Comité que facilite la articulación de acciones. (Figura 1)

Figura 1. Registro fotográfico reuniones Comité de Vigilancia Nutricional del Municipio de Tumaco



Teniendo en cuenta las comunidades que habitan el Municipio de Tumaco se presentó la Estrategia en la Junta Veredal Inguapi del Guadual del Consejo Comunitario Bajo Mira y Frontera, en la UNIPA (Unidad Indígena del Pueblo AWA) este proceso se llevó a cabo por medio del Representante a cargo de la Consejería en Salud, se evidenciaron las problemáticas que afectan las comunidades indígenas en el aspecto nutricional, se priorizó con ellos las comunidades indígenas con más casos de desnutrición para ser intervenidas.

4.2.2 Ambientes favorables a la salud - Fortalecimiento de habilidades personales (educación para la salud)

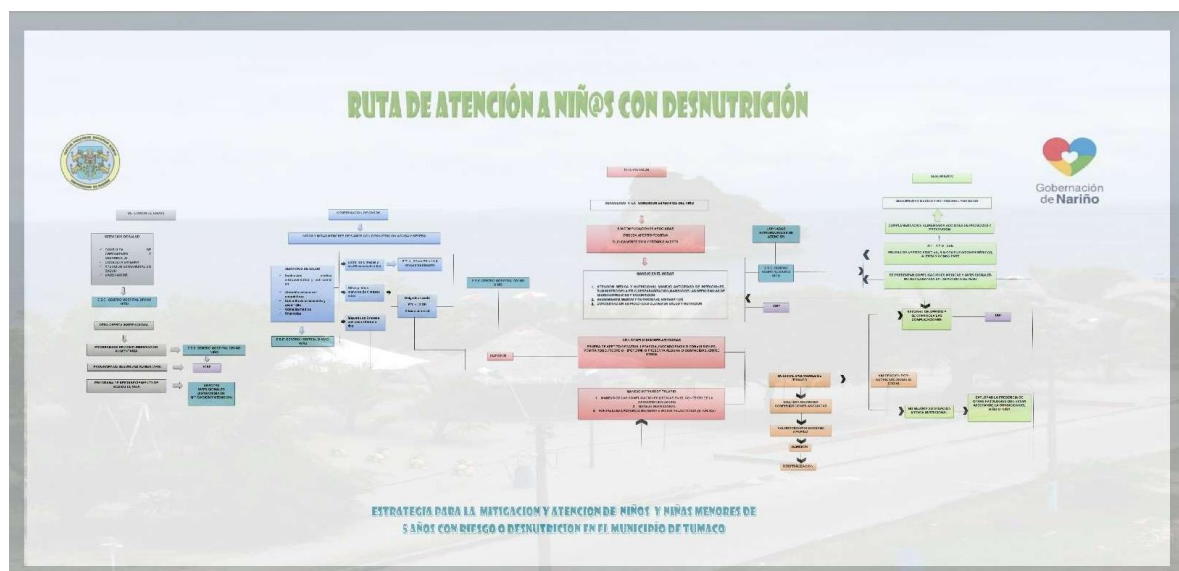
Con agentes de la comunidad se desarrollaron los módulos establecidos, con el compromiso de identificar los casos de niños con riesgo o desnutrición infantil y ser agentes educativos dentro de sus comunidades.

En el Municipio se realizaron las capacitaciones con 54 personas entre las que se contó con Madres Comunitarias, Líderes Consejo Comunitario Bajo Mira y Frontera, Líderes Comunitarios.

4.2.3 Reorientación de los servicios de salud

Al finalizar este proyecto, por parte de los actores institucionales, se construyó la ruta de atención en desnutrición para el municipio, que articulaba los diferentes sectores comprometidos con esta problemática, como se puede evidenciar en la figura 2.

Figura 2. Ruta de atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en Tumaco



Por otra parte, siguiendo los lineamientos de la política de APS se realizaron actividades en zonas rurales priorizadas de medición peso, talla y perímetro braquial niños(as) menores de cinco años para identificación de las condiciones nutricionales. (figura 3)

Figura 3. Registro fotográfico jornadas de toma peso y talla niños- niñas menores de cinco años



Con relación a los indicadores antropométricos se obtuvo la siguiente información:

Valoración nutricional a 155 niños y niñas menores de 5 años, pertenecientes a diferentes veredas del municipio de Tumaco, según la distribución por sexo se evidencia que el mayor porcentaje de niños es de sexo femenino (53%). La distribución de niños según lo identificado en las valoraciones se puede ver en las tablas 3,4 y 5.

Tabla 3. Distribución de niños según el indicador de peso - talla para desnutrición aguda Municipio de Tumaco. 2018

Indicador	Frecuencia	Porcentaje %
Desnutrición Aguda severa	3	2
Desnutrición Aguda	5	3
Riesgo de desnutrición aguda	21	14
Peso adecuado para la talla	95	61
Sobrepeso	22	14
Obesidad	9	6
Total	155	100%

Fuente informe final proyecto “Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en los Municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüi Payan, Roberto Payan, Olaya Herrera, El Charco, Cumbal, Ricaurte, Francisco Pizarro y Santa Bárbara del Departamento de Nariño”.

Tabla 4. Distribución de niños según el indicador talla para la edad para menores de 5 años (Desnutrición Crónica). Municipio de Tumaco. 2018

Indicador	Frecuencia	Porcentaje %
Talla baja para la edad (Desnutrición Crónica)	53	34
Riesgo de baja talla	40	26
Talla adecuada para la edad	62	40
Total	155	100%

Fuente: informe final proyecto “Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en los Municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüi Payan, Roberto Payan, Olaya Herrera, El Charco, Cumbal, Ricaurte, Francisco Pizarro y Santa Bárbara del Departamento de Nariño”.

Tabla 5. Distribución de niños según el indicador peso para la edad (Desnutrición Global) Municipio de Tumaco 2018

Indicador	Frecuencia	Porcentaje %
Desnutrición Global	23	15
Riesgo de desnutrición Global	45	29
Peso adecuado para la edad	76	49
No Aplica (Verificar con IMC/E)	11	7
Total	155	100%

Fuente: informe final proyecto “Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en los Municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüi Payan, Roberto Payan, Olaya Herrera, El Charco, Cumbal, Ricaurte, Francisco Pizarro y Santa Bárbara del Departamento de Nariño”.

Según el indicador perímetro braquial para la edad, todos los niños (154 para este indicador), se encontraron sin riesgo de muerte por desnutrición.

El indicador trazador, peso para la talla, evidencio que existe un 2% con desnutrición aguda severa y un 3% con desnutrición aguda, además el 14% de los niños se encontró en riesgo de desnutrición.

4.2.4. Movilización social

En el marco de las acciones propuestas se desarrollaron procesos participativos (que promuevan el empoderamiento), que involucraron activamente tanto a líderes institucionales como comunitarios permitiendo visibilizar el tema de desnutrición infantil generando compromisos desde cada uno de los actores. Se fortaleció entre los actores comunitarios su papel de liderazgo, realizaron acciones de construcción y refuerzo de redes partiendo del compromiso de réplica de la información, a partir de estas redes se trabajó como tal el tema de autocuidado y nutrición en los niños. Se identificaron los niños con riesgo o desnutrición infantil para quienes se activó la ruta de atención y se realizó el acompañamiento de los casos.

4.3. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DESDE LOS ACTORES INSTITUCIONALES Y COMUNITARIOS

En el siguiente apartado se presentan el análisis a partir de las expresiones de los participantes tanto comunitarios (Anexo C) como institucionales (Anexo D) a la luz de las áreas estratégicas de Promoción de la Salud

4.3.1. Política Pública Saludable

El abordaje de la seguridad alimentaria y nutricional mediante el manejo social del riesgo implica que si bien todas las personas, los hogares y las comunidades están expuestos al riesgo de padecer hambre o malnutrición, las acciones del Estado y la Sociedad deben estar dirigidas principalmente a la población que mayor grado de vulnerabilidad y exposición a amenazas concretas tenga. Las familias, en un contexto de Corresponsabilidad, deben adoptar acciones, actitudes y mecanismos de protección, mitigación y superación que disminuyan la vulnerabilidad y la exposición a amenazas(32).

En este sentido, los actores locales no evidenciaron una implementación de la política previa a la intervención o se tenían bases partiendo desde proyectos de agentes externos. Las funcionarias de las entidades locales y las Madres FAMI mencionaron:

“El municipio como tal no las hacía, porque el municipio no era que implementara, las hacía por un lado ICBF, los proyectos que estaban de Gobernación de Nariño y unos relacionados con el apoyo que era de la fundación de gestores por la seguridad alimentaria y nutricional” (FICBF)

“Pues existían, bueno si existían. El cuales fueron pues aquí hubo un proyecto con la universidad UNAL en el cual ellos hicieron una apertura acerca de la mesa de seguridad alimentaria y nutrición” (FSSM),

“Nunca la Alcaldía ha capacitado a madres comunitarias tampoco en pro de desnutrición” (MF1)

“En el municipio de Tumaco nunca hemos escuchado las madres comunitarias capacitación en pro de desnutrición” (MF3).

En el grupo de madres comunitarias identifican previo al proyecto la intervención institucional desde el ICBF al cual están vinculadas por la entidad que opera los hogares FAMI en el municipio. Para abordar esta temática se considera importante que las intervenciones se hagan de manera articulada, no solo por un sector, sino de manera intersectorial, entendiendo que es así como se puede responder con mayor eficiencia y dinamismo a las problemáticas que se presentan en salud, las cuales están mediadas por los determinantes sociales (59).

“No, porque igual el municipio en si brigadas o jornadas interesarse por salir a preguntar o censar no, lo poquito que tenemos entendido o hemos escuchado ahorita es gracias al programa o al ICBF que nos ha capacitado algunas veces” (MF5).

De igual manera a nivel comunitario de acuerdo al grupo de madres no se reconocen las estrategias o seguimiento a nivel nutricional al expresar:

“De los centros de salud no, porque en los centros de salud lo que hacen es que cuando se llevan a los niños a crecimiento, estipulan dicen el niño está bajo de peso algunas veces les dan una vitamina que le mandan para la casa, pero en si ellos no se preocupan en saber si sí se está garantizando ese derecho con los niños o no, porque ellos simplemente lo dan porque lo mandan, pero no capacitan no dan información adecuada a la mamá no hacen un plan de desarrollo alimentario, yo pienso que no” (MF2)

“Del hospital no conocemos ninguna clase de ayuda de desnutrición para nuestros niños, dentro del hospital si se puede dar alguna clase de ayuda, fuera que salgan a los pueblos o las veredas no” (MF4), “En cuestión del centro de salud también tenemos una problemática que algunas niñas vienen a los hogares a las veredas paro a veces vienen a poner un refuerzo de vacuna, pero en cuestión de desnutrición en ninguna parte ni ellas vienen orientando diciéndole a la madre

comunitaria o al padre de familia nada que corresponda a problema de desnutrición” (MF1).

Desde el proyecto de intervención se establecieron acciones para priorizar el tema de soberanía y seguridad alimentaria, en procura de dinamizar la implementación de la política SSAN; al respecto los funcionaron expresaron:

“Si se realizaron acciones, en el cual hubieron unas articulaciones también con el Instituto y se hacía búsqueda activa de niños menores de 5 años y se les hacía entrega de unas formulas nutricionales” (FSSM).

“Articulación y coordinación interinstitucional, la parte de lo que corresponde a divulgación, las acciones de verificación con las entidades básicas y trabajo de base comunitario para la divulgación de la misma parte del proyecto, que ayudaba a la sensibilización de las políticas de seguridad alimentaria” (FICBF).

Como debilidad desde los dos sectores se identificó como falencia en la intervención, la falta de seguimiento y construcción de procesos, al decir:

“Fue importante, llega el proyecto y es importante, pero algo que yo observo y yo miro es que también se ven como de momentos y no de procesos y lo que se busca alrededor de las políticas es que también se vean dentro de los procesos, que no queden como momentos sueltos” (FICBF)

“Mejoraríamos en el proceso educativo, más acompañamiento más seguido tanto para nosotras como para los padres de familia” (MF2).

La intervención realizada consideró como pilar siguiendo el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la estrategia de Información, educación y comunicación que permita “la provisión de información clara, pertinente, eficaz y actualizada desde una perspectiva integral que incorpore cada uno de los aspectos que abarca la Seguridad Alimentaria y Nutricional”(26), en este punto las madres FAMI manifestaron que El proceso educativo implementado es una herramienta en su quehacer y como base para procesos de réplica.

“Recibimos orientación de desnutrición de parte de la Gobernación en los tipos de desnutrición, que fue severa y aguda, el cual consiste que un niño puede estar gordo y estar mal nutrido, puede estar delgado y puede tener buena nutrición como también puede estar con problemas de falta de vitaminas, puede tener anemia” (MF1).

“Antes de la orientación uno podía mirar un niño y no podía saber si podía ser o no podía ser, entonces ahora podemos decir o estar más pendiente de decirle al padre de familia por favor usted ya lo llevó a crecimiento y desarrollo, ya lo llevo al

médico, que no se le pasen las citas, para así estar como al pendiente de también de la salud del niño” (MF2).

“Y así, nos enseñaron muchas cosas, porque nosotros no teníamos conocimiento, porque francamente como madres comunitarias a veces llegan niños desnutridos que los llevan las madres y nosotros nos toca voltear de un lado para el otro y no sabemos en realidad, no sabíamos qué clase de desnutrición tienen los niños” (MF4).

“Aprendimos cosas nuevas, cosas que uno no había mirado, no había escuchado, con explicaciones para mejorar la parte del trabajo fue muy importante” (MF1).

En este mismo aspecto en el sector institucional se reconoce el efecto del proceso de capacitación como una oportunidad desde la sensibilización y la formación para identificar los niños con desnutrición y la formación de líderes:

“Bueno si se generó un cambio ya que ellos nos dieron la capacitación y cuando vino el Instituto pues nosotros ya teníamos la idea y las pautas de como nosotros seguir desarrollando las actividades” (FSSM)

“Si, la parte de sensibilización en lo que es seguridad y soberanía alimentaria y a la vez que se va formando líderes, porque ellos en su momento en otros espacios como tienen conocimiento, digamos puede ser mínimo medio en este momento ellos apoyan dentro de lo que es el fortalecimiento hacia la promoción, divulgación de la misma política y de los hábitos y estilos de vida saludable” (FICBF).

La percepción de los actores comunitarios acerca del efecto del proyecto se expresó como:

“Pues los efectos fueron positivos ya que se dejó capacitadas personas para que ellas sigan continúen con los procesos de búsqueda especialmente la el primer nivel, para que ellos sigan buscando pues a estos menores de 5 años con desnutrición” (FSSM),

“El efecto básico es empezar el proceso de sensibilización para poder la gente básicamente reconocer la gran importancia que tiene lo de la parte de los hábitos y estilos de vida saludable, la política de seguridad alimentaria ese es un primer efecto, y ahí incentivar también la formación de líderes para la implementación de la política” (FICBF).

4.3.2 Habilidades Personales

La estrategia de Comunicación y educación para la salud se concibe como “un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de

las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud” (60). Con esta base se desarrollaron actividades que a corto y mediano plazo fortaleciera la capacidad instalada en el municipio como se observa en las siguientes apreciaciones:

“Por ejemplo cuando tu formas en lo que son referentes en salud o los que están trabajando en Secretaria de salud, ellos como ya dominan el tema y todo dicen esto se puede articular con tal cosa de lo de acá que se hace parte de seguridad alimentaria teniendo lo que es seguridad nutricional por ejemplo que tiene que ver con el estado nutricional y con la salud de los niños y que lo articulan con crecimiento y desarrollo con vacunación y en las gestantes con control prenatal”
(FICBF)

“Cuando ya nos dan el conocimiento entonces uno ya viene y dice... bueno este niño tiene tal desnutrición, entonces uno busca la ayuda para llevarlo al médico”
(MF5)

“Nos sirvió mucho porque gracias a ello pudimos comparar y reconocer algunos alimentos que eran altos en proteína y sobre todo pudimos trabajar con ellos y dar información a los papitos o trabajar con nuestros niños y eso nos ayudó mucho a que conocieran la importancia de una buena nutrición y evitar menos riesgo de desnutrición en nuestros niños” (MF2).

Durante el proyecto de mitigación se propendió por el desarrollo de habilidades personales a través de la estrategia Información Educación Comunicación que generara en las madres un aprendizaje desde sus propios recursos

“Que cuando nos hacían las dinámicas nos decían de lo que teníamos en nuestro entorno, que dibujáramos cosas que nos servían acá nosotros frutas por ejemplo acá dibujamos la caña chillangua, cosas para nuestra alimentación por lo menos lo que se daba por acá. Entonces nosotras dibujábamos la caña, el coco, la chillangua, la concha, el camarón, el pescado porque es lo que está en nuestro entorno y la región. Ellos decían que son cosas que nos complementan en la nutrición” (MF3)

“Sabemos cuáles son los alimentos adecuados según el caso del niño y de la edad, porque no es lo mismo hay edades que un niño puede comerse un cuarto de manzana y hay edades donde un niño se puede comer media y una entonces a veces lo importante no es tener la cantidad o los productos o las frutas o las verduras, sino saber cuál es la cantidad adecuada que allí se estaría nutriendo un

niño y fortaleciendo el sistema, los huesos, que eso ayuda también en el ánimo del niño” (MF2).

4.3.3 Movilización Social

En el proyecto de mitigación se propendió por buscar estrategias que motiven a la participación activa en el proceso, Los actores encuentran como positivo o de interés la temática a tratar, la posibilidad de articulación no solo entre instituciones sino también con los actores comunitarios y la forma de realizar los encuentros basados en el consenso y concertación, al respecto los actores comunitarios e institucionales expresaron:

“Primero que todo ellos solicitaban por escrito a ASOVILLALOLA. ASOVILLALOLA, hacía un consenso con ellos de los días que nosotras íbamos a parar las actividades, lo hacíamos bien en Tumaco o los últimos se hicieron acá en el Km 28. allá en el salón. en el rancho de mi mamá. pero pues igual nos acomodábamos, pero siempre era con consenso del trabajo de donde nosotras estamos que es ASOVILLALOLA” (MF2)

“la articulación y la coordinación interinstitucional y las labores también que estaban haciendo de campo en el sentido que había la identificación de los mismos líderes y la motivación de ellos para citar dentro de las madres comunitarias que ya venían” “Solo el tema, nosotros era por el tema, porque nos interesa el tema para dentro de lo que está de garantía del derecho progresivo y la seguridad alimentaria y nutricional, por el hecho de solo el tema va nos llamaba la atención porque decíamos allí ya se va fortaleciendo más con las mismas madres, lo que le enseñan a los niños, la implementación con padres, entonces uno dice listo para ver cómo se sigue haciendo proceso” (FICBF).

Con el referente de que la movilización social compromete a una amplia variedad de participantes para que se involucren en los intentos por impulsar el cambio, generando conciencia y creando demanda de mejores políticas, servicios y responsabilidad. Se fortalecieron acciones que propiciaran estos aspectos en los sujetos de intervención obteniendo estos resultados a nivel comunitario:

“A raíz de este proyecto salió una oportunidad o una opción de huertas caseras, si, entonces gracias a eso, por lo menos hay mamitas que dicen, ay es que a mí me da pereza comprar el pepino, ay es que me da pereza comprar un tomate, entonces nosotras hacíamos la huerta casera y eso se les replicaba, algunas ya sembraban el tomatito, ya sembraban el pepino, ya sembraban la chillangua, entonces lo que iban a comprar en esos productos en la tienda, ya esa plata de la canasta familiar serviría por ejemplo para comprar la fruta, entonces eso ayudó

mucho, pienso que a la economía y a la nutrición y sobre todo ayuda al sistema inmunológico de los niños que es lo más importante” (MF1)

“Nosotros en este tema venimos siendo como una red de apoyo para el pueblo, porque por ejemplo un compañera tiene diez usuarios, ya la compañera le replica a esos diez, la otra a otros diez, la otra a otros diez; ya sabemos que algunas mamitas quizás le pongan atención otras no pero si sabemos que es fundamental porque algunas por ejemplo en el hogar a veces llevaban una papita ahora ya yo cogía y se las devolvía a la casa ya no la llevan más porque en vez de meterle una papita le meten una fruta, si, entonces ellas comienzan a replicarlo en la casa y ya la una le va diciendo: no, no le des eso por esto, toca la fruta la verdura y hemos podido ver que en los hogares están consumiendo más verduras, más frutas y menos dulces” (MF3).

La intervención generó efecto en la comunidad como lo manifiestan las madres FAMI: fortaleciendo la red comunitaria, los aprendizajes frente al tema y compromisos en cuanto al cuidado de los niños. Se debe reconocer la importancia de la estrategia de formación de formadores en la cual el conocimiento adquirido se replica con el propósito de generar un entorno social que favorezca la sostenibilidad de una cultura de alimentación que propicie la alimentación adecuada para los niños.

“Si también se fortaleció la comunidad, porque igual nosotros le damos charlas a los padres y le damos esa orientación a los padres sobre la nutrición y para que conozcan las clases de desnutrición que hay en nuestro medio con los niños” (MF4), “Si se ha notado el cambio en los niños porque gracias al ICBF en la minuta trae mucha comida frutas, verduras y una comida balanceada que se les da a los niños, entonces ellos así pueden mejorar la desnutrición” (MF2)

“Entonces uno si mira que anteriormente, estaban un como poquito descuidados con los peladitos y ahora se han puesto como más las pilas” (MF1)

“Porque los mandaban hasta a veces, había como y no les daban de desayunar, entonces esa partecita pues todavía la estamos reforzando, pero en sí ha cambiado y ha mejorado bastante” (MF5)

“Ha sido muy importante sobre todo porque lo hemos podido replicar, porque de nada sirve que a nosotros vinieron y nos dieron las charlas y todo, un proyecto bonito y agradecemos mucho, pero que nosotros nos hubiéramos quedado con esa información, porque ahí la información lo que hemos recibido no solo nos sirve a nosotros ni a los padres sobre todo los niños porque ellos son como se dice el futuro del mañana y si podemos orientar a los papitos, los papitos pueden ayudar a sus hijos y entonces sabemos que vamos a tener una comunidad sana” (MF2).

A nivel Institucional se realizaron los procesos buscando sensibilizar a los funcionarios para fortalecer la articulación y operativización de los procesos, pero a diferencia de lo comunitario en el sector institucional no se observa continuidad

“Pues en el momento que citan a la parte con salud, la reunión como tal es donde empieza como que ha dinamizar las cosas, porque lo que se observa es que salud la Secretaria de Salud aparece al llamado es en el momento como para pagar incendios, entonces eso hace que como que no hay cosas de proceso de articulación por ejemplo la política de seguridad alimentaria está es muy buena, es una de las mejores ha habido procesos de trabajo comunitario, la identifican docentes, la identifican madres comunitarias, la identifican líderes de consejos comunitarios, todo el mundo, pero el municipio no le ha colocado como la trascendencia ni la dinámica de poder seguir motivando, entonces si se trabaja y se sigue trabajando independientemente de pronto desarticulado líderes y lo demás” (FICBF)

“Bueno pues cuando terminó la contratación con la Gobernación se quiso lograr seguir con este con este proceso, pero ya no había una institución líder de que nos apoyara con la mesa y pues ahí ya cada quien se independizó cada institución pues a trabajar por individualmente” (FSSM)

“En el momento en que ustedes se fueron, pues siguieron cada una de las actividades con las madres comunitarias, lo demás, pero lo que no se mira es que le hagan el respectivo seguimiento, entonces cuando no le hace seguimiento que se tiene alrededor del proceso, la parte del apoyo, la sostenibilidad no se va a ver” (FICBF).

4.3.4 Ambientes favorables a la Salud. Entornos saludables

A partir de las acciones de promoción de la salud, educación, movilización social se buscó contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones en sus entornos(61), acorde a lo estipulado en la estrategia de entornos saludables que busca el “ desarrollo de acciones integrales seguras y sostenibles para lograr la reducción de los riesgos y la promoción de los factores protectores del entorno en la salud, con énfasis en escuelas y viviendas”(62). Con los procesos desarrollados en la estrategia de mitigación se buscó brindar herramientas para contribuir en el fortalecimiento de estos entornos.

Las madres FAMI manifiestan cambios en sus entornos a partir de la intervención como en las siguientes expresiones

“Si hubieron cambios porque, primero a pesar de que nosotros trabajábamos con una minuta, lo trabajábamos sabíamos que era lo adecuado para los niños de esa edad, pero cuando comenzamos con el proyecto nos fue muy importante porque allí fue donde comenzamos a identificar casos de desnutrición y como podíamos hacer para evitar eso” (MF3)

“Otra cosa muy importante que gracias a este proyecto pudimos concientizar a los papitos y orientarlos y incentivarlos para que ellos también comenzaran a darles una nutrición balanceada a sus niños para que así tuvieran un buen crecimiento y no fueran más adelante a tener niños bajos de peso o enfrentarse a una desnutrición que como sabemos a veces se ve leve, pero a veces es bien complicado” (MF4)

“Pues gracias a eso también ahí fue donde comenzamos a replicar lo de las cremas, las papillas que los niños o sea y nosotros mismos era algo desconocido si nosotros nos tocaba hacer acelga hacíamos una ensalada pero ya se buscaron estrategias para que los niños consumieran algunos productos que no los consumían, por medio de eso aprendimos a hacer las cremas y nos ha ayudado muchísimo, eso ha garantizado que los niños comieran las verduras que no comían” (MF5)

“En el hogar comunitario organizaron la minuta patrón para preparar diferentes tipos de cremas sopas con diferentes verduras para prevención en desnutrición” (MF1).

Desde la visión institucional de igual manera se identifica el efecto de las acciones frente a la construcción de entornos saludables

“Las acciones de educación y capacitación en el seguimiento inicial que realizaron con las madres comunitarias y con los líderes comunitarios mirando ya lo de la parte de hábitos alimentarios saludables, con lo que les explicaron de las guías alimentarias basadas en alimentos o las guías basadas en alimentos las GABAS y la verificación dentro de la implementación del mismo proyecto por ejemplo de ICBF en hogares comunitarios por ejemplo de cómo ellas interpretaban mejor lo de las minutas, lo demás, la parte de hábitos en el sentido de higiene, lo que tenía que ver para el aprovechamiento biológico” (FICBF).

4.3.5. Reorientación de los Servicios de Salud

Es importante reconocer las ventajas que se establecen al trabajar desde promoción de la salud relacionado con el ámbito de servicios de la salud, es por esto que es necesario fortalecer la reorientación de dichos servicios a partir de favorecer

conductas de autocuidado y una mejor utilización de los servicios lo que en el tema de desnutrición infantil nos da la oportunidad de identificar manifestaciones iniciales que nos permitan activar oportunamente rutas de prevención y atención. En la intervención desarrollada se buscó que la población identifique el cómo reconocer de manera oportuna signos de alarma, realizar las intervenciones primarias y acceder a los servicios sanitarios de manera eficaz y efectiva, las madres comunitarias expresaron:

“El proceso educativo si nos sirve como herramienta, miramos cuando el niño está nutrido y cuando no está nutrido, ¿por qué? Porque tiene un cambio la piel en su cuerpecito, en el cabello y entonces ahí nosotros tenemos que tener unos signos de alarma y hablarle pues a los padres en las condiciones en las que el niño está” (MF1)

“Si nos ha servido la orientación de desnutrición y nutrición porque hemos aprendido a conocer a los niños que están desnutridos o que están enfermos o que tienen algo y así replicarle a los padres para ellos también orientarlos para que también conozcan a los niños que estén bajo de peso, desnutridos o bien nutridos” (MF4)

“La ruta que conocemos es observar, pesar, tallar y mandar el reporte a nuestra entidad; nuestra entidad se encarga de mandar el reporte a bienestar para que bienestar se ponga pilas con el procedimiento del niño que está bajo de peso; y bienestar ya toma acciones por medio de visitas por medio de peso por medio de talla porque en eso también bienestar a veces es cuidadoso si, toca decir lo que es, a veces cuando hay un reporte en una comunidad a veces no solo llegan visitando al niño en si sino a cualquier dos tres niños y pesan para hacer como que ellos son los que están encontrando su observación como para que uno se quede un poquito fuera porque pues por el medio donde vivimos” (MF3).

La ruta de prevención y atención se trabajó de igual manera desde los sectores institucionales como garantes de derechos, pero posterior a terminar el proceso no se hizo tan evidente el efecto frente a la articulación institucional

“Bueno pues, se formó una mesa de Seguridad Alimentaria en el cual participaban diferentes instituciones y se articulaban para hacer búsqueda activa de niños menores de 5 años con desnutrición” (FSSM)

“Los cambios en la comunidad si, por eso te digo la sensibilización la identificación, se fortalecieron la gente como tal, ellos identifican todo, y pues la idea es seguir con esos procesos, pero si la municipalidad no cumple con lo que le corresponde entonces no hacemos nada, el comunitario es más fuerte que el institucional” “las acciones se hacen como individual” (FICBF)

La descripción de la percepción que tienen los actores comunitarios e institucionales, permite identificar los resultados de la ejecución del proyecto y las posibilidades que tiene la aplicación de las estrategias de Promoción de la Salud, en la implementación de la Política Pública para la mitigación de la problemática de desnutrición infantil en territorios de alta vulnerabilidad por la pobreza, el aislamiento geográfico y con dificultades estructurales en la prestación de los servicios de salud. Así mismo, mostró la voluntad de los agentes comunitarios de trabajar en procura de apoyar a su comunidad para superar la problemática.

4.4 LOGROS Y OPORTUNIDADES

La propuesta de intervención denominada “Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en el Municipio de Tumaco,” se construyó y desarrollo con la intencionalidad de contribuir a la implementación de la política SSAN y estableció como objetivo general: desarrollar un plan integral para contribuir en la protección del derecho a la vida de los niños y niñas menores de cinco años de 10 municipios del Departamento de Nariño y como objetivos específicos: Fortalecer las capacidades locales en el componente nutricional para identificar niños con riesgo nutricional. Identificar los niños menores de cinco años con déficit nutricional en los municipios priorizados en el Departamento de Nariño. Establecer alianzas intersectoriales con entidades locales y comunitarias para potencializar la protección de las familias de menores con déficit nutricional. Fortalecer rutas de atención en los municipios para los niños con riesgo o déficit de atención y direccionamiento a los servicios.

Estos objetivos permitieron establecer las acciones estratégicas con un enfoque de Promoción de la Salud, acorde al PDSP 2012-2021, en los cuales se puede evidenciar que el componente de Educación fue un pilar fundamental para fortalecer las actitudes y aptitudes sobre la política de seguridad alimentaria, tanto en los actores comunitarios como institucionales.

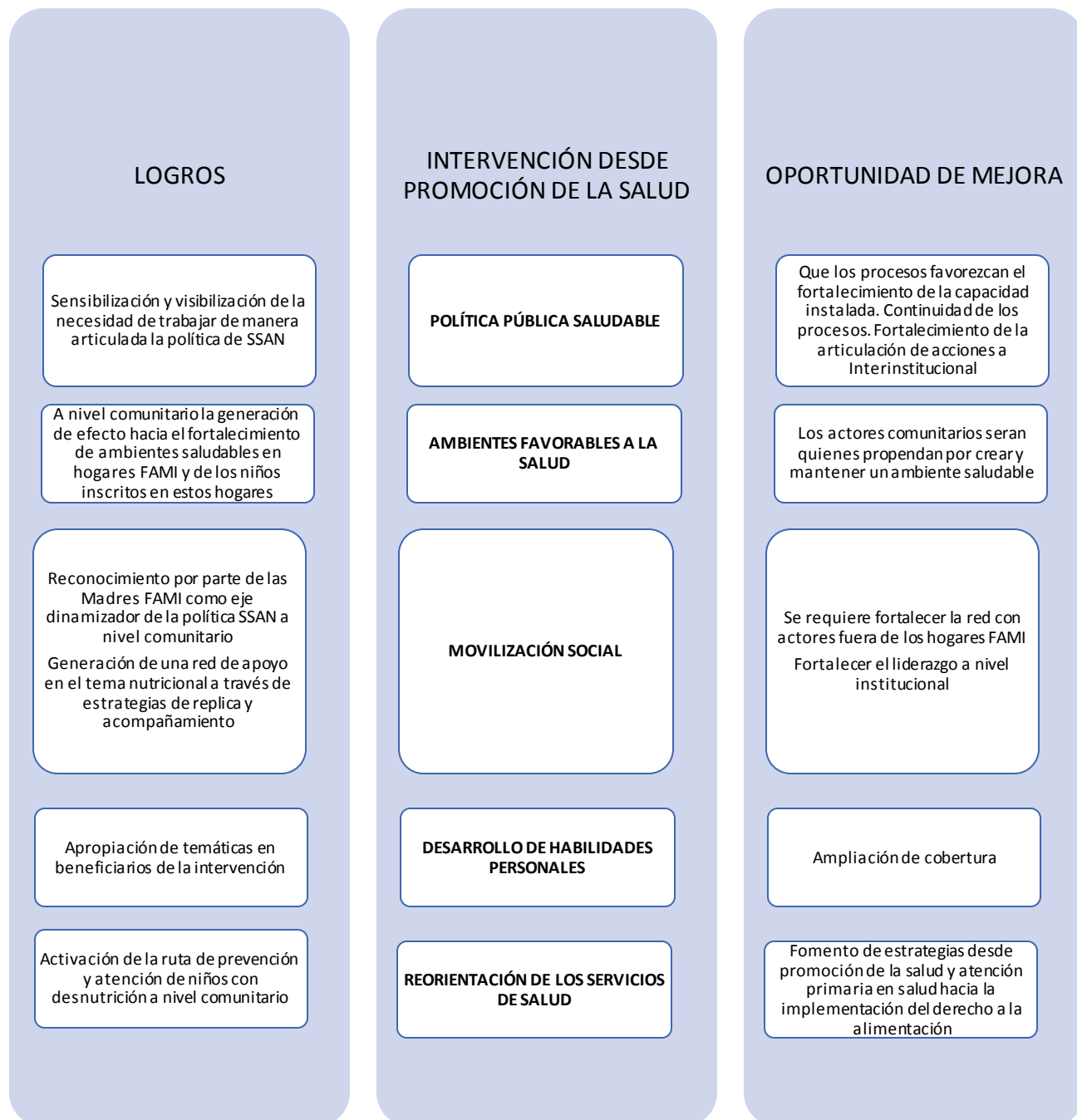
De acuerdo con la expresión de la OMS, de considerar la educación como la vía para el desarrollo integral de las comunidades, intervenir en los determinantes sociales de la salud a través del fomento y desarrollo de competencias respecto a conocimientos, habilidades y destrezas que permiten a las personas comprender y participar conscientemente en el entorno donde vive (63). A través de la Educación para la salud se aprende a “vivir mejor, no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo, por lo tanto, procesos de educación para la salud basados en la comunicación, el diálogo de saberes, la pedagogía activa crítica, participativa y transformadora logran el empoderamiento individual y la transformación de las

realidades en las que estamos inmersos. De igual modo es la educación para la salud, es una estrategia de la salud pública y de promoción de la salud que utiliza diversos métodos educativos, políticos y de acción social, basados en la teoría, la investigación y la práctica, para trabajar con individuos, grupos, poblaciones, comunidades e instituciones con el fin de fomentar la toma de decisiones favorables a la salud, el análisis crítico de la información, el entendimiento de los determinantes de la salud y el compromiso con la acción social y colectiva (64).

Teniendo como referente este planteamiento, la experiencia en el desarrollo del proyecto muestra que el proceso educativo, a través de la capacitación, utilizando un enfoque pedagógico constructivista, permitió que los actores institucionales y comunitarios reconozcan como una fortaleza, el conocer aspectos importantes como las bases conceptuales sobre nutrición, factores de riesgo a desnutrición en los niños menores de cinco años, detección de niños con desnutrición, la ruta de atención, y los factores que facilitan tener un entorno saludable para la nutrición infantil, que permite decir, que el proyecto deja en la localidad de Tumaco, un grupo de actores capacitados, que reconocen y hacen evidente sus aprendizajes y que gracias a ella son capaces de reconocer las falencias y necesidades que deben superarse para potencializar el trabajo armónico entre la comunidad y las instituciones que tienen la responsabilidad de implementar las políticas públicas.

A partir de la revisión documental y la interpretación desde los actores locales y comunitarios es posible identificar los siguientes logros y oportunidades de mejora (figura 4)

Figura 4. Logros y oportunidades de mejora del proceso de intervención desde la Promoción de la Salud



4.5 PROPUESTA DE LINEAMIENTOS

Como un aporte para contribuir al impacto positivo en la población destinataria de la política SSAN y, con base en la experiencia adquirida en la ejecución del proyecto denominado “Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en el Municipios de Tumaco, del Departamento de Nariño”, se proponen las siguientes acciones:

Fortalecer la política de Atención Primaria en Salud – APS, a través de estrategias de Promoción de la Salud haciendo énfasis en la apropiación o desarrollo de acciones que tienen relación con la movilización social y empoderamiento, con el propósito de generar en la comunidad la cultura del autocuidado.

El impacto de la implementación de una política pública, en este caso sobre nutrición en menores de cinco años, requiere de procesos de información y educación que involucren a la comunidad conscientemente en la resolución de un problema, es decir: propiciar el empoderamiento.

Concebir la intersectorialidad como una acción que permite la integración de las instituciones para el logro de unos objetivos comunes, reconociendo que la salud de los niños no depende únicamente del sector salud sino de otros sectores y que, para ello, en los entes territoriales se conforman las mesas técnicas como estrategia para facilitar la articulación. El fomento del trabajo intersectorial genera impacto positivo en las políticas públicas, minimizando la repetición de acciones con las consecuentes pérdidas de recursos y tiempo.

A nivel local se requiere que las acciones se conviertan en procesos, en los cuales las entidades se articulan desde la planeación de actividades hasta la ejecución y evaluación, partiendo de las tareas misionales de cada institución con el fin de lograr la complementación y trabajar de manera transectorial.

Para lograr la articulación se requiere que desde cada entidad los funcionarios tengan claridad de los procesos y acciones a desarrollar y que estas partan de la visión de promoción de la salud; en este caso de la seguridad alimentaria y posteriormente la intervención desde cada nivel de prevención.

En el municipio se presenta la intervención de varias entidades; se requiere que a nivel regional se presenten o construyan los proyectos o planes de intervención teniendo en cuenta los antecedentes e instituciones, tanto locales como externas, para que desde el conocimiento y la articulación se pueda generar un mayor efecto sobre la población destinataria o aquella relacionada con atención, manejo de SSAN. Se deben establecer agendas para planeación y seguimiento

La articulación en general debe suponer un esfuerzo que permita superar los meros acuerdos de acciones específicas y en su lugar, dar curso y viabilidad a la construcción de acciones donde se potencialicen las intervenciones y por tanto sus efectos sobre las comunidades y los mismos actores institucionales.

Para la implementación de la política pública se requiere una hoja de ruta que de claridad acerca de los procesos necesarios que conduzcan a la materialización del derecho humano a la alimentación.

La seguridad y soberanía alimentaria empieza desde las comunidades, por tanto, reforzando el papel de cuidadores y líderes comunitarios se deben mantener procesos de formación basados en el reconocimiento y potencialización de recursos propios para que, a partir de estos, se genere movilización social y entornos saludables. Los procesos formativos deben llegar y ser continuos en todas las zonas, por tanto, es necesario plantear estrategias de impacto en lugares de difícil acceso.

Todas las intervenciones deben generar procesos hacia la soberanía alimentaria, a través de trabajo articulado desde promoción de la salud (nuevas estrategias) entre los actores comunitarios e institucionales y a partir de esto, generación de capacidad instalada para la implementación progresiva del derecho a la alimentación

Las intervenciones se deben hacer de manera integral incluyendo los sectores: salud, educación, planeación, desarrollo agrario, entidades como ONGs, entre otras.

Es importante contar con veedores que hagan seguimiento a los planes pactados y su implementación.

La entrega de las minutas debe ir acompañada de una capacitación, a través de estrategias participativas que fomenten en las familias la transformación de hábitos de alimentación con el fin de combatir la desnutrición infantil.

Es necesario implementar procesos de evaluación que evidencien resultados de la implementación de la política sobre Seguridad Alimentaria en los niños menores de cinco años

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El proceso de sistematizar experiencias siguiendo una metodología de investigación, permite analizar cada uno de los momentos de la ejecución de un proyecto a la luz de la intencionalidad con la cual fue planteado, para aportar a otros trabajos que se realicen con la misma finalidad.

Según Jara, la sistematización de experiencias contribuye a identificar las tensiones entre, el proyecto, el proceso y las lecciones aprendidas para comprender e interpretar los momentos de la ejecución de acciones en un contexto determinado con características socio-económicas, culturales y geográficas específicas. “La sistematización de experiencias permite ligar la reflexión que emerge de lo que vivimos con otras aproximaciones teóricas, para poder comprender, más allá de la pura descripción o inmediatez, lo que estamos viviendo”(65).

Desde esta posición teórica, la sistematización del proyecto sobre “Estrategia para la mitigación y atención de niños y niñas menores de cinco años con riesgo o desnutrición infantil en los Municipios de la Costa Pacífica del Departamento de Nariño” ejecutado en el Municipio de Tumaco Nariño, como una estrategia para enfrentar el problema nutricional en los niños menores de cinco años, permite comprender la intencionalidad de los organismos gubernamentales de enfrentar los problemas de salud a través de la implementación de políticas públicas con la intervención de las autoridades de salud, en este caso, Instituto Departamental de Salud y la academia, Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño, que al vincularse analizan y proponen estrategias que permitan articular visiones preventivistas con una concepción amplia de salud como es la Promoción de la salud y desde este enfoque, realizar acciones propias de las áreas estratégicas de PS, para fortalecer y mantener una nutrición adecuada, acorde con las características del entorno y prevenir la desnutrición y sus consecuencias siguiendo los lineamientos del PDSP, que se constituye en la política a implementar en las regiones.

Entendiendo las políticas públicas como “un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés / beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente (con las correcciones marginales necesarias), en correspondencia con el cumplimiento de funciones públicas que son de naturaleza permanente o con la atención de problemas públicos cuya solución implica una acción sostenida (66); que para el caso de la nutrición en niños menores de cinco años, la Gobernación de Nariño planteó como finalidad aunar esfuerzos para mejorar la calidad, ampliar coberturas especialmente en

grupos específicos respetando y fortaleciendo la diversidad étnica y cultural, utilizando de manera prioritaria productos de la región(7), principios coherentes con las nuevas concepciones sobre PS.

La reforma al Sistema de Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, a través de la política de atención integral, toma como uno de sus fundamentos conceptuales el enunciado sobre la finalidad de los sistemas de salud y hacia donde orientar los recursos económicos para obtener bienestar y mejorar la calidad de vida de la población y enuncia: “El objetivo central de un sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de su población. Bajo el concepto de seguridad social, el gasto más representativo está justificado en la provisión de los servicios de salud. Sin embargo, desde el Reporte Lalonde (1974) se ha establecido que las intervenciones biomédicas tienen poco impacto en el estado de salud de las poblaciones y que sólo las intervenciones de naturaleza promocional, preventiva y ambiental que afectan el entorno y estilo de vida, producen cambios significativos en esas condiciones de salud”(67).

A pesar de reconocer la importancia de la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad para mejorar las condiciones de la población, sin embargo, subsiste en primer lugar el privilegio a la financiación y desarrollo de las acciones asistenciales- curativas y en segundo lugar mantener sin explicitar, como diría Eslava, las lógicas preventivistas de las lógicas en Promoción de la Salud para, “con base en esta distinción, articular estos componentes en una visión integral de política de salud que, al mismo tiempo que complejiza el campo sanitario, posibilita la construcción de lineamientos de política de salud en la doble dimensión”(20).

Desde la lógica preventivista el fin de la implementación de una política sobre nutrición la finalidad sería evitar la desnutrición proporcionando los suplementos necesarios para evitar la enfermedad. Desde la lógica de Promoción de la Salud las acciones irían dirigidas hacia la transformación de condiciones de vida en el entorno donde se vive y reconocer que la nutrición apropiada depende de la acción de varios sectores.

Desde ésta perspectiva, y de acuerdo con Álvaro Franco Giraldo y Luis López Giraldo: “en el campo de las políticas públicas alimentarias, es posible afirmar que la soberanía alimentaria constituye una parte fundamental del entramado de la determinación social de la salud, que debería ir de la mano con las estrategias de promoción de la salud y del desarrollo social”(68).

En el caso de la ejecución del proyecto relacionado con la nutrición de niños menores de cinco años, en una población con alta vulnerabilidad por la pobreza, etnia y situaciones sociales por la presencia de narcotráfico, la bidireccionalidad de las actividades, (Promoción de la salud – Prevención de la enfermedad) fueron

importantes y reconocidas especialmente por los actores comunitarios quienes se capacitaron para ofrecer una nutrición adecuada para mantener a los niños en condiciones saludables para crecer y desarrollarse apropiadamente, anticipándose al riesgo a desnutrición, reconocieron la alimentación como un derecho que tienen los niños, y para hacerlo efectivo, es necesario articular las acciones con instituciones del Estado como es Bienestar Familiar (ICBF), las entidades de salud y el programa de madres FAMI, con el fin de garantizar una nutrición apropiada para este grupo de edad, por otra parte, el enfoque metodológico utilizado en la capacitación enfocado hacia el aprendizaje significativo, motivó y promovió el proceso de réplica siguiendo el proceso de formación de formadores que contribuye a empoderar a la comunidad sobre la importancia de la nutrición en los niños, conocer los recursos existentes en el entorno y las obligaciones del Estado para proteger el derecho a una alimentación sana.

Además, es necesario reconocer que para lograr una transformación en seguridad y salud alimentaria se requieren procesos con base en educación en salud con enfoque integral que favorezca la generación de aprendizajes que permitan implementación de acciones para el autocuidado individual, movilización de actores y construcción colectiva de una cultura que favorezca el estado de salud desde los actores comunitarios y de los diferentes sectores institucionales(69). “Aprendemos para vivir mejor, no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo, por lo tanto procesos de educación para la salud basados en la comunicación, el diálogo de saberes, la pedagogía activa crítica, participativa y transformadora logran el empoderamiento individual y la transformación de las realidades en las que estamos inmersos”(63). Estos procesos con base en educación se desarrollaron en la estrategia con efecto más evidente en lo comunitario que en el sector institucional.

Por otra parte, en la sistematización se identificó que las intervenciones en salud pública requieren continuidad y sostenibilidad permitiendo así fortalecer la acción comunitaria, esto a través de un proceso de movilización por medio del cual la comunidad “se organiza y capacita, asume a conciencia su papel de agente o sujeto de autodesarrollo y junto con la administración local y las instituciones identifica, prepara, ejecuta y evalúa proyectos de y para su desarrollo” (70). Con el fin de generar estilos de vida saludable que van más allá de los hábitos saludables e incluyen “las formas de pensar y de comportarse de las personas en su relación consigo mismas, en el control de sus vidas y su proyecto de vida, las relaciones interpersonales, los patrones de relación con el entorno en que se vive, el repertorio de habilidades personales y sociales de que se dispone”(71). Es importante reconocer que la salud y los estilos de vida son subjetivos y dinámicos, diferentes para cada persona y cada distinta situación de su vida; no hay un estilo de vida óptimo para todas las personas” (71). Por lo tanto las estrategias de promoción de la salud se pueden implementar a lo largo del proceso salud enfermedad y en cualquier momento del curso de vida.

La implementación de la política sobre seguridad alimentaria en los municipios de la Costa Pacífica de Nariño, se puede entender también como una manifestación de la necesidad de promover acciones de Atención Primaria en Salud (APS) entendida como “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”(72).

La APS requiere de la sinergia e interrelación de tres componentes: los servicios de salud, acciones y políticas multisectoriales y desarrollar un dialogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la auto asistencia y la autosuficiencia en la salud(72).

Esta sinergia se requiere desde el primer nivel de atención, haciendo evidente la importancia de la prestación de servicios en el tema de nutrición infantil, a través de la captación de niños con dificultades nutricionales, el fortalecimiento comunitario, el monitoreo a través del servicio de crecimiento y desarrollo y el fortalecimiento de las actividades intersectoriales, de acuerdo a las responsabilidades que le corresponde a cada una de las instituciones y que se expresaron a través de la formalización de la ruta de atención que se activa cuando, el actor comunitario capacitado, considera que es necesario iniciar con el proceso de atención integral que garantice el derecho a la salud del niño.

CONCLUSIONES

En salud pública se desarrollan proyectos, programas que buscan proteger y mantener la salud de las poblaciones humanas, las acciones implementadas generalmente no se evalúan o sistematizan por diferentes condiciones, en este aspecto se debe resaltar la importancia de la sistematización de experiencias siendo una herramienta que facilita la documentación y reflexión críticas de las intervenciones con el fin de generar lecciones aprendidas como una práctica transformadora en beneficio de las comunidades.

La estrategia desarrollada en el municipio se construyó a partir del conocimiento de las condiciones del municipio, con base en lineamientos nacionales y regionales; permitió la implementación de acciones a través de un trabajo articulado entre un equipo multidisciplinario y los actores locales con el fin de fortalecer la seguridad alimentaria

La sistematización de la estrategia muestra la importancia de realizar intervenciones desde la promoción de la salud que incluya a los actores locales tanto instituciones como comunitarios en el marco de procesos contruidos desde la realidad local y las herramientas propias que puedan ser fortalecidas para la transformación de su entorno

A través de esta investigación se identificaron como logros de la estrategia la apropiación de temáticas, fortalecimiento de la red y los cambios en los entornos a nivel comunitario; como oportunidades de mejora, fortalecer la red y liderazgo a nivel institucional y la continuidad y ampliación de cobertura de las intervenciones entre otras. Con esta base se propusieron acciones para contribuir al impacto positivo en la población destinataria de la política sobre seguridad alimentaria en niños menores de cinco años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heckman J. La inversión en el desarrollo durante la primera infancia: Reduce déficits y fortalece la economía. Illinois; 2009.
2. Unicef. Estado Mundial de la Infancia 2016 [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2016>
3. ONU Programa Mundial de alimentos. Datos del hambre [Internet]. [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://es.wfp.org/nutricion>
4. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de la Inseguridad Alimentaria para América Latina y el Caribe [Internet]. 2015. Available from: www.fao.org/publications
5. Ministerio de salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015 [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Encuesta-Nacional-de-Situación-Nutricional-de-Colombia-ENSIN-2015.aspx>
6. Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN. Eventos de Notificación Obligatorio en Salud (ENOS) [Internet]. [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/epidemiologia/429-eventos-de-notificacion-enos/6922-informe-enos-por-municipios-y-departamento-anos-2010-a-2020>
7. Gobernación de Nariño. Plan Decenal de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional 2010 – 2019. Pasto; 2010.
8. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Informe plan de mitigación del riesgo de desnutrición regional Nariño 2014. Pasto: ICBF; 2014.
9. Lizaraso F. Promoción de la salud : un tema pendiente. Rev Horiz Med [Internet]. 2012;12(2):6–7. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637125001%0ACómo>
10. Organización mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa (Canada):OMS; 1986.
11. Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Bogotá D.C.: Editorial Panamericana; 2002.
12. Segunda conferencia internacional de promoción de la salud. Políticas a favor de la salud. In Adelaida (Australia); 1988.

13. Tercera conferencia Internacional de Promocion de la salud. SUNDSVALL.pdf. In Sundsvall S. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud. Sundsvall (Suecia); 1991.
14. Organización mundial de la salud. Cuarta Conferencia Internacional de Promocion de la salud. Declaración de Yakarta. Yakarta (Indonesia):OMS; 1997.
15. Organizacion Panamericana de la Salud. Quinta conferencia mundial de promociòn de la salud [Internet]. Perfil del Cancer de Bolivia (Estado plurinacional). México D.F: OPS; 2000. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22990&Itemid=270&lang=en&sa=U&ei=EIWVU7SUN8nLsQTYiYLwBQ&ved=0CAUQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNHlmZS_hfsL5NqWCkFUY5Z88sRNDA
16. Organización mundial de la salud. Sexta Conferencia internacional de Promoción de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok (Tailandia); 2005.
17. Organización mundial de salud. Séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Estrategias y compromisos [Internet]. Nairobi (Kenya); 2009. Available from: www.connect2change.org
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas [Internet]. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Helsinki (Finlandia); 2013. Available from: http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Shanghai (China); 2016. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>
20. Eslava JC. Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia. Rev salud pública. 2002;4(1):1–12.
21. Ministerio de Salud Republica de Colombia. Resolución 3997 de 1996 [Internet]. Bogotá D.C; 1996. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_3997_DE_1996.pdf
22. Ramírez H. ¿Qué es Promoción de la Salud? Medellin (Colombia); 2015.
23. Carmona LD, Rozo CM, Pérez Mogollón AS. La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. Rev Ciencias la Salud

- [Internet]. 2005;3(1):62–77. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56230108>
24. Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: Promoción de la salud: una antología. Publicación. Washington, DC: Organización panamericana de la salud; 1996.
 25. Quesada AC, Picado L. Aclarando las posiciones teóricas sobre el Enfoque en Promoción de la Salud: en busca de su efectiva implementación en el contexto actual. Rev Trab Soc [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 20];(12):73–89. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistraso/article/view/24082>
 26. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud publica 2012-2021 [Internet]. Ministerio de salud y proteccion social. Bogotá D.C.; 2012. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planes-territoriales-de-salud.aspx>
 27. Kaufer-Horwitz M, Perez-Lizaur A, Arroyo P. Nutriología Médica [Internet]. 4º. Editorial Médica Panamericana. Editorial Médica Panamericana; 2015 [cited 2022 Apr 23]. Available from: <https://www.medicapanamericana.com/co/libro/nutriologia-medica>
 28. Instituto Nacional de Salud. Información de Interés [Internet]. Instituto Nacional de Salud. [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://www.ins.gov.co/Transparencia/informacion-de-interes/Paginas/glosario.aspx?FilterField1=FL&FilterValue1=D>
 29. Comisión intersectorial para la atención integral de la primera infancia. Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la Primera Infancia. 2010;1–70.
 30. Comisión Intersectorial Atención Integral Primera Infancia. Estrategia de Atención Integral a la primera Infancia. Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión [Internet]. De cero a siempre, estrategia de atención integral a la primera infancia. Bogotá D.C; 2013. Available from: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>
 31. Alderman H, Behrman JR, Hoddinott J. The Challenge of Hunger and Malnutrition Challenge Paper. Copenhagen Consensus Challenge Paper. Washington, DC; 2004.
 32. Consejo Nacional de Política Económica Social, Departamento Nacional de Planeación. Conpes 113. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional [Internet]. Documento Conpes Social. Bogotá D.C; 2008. Available

from:

http://www.minambiente.gov.co/images/normativa/conpes/2008/conpes_0113_2008.pdf%5Cnhttps://www.minagricultura.gov.co/Normatividad/Conpes/conpes_113_08.pdf

33. Fian Colombia. Escalas de realización social del DHANA [Internet]. [cited 2022 Jun 7]. Available from: <https://fiancolombia.org/dhana-3/>
34. Rojas M, Del Castillo S. Fortalecimiento territorial en Derecho Humano a la Alimentación y formulación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria en la Fase 1. Transversalización del DHA en la planificación I. Bogotá D.C; 2020.
35. Ministerio de salud y protección social. Programa para la prevención y reducción la anemia nutricional en la primera infancia. Bogotá D.C; 2014.
36. Scaling Up Nutrition. La nutrición y los Objetivos de desarrollo sostenible - [Internet]. [cited 2022 Jun 7]. Available from: [https://scalingupnutrition.org/es/nutricion/la-nutricion-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible/#:~:text=La Agenda 2030 para el,de desarrollo sostenibles \(ODS\)](https://scalingupnutrition.org/es/nutricion/la-nutricion-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible/#:~:text=La Agenda 2030 para el,de desarrollo sostenibles (ODS))
37. Alianza Alimentaria. La nutrición y su relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2022 Jun 7]. Available from: <https://alianzaalimentaria.org/blog/la-nutricion-y-su-relacion-con-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>
38. Presidencia de la República de Colombia. Constitución política d POLITICA DE COLOMBIA 1991. Colombia; 1991.
39. Gobierno Nacional de Colombia. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012 -2020 [Internet]. Bogotá D.C.; 2012. Available from: <http://www.osancolombia.org/doc/pnsan.pdf>
40. Gobernacion de Nariño. Plan Participativo de Desarrollo Departamental. Nariño Corazon del Mundo 2016 - 2019 [Internet]. Gobernación de Nariño. Pasto; 2016. Available from: <http://xn--nario-rta.gov.co/inicio/index.php/gobernacion/plan-de-desarrollo/354-plan-de-desarrollo-departamental-narino-corazon-del-mundo-2016-2019>
41. Alcaldía de Tumaco. Plan de desarrollo Municipal 2016 - 2019 Tumaco nuestra pazión [Internet]. Tumaco; 2016. Available from: <http://www.tumaco-narino.gov.co/apc-aa-files/61616166346535623838616166343139/acuerdo-no.-008-2016-por-el-cual-se-adopta-el-plan-de-desarrollo-tumaco-nuestra-pazion-2.016-2.019.pdf>
42. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C.;

2019. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
43. Departamento administrativo Nacional de estadísticas - DANE. Proyecciones de la población. Censo general 2005 [Internet]. 2008 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1>
 44. Fundación Paz & Reconciliación. Lo que ocurre en Tumaco puede ocurrir en diez municipios [Internet]. Tumaco; 2017. Available from: <https://pares.com.co/2017/10/18/lo-que-ocurre-en-tumaco-puede-ocurrir-en-diez-municipios/%0Ahttp://www.pares.com.co/wp-content/uploads/2017/10/Tumaco-entre-la-guerra-y-la-paz.pdf>
 45. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Boletín Epidemiológico Instituto Departamental de Salud de Nariño Indicadores Básicos de salud 2017 [Internet]. Pasto; 2018. Available from: <http://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/boletines/boletin-2015-25-12-2016.pdf>
 46. Instituto Departamental de Salud de Nariño. Boletín Epidemiológico Instituto Departamental de Salud de Nariño Indicadores Básicos de salud 2018 [Internet]. Pasto; 2019. Available from: <http://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/boletines/boletin-2015-25-12-2016.pdf>
 47. Jara Holliday O. Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias [Internet]. Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias. 2011. Available from: http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf
 48. Rodríguez Ibagué LF, Díaz Muñoz MF. Políticas públicas y entornos saludables. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Bogotá D.C.: Editorial Universidad del Rosario; 2009. 50 p.
 49. Organización Panamericana de la salud. Promoción de la Salud [Internet]. Organización Panamericana de la salud. [cited 2022 Apr 27]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
 50. Bienestar Familiar, Unicef, Save the Children. Lineamiento de movilización social para la protección integral de la primera infancia, infancia y adolescencia. Bogotá D.C.; 2017.
 51. Bonal Ruiz R. Habilidades personales en la promoción de salud. In: Promoción de salud Programa Iberoamericano de Actualización Continua en medicina

- Familiar [Internet]. Mexico: Edit Intersistemas. SA; 2003. Available from: https://www.researchgate.net/publication/309378501_Habilidades_personales_en_la_promocion_de_salud
52. Franco-Giraldo A. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? Prim Heal Care Back to Past? [Internet]. 2012;30(1):83–94. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=83270068&lang=es&site=ehost-live>
 53. Hernandez Sampieri R. Metodología de la investigación. 6th ed. México D.F: McGRAW-HILL; 2014.
 54. Bonilla-García MÁ, López-Suárez AD. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. Cinta de moebio [Internet]. 2016 Dec;(57):305–15. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2016000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 55. Orozco Alvarado JC, Díaz Pérez AA. ¿Cómo redactar los antecedentes de una investigación cualitativa? Rev Electrónica Conoc Saberes y Prácticas. 2018;1(2):66–82.
 56. Corbetta P. Metodologia y Tecnicas de Investigacion Social. Madrid (España): McGRAW-HILL; 2007. 439 p.
 57. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. Investig en Educ Médica. 2013;2(5):55–60.
 58. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN 2010 [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2010. Available from: <https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/ResumenEjecutivoAbril6de2011.pdf>
 59. Gobierno Vasco. Acción Intersectorial en Salud - Salud en todas las políticas - Departamento de Salud [Internet]. Gobierno Vasco - Euskadi.eus. [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://www.euskadi.eus/accion-intersectorial-en-salud-accion-intersectorial-en-salud/web01-a2salpol/es/>
 60. Ministerio de de Salud y Protección Social. Resolución 0518 de 2105. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC. Bogotá D.C.; 2015.
 61. Ministerio de salud y protección social. Entornos Saludables [Internet]. [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/EntornosSaludables.aspx#:~:text=La Estrategia de Entornos Saludables permite realizar acciones de>

promoción, saludables complementadas con intervenciones de

62. Organización Panamericana de la Salud. Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia: Impulso al Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá D.C.; 2009. Available from: https://www.researchgate.net/publication/282613379_Entornos_Saludables_y_Development_Territorial_en_Colombia_Impulso_al_Logro_de_los_Objetivos_de_Development_del_Milenio_con_Equidad
63. Organización panamericana de la salud. Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral [Internet]. 2017. Available from: <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/35/42>
64. Arroyo HV. Curso de Métodos de Promoción de la Salud y Educación para la Salud II. Universidad de Puerto Rico.; 2012.
65. Holliday OJ. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. 1st ed. Bogotá D.C: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE; 2018. 258 p.
66. Aguilar Astorga CR, Marco Antonio LF. ¿QUÉ SON Y PARA QUÉ SIRVEN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS? Contrib a las Ciencias Soc [Internet]. 2009;1–15. Available from: www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm
67. Pizarro R. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Santiago de Chile; 2001.
68. López-Giraldo LA, Franco-Giraldo Á. Revisión de enfoques de políticas alimentarias: entre la seguridad y la soberanía alimentaria (2000-2013). Cad Saude Publica [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2022 Apr 25];31(7):1355–69. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701355&lng=es&tlng=es
69. Hernandez J. La ruta de la educación y comunicación para la salud. Orientaciones para su aplicación estratégica. Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
70. Ospina CG, Correa OT. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Hacia la promoción la salud. 2000;5:1–17.
71. Navarra.es. Metodología de la promoción de salud [Internet]. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjkef9m5z4AhXLTN8KHRgYCCYQFnoECAGQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.navarra.es%2FNR%2Frdonlyres%2F0B4DA52B->

F565-452C-A61F-
256C6078766E%2F193907%2FMETODOLOGIAPROMOCIONSALUD.pdf&us
g=AOvWaw08YJw-jlZorA6qF9WTsQ8c

72. Organización mundial de la salud. Atención primaria de salud [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 7]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

ANEXOS

Anexo A. Categorías y preguntas guiadoras según áreas estratégicas de promoción de la salud

Categoría	Preguntas guiadoras Actores institucionales - entrevista	Preguntas guiadoras Actores comunitarios – grupo focal
Política pública saludable	Como se estaba implementando la política pública de soberanía y seguridad alimentaria en el municipio. Existían políticas locales para la intervención de SSAN. Durante la ejecución del proyecto se establecieron acciones para priorizar el tema de soberanía y seguridad alimentaria. Se realizó trabajo articulado para las estrategias de SSAN. Como se mantuvieron los procesos al finalizar el proyecto en el Municipio.	Que intervenciones se hacían en el municipio para prevención de desnutrición Durante la ejecución del proyecto se establecieron acciones para priorizar el tema de desnutrición en niños. Conoce si se siguen haciendo actividades desde la Alcaldía, centro de Salud, hospital para la prevención de la desnutrición.
Ambientes favorables a la salud	Desde las acciones desarrolladas en el proyecto se propició la generación de entornos saludables en relación a la SSAN Que acciones se desarrollaron Que falencias se presentaron	Después de la ejecución del proyecto existieron cambios en el hogar infantil frente al tipo y suministro de alimentos para prevenir la desnutrición en los niños Qué tipo de cambios
Movilización social	Se desarrollaron procesos participativos que involucraron a los actores de SSAN en el municipio Que acciones se han desarrollado posterior a la culminación del proyecto desde la red institucional Que estrategias ha utilizado para motivar a la comunidad a participar en las acciones SSAN Que estrategias desarrolladas en el proyecto considera favorecen la participación	Se fortaleció la red comunitaria frente a la prevención de desnutrición infantil Que acciones se han desarrollado posterior a la culminación del proyecto desde la comunidad Que estrategias desarrolladas en el proyecto considera favorecen la participación
Habilidades personales.	Durante el desarrollo del proyecto recibió información referente a SSAN Considera que la información recibida generó un cambio en sus actitudes frente a SSAN	Durante el desarrollo del proyecto recibió información referente a nutrición y desnutrición infantil Considera que la información recibida generó un cambio en sus actitudes frente a nutrición y desnutrición infantil

	Considera que el proceso de intervención recibido es una herramienta para la toma decisiones y la resolución de problemas en SSAN Que efecto tuvo el proceso de intervención Que mejoraría del proceso de intervención	Considera que el proceso educativo recibido es una herramienta para la toma decisiones y la resolución de problemas en nutrición y desnutrición infantil Que efecto tuvo el proceso educativo Que mejoraría del proceso educativo
Reorientación de los servicios de salud.	Los funcionarios del sector salud consideran que el proyecto le brindó herramientas para la implementación de acciones desde promoción de la salud Se desarrollaron actividades desde el proyecto que favorezcan acciones desde Atención Primaria en salud – Promoción de la salud Durante el proyecto se trabajó en la organización de la ruta de prevención y atención de desnutrición infantil Posterior a la culminación del proyecto se continuó con la implementación de la ruta	Considera que el proyecto le informó sobre la ruta de prevención y atención de desnutrición infantil a los niños

Anexo B. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE NARIÑO. COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIONES.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con cc No _____ de _____, actuando en nombre propio, libre, espontáneamente y sin presiones indebidas,

DECLARO

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de María Cristina Arteaga Benavides, el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación: “Logros y oportunidades en la implementación de la estrategia para mitigar el riesgo o la desnutrición de niños y niñas menores de cinco años en el Municipio de Tumaco 2017 – 2018.”. Que realizarán a su cargo, en representación de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Nariño y el objetivo del proyecto es Comprender los logros y oportunidades en la implementación de la estrategia para la mitigación del riesgo o la desnutrición infantil de niños y niñas menores de cinco, para proponer lineamientos que contribuyan al fortalecimiento de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional en el municipio de Tumaco.

Me han advertido que en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y mi privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido en el que se incluirán las personas que quieran participar de manera voluntaria y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias.

Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte frente al estudio puedo comunicarme con el investigador principal: María Cristina Arteaga B. al teléfono 3006785919.

He sido interrogado(a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto

AUTORIZO:

Para que Maria Cristina Arteaga B. me realice entrevistas, toma de registro fotográfico y de video que se solicitan en la información que previamente se ha entregado y que se anexa a este consentimiento. Esta autorización se concede por el término de 6 meses a partir del día de la firma del presente consentimiento.

El grupo investigador se compromete a informarme de los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en mi estado social o de salud.

En constancia, se firma el presente documento, en dos copias, una para el investigador y otra para el investigado, con sus anexos (si los hay) en _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del participante

Firma y cédula del participante

Nombre del investigador

Firma y cédula del investigador

Nombre del testigo

Firma y cédula del testigo.

Anexo C. Vaciamiento de información de grupo focal con actores comunitarios

ÁREAS ESTRATÉGICAS	Preguntas guidoras	Vaciado información	Proposición	Proposición agrupada	Categorías emergentes
POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE	Que intervenciones se hacían en el municipio para prevención de desnutrición	MF3 “En el municipio de Tumaco nunca hemos escuchado las madres comunitarias capacitación en pro de desnutrición” MF5 “No, porque igual el municipio en si brigadas o jornadas interesarse por salir a preguntar o censar no, lo poquito que tenemos entendido o hemos escuchado ahorita es gracias al programa o al ICBF que nos ha capacitado algunas veces”.	El grupo de Madres FAMI no reconoce que se desarrollen intervenciones desde entidades locales en el tema de nutrición infantil Las madres Fami como actores comunitarios, reconocen como intervención la capacitación en nutrición infantil.	No se identifican acciones desde entidades locales excepto ICBF y lo aportado desde el proyecto frente a la implementación de la política en SSAN Las madres Fami reconocen como intervención a la capacitación para implementar la política contra la desnutrición. El proyecto refuerza el reconocimiento de la importancia de la capacitación para entender el valor de las minutas entregadas por el ICBF y el Hospital para combatir la desnutrición infantil	Procesos de replica Reconocimiento Ausencia intervención institucional
	Durante la ejecución del proyecto se establecieron acciones para priorizar el tema de desnutrición en niños.	MF3 “Si, igual el ICBF siempre viene con una minuta patrón para regular el ámbito alimenticio en los niños, si, lo mismo en los jardines o agrupado, igual en el hospital pues también tienen una minuta donde ellos establecen con alimentar desde un niño pequeño hasta una persona adulta”. MF2 “Nos sirvió mucho porque gracias a ello pudimos comparar y reconocer algunos alimentos que eran altos en proteína y sobre todo pudimos trabajar con ellos y dar información a los papitos o trabajar con nuestros niños y eso nos ayudó mucho a que conocieran la importancia de una buena nutrición y evitar menos riesgo de desnutrición en nuestros niños” MF5 “En todas las capacitaciones que hemos tenido hemos también conocido sobre la nutrición y como alimentar a los niños para que tengan una buena alimentación y así no tengan desnutrición”	Se identifica que a través de la intervención realizada se reforzaron temáticas frente a nutrición y seguridad alimentaria. Reconocen el papel de ICBF frente al fomento de espacios o herramientas para fortalecer la nutrición en los niños		
	Conoce si se siguen haciendo actividades desde la Alcaldía, centro de Salud, hospital para la prevención de la desnutrición.	MF1 “Nunca la Alcaldía ha capacitado a madres comunitarias tampoco en pro de desnutrición” MF2 “De los centros de salud no, porque en los centros de salud lo que hacen es que cuando se llevan a los niños a crecimiento, estipulan dicen el niño está bajo de peso algunas veces les dan una vitamina que le mandan para la casa, pero en si ellos no se preocupan en saber si se está garantizando ese derecho con los niños o no, porque ellos simplemente lo dan porque lo mandan,	No reconocen la intervención en áreas rurales propiciada desde Centro de Salud u Hospital Las madres Fami no identifican actividades de seguimiento a través de		

		pero no capacitan no dan información adecuada a la mamá no hacen un plan de desarrollo alimentario, yo pienso que no”. MF4 “Del hospital no conocemos ninguna clase de ayuda de desnutrición para nuestros niños, dentro del hospital si se puede dar alguna clase de ayuda, fuera que salgan a los pueblos o las veredas no?” MF1 “En cuestión del centro de salud también tenemos una problemática que algunas niñas vienen a los hogares a las veredas paro a veces vienen a poner un refuerzo de vacuna, pero en cuestión de desnutrición en ninguna parte ni ellas vienen orientando diciéndole a la madre comunitaria o al padre de familia nada que corresponda a problema de desnutrición”	capacitación para prevenir la desnutrición por parte de los entes locales de salud.		
AMBIENTES FAVORABLES A LA SALUD	Después de la ejecución del proyecto existieron cambios en el hogar infantil frente al tipo y suministro de alimentos para prevenir la desnutrición en los niños Qué tipo de cambios	MF3 “Si hubieron cambios porque, primero a pesar de que nosotros trabajábamos con una minuta, lo trabajábamos sabíamos que era lo adecuado para los niños de esa edad, pero cuando comenzamos con el proyecto nos fue muy importante porque allí fue donde comenzamos a identificar casos de desnutrición y como podíamos hacer para evitar eso”. MF4 “Otra cosa muy importante que gracias a este proyecto pudimos concientizar a los papitos y orientarlos e incentivarlos para que ellos también comenzaran a darles una nutrición balanceada a sus niños para que así tuvieran un buen crecimiento y no fueran más adelante a tener niños bajos de peso o enfrentarse a una desnutrición que como sabemos a veces se ve leve, pero a veces es bien complicado”. MF5 “Pues gracias a eso también ahí fue donde comenzamos a replicar lo de las cremas, las papillas que los niños ó sea y nosotros mismos era algo desconocido si nosotros nos tocaba hacer acelga hacíamos una ensalada, pero ya se buscaron estrategias para que los niños consumieran algunos productos que no los consumían, por medio de eso aprendimos a hacer las cremas y nos ha ayudado muchísimo, eso ha garantizado que los niños comieran las verduras que no comían”. MF1 “En el hogar comunitario organizaron la minuta patrón para preparar diferentes tipos de cremas sopas con diferentes verduras para prevención en desnutrición”. MF2 “Entonces, porque ellos siempre se enfocaban en lo que era más, que era salud, que era nutrición. Pues de nutrición era saber cómo alimentarse bien y pues lo que es salud era como	Las madres FAMI perciben que después de la intervención que el proyecto generó cambios respecto al conocimiento y habilidad para identificar niños con riesgo o desnutrición. De igual manera se hicieron ajustes frente a las opciones alimentarias ofrecidas a los niños	Las madres Fami perciben que el proyecto generó cambios respecto a reconocer los signos de desnutrición y los patrones de alimentación para prevenirla en los niños	Empoderamiento Transformación

		mantenerse aseado, porque salud no era solamente asearme yo sino también pues la vivienda donde uno habita y también multiplicárselo a los padres de familia que era lo más importante, que ellos también nos guiaban a nosotros que tuviéramos esos dos enfoques”.			
MOVILIZACIÓN SOCIAL	Se fortaleció la red comunitaria frente a la prevención de desnutrición infantil	MF5 “Si tuvimos por parte de la gobernación orientación correcta a la nutrición, tuvimos también conocimiento las clases de nutrición que es severa y aguda” MF4 “Si también se fortaleció la comunidad, porque igual nosotros le damos charlas a los padres y le damos esa orientación a los padres sobre la nutrición y para que conozcan las clases de desnutrición que hay en nuestro medio con los niños”. MF3 “Nosotros en este tema venimos siendo como una red de apoyo para el pueblo, porque por ejemplo un compañera tiene diez usuarios, ya la compañera le replica a esos diez, la otra a otros diez, la otra a otros diez; ya sabemos que algunas mamitas quizás le pongan atención otras no pero si sabemos que es fundamental porque algunas por ejemplo en el hogar a veces llevaban una papita ahora ya yo cogía y se las devolvía a la casa ya no la llevan más porque en vez de meterle una papita le meten una fruta, si, entonces ellas comienzan a replicarlo en la casa y ya la una le va diciendo: no, no le des eso por esto, toca la fruta la verdura y hemos podido ver que en los hogares están consumiendo más verduras, más frutas y menos dulces”. MF2 “Si se ha notado el cambio en los niños porque gracias al ICBF en la minuta trae mucha comida frutas, verduras y una comida balanceada que se les da a los niños, entonces ellos así pueden mejorar la desnutrición”.	Las madres comunitarias se reconocen como un pilar importante para fortalecer las acciones en procura de una alimentación que prevenga la desnutrición infantil siendo quienes replican la capacitación sobre nutrición a los padres de familia para fomentar una alimentación balanceada y combatir la desnutrición.	Se manifiesta el fortalecimiento de la red comunitaria desde los procesos de formación siendo las madres FAMI un eje de esta red.	Transformación de hábitos y estilos de vida Red comunitaria
	Que acciones se han desarrollado posterior a la culminación del proyecto desde la comunidad	MF2 “Una orientación como conseguir alimentos bajo en costo que se enfoquen a nutrición y se pudo iniciar con los padres de familia” MF1 “A raíz de este proyecto salió una oportunidad o una opción de huertas caseras, si, entonces gracias a eso, por lo menos hay mamitas que dicen, ay es que a mí me da pereza comprar el pepino, ay es que me da pereza comprar un tomate, entonces nosotras hacíamos la huerta casera y eso se les replicaba, algunas ya sembraban el tomatillo, ya sembraban el pepino, ya sembraban	Posterior la intervención se generó una propuesta de huertas caseras como un factor complementario al proceso educativo. Las madres FAMI refieren que han evidenciado cambio en los niños frente a sus cuidados	A través de las acciones de la red se generan cambios en los positivos en padres y niños a su cuidado	

		la chillangua, entonces lo que iban a comprar en esos productos en la tienda, ya esa plata de la canasta familiar serviría por ejemplo para comprar la fruta, entonces eso ayudó mucho, pienso que a la economía y a la nutrición y sobre todo ayuda al sistema inmunológico de los niños que es lo más importante” MF1 “Entonces uno si mira que anteriormente, estaban un como poquito descuidados con los peladitos y ahora se han puesto como más las pilas”. MF5 “Porque los mandaban hasta a veces, había como y no les daban de desayunar, entonces esa partecita pues todavía la estamos reforzando, pero en sí ha cambiado y ha mejorado bastante”.			
	Que estrategias desarrolladas en el proyecto considera favorecen la participación	MF3 “Una estrategia fue capacitar y orientar a los padres de familia sobre la nutrición”. MF1 “La estrategia fue capacitar y las huertas en otras palabras la teoría y la práctica” MF2 “Primero que todo ellos solicitaban por escrito a ASOVILLALOLA. ASOVILLALOLA, hacía un consenso con ellos de los días que nosotras íbamos a parar las actividades. lo hacíamos bien en Tumaco o los últimos se hicieron acá en el Km 28, allá en el salón, en el rancho de mi mamá, pero pues igual nos acomodábamos, pero siempre era con consenso del trabajo de donde nosotras estamos que es ASOVILLALOLA” MF4 “Nos hacían así por grupos nos hacían las preguntas a las compañeras, pero para que, bien los muchachos bien activos, y si uno no entendía les podía preguntar y ellos con gusto nos respondían”. MF3 “Que cuando nos hacían las dinámicas nos decían de lo que teníamos en nuestro entorno, que dibujáramos cosas que nos servían acá nosotros frutas por ejemplo acá dibujamos la caña chillangua, cosas para nuestra alimentación por lo menos lo que se daba por acá. Entonces nosotras dibujábamos la caña, el coco, la chillangua, la concha, el camarón, el pescado porque es lo que está en nuestro entorno y la región. Ellos decían que son cosas que nos complementan en la nutrición”.	Las madres Fami reconocen que se desarrollaron acciones que permitieron reconocer las condiciones de la región y la participación activa del grupo		
DESARROLLO DE	Durante el desarrollo del proyecto recibió	MF1 “Recibimos orientación de desnutrición de parte de la Gobernación en los tipos de desnutrición, que fue severa y aguda,	Las madres comunitarias asumen la información como	El proceso educativo tiene un efecto	Información Educación

HABILIDADES PERSONALES	información referente a nutrición y desnutrición infantil	el cual consiste que un niño puede estar gordo y estar mal nutrido, puede estar delgado y puede tener buena nutrición como también puede estar con problemas de falta de vitaminas, puede tener anemia”. MF2 “Antes de la orientación uno podía mirar un niño y no podía saber si podía ser o no podía ser, entonces ahora podemos decir o estar más pendiente de decirle al padre de familia por favor usted ya lo llevó a crecimiento y desarrollo, ya lo llevo al médico, que no se le pasen las citas, para así estar como al pendiente de también de la salud del niño”. MF2 “Sabemos cuáles son los alimentos adecuados según el caso del niño y de la edad, porque no es lo mismo hay edades que un niño puede comerse un cuarto de manzana y hay edades donde un niño se puede comer media y una entonces a veces lo importante no es tener la cantidad o los productos o las frutas o las verduras, sino saber cuál es la cantidad adecuada que allí se estaría nutriendo un niño y fortaleciendo el sistema, los huesos, que eso ayuda también en el ánimo del niño”. MF4 “Y así, nos enseñaron muchas cosas, porque nosotros no teníamos conocimiento, porque francamente como madres comunitarias a veces llegan niños desnutridos que los llevan las madres y nosotros nos toca voltear de un lado para el otro y no sabemos en realidad, no sabíamos qué clase de desnutrición tienen los niños”. MF5 “Cuando ya nos dan el conocimiento entonces uno ya viene y dice... bueno este niño tiene tal desnutrición, entonces uno busca la ayuda para llevarlo al médico”. MF1 “Aprendimos cosas nuevas, cosas que uno no había mirado, no había escuchado, con explicaciones para mejorar la parte del trabajo fue muy importante”. MF1 “Pues sí, mire que cuando ellos nos hablaban de nutrición y la última parte que nos hablaron de lactancia materna entonces nos decían que los niños debían de tomar su leche materna hasta los 6 meses sin darle otro alimento, porque se les podía enfermar el estómago o ellos enfermarse con otra clase de infecciones en la boca por ingerir otros alimentos que no fueran la leche materna y entonces en un futuro ellos podrían enfermarse muy frecuente de la gastritis por haber consumido alimentación antes de los 6 meses. Entonces mire que esa partecita por más que yo soy licenciada en educación pre-escolar no la tenía clara”.	un proceso de enseñanza acerca del reconocimiento de signos de alarma de desnutrición en los niños, la conducta a seguir por parte de los padres de familia cuando existen y la importancia de la lactancia materna	positivo en el grupo quienes hacen referencia de sus aprendizajes	Participación comunitaria
-------------------------------	---	--	---	---	---------------------------

	Considera que la información recibida generó un cambio en sus actitudes frente a nutrición y desnutrición infantil	MF2 “Entre nosotras las madres comunitarias si generó un cambio, porque gracias a ellos aprendimos a identificar que niño está en riesgo de desnutrición, que niño está desnutrido y que niño está nutrido. Entonces eso es importante y gracias a eso aprendimos a porcionar y cómo tratar cada niño o cada situación en el momento”. MF3 “Porque cuando uno entiende ya trata como de otra forma entender las enfermedades de los niños, porque uno para ellos es todo”. MF4 “Sí, tenemos charlas con los padres de familia, hay momentos de taller, hay eventos que también hacemos en reunión de compartir con los padres de familia también y ese día nosotros sacamos una media hora para no aburrir al padre de familia ni al niño tampoco”. MF5 “Pues entonces nos dedicamos a orientar un poquito solamente para no quitar mucho tiempo no ser tan cansona y de allí seguimos con su dinámica pues en cuestión de cantos con los niños, juegos con los padres y así”.	El proceso de intervención genera cambios en el grupo frente al desarrollo de quehacer como madres comunitarias		
	Considera que el proceso educativo recibido es una herramienta para la toma decisiones y la resolución de problemas en nutrición y desnutrición infantil	MF1 “El proceso educativo si nos sirve como herramienta, miramos cuando el niño está nutrido y cuando no está nutrido, por que? Porque tiene un cambio la piel en su cuerpecito, en el cabello y entonces ahí nosotros tenemos que tener unos signos de alarma y hablarle pues a los padres en las condiciones en las que el niño está”. MF2 “Ha sido muy importante sobre todo porque lo hemos podido replicar, porque de nada sirve que a nosotros vinieron y nos dieron las charlas y todo, un proyecto bonito y agradecemos mucho, pero que nosotros nos hubiéramos quedado con esa información, porque ahí la información lo que hemos recibido no solo nos sirve a nosotros ni a los padres sobre todo los niños porque ellos son como se dice el futuro del mañana y si podemos orientar a los papitos, los papitos pueden ayudar a sus hijos y entonces sabemos que vamos a tener una comunidad sana” MF4 “Si nos ha servido la orientación de desnutrición y nutrición porque hemos aprendido a conocer a los niños que están desnutridos o que están enfermos o que tienen algo y así replicarles a los padres para ellos también orientarlos para que	Consideran el proceso como una herramienta para identificar niños con desnutrición y como base para poder enseñar a través de procesos de replica		

		también conozcan a los niños que estén bajo de peso, desnutridos o bien nutridos".			
	Que efecto tuvo el proceso educativo	MF4 "Muy positivo, porque para mí lo más gratificante no es habernos alimentado nosotros, yo pienso que lo más importante fue ayudar a nuestra comunidad, ayudar a nuestros niños y replicar esa información".			
	Que mejoraría del proceso educativo	MF2 "Mejoraríamos en el proceso educativo, más acompañamiento más seguido tanto para nosotras como para los padres de familia" MF3 "Cuando se dé la oportunidad no solo capacitarnos a nosotras como madres sino también a nuestras usuarias, porque nosotros capacitamos a nuestras usuarias, listo, pero si recibimos la capacitación ambas hay más integración, un enfoque diferente y ya nuestras usuarias replicarían a otros. Serían más personas sensibilizadas en este tema". MF5 "Pero igual también necesitaríamos que no nos cambiaran el personal".	Es relevante la continuidad en los procesos, ampliar la cobertura		
REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Considera que el proyecto le informó sobre la ruta de prevención y atención de desnutrición infantil a los niños	MF3 "La ruta es observar, pesar, talar y mandar el reporte a nuestra entidad; nuestra entidad se encarga de mandar el reporte a bienestar para que bienestar se ponga pila con el procedimiento del niño que está bajo de peso; y bienestar ya toma acciones por medio de visitas por medio de peso por medio de talla porque en eso también bienestar a veces es cuidadoso si, toca decir lo que es, a veces cuando hay un reporte en una comunidad a veces no solo llegan visitando al niño en si sino a cualquier dos tres niños y pesan para hacer como que ellos son los que están encontrando su observación como para que uno se quede un poquito fuera porque pues por el medio donde vivimos".	Se reconoce la ruta de prevención y atención de niños con desnutrición enlazada con ICBF	Se reconoce la ruta de prevención y atención de niños con desnutrición enlazada con ICBF	Atención Primaria en Salud APS

Anexo D. Vaciamiento de información de entrevistas los actores institucionales

ÁREAS ESTRATÉGICAS	Preguntas guiadoras	Vaciado información	Proposición	Proposición agrupada	Categorías emergentes
POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE	Como se estaba implementando la política pública de soberanía y seguridad alimentaria en el municipio.	FSSM "Bueno pues, se formó una mesa de Seguridad Alimentaria en el cual participaban diferentes instituciones y se articulaban para hacer búsqueda activa de niños menores de 5 años con desnutrición". FICBF "El municipio como tal no las hacía, porque el municipio no era que implementara, las hacía por un lado ICBF, los proyectos que estaban de Gobernación de Nariño y unos relacionados con el apoyo que era de la fundación de gestores por la seguridad alimentaria y nutricional"	La implementación de la política SSAN se realiza a través de una mesa técnica que articula las actividades de diferentes instituciones diferentes al Municipio.	La implementación de la política de soberanía y seguridad alimentaria se hace a través de la mesa técnica que articula a las instituciones presentes en la región, sin embargo, no se hace seguimiento que garantice la sostenibilidad en la implementación de la política	Intersectorialidad sostenibilidad
	Existían políticas locales para la intervención de SSAN.	FSSM "Pues existían, bueno si existían. El cuales fueron pues aquí hubo un proyecto con la universidad UNAL en el cual ellos hicieron una apertura acerca de la mesa de seguridad alimentaria y nutrición" FICBF "La política de seguridad alimentaria del municipio eran las reservas alimentarias, entonces eso ayudaba dentro de la parte del proceso o sea la implementación y operatividad como tal de la política municipal era a través de la UNIPA, los gestores, ICBF con los proyectos que tenían que ver con la parte de los ejes de seguridad, articulados más que todo ICBF, la Fundación de gestores por la SSAN y lo que correspondía a la parte del apoyo de lo que habla salud, pero el municipio no era que implementara"	Se reconoce la implementación a partir de intervenciones desde entidades externas, pero no desde entidades específicas de la entidad local		
	Durante la ejecución del proyecto se establecieron acciones para priorizar el tema de soberanía y seguridad alimentaria.	FSSM "Si se realizaron acciones, en el cual hubieron unas articulaciones también con el Instituto y se hacía búsqueda activa de niños menores de 5 años y se les hacía entrega de unas formulas nutricionales. FICBF "Fue importante, llega el proyecto y es importante, pero algo que yo observo y yo miro es que también se ven como de momentos y no de procesos y lo que se busca alrededor de las	Se identifican las acciones para priorización de acciones en SSAN a partir de la intervención. Se evidencia una falencia en las intervenciones por falta de seguimiento y construcción de procesos		

		políticas es que también se vean dentro de los procesos, que no queden como momentos sueltos”			
	¿Durante la ejecución del proyecto se establecieron acciones para fortalecer las políticas nacionales y regionales frente a SSAN?	FSSM “Bueno estas acciones si se realizaron, en el cual se implementación unas huertas caseras en diferentes veredas. FICBF “Articulación y coordinación interinstitucional, la parte de lo que corresponde a divulgación, las acciones de verificación con las entidades básicas y trabajo de base comunitario para la divulgación de la misma parte del proyecto, que ayudaba a la sensibilización de las políticas de seguridad alimentaria”	Se identifican acciones desde el proyecto para dinamizar la implementación de las políticas de SSAN a través de la articulación interinstitucional		
	Se realizó trabajo articulado para las estrategias de SSAN.	FSSM “Bueno pues, en este se hicieron articulación con el resguardo indígena, también se articuló ICBF, en el cual se dirigió hasta la zona de la UNIPA, se hicieron entrega de paquetes nutricionales y se hizo captación de niños con desnutrición”. FICBF “Pues por la parte de nosotros de ICBF nos dimos cuenta que ustedes estaban con operadores y lo demás, pero pues directamente que supiéramos el fuerte no pienso que tocaría reforzar más eso”	Es clara la articulación con actores comunitarios y es necesario fortalecer la institucional		
	Como se mantuvieron los procesos al finalizar el proyecto en el Municipio.	FSSM “Bueno se siguió continuando con la mesa de seguridad alimentaria con diferentes instituciones y además pues cuando se encontrábamos niños con desnutrición severa pues se hacia la captación y se hacia la remisión al primero o segundo nivel de atención para que estos niños fueran atendidos adecuadamente con el diagnóstico de la desnutrición”. FICBF “En el momento en que ustedes se fueron, pues siguieron cada una de las actividades con las madres comunitarias, lo demás, pero lo que no se mira es que le hagan el respectivo seguimiento, entonces cuando no le hace seguimiento que se tiene alrededor del proceso, la parte del apoyo, la sostenibilidad no se va a ver”	Se continuó con la mesa de soberanía y seguridad alimentaria y con las madres comunitarias, pero no se hace seguimiento poniendo en peligro la sostenibilidad de las acciones.		

AMBIENTES FAVORABLES A LA SALUD	Desde las acciones desarrolladas en el proyecto se propició la generación de entornos saludables en relación a la SSAN Que acciones se desarrollaron	FSSM "Pues aquí se articulaban con las con esta actividad del entorno saludable se articulaba con las madres FAMI, en el cual ellas participaban y eran capacitadas para los temas de desnutrición y estilos de vida saludables, las acciones fueron talleres educativos, también se hacía la los talleres con el UNICEF, también ellos participaban en estas actividades en el cual ellos capacitaban a las instituciones y a las madres FAMI y líderes comunitarios para la captación de los niños con desnutrición". FICBF "Las acciones de educación y capacitación en el seguimiento inicial que realizaron con las madres comunitarias y con los líderes comunitarios mirando ya lo de la parte de hábitos alimentarios saludables, con lo que les explicaron de las guías alimentarias basadas en alimentos o las guías basadas en alimentos las GABAS y la verificación dentro de la implementación del mismo proyecto por ejemplo de ICBF en hogares comunitarios por ejemplo de cómo ellas interpretaban mejor lo de las minutas, lo demás, la parte de hábitos en el sentido de higiene, lo que tenía que ver para el aprovechamiento biológico".	Se propiciaba la generación de entornos saludables a través de la capacitación y la puesta en práctica de la información	Desde la intervención se identifican las acciones de formación brindadas como herramienta para la generación de ambientes saludables, reiterando la falencia de continuidad de las acciones	Educación para la Salud Factores de riesgo a desnutrición infantil Falta de seguimiento a las acciones
	Que falencias se presentaron	FSSM "Bueno pues una de las falencias que se presentó fue que no hubo continuidad en el proyecto pues ya que para esa época se finalizó la contratación de la institución con el que se realizaba la mesa SSAN". FICBF "Volver y reforzar lo que tiene que ver con la participación en el seguimiento en la parte de cultura alimentaria y hábitos alimentarios protectores pero lo que vuelvo y digo son es los seguimientos y la formación de capacidad instalada comunitaria"	Se identifica como falencia la falta de continuidad de las acciones		
MOVILIZACIÓN SOCIAL	Se desarrollaron procesos participativos que involucraron a los actores de SSAN en el municipio	FSSM "Bueno pues cuando terminó la contratación con la Gobernación se quiso lograr seguir con este con este proceso, pero ya no había una institución líder de que nos apoyara con la mesa y pues ahí ya cada quien	Se desarrollan procesos para dinamizar y articular la implementación de la política, pero al finalizar la intervención se sigue trabajando de manera	Desde el proyecto se buscó la articulación institucional y la participación comunitaria, sin embargo, al finalizar el proyecto no se	Empoderamiento

		se independizó cada institución pues a trabajar por individualmente. FICBF "Pues en el momento que citan a la parte con salud, la reunión como tal es donde empieza como que ha dinamizar las cosas, porque lo que se observa es que salud la Secretaria de Salud aparece al llamado es en el momento como para pagar incendios, entonces eso hace que como que no hay cosas de proceso de articulación por ejemplo la política de seguridad alimentaria está es muy buena, es una de las mejores ha habido procesos de trabajo comunitario, la identifican docentes, la identifican madres comunitarias, la identifican líderes de consejos comunitarios, todo el mundo, pero el municipio no le ha colocado como la trascendencia ni la dinámica de poder seguir motivando, entonces si se trabaja y se sigue trabajando independientemente de pronto desarticulado líderes y lo demás"	independiente desde cada institución.	mantuvo, aunque los actores comunitarios y padres de familia continúan motivados hacia la prevenir la desnutrición	
	Que acciones se han desarrollado posterior a la culminación del proyecto desde la red institucional	FSSM "Pues digamos ya no me, no le puedo dar respuesta a esta pregunta porque yo hace ya varios añitos que no estoy en la institución donde hacíamos las actividades, entonces no le se dar respuesta si siguen o no con la mesa SSAN. FICBF "Se hacen como individual"	No se evidencia articulación posterior a la intervención		
	Que estrategias ha utilizado para motivar a la comunidad a participar en las acciones SSAN	FSSM "Pues una de las estrategias pues que se realizaba era trabajar con las madres FAMI, también se articuló con la institución de "mil días" en el cual ellos también pues nosotros les remitamos niños para que ellos fueran vinculados a los diferentes programas" FICBF "En este momento lo de la SSAN está quedado, y el que está motivando es la ART bastante con los trabajos de base con lo del pilar 7, y el Instituto dentro de la parte del pilar 7 promoviendo nuevamente y explicando para no se pierda en el sentido histórico la permanencia, para que no se pierda de lo que corresponde a la política, entonces la agencia de renovación del territorio que apoya en los	Las estrategias utilizadas son: el fortalecimiento de actores comunitarios, la articulación interinstitucional, la capacitación en los territorios y continuar con la formación de formadores.		

		planes de seguridad alimentaria, en la actualización en los territorios, en los municipios de pronto en las experiencias que la misma comunidad identifica y el Instituto de acuerdo a las mesas que ellos también convocan y los programas del Instituto como tal en su componente de alimentación y nutrición trata de mantener con los agentes educativos y que a la vez sigue formando a padres de familia o beneficiarios de los programas”			
	¿Qué dificultades considera se presentan para desarrollar procesos de movilización social en el municipio?	FSSM “Una de las dificultades es pues las zonas de difícil acceso para hacer estas captaciones”. FICBF “Pienso que no le han dado, es la voluntad como tal, porque dentro del municipio existe la ODIS que es la oficina de desarrollo e integración social, pero tuvieron una reestructuración y la política por ejemplo de seguridad alimentaria paso a la oficina de la mujer – Secretaría de la mujer, allí está para liderar pero no han podido llegar ni a ejecutar ni las convocatorias de las instituciones ni lo demás porque se dedicaron como que a fortalecer más esa parte de mujer, violencia basada en género y todo eso, entonces pienso que no le han dado la trascendencia, el tiempo y la voluntad para que la persona que esté en la representación de la política pueda liderar”	Existen dificultades como el difícil acceso geográfico, la estructura administrativa en el nivel local que impide liderar procesos		
	Que estrategias desarrolladas en el proyecto considera favorecen la participación	FSSM “Bueno pues es muy importante que se continúe con estos procesos con estos proyectos ya que tenemos que velar por el bienestar de los niños y que los niños no mueran por desnutrición, entonces pues seguir con esta continuidad para que nosotros cada día más los niños no mueran por desnutrición y ellos en caso que lo presenten puedan recuperarse”. FICBF “la articulación y la coordinación interinstitucional y las labores también que estaban haciendo de campo en el sentido que había la identificación de los mismos líderes y la motivación de ellos para citar dentro de las madres comunitarias que ya venían”. “Solo el	Se favorece la participación a través de la articulación interinstitucional, garantizar la continuidad de los procesos y motivar a los actores comunitarios y padres de familia.		

		tema, nosotros era por el tema, porque nos interesa el tema para dentro de lo que está de garantía del derecho progresivo y la seguridad alimentaria y nutricional, por el hecho de solo el tema ya nos llamaba la atención porque decíamos allí ya se va fortaleciendo más con las mismas madres, lo que le enseñan a los niños, la implementación con padres, entonces uno dice listo para ver cómo se sigue haciendo proceso. Lo que yo veo es que no se tienen que tomar como proyectos no más de momento porque entonces se va perdiendo el sentido alrededor de lo que se quiere histórico que son los procesos”			
DESARROLLO DE HABILIDADES PERSONALES	Durante el desarrollo del proyecto recibió información referente a SSAN	FSSM “Si se recibió esa capacitación en el cual nos hicieron unas donaciones de pesa, tallímetro, la Gobernación estuvo ahí pendiente de que el proyecto no decayera, pero desafortunadamente pues ellos les toco pues no seguir con el caso. FICBF “si en las reuniones y capacitaciones, ahí se entregó un material de la parte básica”	Durante el proyecto se realizó un proceso de capacitación	Se reconoce el efecto del proceso de capacitación como una oportunidad desde la sensibilización y la formación de líderes para generar oportunidad en el diagnóstico y tratamiento. La continuidad de los procesos facilitaría la captación de los casos.	Sensibilización Oportunidad en el Diagnóstico y tratamiento Continuidad de las acciones
	Considera que la información recibida generó un cambio en sus actitudes frente a SSAN	FSSM “Bueno si se generó un cambio ya que ellos nos dieron la capacitación y cuando vino el Instituto pues nosotros ya teníamos la idea y las pautas de como nosotros seguir desarrollando las actividades y también de que, en articulación con UNICEF, ellos y el Instituto nos dieron como unas pautas y a médicos y a enfermeras para unas fórmulas que se dieron de donación para los niños con desnutrición”. FICBF “Si, la parte de sensibilización en lo que es seguridad y soberanía alimentaria y a la vez que se van formando líderes, porque ellos en su momento en otros espacios como tienen conocimiento, digamos puede ser mínimo medio en este momento ellos apoyan dentro de lo que es el fortalecimiento hacia la promoción, divulgación de la misma política y de los hábitos y estilos de vida saludable”.	El proceso generó sensibilización y pautas en SSAN		
	Considera que el proceso de intervención recibido es una herramienta para la	FSSM “Si es una, si se considera que es muy importante ya que nosotros pues como profesional de la salud debemos hacer una	Se considera como una herramienta para la articulación con otras áreas y para la		

	toma decisiones y la resolución de problemas en SSAN	captación muy importante y hacia los menores de 5 años para el diagnóstico de la desnutrición. FICBF “Claro, por ejemplo, cuando tu formas en lo que son referentes en salud o los que están trabajando en Secretaria de salud, ellos como ya dominan el tema y todo dicen esto se puede articular con tal cosa de lo de acá que se hace parte de seguridad alimentaria teniendo lo que es seguridad nutricional por ejemplo que tiene que ver con el estado nutricional y con la salud de los niños y que lo articulan con crecimiento y desarrollo con vacunación y en las gestantes con control prenatal”	captación de niños con desnutrición		
	Que efecto tuvo el proceso de intervención	FSSM “Pues los efectos fueron positivos ya que se dejó capacitadas personas para que ellas sigan continúen con los procesos de búsqueda especialmente la el primer nivel, para que ellos sigan buscando pues a estos menores de 5 años con desnutrición” FICBF “El efecto básico es empezar el proceso de sensibilización para poder la gente básicamente reconocer la gran importancia que tiene lo de la parte de los hábitos y estilos de vida saludable, la política de seguridad alimentaria ese es un primer efecto, y ahí incentivar también la formación de líderes para la implementación de la política”	El proceso tiene efectos positivos como sensibilización y capacitación que conlleve a la búsqueda de menores con desnutrición y formación de líderes		
	Que mejoraría del proceso de intervención	FSSM “Pues una de las mejoras pues que se debía tener es que pues de que la educación que se les dé a los familiares, o a la mamá o al papá del niño que presenta la desnutrición vaya periódicamente a las al puesto de salud a sus citas médicas y de que para que el niño pueda recibir esa atención oportuna para evitar el riesgo de muerte. FICBF “Que no se quede dentro de lo que corresponde a un proyecto y que se haga el respectivo seguimiento dentro de unas etapas y fases de proceso” “que los proyectos tengan	La oportunidad de mejora radica en la continuidad de los procesos que garanticen la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento		

		en cuenta todos los aspectos que se requieren"			
REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Los funcionarios del sector salud consideran que el proyecto le brindó herramientas para la implementación de acciones desde promoción de la salud	FSSM "Si, porque nosotros como profesional de la salud siempre tenemos que velar por el bienestar de los niños y de que con cada día más con las capacitaciones que nos brinden vamos a estar muy pendientes acerca de ellos y ser tener un buen diagnóstico de la misma.	Profesionales de la Salud capacitados para mejorar la calidad del diagnóstico y el bienestar de los niños	En el proyecto se desarrollaron acciones desde promoción de la salud y la activación de la ruta de prevención y atención de niños con desnutrición, la cual presenta dificultades de operativización.	Ruta de Atención Fortalecimiento comunitario Débil articulación comunidad-Instituciones de Salud
	Se desarrollaron actividades desde el proyecto que favorezcan acciones desde Atención Primaria en salud – Promoción de la salud	FSSM "Bueno si se desarrollaron actividades en el cual se hizo participación acerca de la lactancia materna, se hizo muchas actividades acerca del estilo de vida saludables, se habló de la pirámide alimentaria, se dio también muchas fórmulas nutricionales para los niños con desnutrición o riesgo de desnutrición en coordinación con el primer nivel". FICBF "Claro, super bien en eso, se desarrollaron las acciones que tienen que ver con la parte de higiene general, lo que tiene que ver con la parte de ambientes sanos, vivienda sana".	Se desarrollan actividades desde el enfoque de promoción de la salud	Se evidencia mayor impacto a nivel comunitario que en la Institución local de Salud	
	Durante el proyecto se trabajó en la organización de la ruta de prevención y atención de desnutrición infantil	FSSM "Si se trabajó mucho con esa ruta, ya que siempre estuvieron los líderes comunitarios dándonos acerca de información o a veces nosotros mismos como sector salud ir a los barrios a hacer la búsqueda activa". FICBF "Si lo que se buscaba era alrededor de eso dentro de la prevención también de la desnutrición"	Se trabajó en la ruta para prevención y atención de niños con desnutrición		
	Posterior a la culminación del proyecto se continuó con la implementación de la ruta	FSSM "Pues no sé si se habrá continuado pero la última vez que se estuvo se hizo la articulación con las madres FAMI para estas captaciones. FICBF "Yo sé que las señoras con la capacitación, ellas de acuerdo a la capacitación que dieron de la ruta, ellas también trataban y veo que empezaban a divulgar para cuando identificaban algún caso, empezaban a hacer la parte de las remisiones". FICBF "En este momento ellos remiten a los de ICBF específicamente a las instituciones para	Los actores comunitarios capacitados cumplen con la remisión de los casos sin embargo se evidencia una dificultad en la operativización de la ruta al pasar a prestadores de salud		

		la parte de lo que es de atención y la dirección local de salud monitorea la atención, pero hay un problema grave en los prestadores de servicio de salud que no toman por ejemplo los casos como si fuera una urgencia todavía hay ese problema" "La atención y la operativización como tal no se está aplicando y no están tomando la desnutrición como una urgencia manifiesta".			
	¿Se generaron cambios a partir del proceso desarrollado?	FSSM "Pues si se generó cambios ya que cada día salían muchos niños con desnutrición porque se hacía una buena captación de niños con desnutrición". FICBF "Los cambios en la comunidad si, por eso te digo la sensibilización la identificación, se fortalecieron la gente como tal, ellos identifican todo, y pues la idea es seguir con esos procesos, pero si la municipalidad no cumple con lo que le corresponde entonces no hacemos nada, el comunitario es más fuerte que el institucional"	Se reconocen los cambios en la captación de niños con desnutrición con más fortaleza en el sector comunitario que en lo institucional		