

ESTADO DEL ARTE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

ND.DIANA GABRIELA ANDRADE

**UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
PASTO
2018**

ESTADO DEL ARTE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

ND.DIANA GABRIELA ANDRADE

**UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
PASTO
2018**

CONTENIDO

1.	OBJETIVOS	5
1.1.	OBJETIVO GENERAL.	5
1.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	5
2.	JUSTIFICACIÓN	6
3.	ASPECTOS METODOLÓGICOS	7
4.	RESULTADOS	10
4.1.	RESULTADO OBJETIVO 1.	10
4.1.1.	HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	10
4.1.2.	Contexto de los programas de nutrición y dietética en Latinoamérica	18
4.1.3.	CONTEXTO NACIONAL DE LAS FACULTADES DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	22
4.1.4.	COMPETENCIAS DEL NUTRICIONISTAS DIETISTA	26
4.2.	RESULTADOS OBJETIVO 2	
4.2.1.	Contexto internacional y nacional de salud y nutrición	30
4.2.2.	Contexto sociodemográfico y de salud del departamento de Nariño	42
4.2.3.	Perfil epidemiológico de Nariño	46
1.3.	4.3. RESULTADO OBJETIVO 3.	57
4.3.1.	Proyección social	57
4.3.1.	Investigación	61
4.3.2.	Medio laboral del nutricionista dietista en Colombia y la Región	63

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Estructura general de los programas de nutrición y dietética en colombia	23
Tabla 2. Población según sexo. Departamento de nariño	46
Tabla 3. Dinámica poblacional departamento de nariño. 2016	48
Tabla 4. Indicadores demográficos proyecciones a año 2015	49
Tabla 5. Tasas de fecundidad y reproducción proyecciones a año 2020	49
Tabla 6. Indicadores de esperanza de vida y mortalidad proyecciones a año 2020.	50
Tabla 7. Primeras causas de morbilidad general por consulta externa año 2016.	50
Tabla 8 primeras causas de mortalidad general para mujeres todas las edades año 2015.....	51
Tabla 9. Primeras causas de mortalidad general para hombres todas las edades año 2015.....	51
Tabla 10 tasa de mortalidad materna e infantil año 2011	52
Tabla 11 departamento de nariño coberturas de inmunización. 2016	52
Tabla 12 proporción de bajo peso al nacer por cada 100 nacidos vivos. Departamento de nariño.	53
Tabla 13 estado nutricional por grupos de edad y subregiones. Departamento de nariño. 2015.....	54
Tabla 14 saneamiento ambiental 2015.....	54
Tabla 15 acciones de proyección social nutrición y dietética. Universidad mariana	58

LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional departamento de nariño	48
Gráfica 2 población beneficiaria proyección social. Nutrición y dietética. Universidad mariana. 2014 - 2017	57
Gráfica 3 proyectos de investigación por área de nutrición y dietética	62
Gráfica 4 distribución porcentual sector laboral. Egresados nutrición y dietética universidad mariana	67
Gráfica 5 distribución porcentual área de desempeño. Egresados nutrición y dietética universidad mariana	68
Gráfica 6 distribución porcentual lugar de empleo egresado nutrición y dietética universidad mariana	68

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL.

Realizar un estado del arte del programa de Nutrición y Dietética de la Universidad Mariana en el periodo 2012 al 2017.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Obtener datos importantes referentes a las tendencias de formación teórica, pedagógica y laboral de los programas de nutrición y dietética.

Analizar el contexto Nacional y regional acorde a las necesidades en salud y nutrición.

Reconocer los aspectos clave del programa de Nutrición Y dietética de la Universidad Mariana en el ámbito investigativo, disciplinar y de proyección social.

2. JUSTIFICACIÓN

A través de la búsqueda y reconocimiento de las tendencias teóricas del Programa de Nutrición y Dietética a nivel regional, nacional o internacional, se busca la sistematización de la información cuya utilidad se considera un aporte para el fortalecimiento y consolidación del programa.

De la misma forma se pretende dar cumplimiento con la necesidad establecida por el área de educación a nivel de pregrado, el cual determina la necesidad de hacer un diagnóstico que permita analizar y exponer la información encontrada con el fin de ofrecer un conocimiento útil y fundamentado no sólo desde las distintas teorías, sino con el levantamiento de datos estadísticos aplicadas a actores claves en el tema.

Desde un enfoque hermenéutico el estado del arte, se inscribe en un tipo de investigación de análisis documental, con categorías de análisis donde se expone lo que se encuentra en la actualidad según el tema a estudiar, por consiguiente, este estudio le va a servir a la región, al construir un programa con alto grado de sensibilidad y pertenencia a los problemas actuales de la sociedad.

En este sentido, también se constituye en una herramienta valiosa para apropiarse del conocimiento y la realidad social de manera comprensiva y mediada por textos, que a su vez constituyen formas de abordaje previas que contienen: riqueza conceptual, de análisis, categorías, enfoques teóricos y metodológicos, lo que permite identificar problemas relevantes para problematizarlos aún más desde otros enfoques o abordar problemas inéditos como nuevos objetos de estudio o con metodologías alternativas que antes no se habían utilizado.

Por lo anterior, la consolidación de este trabajo investigativo va a ser de mucha utilidad para el programa al igual para la región y la pertinencia de los estados actuales y tendencias a la cual debe responder el programa de Nutrición a nivel nacional, regional e internacional, es por ello que desde el decreto 1075 de Agosto de 2015, se reglamenta el estado del arte como un estudio investigativo para orientar y conocer el estado actual del programa en los tres ámbitos que anteriormente se describió.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para el desarrollo del estudio, se tomó como referencia algunos aspectos que se tienen en cuenta para la construcción de un estado del arte, ya que permite determinar la forma como ha sido tratado un tema, en este caso en relación a la nutrición y dietética, sus tendencias, las necesidades existentes para el desarrollo de esta disciplina. Por lo que este análisis sirve como referencia para el fortalecimiento de los procesos académicos y estructurales del programa.

La realización de estados del arte permite compartir la información, generar una demanda de conocimiento y establecer comparaciones con otros conocimientos paralelos, ofreciendo diferentes posibilidades de comprensión del problema tratado o por tratar, debido a que posibilita múltiples alternativa en torno al estudio de un tema, en este caso estos conocimientos estarán en relación a la nutrición y dietética, para brindar un soporte que permita establecer las necesidades de formación para la formación de profesionales, acorde a las necesidades y lineamientos actuales.

El análisis que surja en esta investigación permitirá determinar el conocimiento el sobre la forma como diferentes autores han tratado el tema en relación a la formación en nutrición, las tendencias tanto teóricas como en educación que se han desarrollado, cuál es su relevancia y de qué manera contribuyen al desarrollo institucional y regional, a través del papel del egresado y la proyección social.

Afirman Vargas y Calvo (1987) que un estado del arte consiste en inventariar y sistematizar la producción en un área del conocimiento, ejercicio que no se puede quedar tan solo en inventarios, matrices o listados; es necesario trascender cada texto, cada idea, cada palabra, debido a que la razón de ser de este ejercicio investigativo es lograr una reflexión profunda sobre las tendencias y vacíos en un área o tema específicos.

Para el desarrollo del estado del arte se tendrán en cuenta los principios orientadores para la construcción según Hoyos (2000):

- Finalidad: están basados en los fines que se persiguen,
- Coherencia: hallar una estructura que le dé unidad
- Fidelidad: la ética del investigador frente al manejo de los datos
- Integración: lograr una unidad dentro de la diversidad de los documentos analizados
- Comprensión: alcanzar un resultado final en el que se demuestre una visión de totalidad de los fundamentos teóricos como conjunto

El insumo para la realización de este estudio, son los documentos tanto artículos y libros que den cuenta del objeto de estudio “Nutrición y Dietética”. Se realizó una

búsqueda de documentos en las bases de datos como son escenarios de búsqueda de información requerida para describir la información que soporta la formación teórica del programa.

Los criterios que se definieron para la búsqueda se expresan, en primer lugar, en palabras claves, cuya debida combinación permite la identificación de fuentes. La organización actual de estos escenarios ofrece posibilidades muy dinámicas para el manejo de criterios de selección. En la selección de términos de búsqueda o palabras claves, la consulta a expertos en el dominio de conocimiento es fundamental. Son también de utilidad los tesauros disponibles que estandarizan palabras claves. Las bases de datos bibliográficas, como han sido diseñadas permiten hacer búsquedas combinando una variedad de criterios.

Además se tiene en cuenta documentos de los procesos institucionales que evidencian los procesos de proyección social, investigación y seguimiento a egresados, que constituyen un elemento fundamental para el seguimiento de la pertinencia social del programa frente a la institución y la región.

Momentos del Estado del Arte:

a) La heurística, del griego *heuriskein*, significa descubrir, encontrar e indagar en documentos o fuentes históricas, la información necesaria para procesos investigativos y la resolución de problemas en diversos ámbitos científicos, con el fin de describir procedimientos sin rigurosidad o no formales que se llevan a cabo con el propósito de resolver una dificultad o solucionar una determinada cuestión.

b) La hermenéutica, del griego *hermeneutiké tejne*, es la capacidad para explicar, traducir, interpretar y explicar las relaciones existentes entre un hecho y el contexto en el que acontece. En tanto de la interpretación busca determinar la expresión y representación del pensamiento.

El proceso para llevar a cabo un estado del arte desde la heurística y la hermenéutica implica seguir una serie de fases, a saber:

Heurística: es la búsqueda y compilación de las fuentes de información, en este estudio se tuvo en cuenta las bibliografías, monografías, artículos, trabajos especiales, documentos oficiales o privados, trabajos de investigación, tesis. Es en esta fase cuando se leen las fuentes encontradas, se seleccionan los puntos fundamentales como punto de partida para la descripción de la información. A través de la recopilación de la información fue posible contextualizar las temáticas, clasificar los tipos de texto, los autores, las metodologías, los marcos de referencia, los conceptos y las conclusiones, que permitieron elaborar y organizar el material consultado, además de establecer convergencias y divergencias.

Para el proceso de búsqueda de la información, se llevó a cabo en seis subfases:

- Preparatoria o iniciación: identificación y selección del área o tema que será investigado, lo que implica definir el objeto de investigación, las áreas temáticas comprendidas en el tema central,
- Exploración: lectura analítica y comprensión del problema para precisar la necesidad de la información que se requiere.
- Descriptiva: con el fin de extractar de las unidades de análisis del material documental, los datos pertinentes y someterlos a un proceso de revisión, reseña y descripción, es necesario establecer: a) Los referentes disciplinares y teóricos. b) Los autores que los han realizado. c) Las delimitaciones espaciales, temporales y contextuales

Hermenéutica: consiste en la lectura, análisis, interpretación, correlación y clasificación de la información

- Interpretación: es proceder al análisis de los documentos por áreas temáticas de manera integrada, lo que permite ampliar el horizonte del estudio por unidades de análisis y proporcionar datos nuevos integrativos por núcleos temáticos.
- Construcción Teórica: comprende la revisión de conjunto de la interpretación de los núcleos temáticos con el fin de formalizar el estado actual del tema. Es la construcción del documento que contiene el estado del arte.
- Publicación: es dar a conocer a la comunidad académica interesada los resultados finales del estado del arte ya consolidado.

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADO OBJETIVO 1: Obtener datos importantes referentes a las tendencias de formación teórica, pedagógica y laboral de los programas de nutrición y dietética.

4.1.1. Historia y evolución de la nutrición y dietética

La ciencia de la nutrición es muy reciente, ya que hace apenas 200 años de las primeras observaciones de Lavoisier en Francia. Los estudios científicos de la nutrición en el siglo XIX pasan de Francia a Alemania y quedan establecidos los principios fundamentales del concepto energético de la nutrición.

En 1750 se identifican los inicios de los cambios fundamentales en la alimentación mundial, debido a los estudios científicos sobre energía y proteínas y el descubrimiento de las vitaminas, El término Vitamina se le debe al Bioquímico polaco Casimir Funk quien lo planteó en 1912. Consideraba que eran necesarias para la vida (vita) y la terminación Amina es porque creía que todas estas sustancias poseían la función Amina. No es sino hasta 1807 que se inventaron las latas de conserva que vienen a revolucionar el manejo de los alimentos y en 1860 aparece la primera cocina de hierro que modifica la cocción y procesamiento de los alimentos.

En 1877 aparece la primera Dietista americana, pero es hasta 1899 que se define el “perfil del Dietista”. La Asociación Americana de Dietética (ADA), se establece en Ohio en 1927 y en la actualidad cuenta con cerca de 70,000 miembros siendo la agrupación de profesionales de nutrición y alimentación más grande de EUA y el mundo. En esta fecha también comienza el estudio de la Dietética y la Nutrición en América y Europa, implementándose la Carrera de Dietista a nivel universitario.

El periodo entre 1930-1940, se caracteriza por el descubrimiento de nuevas vitaminas y predomina la prevención de enfermedades carenciales, utilizando la fortificación de alimentos con vitaminas.

La guerra mundial de 1914-1918 se plantea un problema insospechado en la alimentación de los soldados y la población civil por la deficiencia de tiamina (b1) que afecta a la mayoría de la población alemana, disminuyendo considerablemente su resistencia.

En 1922 Bantin y Best descubren la insulina que no solamente permitió tratar la diabetes sino que amplió los horizontes de investigaciones sobre nutrición.

A raíz de la conclusión de la Segunda Guerra Mundial en 1945, surgió como problema de primera magnitud la situación nutricional de las poblaciones ocupadas por las fuerzas Nazi. La movilización científica fue inmediata y aun antes de terminar el conflicto se formaron grupos de expertos para acudir a las zonas más afectadas. Así nació la UNRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration) que se creó en 1944. En los siguientes tres años se da la creación de organismos internacionales como la Organización de Alimentos y Agricultura de las Naciones Unidas (FAO), el United Nations Children's fund (UNICEF) y la Organización Mundial para la Salud (OMS) que gracias a la experiencia en Europa se dan a la tarea de organizar misiones de apoyo a los países en vías de desarrollo que periódicamente padecían de hambruna generalizadas.

En 1955 se visita a los 5 continentes con el fin de identificar estos problemas, y ofrecer alguna ayuda de cooperación con medidas de protección específica, así como la formación de personal por medio de becas de la Organización. De nuevo se hace necesario en los años cincuentas y setentas, otro movimiento mundial generado por el problema de la falta o escasez de proteínas "protein gap" es por esa razón que la FAO, LA OMS, UNICEF crearon el "Grupo Asesor de las Proteínas" en 1955. Desde esas fechas se han creado muchas organizaciones involucradas en la concentración de recursos humanos capacitados en el área de la nutrición, que sean capaces de abordar problemas de tipo alimentario nutricional, así como proveer información científica sólida en materia de alimentación, nutrición y seguridad alimentaria, entre otras, a periodistas, profesionales de la salud, educadores, trabajadores del gobierno y consumidores. Entre algunas de estas organizaciones están:

American Dietetic Association
American Society for Nutritional Sciences
American Society for Clinical Nutrition
Center for Science in the Public Interest
Institute of Food Technologists (IFT)
International Food Information Council (IFIC)
International Union of Nutritional Sciences
The Nutrition Society
The British Nutrition Foundation
The British Dietetic Association
International Life Science Institute (ILSI)

Estas necesidades y movimientos mundiales inciden en los países para que en las escuelas de enseñanza superior, se aborden los principales problemas de la Salud Pública generados en el proceso alimentario nutricional, incluyendo en sus currículos la enseñanza de la Nutrición y a la Dietología para formar profesionales que sean capaces de dar solución a estos problemas.

La seguridad alimentaria universal y sustentable son parte primordial para el alcance los objetivos sociales, económicos y humanos de los gobiernos. El derecho a una alimentación adecuada está también mencionado en términos legales en los tratados de derechos humanos más básicos, incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer, Convención Internacional para la Eliminación de toda las Formas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 25 “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para... Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales...

Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan...”

En el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 11. Se afirma que “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud... Reducir la mortalidad infantil y en la niñez... Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente... Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social... Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda...”

En la *Convención por los derechos del Niño, Art. 24 y 27, se estipula*¹:
El derecho humano a una alimentación adecuada incluye:

¹1989 Convención Internacional sobre los Derechos del Niño

- El derecho a no pasar hambre.
- El derecho a un acceso seguro de agua potable.
- El derecho a un acceso a recursos, incluyendo recursos eléctricos para cocinar.
- El derecho a un alto estándar de salud mental y física.
- El mundo ha reconocido que los derechos humanos son universales, indivisibles, interconectados, e interdependientes. Los siguientes derechos humanos son indispensables para que el derechos a la alimentación sea completamente realizado:
- El derecho a trabajar y recibir salarios que contribuyan a un estándar de vida adecuado.
- El derecho a un medio ambiente sano y seguro.
- El derecho a no ser discriminados por motivos de sexo, raza, o cualquier otra condición.
- El derecho a la igualdad entre hombre y mujer.
- El derecho de los niños a un ambiente apropiado para un desarrollo físico y mental.
- El derecho a una educación y acceso a la información.
- El derecho a un seguro social.
- El derecho al desarrollo.
- El derecho a la paz.
- El derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico.

Así mismo, los diferentes gobiernos para asegurar los derechos humanos a la alimentación tienen obligaciones que se Incluyen en síntesis de la Declaración sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición, la Declaración de Roma de la Cumbre Mundial 1996 para la alimentación y compromisos hechos en la Cumbre de la Tierra del Río, la Conferencia sobre la Mujer de Beijing y la Conferencia Hábitat II de Estambul.

“Cada hombre, mujer y niña o niño tiene el derecho inalienable a estar libre de hambre y malnutrición para poder desarrollar sus facultades físicas y mentales...”²”

Por su parte la Declaración sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición, Art. “Expresamos nuestra profunda preocupación ante una situación en que cerca de 800 millones de personas en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo, padecen desnutrición crónica. Es intolerable que casi 200 millones de niños menores de cinco años sufran carencias... que amenazan su futuro, en la mayoría de los casos irremediamente. A menos que se adopten con urgencia medidas enérgicas, el hambre y la inseguridad alimentaría persistirán y podrían incluso agravarse trágicamente en algunas regiones del mundo. El problema se manifiesta a escala mundial, aun en algunas de las sociedades más prósperas. Esta

²Declaración sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición, Art. 1

situación es una afrenta para la dignidad humana, una lacra social y una amenaza para la democracia... Reconocemos que la inseguridad alimentaria tanto para las familias como para las regiones y los países tienen muchas causas físicas, geográficas, políticas, económicas y sociales interdependientes. Estas causas influyen en el desarrollo económico y repercuten en los ingresos de las personas y de países enteros, aunque afecta especialmente al sector agrícola. Al investigar las causas fundamentales de la inseguridad alimentaria, atribuimos especial importancia a la pobreza, que debe erradicarse si se quiere alcanzar el objetivo proclamado de conseguir “alimentos para todos...”

La Declaración de Roma de la Cumbre Mundial 1996 para la alimentación “Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre... La falta de alimento para las niñas y mujeres y la distribución desigual de los alimentos en el hogar, el acceso insuficiente al agua potable, al saneamiento y al combustible, sobre todo en las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres, y las condiciones de vivienda deficientes pesan en exceso sobre la mujer y su familia y repercuten negativamente en su salud... En el acceso a los servicios de nutrición y de atención de la salud, la discriminación contra las niñas, consecuencia frecuente de la preferencia por los hijos varones, pone en peligro su salud y bienestar presentes y futuros... Medidas que han de adoptar los gobiernos... Reafirmar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, proteger y promover el respeto de ese derecho de la mujer y de la niña, por ejemplo, incorporándolo en las legislaciones nacionales; examinar las leyes en vigor, incluidas las relativas a la atención de la salud, y las políticas conexas, cuando se a oportuno, para poner de manifiesto el interés por la salud de la mujer y asegurarse de que responden a las nuevas funciones y responsabilidades de la mujer, dondequiera que vivan...”³

En la Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 92 y 106. “La salud humana y la calidad de la vida son elementos centrales en los esfuerzos por desarrollar asentamientos humanos sostenibles. Por ello, nos comprometemos... Los asentamientos humanos sostenibles dependen del desarrollo interactivo de políticas y medidas concretas encaminadas a proporcionar acceso a los alimentos y a la nutrición, al agua apta para el consumo, al saneamiento, y al acceso universal a la más amplia gama de servicios de atención primaria de salud... formular y aplicar políticas de desarrollo de los asentamientos humanos que garanticen un acceso igual a los servicios básicos y el mantenimiento de los mismos, incluidos los relacionados con la seguridad alimentaria... el agua potable y el saneamiento, la vivienda adecuada, el acceso a espacios abiertos y zonas verdes, dando prioridad a las necesidades y derechos de las mujeres y los niños, que con frecuencia soportan la mayor carga de la pobreza...” Agenda Hábitat, párrafo 36 y 116.

³ Declaración de Roma. 1996.

El día Mundial de la Alimentación se celebra el 16 de Octubre, aniversario de la fundación de la FAO (organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), habiendo sido celebrado por primera vez en 1981. A partir de esa fecha y a nivel mundial se llama a la humanidad a reflexionar sobre la alimentación y nutrición de nuestros pueblos de modo de lograr un reconocimiento de la alimentación adecuada como un derecho humano universal.

Se estima en algo más de 800 millones el número de personas que sufren hambre en el mundo, lo que no es consecuencia de la falta de alimentos sino de su mala distribución. Existen otros problemas alimentarios además del hambre, las enfermedades por exceso afectan a gran parte de la población mundial. La obesidad, lejos de significar un mero problema estético, constituye un problema de salud que puede desencadenar otras graves enfermedades.

La Cumbre Mundial sobre la Alimentación se celebró del 13 al 17 de noviembre de 1996, en el curso de cinco días de reuniones al más alto nivel con representantes de 185 países y de la Comunidad Europea. Este acontecimiento histórico, convocado en la Sede de la FAO en Roma, reunió a unos 10 000 participantes y constituyó un foro para el debate sobre una de las cuestiones más importantes con que se enfrentarán los dirigentes mundiales en el nuevo milenio: la erradicación del hambre.

El objetivo de la Cumbre fue renovar, al más alto nivel político, el compromiso mundial de eliminar el hambre y la malnutrición y garantizar la seguridad alimentaria sostenible para toda la población. La gran resonancia de la Cumbre ha hecho que los encargados de adoptar decisiones en los sectores público y privado, los medios de comunicación y el público en general adquieran mayor conciencia de la situación. También ha establecido las líneas maestras, a nivel político, conceptual y técnico, de un esfuerzo constante para erradicar el hambre en todos los países, con el objetivo inmediato de reducir el número de personas desnutridas a la mitad de su nivel actual no más tarde del año 2015.

Entre los logros de la Cumbre fue la identificación de:

LA MALNUTRICION como responsable de mucho del sufrimiento de la gente en el mundo. A nivel mundial, por lo menos una quinta parte de la pérdida de años de vida por muerte e invalidez se debe a la desnutrición. Cuando se hacen estimaciones más especulativas sobre las contribuciones de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, tales como la diabetes, la obesidad y la hipertensión y los diferentes componentes de la desnutrición, algunos comentaristas ponen la mitad del sufrimiento mundial en la puerta de la malnutrición.

Una mejor nutrición incrementa la capacidad intelectual y una mejor capacidad intelectual aumenta la habilidad de un adulto de acceder a otros tipos de activos que son esenciales para incrementar la productividad del trabajo. Un adulto que es más productivo tiene una mayor cantidad de opciones de sustento disponibles, lo cual

aumenta las ganancias privadas de toda la vida de una forma robusta ante choques externos tales como la enfermedad, el desempleo o los desastres naturales. Adicionalmente, un estatus nutricional mejorado desde la concepción hasta los 24 meses de vida reduce los gastos privados y públicos en el cuidado de la salud de maneras que tienen efectos continuos a lo largo del ciclo de vida. El ciclo intergeneracional de pobreza tiene mayor probabilidad de romperse cuando se les da a los bebés una adecuada iniciación nutricional.

Algunos investigadores han agregado la literatura sobre cómo la desnutrición fetal e infantil afectan más tarde la matrícula escolar, los logros educacionales, la capacidad cognoscitiva y los ingresos de toda la vida y la literatura sobre cómo el estatus nutricional de los adultos afecta su productividad laboral. De esta manera han tratado de captar los costos económicos de la desnutrición en términos del producto bruto interno (PIB) perdido. Estimaciones publicadas en los años noventa para varios países Asiáticos indican que las pérdidas de PIB debido a varios componentes de la desnutrición pueden ser tan altas como el 3 por ciento de los ingresos nacionales⁴.

Sin embargo, estas son subestimaciones: omiten algunos componentes de la desnutrición tales como la deficiencia de vitamina A y algunos grupos de edad tales como los adolescentes; no son estimaciones agregadas puesto que no sabemos cómo “suman” las diferentes estimaciones componentes de la desnutrición en términos de aumentos de productividad y omiten las pérdidas ocasionadas por la sobre nutrición.

Las inversiones para reducir la desnutrición fetal e infantil generan el mayor efecto positivo indirecto – niños bien nutridos, quienes tienen menor probabilidad e contraer enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en la edad adulta, tales como la hipertensión y la diabetes, y madres bien nutridas quienes tienen menor probabilidad de dar a luz niños desnutridos⁵.

Mientras que una buena nutrición otorga poder a la gente, el proceso mediante cual se reduce la malnutrición también puede otorgar poder a las comunidades. Al contrario de la mayoría de otros tipos de intervenciones de inversión en capital humano, la mayoría de los programas de nutrición están basados en la comunidad. A medida que las comunidades desarrollan la capacidad de emprender la valoración, el análisis y la acción para las intervenciones nutricionales, ellas pueden aplicar esta capacidad a otras clases de intervenciones de desarrollo. La programación nutricional basada en la comunidad también puede crear confianza y un conjunto de normas y valores compartidos. Estos elementos de “capital social” bien pueden resultar importantes para la capacidad de la gente de generar ingresos y manejar riesgos. También pueden ayudar a otorgarle poder a las comunidades

⁴Lawrence Haddad, “Nutrición y Pobreza.” En *Nutrición: La Base para el Desarrollo*, Ginebra: SCN, 2002.

⁵Ibid,

para exigirles a los cada vez más descentralizados gobiernos que le den responsabilidad y poder a las entidades descentralizadas para que mantengan a las comunidades en su posición de negociación. Los datos cualitativos de un número de estudios sugieren que este es el caso. La evidencia cuantitativa proveniente de Sudáfrica y otros países demuestra que el capital social amplía la capacidad de la gente de generar ingresos y que el control por parte de la comunidad ayuda a mejorar el rendimiento de los proyectos de pobreza⁶.

Más aún las comunidades con poder tienen más que perder con los disturbios y los conflictos. Las reducciones de la malnutrición sirven para disminuir una de las causas de conflicto particularmente si esas reducciones se alcanzan a través de un proceso conducido por la comunidad. El conflicto particularmente si esas reducciones se alcanzan a través de un proceso conducido por la comunidad. El conflicto, ya sea doméstico o internacional, destruye la vida de las personas, su base de activos y sus formas de ganarse la vida. Asimismo, como los países llegan a estar más conectados que nunca, la inestabilidad en uno puede pasarse rápidamente a los otros.

Las comunidades que se fortalecen a través de los procesos de programación nutricional basados en la comunidad tienen mayor probabilidad de acceder a los recursos centrales y tienen más probabilidad de usarlos eficientemente en un amplio rango de actividades mientras aportan su experiencia al proceso de desarrollo. Las comunidades con poder y bien alimentadas también tienen menos probabilidad de ser atraídas hacia el conflicto, con todas sus trágicas consecuencias. En un mundo cada vez más interconectado, el valor de una buena nutrición es cada vez más alto.

Desde estos aspectos, a nivel universitario se da inicio a los estudios de la dietética a partir de 1927 en América y Europa. Se funda en 1945 el Departamento de Nutrición y Dietética de la Universidad de King's College en Londres en Queen Elizabeth's College, como el primer Departamento de Nutrición en Europa, desde esta fecha ha jugado un papel de liderazgo en la formación de pre grado y postgrado a alumnos ingleses y extranjeros, en nutrición, dietética, investigación en nutrición y consultoría a departamentos gubernamentales, agencias internacionales, a la industria y al sector salud.

En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) en 1923, se discutió por primera vez, planes para el estudio de la dietética, en 1924 se introdujo por Ruth Wheeler PhD., las especificaciones mínimas para los cursos de dietética. En 1927, se aprobó la "Guía para los Estándares de los Cursos en Dietética en Hospitales", por la ADA. En 1947, 1955 y 1958 se aprobaron los planes I, II y III respectivamente, para los estándares para entrar a los Internados para obtener la certificación como Dietista Registrado. En 1962, se inició el primer Programa de Pregrado Coordinado, como

⁶Ibid,

un programa acreditado. En 1974 se aprobaron los programas enfocados a la formación de Dietistas Técnicos.

En EUA existen un gran número de universidades y escuelas de educación superior que forman profesionales en el área de la alimentación y la nutrición, como la Escuela de Ciencias y Políticas de la Nutrición de la Universidad de Tufts, fue establecida en 1981 con la misión de reunir a científicos biomédicos, sociales, políticos y del comportamiento, para llevar a cabo investigación y programas de educación y de servicio a la comunidad para mejorar la salud nutricional y el bienestar de la población alrededor del mundo. Ofrecen programas de pregrado y posgrado en las ciencias biológicas y sociales, así como programas de entrenamiento especializado a médicos que persiguen doctorados en nutrición humana y para egresados de las Licenciaturas en Nutrición (*Bachelor Degrees*), que quieren lograr su certificación como Dietistas Registrados (*Registered Dietitians*). En EUA la educación de los profesionales de la nutrición y la acreditación de las instituciones formadoras de recursos humanos se lleva a cabo de tres maneras, que deben de cubrir un mínimo de conocimientos, aptitudes y competencias profesionales de acuerdo a un perfil señalado por la institución encargada. En este caso la ADA a través de la Comisión Acreditadora para la Educación en Dietética (*Commission on Accreditation/Approval for Dietetics Education CAADE*), se reconoce como el cuerpo acreditador de Programas Coordinados de Bachillerato y Pregrado en Dietética, Internados pos bachillerato en Dietética y programas didácticos de Técnicos Dietistas.

4.1.2. Contexto de los programas de nutrición y dietética en Latinoamérica

La profesión de Nutricionista Dietista nace en Argentina en 1933, producto de la labor del profesor Pedro Escudero, creador y primer director del Instituto Nacional de la Nutrición, de la Escuela Nacional de Dietistas y del Curso de Médicos Dietólogos en la Universidad de Buenos Aires.

Las Escuelas creadas en América Latina hasta el año 1966, siguieron el esquema diseñada por Escudero, el cual se orientaba hacia la dietética hospitalaria. Sin embargo, a esta fecha la salud pública había avanzado de manera importante, instaurándose como uno de los principios básicos para la educación en salud, la consideración fundamental de que una buena salud no es posible sin una buena alimentación. Con este nuevo paradigma la Organización Panamericana de la Salud, vincula a la Dra. Bertlyn Bosley como asesora en el área de la nutrición, quien tiene a cargo la reestructuración de las distintas Escuelas de Dietética existentes en América Latina. (OPS, 1983).

A partir de la primera cohorte de Nutricionistas formadas (o) desde la óptica de la salud pública se organizan, entre 1966 y 1973 respectivamente, la I y II

Conferencias sobre Adiestramiento de Nutricionistas Dietistas de Salud Pública, que derivaron en decisiones trascendentales para la formación del Nutricionista Dietista Latinoamericano.

En 1980, la Organización Panamericana de la Salud crea en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá – INCAP, el Programa Regional de Educación en Nutrición, con funciones de Oficina Asesora de las Escuelas de Nutrición y Dietética. Dicha Oficina, lleva a cabo en 1983 un balance que da cuenta de un enorme crecimiento de las Escuelas de Nutrición en América Latina, donde se pasa de 19 escuelas en 1965 a 62 en 1983. Según este balance, Brasil es el país latinoamericano de mayor crecimiento, con 24 escuelas nuevas en ese lapso, siguiéndole México con 6.

En 1996, en el marco del X Congreso de la Confederación Latinoamericana de Nutricionistas Dietistas, CONFELANYD, se lleva a cabo la reunión de la Federación Latinoamericana de Asociaciones Académicas de Nutrición y Dietética FLASANYD, en la cual se analiza el perfil profesional del Nutricionista de cara al siglo XXI, se proponen y discuten modificaciones al currículo y se hacen recomendaciones para la formación académica.

En la II Reunión de la Comisión de Estudios sobre Programas Académicos de Nutrición y Dietética (OPS, Washington. 1974) se dieron orientaciones para la formación de un profesional de Nutrición de nivel universitario, por un tiempo no inferior a cuatro (4) años, con perfil para atender servicios institucionales para individuos sanos y enfermos, con conocimientos en el campo de la salud pública para hacer más eficientes sus funciones.

Posteriormente, en el taller organizado pro FLASANYD/CONFELANYD en Santiago de Chile (1989), se le da mucha importancia a la recomendación explícita de la III Reunión CEPANDAL (1977), para que las Escuelas de formación en Nutrición y Dietética revisen cuidadosamente las prácticas académicas en lo que respecta a su orientación pedagógica y aplicabilidad, así como a un impulso de las prácticas profesionales; prácticas que deben ser cuidadosamente planificadas, seleccionando instituciones públicas o privadas, así como industrias alimentarias que permitan a los estudiantes desarrollar objetivos concretos y proyectos de formación específicos.

En 1992, FLASANYD se reunió en La Paz (Bolivia) con dos objetivos específicos: por una parte, legitimar su institucionalización y ratificar su propósito de promover el perfeccionamiento de la formación de Nutricionista Dietista Latinoamericano, y por otra, para fortalecer los compromisos adquiridos en la IV Reunión de la Comisión de Estudios sobre Programas Académicos en Nutrición y Dietética de América Latina, realizada en San Juan de Puerto Rico en 1991.

Entre los compromisos más importantes se cuentan la constitución de FLASANYD, la formación de redes de escuelas de nutrición de la región para lograr cooperación e integración, así como la necesidad de darle seguimiento a los planes de desarrollo para la década de los 90 siglo XX, La puesta en marcha de las anteriores acciones permitiría dar luces a la formación del Nutricionista Dietista en América Latina y su proyección hacia el año 2000.

Entre las instituciones que destacan en la formación de nutriólogos se encuentra el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), de la Universidad de Chile que también ha actuado como un centro asociado de la Universidad de las Naciones Unidas.

El INTA fue creado en 1954 a partir de un laboratorio de investigaciones Pediátricas del hospital Arriarán de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En 1972 dio origen al Departamento de Nutrición y Tecnología de los Alimentos y en 1976 finalmente se transformó en un Instituto. El INTA es un organismo interdisciplinario de investigación, docencia y extensión, que otorgan asesoría a instituciones públicas, empresas privadas y los gobiernos de Chile y el resto de los Países de América Latina.

En 1966 en Caracas, Venezuela, fue celebrada la Primera Conferencia sobre “Adiestramiento de Nutricionistas - Dietistas en Salud Pública”. En dicha conferencia se especificaron las funciones y normas técnicas que debían cumplirse en la formación de estos profesionales, como consecuencia de las propuestas establecidas, las escuelas participantes modificaron sus currículos y presentaron los resultados de estas modificaciones en la II Conferencia, celebrada en Sao Paulo en el año de 1973. En esa reunión se aprobó la creación de la Comisión de Estudios sobre Programas Académicos en Nutrición y Dietética de América Latina (CEPANDAL). La OPS en 1976 realizó en América Latina un estudio a través de un cuestionario que contestaron 94% de las escuelas de Nutrición y Dietética. Entonces, se comprobó que 87% de los planes de estudio de las escuelas cumplían las recomendaciones contenidas en el Plan Mínimo de la CEPANDAL.

En Bolivia: El programa de Nutrición, inicia en el año de 1964 en la Escuela dependiente del Ministerio de Salud, gracias a la iniciativa del Ministerio de Salud, durando 2 años, después de los cuales se clausura por falta de financiamiento, en el año de 1967 la Universidad Mayor de San Andrés consigue la creación de la carrera de Nutrición a nivel universitario y es hasta el año de 1970 que se crea la Escuela de Nutrición y Dietética, anexa a la Facultad de Medicina. Entre sus objetivos generales destaca la formación de profesionales con amplias capacidades intelectuales y técnicas en el campo de la Nutrición con idoneidad física, cultural y ética con conciencia crítica y dominio del manejo de instrumentos teóricos, metodológicos y prácticos que respondan a las necesidades de transformación y desarrollo Regional y Nacional. Igualmente, en 1988 la FAO publicó la segunda

edición de Enseñanza de la nutrición en agricultura. “Un enfoque multidisciplinario. Pautas para escuelas de América Latina”, con la finalidad de promover la incorporación de la enseñanza de la nutrición en las escuelas aerotécnicas y carreras agropecuarias de nivel universitario.

En Venezuela: Existen 3 Escuelas de Nutrición y Dietética adscritas a las Facultades de Medicina de la Universidad Central de Venezuela fundada en 1950; la Universidad de Zulia fundada en 1968 y la Universidad de Los Andes inicia en 1971. Los programas de estudio de las tres escuelas están organizados en cinco áreas: Ciencias Básicas, Ciencias de la Nutrición y Alimentación, Ciencias Sociales y Económicas, Ciencias Pedagógicas y Ciencias de la Salud Pública. El porcentaje de nutricionistas dietistas que ejercen y desempeñan funciones profesionales aproximadamente son: 50 % Asistencial, 20% Salud Pública, 15 % Docencia, y 15 % de otros. Algunas funciones del Nutricionistas están siendo desarrolladas por otros profesionales, ya que en este país la Ley del Ejercicio Profesional aún no ha sido sancionada por el Congreso de la República, por lo que no hay una Ley del Ejercicio profesional que ampare las funciones del Nutricionista.

En México: El Dr. José Quintín Olascoaga Moncada, es considerado el pionero de la Dietología en México. Su interés por la nutrición se inició en 1934, año en que formó parte de una Comisión en la Misión Cultural Urbana de la Secretaría de Educación Pública. En 1935 ingresó al Hospital General de México, como Jefe de la sección de Investigación de la alimentación popular. El Departamento de Salubridad inicia en 1936 la enseñanza de la Nutriología preparando al personal para las encuestas de alimentación que realizaba la sección de investigación de la alimentación popular. En 1940 participó activamente en la organización de la llamada “Encuesta de Alimentación y Nutrición”; esta fue una recopilación de los datos que los Departamentos de Salud de los Estados de la República enviaron al Departamento de Salubridad Pública; siendo éste el primer intento de organizar la información existente en materia de alimentación y nutrición para contar con un diagnóstico nacional.

El Departamento de Ciencias de la Nutrición y de los Alimentos de la Universidad Iberoamericana (ahora plantel Santa Fe) fue constituido en el año de 1972 y alberga la primera Licenciatura en Nutrición del país. Actualmente el Departamento desarrolla, además de la actividad de docencia, un programa de investigación tanto en nutrición como en alimentos. La Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ofrece desde hace más de veinte años la carrera de Licenciado en Nutrición y cuenta hasta la fecha con más de mil egresados, quienes se han integrado de diversas maneras al equipo de profesionales de la salud, abriendo grandes perspectivas de desarrollo.

4.1.3. Contexto nacional de las facultades de nutrición y dietética

En Colombia la Carrera de Nutrición y Dietética en comparación con la Medicina, la Odontología y la Enfermería es una disciplina de constitución reciente, con una evolución de apenas medio siglo.

Adicionalmente, la Nutrición no surge en el país, acompañada de la tradición del que hacer como la Enfermería, sino ligada al abordaje de la problemática de la malnutrición, debiendo lograr su propia ruta de diferenciación de la Medicina en el contexto de la salud pública, y de la Enfermería en la especificidad de la dietética, mediante la construcción de su propio estatus disciplinar.

El primer programa en aparecer en el panorama nacional es el de la Escuela de Dietistas de la Pontificia Universidad Javeriana en el año 1952, al que siguió la aparición de otros programas en las universidades del Atlántico (1965), Industrial de Santander (1963), Nacional de Colombia (1965), Antioquia (1965), Metropolitana de Barranquilla (1975), Católica de Manizales (1991) y de Pamplona. Estos programas, exceptuando el de la Universidad Católica, se encuentran vigentes en la actualidad.

El plan de estudios de la carrera de Nutrición en el ámbito nacional, desde su origen, ha sufrido cambios en diferentes momentos, pero puede decirse que ha evolucionado a través de tres grandes etapas:

La primera de ellas se fundamenta sobre la base de un currículo en el cual se da una tensión eminentemente dialéctica entre dos énfasis: uno con un importante desarrollo inicial ligado a la formación de 3 años en torno a la dieta terapia, entendida como la profesionalización de los servicios de dietética hospitalaria; y otro, fundamentado en la organización curricular para hacer frente a los grandes retos de la salud pública que giraban, en ese momento histórico, alrededor de los problemas nutricionales, asociados al déficit proteico calórico de la población colombiana.

La segunda, es un poca más compleja y su hito histórico se manifiesta en 1971, cuando se plantea curricularmente la necesidad de formar profesionales, desde el paradigma cientificista del momento, es decir, capaces de desempeñar un papel de liderazgo en el desarrollo e implementación de programas de promoción, prevención, recuperación y tratamiento de patologías concomitantes con los problemas nutricionales, al igual que contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Por esta época la dinámica nacional se encontraba ad portas de los grandes cambios que contextualizaron la preocupación por un énfasis curricular en salud y nutrición desde la atención primaria, que inspiró en gran parte de la organización

del Sistema Nacional de Salud en 1975 y, posteriormente, durante la década de los 80, la consideración de la Nutrición y la Seguridad alimentaria como parte de la agenda pública por cuenta del Plan de Alimentación y Nutrición y del Programa de Desarrollo Rural Integrado DRI-PAN.

Una mirada a los currículos de la época, permite afirmar que a pesar de los argumentos, la estructura del programa mantiene sus pilares en torno a las ciencias básicas, la clínica y la salud pública, en un tránsito de simple a lo complejo; en una lógica del conocimiento que parte de lo particular a lo general y que, por ello, desborda en las prácticas de tiempo completo en hospitales (clínica y servicios de alimentación) y en la nutrición enfocada desde a la salud pública.

La tercera etapa, tiene un desarrollo a la luz de las reformas tanto en el ámbito nacional como del ámbito universitario. En el contexto nacional, cambios importantes como los impulsados por la constitución de 1991 y la posterior expedición e implementación de la Ley 100 (1993 – 1997), como expresión de las modificaciones radicales en las políticas de salud, han motivado a los docentes a reflexionar sobre la adecuación del currículo a las nuevas circunstancias y a los escenarios de formación.

Los lineamientos para la formación del nutricionista dietista en Colombia, se basaron en las recomendaciones de la primera y segunda Conferencias de Adiestramiento del Nutricionista Dietista en América Latina, con planes de estudio que comprendían ocho semestres teórico – prácticos y los dos últimos eminentemente prácticos.

Actualmente en el país existen 14 facultades de nutrición dietética, en las características curriculares hay una marcada diferenciación en cuanto a denominación de las asignaturas, ejes curriculares y de formación. Sin embargo, al analizar la descripción de cada uno de los elementos del currículo se encuentra que, si bien hay diferencias, existen componentes curriculares -en especial frente a lo temático-, que se podrían denominar como *un núcleo común*

Tabla 1. Estructura General de los programas de Nutrición y dietética en Colombia

Universidad	Semestres	Áreas curriculares	Áreas disciplinares
Universidad Libre	9	No evidencia	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación
Escuela Nacional de Deporte	8	Nuclear Flexible	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación - mercadeo - deportes

Universidad de Antioquia	10	formación científica formación ética desarrollo personal y cívico-social	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación - - deportes
Universidad Nacional	9	Fundamentación - disciplinar- libre elección e inglés	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación
Universidad Javeriana	10	Adaptación al medio universitario ciencias básicas formación profesional	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación
Universidad Metropolitana	8	Bioestructura, Psicoestructura Socioestructura	Pública - Clínica - Humana - Alimentos - Servicios de alimentación
Universidad Industrial de Santander	10	Área básica, Fundamentación científica, Nutrición normal, Nutrición clínica, Alimentos, Salud pública, Áreas de apoyo sociales y de administración.	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación
Universidad de Atlántico	10	Fundamentación teórica Formación investigativa	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación
Universidad de Pamplona	10	No evidencia	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación
Centro de estudios en salud. Medellín	10	Disciplinar (Nutrición humana y alimentación) Salud pública(Administración y salud pública), gestión del conocimiento y socio humanística	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación
Universidad Remington	10	No evidencia	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación – Deportes

Universidad del Sinú	10	No evidencia	Pública - Clínica - Humana - Deportes - Alimentos - Servicios de alimentación
----------------------	----	--------------	---

Fuente: Presente investigación. 2018

En la tabla número 1 se observa la estructura general de los planes de estudio, evidenciándose que el número de semestres varían entre 8 y 10 periodos, además la organización según los ejes de formación que responden a los lineamientos y estructura de cada institución, y tiene que ver con las características, filosofía e intereses particulares de cada Universidad, para el caso de la Universidad Remington, Escuela Nacional de Deporte, Libre y Pamplona, los currículos no contienen la información especificada para este ítem.

En relación con las áreas disciplinares, la totalidad de facultades abarcan las áreas básicas como publica, clínica, humana y alimentos, contrariamente las áreas de deporte y mercadeo no se encuentran detalladas en los planes de estudio de la mayoría de universidades, aunque pueden abordarse a través de espacios académicos de carácter electivo o de profundización, acorde a la organización y enfoque de cada facultad.

Dentro de las características específicas del plan de estudios la *Universidad de Antioquia*, por ejemplo, divide el currículo en dos ejes: uno, de formación científica y, otro, de formación ética, desarrollo personal y cívico-social. En el primero, hay un importante componente de asignaturas ligadas a la investigación y, en el segundo, un componente de estética y nutrición que no aparece en otros programas. Adicionalmente, aparecen en el currículo una serie de asignaturas con énfasis en la formación gerencial y de análisis de contexto, con especial orientación hacia la seguridad alimentaria.

La *Universidad Javeriana* divide su currículo en tres etapas: la primera, de adaptación al medio universitario; la segunda, de conocimiento profundo en ciencias básicas - componente muy fuerte en el currículo especialmente en intensidad-; y la tercera denominada de formación profesional agrupada en las siguientes áreas de formación profesional: Nutrición y ciclo vital, Clínica, Alimentos, Administración de servicios de alimentación y Nutrición comunitaria.

La *Universidad del Atlántico* estructura el currículo en dos grandes ejes: uno de Fundamentación teórica, que cubre del primero al séptimo semestre, con un importante énfasis en asignaturas de análisis de contexto y salud pública como desarrollo colombiano y epidemiología. El segundo eje tiene que ver con la formación investigativa, que inicia en quinto semestre, y se articula con los tres semestres finales donde se reparte el tiempo entre el componente práctico del currículo y la realización del trabajo de grado.

La *Universidad Nacional de Colombia* tiene el currículo estructurado en torno a dos componentes: el nuclear y el flexible. Dentro del componente nuclear hay 8 asignaturas básicas y 14 profesionales para un total de 22 asignaturas. En el componente flexible, 3 cursos de contexto, 3 cursos de electivas y dos niveles de líneas de profundización y 2 niveles de trabajo de grado. Las prácticas de las asignaturas relacionadas con la profesión inician desde el segundo semestre con una integración teórico-práctica hasta el octavo, lo cual implica que no se tengan semestres exclusivos para prácticas sino que se articulen con lo teórico y. En los dos últimos semestres, se desarrollan las líneas de profundización y se inicia el trabajo de grado.

La *Universidad Industrial de Santander* plantea una distribución curricular en grupos de asignaturas organizadas en las siguientes áreas: Área básica, Fundamentación científica, Nutrición normal, Nutrición clínica, Alimentos, Salud pública, y Áreas de apoyo sociales y de administración. Los dos últimos semestres están completamente dedicados a las prácticas denominadas prácticas integradas de nivel I y II. Una característica importante de este currículo es que no presenta asignaturas específicas de formación en investigación y no plantea el trabajo de grado como parte de los requisitos parciales para el pregrado, integrando en cambio varias asignaturas de contexto y análisis de problemática como desarrollo rural y salud comunitaria, así como un componente fuerte de formación en epidemiología y estadística en nutrición.

Por último la *Universidad Metropolitana* presenta un desarrollo curricular acorde con la propuesta pedagógica de la Universidad en su conjunto, organizado en tres estructuras: la Bioestructura, con tres niveles que incluye las asignaturas básicas, y fundamentación, así como las asignaturas de Nutrición Humana Básica y algunos elementos de Salud Pública; la Psicoestructura que incluye las asignaturas de desarrollo social y humano en tres niveles; y la Socioestructura desarrollada en seis niveles fundamentada en conceptos de antropología, sociología, bioética, educación nutricional y políticas del desarrollo. Los semestres séptimo y octavo corresponden a las prácticas estudiantiles universitarias. Presentan como actividades transversales la formación en investigación y elementos de gestión.

4.1.4. Competencias del nutricionistas dietista

En el país se han realizado tres estudios del perfil ocupacional del Nutricionista – Dietista. En 1988, ACODIN con el auspicio de OPS/OMS, lleva a cabo el *Estudio del Recurso Humano del Nutricionista-Dietista en Colombia*; más adelante ACOFANUD, en 1991, realiza la actualización del *Perfil Ocupacional del Nutricionista Dietista Colombiano*; trabajo que posteriormente se replantea y se emite el documento en el año 2013, que define las competencias laborales del nutricionista dietista, clasificadoras en trasversales y específicas.

Competencias transversales

- Contexto, profesionalismo, ética y humanismo. Corresponde a una propuesta construida a partir de los aportes de Odontología, Medicina, Nutrición y Dietética, Terapia Respiratoria, Instrumentación Quirúrgica y Trabajo Social, de acuerdo a las especificaciones de la Academia Nacional de Medicina y el Ministerio de la Protección Social.
- Gestión, investigación, educación, asesoría y consultoría. Corresponde a una propuesta construida por la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética, ACOFANUD, Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas, ACODIN, y la Comisión de Ejercicio Profesional de Nutrición y Dietética, oficializadas ante la Academia Nacional de Medicina en 2011.

Competencias Específicas

- **Nutrición humana:**

Diagnosticar el estado nutricional de individuos sanos durante el ciclo vital, (gestante hasta adulto mayor), con base en indicadores antropométricos clínicos, bioquímicos y el consumo de alimentos, de acuerdo a directrices nacionales e internacionales.

Prescribir planes alimentarios y nutricionales en las diferentes etapas del proceso vital que respondan a las características fisiológicas teniendo en cuenta requerimientos y recomendaciones de energía y nutrientes, cultura alimentaria, estilos de vida saludables, y condiciones socioeconómicas.

- **Nutrición Clínica**

Determinar el riesgo nutricional con base al diagnóstico del estado nutricional de individuos con diferentes patologías teniendo en cuenta parámetros e indicadores clínicos, bioquímicos, examen físico, antropométricos y de consumo de alimentos.

Determinar el tratamiento nutricional indicado según el estado clínico y nutricional, aplicando criterios científicos, éticos y humanísticos.

Efectuar el monitoreo del plan terapéutico (dietético y/o soporte nutricional) instaurado

Realizar consejería alimentaria y nutricional dirigida a pacientes y/o cuidadores en la atención hospitalaria y/o ambulatoria.

Realizar atención a madres gestantes, lactantes, niños y adolescentes hospitalizados y ambulatorios.

Prescribir plan dietoterapéutico y soporte nutricional enteral y parenteral

Realizar atención en los programas ambulatorios dirigidos a promoción, prevención y tratamientos especializados en la atención de consulta externa

Planear y desarrollar actividades en el proceso de cuidado nutricional en la atención de individuos enfermos

- **Nutrición pública**

Evaluar periódica y sistemáticamente los problemas relacionados con la alimentación y nutrición de la población, sus factores determinantes para buscar oportunidades de mejora

Desarrollar políticas, programas y proyectos que aborden los problemas de mayor prioridad y necesidades alimentarias y nutricionales, promoviendo el uso del conocimiento científico en la toma de decisiones y el establecimiento de normas.

Implementar eficazmente estrategias y acciones alimentarias y nutricionales para cumplir con las metas acordadas.

- **Ciencia y tecnología de alimentos**

Gerenciar un servicio de alimentación para colectividades sanas y/o enfermas, aplicando herramientas de las ciencias de la alimentación, nutrición, en la gestión de recursos y procesos de los servicios de alimentación para lograr resultados que incidan en el estado nutricional de colectividades de acuerdo a la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, SAN, y en la promoción de la salud y prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, ECNT.

Integrar los conocimientos de administración, alimentación y nutrición para planificar, gerenciar y crear soluciones gastronómicas para individuos hogares y grandes consumidores

Impartir educación nutricional y alimentaria, con el fin de construir una política institucional de alimentación saludable

Participar en procesos de licitación e interventoría en servicios de alimentación.

- **Nutrición y mercadeo**

Apoyar los aspectos científicos, técnicos y nutricionales del portafolio de productos de la empresa de alimentos

Formar parte del equipo de mercadeo profesional en la búsqueda de una comunicación asertiva hacia el consumidor

Proponer el diseño de los contenidos del material educativo de los productos de la empresa

- **Nutrición y deporte**

Diagnosticar el estado nutricional de individuos físicamente activos con base en indicadores antropométricos, clínicos, bioquímicos y del consumo de alimentos

Determinar las necesidades Nutricionales para cada deportista en particular de acuerdo a la edad, género, modalidad deportiva, nivel de entrenamiento y fases de la preparación física.

Prescribir planes alimentarios y nutricionales de acuerdo a las diferentes modalidades deportivas que respondan a las características fisiológicas, culturales, socioeconómicas y de estilos de vida del deportista.

Diseñar y ejecutar programas de educación alimentaria y nutricional a los deportistas para resaltar los beneficios de una alimentación e hidratación adecuada para el rendimiento deportivo.

Trabajar de manera interdisciplinaria con las demás ciencias del deporte

- **Ciencia y tecnología de alimentos**

Orientar la forma correcta de adquirir, almacenar, preparar, conservar, procesar o combinar los alimentos para minimizar las pérdidas de nutrientes, garantizar su inocuidad, mantener o mejorar sus características sensoriales.

Asesorar a la industria de alimentos en el desarrollo de productos alimentarios con características nutricionales especiales y con propiedades de salud específicas para individuos que se encuentren en determinadas condiciones fisiológicas o de enfermedad y en aspectos relacionados con rotulado y etiquetado nutricional

4.2. RESULTADOS OBJETIVO 2: Analizar el contexto Nacional y regional acorde a las necesidades en salud y nutrición

4.2.1. Contexto internacional y nacional de salud y nutrición

La OMS, en su documento “La Estrategia Global de Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud” presenta un análisis y propuestas para implementar medidas de prevención basadas en la nutrición y la actividad física para controlar las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), que son responsables del 56% de las muertes y del 46% de las enfermedades a nivel global.

La meta de la estrategia Global de la OMS⁷ es mejorar la salud pública a través de una nutrición saludable y la actividad física. Unos pocos factores de riesgo son responsables de la mayor parte de carga mundial de enfermedades crónicas – enfermedad cardiovascular, diabetes, isquemia cerebral, cánceres, enfermedades respiratorias y condiciones relacionadas con la obesidad- que dan cuenta del 59% de los 57 millones de muertes anuales, y del 46% de las enfermedades globales. Se prevé que esos porcentajes aumentarán al 73% y al 60%, respectivamente, antes de 2020. Esto es reflejo de un cambio significativo en los hábitos diarios y en los niveles de actividad física a nivel mundial como resultado de la industrialización, urbanización, desarrollo económico y la globalización creciente de los mercados de alimentos.

La Estrategia Global sobre Dieta, Actividad Física y Salud fue solicitada por los Estados miembros de la OMS en una resolución de la Asamblea Mundial en 2002 para un enfrentamiento integrado de Enfermedades No Transmisibles (ENT), estrategia que se adoptó formalmente en mayo de 2004.

La citada estrategia proporciona a los países un rango de opciones de políticas globales para enfrentar los principales riesgos responsables de la pesada y creciente carga de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT): la dieta no saludable y la inactividad física.

Los datos actuales sugieren que los factores determinantes de las ENT son en gran medida los mismos en todos los países sobre los que se dispone de información. Entre esos factores figuran el mayor consumo de alimentos hipercalóricos poco nutritivos con alto contenido de grasas, azúcares y sal; la menor actividad física en el hogar, la escuela y el medio laboral, así como en la recreación y en los

⁷En mayo de 2004, la aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Asamblea Mundial, 57» Asamblea Mundial de la Salud (Mayo de 2002, resolución WHA55.23) y la correspondiente Resolución aprobatoria (WHA57.17).

desplazamientos; y el consumo de tabaco. La mala alimentación, la insuficiente actividad física y la falta de equilibrio energético que se observan en los niños y los adolescentes son motivo de especial preocupación.

Las enfermedades no transmisibles constituyen una pesada carga económica para los sistemas de salud, sujetos ya por otra parte a fuertes presiones, y acarrear grandes costos para la sociedad. La salud es un factor determinante del desarrollo y un motor del crecimiento económico. La Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud ha demostrado que las enfermedades perturban el desarrollo y ha destacado la importancia de la inversión en la salud para el desarrollo económico. Los programas encaminados a promover una alimentación sana y la actividad física a fin de prevenir enfermedades son instrumentos decisivos para alcanzar los objetivos de desarrollo.

Existen pruebas concluyentes de las relaciones que existen entre determinados comportamientos y el estado de salud o la morbilidad posteriores. Es posible diseñar y realizar intervenciones eficaces para posibilitar que las personas vivan más y lleven una vida más sana, reducir las desigualdades y promover el desarrollo. Si se moviliza plenamente el potencial de las principales partes interesadas, esa visión podrá pasar a ser una realidad para toda la población en todos los países.

En mayo del 2004, se aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Asamblea Mundial 57. Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se establece la meta general de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud es promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física.

Esas medidas contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y llevan aparejado un gran potencial para obtener beneficios de salud pública en todo el mundo.

La Estrategia Mundial de la OMS tiene cuatro objetivos principales:

1. Reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física mediante una acción de salud pública esencial y medida de promoción de la salud y prevención de la morbilidad.
2. Promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud, así como del potencial positivo de las intervenciones de prevención.
3. Fomentar el establecimiento, el fortalecimiento y la aplicación de políticas y planes de acción mundiales, regionales, nacionales y comunitarios

encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física, que sena sostenibles, integrales y hagan participar activamente a todos los sectores, con conclusión de la sociedad civil, el sector privado y los medios de difusión.

4. Seguir de cerca los datos científicos y los principales efectos sobre el régimen alimentario y la actividad física; respaldar las investigaciones sobre una amplia variedad de esferas pertinentes, incluida la evaluación de las intervenciones; y fortalecer los recursos humanos que se necesiten en este terreno para mejorar y mantener la salud.

La Nutrición y desarrollo se constituye en un reto mundial, a pesar de que a nivel mundial se han reducido tanto la proporción como el número absoluto de personas crónicamente desnutridas, el hambre y la malnutrición siguen siendo los problemas más devastadores que aquejan a los pobres del mundo. Se han estimado que en las regiones en desarrollo el número de personas que padecen desnutrición crónica descendió de 941 millones a 786 millones en un lapso de 20 años. La desnutrición puede ocasionar retrasos en el crecimiento y en el desarrollo, reducir la actividad física, menoscabar la resistencia a las infecciones, acrecentar la morbilidad, y llevar a la invalidez y a la muerte. Por otra parte, las enfermedades diarreas, el sarampión, las infecciones respiratorias agudas la tuberculosis y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tienen repercusiones importantes sobre el estado nutricional, al igual que la malaria la anquilostomiasis, la ascariasis, la amibiasis y la esquistosomiasis⁸.

Los cuidados y prácticas de alimentación adecuados requieren tiempo atención y apoyo para ayudar a los niños y otras personas que quizá no estén en condiciones de cuidarse solas es necesario utilizar los recursos de manera eficiente la enseñanza nutricional puede constituir un instrumento apropiado y eficaz para prevenir y resolver los problemas nutricionales de hecho en general es posible obtener mejoras en la nutrición proporcionando una adecuada enseñanza a las mujeres.

Aproximadamente dos tercios de la población de los países en desarrollo reside en zonas rurales donde las fuentes directas de alimentos e ingresos son la agricultura la ganadería la pesca y las actividades forestales. Incluso cuando el desarrollo agrícola acentúa el aumento de la producción global, habría que adoptar como metas explícitas el incremento del consumo de las familias pobres y la creación de medios de subsistencia sostenibles a fin de asegurar la obtención de beneficios nutricionales. El nivel de empleo en agricultura puede constituir un factor determinante del bienestar nutricional⁹.

Es posible encontrar soluciones duraderas para los problemas nutricionales mediante esfuerzos concertados por reducir las desigualdades sociales y la

⁸ www.fao.org/DOCREP/U9920T/u9920t09.htm

⁹ www.fao.org/DOCREP/U9920T/u9920t09.htm

pobreza, causa fundamental de la malnutrición. A fin de asegurar la eficacia de las intervenciones en materia de nutrición, es necesario tener en cuenta las políticas generales y sectoriales de desarrollo, ya que es posible que un programa destinado a mejorar la alimentación, la salud o la atención sanitaria, por más que su ejecución se exitosa, no consiga producir efectos apreciables si el contexto general en que se aplica no es favorable a la nutrición. Tanto los ingresos en divisas como el empleo y el PNB se ven afectados por las barreras al comercio internacional. La liberación del comercio, especialmente de productos agrícolas, puede tener repercusiones favorables sobre la seguridad alimentaria de los países en desarrollo en su conjunto.

De igual manera, la conferencia “Micro nutrientes y desnutrición infantil” presentada por la asesora en Nutrición y Micro nutrientes de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Programa Mundial de Alimentos (PMA) con motivo del Simposio “Hambre oculta: el reto de la sociedad moderna”, realizado en julio de 2008 en San José de Costa Rica, puso de relieve cifras preocupantes en relación con el hambre, la desnutrición y la anemia.

En efecto, los datos allí analizados mostraron que en el contexto mundial y regional el número absoluto de personas que padecen hambre alcanza los 860 millones, aumentando en cuatro millones de personas por año; más de 3.5 millones de madres y niños menores de cinco años mueren cada año como consecuencia de la desnutrición; el 53% de las muertes infantiles tiene como causa sinérgica la desnutrición y las deficiencias de micro nutrientes, 178 millones de niños menores de cinco años sufren retardo en talla; 2.000 millones de personas soportan carencias de micro nutrientes; en América Latina y el Caribe (ALC) más de nueve millones de niños padecen retardo en talla y cifra similar está en riesgo; 53 millones de personas están sustruidas; cerca de la mitad de las embarazadas en el mundo sufren de anemia, perinatales está relacionado con la anemia¹⁰.

Alrededor del 10-20% de preescolar en países desarrollados y 30-80% en los países en vía de desarrollo, son anémicos durante el primer año de edad; la crisis mundial por el alza del precio de alimentos agrava la situación y genera “un nuevo rostro del hambre” y desnutrición.

Pues bien, este panorama nos coloca de cara a una grave situación de salud pública, de interés creciente en el mundo y en América Latina y el Caribe. Según el PMA¹¹, la región se sitúa como la más desigual del mundo, de acuerdo con casi todos los estudios efectuados. Los avances sostenidos hacia la democratización

¹⁰ *María Inés Jara Navarro*. Profesora investigadora Directora Revista Gerencia y Políticas de Salud Programa de Posgrados en Administración de Salud y seguridad social Facultad de Ciencias Económicas y administrativas Pontificia Universidad Javeriana de Salud y seguridad social.

¹¹ Programa Mundial de Alimentos (PMA). La erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe: una llamada urgente a la acción; 2008. [Disponible en: http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp182470.pdf].

política y la liberación económica han propiciado una apertura en la sociedad de la región y creado una impresionante prosperidad para algunos segmentos de la población.

Sin embargo, a pesar de ello, en la actualidad hay 209 millones de personas que viven en la pobreza, de las cuales 81 millones se encuentran en extrema pobreza. El 86% de esas personas pobres viven en países de ingresos medios, a donde cada vez se dirige menos la ayuda oficial al desarrollo, trayendo como consecuencia una doble exclusión para las personas pobres e importantes disparidades en el perfil nutricional de la población, siendo un reflejo de ello las grandes inequidades en la distribución del ingreso, como el avance en el campo de la reducción del hambre.

A pesar de qué en la región se producen suficientes alimentos para satisfacer 30% por encima de las necesidades de su población total (550 millones), en muchas áreas el acceso de las personas a los alimentos es muy escaso y se ve aún más amenazado debido al incremento en la frecuencia e intensidad de los desastres naturales, conflictos políticos y sociales internos, y asuntos emergentes sobre seguridad alimentaria. Siendo así, la persistencia de los altos niveles de inequidad amenaza el desarrollo equitativo y sostenido, así como el logro de los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM), frustrando el progreso en el área de la cohesión social. El hambre y la desnutrición obstaculizan el cumplimiento de todos los ODM, No solo por sus impactos sobre la pobreza, sino también porque repercuten, entre otros tantos aspectos, en la salud, la educación y la mortalidad. Innumerables estudios e investigaciones muestran importantes evidencias de las relaciones e interrelaciones causales y asociativas entre hambre y desnutrición, por un lado, y la pobreza, por el otro, así como también revelan cómo el hambre y la desnutrición merman la asistencia y aprendizaje escolar y obstaculizan el acceso a mercados y recursos, a la salud materna e infantil, el sistema inmunitario, la educación y el empleo para mujeres y niñas.

Llama poderosamente la atención el impacto de la desnutrición en niños menores de tres años en todo el ciclo de vida. Los niños que se desnutren y que presentan deficiencias de vitaminas y minerales algunas veces denominadas como “hambre oculta” en los primeros años de vida, se exponen a mayores riesgos de muerte durante la infancia y de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo de vida, limitando su potencial desarrollo físico e intelectual y restringiendo su capacidad de aprender y trabajar en la adultez, limitando así las oportunidades de desarrollo profesional y económico, lo que contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza.

Los gobiernos de América Latina y el Caribe no han llegado a reconocer y comprender el alcance total de los costos sociales y económicos asociados al hambre y la desnutrición. Muestra de ello ha sido la falta de inversión en programas sociales basados en la ayuda alimentaria. Aproximadamente el 1% del gasto social es destinado a programas alimentarios y mucho menos se invierten en la promoción, producción y distribución de alimentos enriquecidos para los niños pequeños. La

promoción de inversiones sostenidas en la lucha contra el hambre y la desnutrición es esencial para garantizar que los programas de protección social tengan un impacto adecuado. El hambre cuesta mucho más a nuestras sociedades que su erradicación.

De acuerdo con el estudio El costo de hambre; impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana¹², la historia de la desnutrición infantil en las últimas décadas habría generado un costo de casi 6.700 millones de dólares en el 2004, derivado de mayores gastos por tratamientos de salud, ineficiencias en los procesos educativos y pérdida de productividad. Estas pérdidas económicas equivalen a más del 6% del PIB de los siete países de aquel año, con un rango que oscila entre 1,7 al 11,4%. A partir de estos datos no es difícil demostrar que una región libre de desnutrición infantil beneficiaría a todos los sectores sociales y a todos los gobiernos.

Ahora bien, Colombia no es ajena a todo este panorama. Así lo sustenta la Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia (ENSIN), la cual muestra importantes problemas en relación con la situación nutricional y alimentaria de la población, dentro de las cuales se destaca como un problema crítico la anemia nutricional en los diversos grupos poblacionales estudiados. La encuesta reportó que de los hogares colombianos integrados por personas menores de 18 años, el 40,6% se clasificó en inseguridad alimentaria; el 12,6% de los niños de 6 a 9 años tiene retraso en crecimiento y es mayor en hombres (14,5%) que en la mujeres (10,6%); en el nivel 1 del SISBEN Es de 19%.

Además, el 1,1% de los niños y niñas colombianos entre 5 y 9 años presenta desnutrición aguda (bajo peso para la estatura) y los departamentos con mayor prevalencia en delgadez en niños y jóvenes de 10 a 17 años son, en su orden: Córdoba (15,1%), Atlántico (12,4%), Bolívar, Magdalena, Norte de Santander, Cesar, Sucre y Huila.

Estos departamentos son los que también presentan mayores prevalencias de déficit en la ingesta de proteínas y calcio, y constituyen la subregión que presenta la mayor prevalencia de anemia (49%) de los niños y niñas de 5 a 12 años.

El retraso en crecimiento en niños y jóvenes de 10 a 17 años se presenta en prevalencias más altas en los departamentos de Nariño, La Guajira, Boyacá, Cauca, Vaupés, Amazonas, Sucre, Magdalena, Tolima, Caquetá, Putumayo, Norte de Santander y Cesar. Estos departamentos presentan asimismo las más altas prevalencias de déficit en la ingesta de proteínas y calcio. Sin duda, este grupo poblacional desarrolla actividades de educación que seguramente se verán truncadas por la falta de una alimentación adecuada y variada, que aporte los

¹² Conferencia Interparlamentaria Sobre "Derecho a la Seguridad Alimentaria Ciudad de Panamá Panamá 3 y 4 de septiembre 2009

nutrientes que se requieren en esa etapa de la vida. Ante este panorama son varios los desafíos que el PMA nos invita a encarar, entre tantos otros retos:

- Aunar esfuerzos entre los múltiples actores y organizaciones interesados en reducir la desnutrición, a fin de evitar la dispersión en demasiadas instituciones y programas diferentes, lo cual conlleva la no materialización de las propuestas.
- Concienciar a las personas que padecen desnutrición, dado que esta es a menudo imperceptible y quienes la sufren no están conscientes de sus futuras implicaciones.
- Crear sistemas de vigilancia nutricional y de herramientas eficaces y efectivas que permitan a los gobiernos la identificación geográfica de las áreas con alta prevalencia de desnutrición y entender los factores determinantes de los problemas de alimentación y/o nutrición que allí se presentan.
- Establecer mecanismos que permitan comprobar que se ha cumplido con los objetivos y que los programas están teniendo el impacto esperado. Frecuentemente, debido a las limitaciones por insuficiencia de recursos técnicos y financieros, y a causa de los diversos enfoques metodológicos, los sistemas de seguimiento y evaluación e la región no tiene la capacidad de generar la información necesaria para una adecuada evaluación de la eficiencia, efectividad y sostenible de estas intervenciones. Aun en los casos en que estos sistemas y evaluaciones logran producir un análisis de los resultados asociados a estos programas con base a la evidencia, las lecciones aprendidas en estos ejercicios no son incorporadas en forma sistemática al proceso de formulación de nuevos o mejores programas.
- Aprender de la experiencia de otros, pues los esfuerzos de los expertos y encargados de formular políticas en la región se ven restringidos por la falta de oportunidades para aprender de otros, lo que resulta frecuentemente en que países que tienen graves problemas desconocen la existencia de experiencias exitosas.

Partiendo desde las bases más elementales contempladas desde la misma Constitución Política y en los tratados o convenios internacionales de Derechos Humanos ratificados por Colombia donde se incluye la Alimentación como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y que reconocen el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, se ratifica la necesidad de unir esfuerzos conjuntamente con el Estado y la familia para contribuir a garantizar el mejoramiento de una seguridad alimentaria universal y sustentable para nuestra población.

Es así como la Nutrición ha sido considerada como un elemento necesario, no solo en la prevención de enfermedades sino en la promoción y fomento de la salud tanto individual como colectiva para el alcance de los objetivos sociales, económicos y humanos de los gobiernos.

Siendo reconocida como un derecho inquebrantable del ser humano, los Estados han implementado programas y adoptado diferentes leyes en busca de su garantía sobre todo en las poblaciones más vulnerables; ejemplo de ello, es la ley 1098 de 2.006¹³ cuya finalidad es “garantizar a los niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna”

En sus artículos 17 y 24 del Capítulo II, El código de Infancia y Adolescencia enfatiza primordialmente en el derecho a la calidad de vida que supone la generación de condiciones que la aseguren y que desde luego incluyen una alimentación nutritiva y equilibrada, sumada a la vivienda, salud, educación, recreación y en general todo lo que es necesario para el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes

El artículo 38 “Obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado” contempla: “Proporcionarles las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permita un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo y educarles en la salud preventiva y en la higiene”

De esta manera, se resalta la importancia de contar con profesionales especializados en el área de la Nutrición como herramienta fundamental de participación en la consecución de las metas propuestas por los diferentes Estados y en especial de nuestro país, no solo como profesionales capaces de intervenir problemas alimentarios relacionados con el hambre y la Desnutrición que se contraponen a las enfermedades por exceso consecuencia de la Obesidad,

Al respecto, Colombia aunque la Constitución reza que “los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”, la realidad es otra y no puede ser más desoladora. Recientemente se realizó la encuesta nacional de la situación Nutricional en Colombia y las cifras que arrojó sobre la suerte que está corriendo la niñez son sobre cogedoras, El 12% de los niños colombianos menores de 5 años, el 12.6% entre 5 y 9 años y el 16% de aquellos que tienen entre 10 y 17 años de edad sufren problemas de desnutrición. En muy buena medida ello obedece a aquellos los bajos

¹³Ley 1098, noviembre 8 de 2006: Código de la Infancia y la Adolescencia; Congreso de Colombia, Libro 1, Capítulo 1.

Sino como profesionales capaces de liderar procesos acordes con las políticas de Estado para contribuir a disminuir la Inseguridad Alimentaria de nuestra población.

ingresos de las familias más pobres no les permiten cubrir las necesidades nutricionales de la población infantil.

La cantidad de menores de 18 años que vivía en 2003 en la pobreza subió de 12.1 millones a 12.9 millones, elevándose la tabla de pobreza para este grupo de edad de 16.7% a 17.6%. Según Daniel Weinberg, de la oficina del censo, “Este incremento de pobreza infantil está probablemente relacionado al incremento de la pobreza en las familias uní parentales “. El 13.5% de los niños en Colombia acusan retraso en su crecimiento, tienen estatura por debajo de la normal, lo cual indica mal nutrición crónica por período mayor de seis meses. La talla de 6.4 millones de infantes menores de 17 años, es ostensiblemente baja para su edad; en concepto de la autora del estudio a que hacemos referencia, Carolina Borda, el grupo más grande con esta anomalía es el de 10 a 17 años, con 16.2%, “pues por estar en un pico de crecimiento, ya no tendrán más oportunidad de recuperar esa talla”. La Guajira, Boyacá, Nariño Magdalena y Vaupés, se cuentan entre los departamentos donde prevalece más este fenómeno. Claro, que según la Organización de las Naciones Unidas este se extiende a toda la población, a tal punto que según su revelación en Colombia diez millones de personas tienen alguna carencia nutricional y seis millones de ellas sufren de desnutrición severa.

El perfil epidemiológico que caracteriza a Colombia y sus actuales reformas en salud demandan una mayor participación de los profesionales en la promoción de la salud, por lo que se requiere un profesional formado acorde con las necesidades del contexto, para lograr un abordaje holístico del ser humano, que potencialice el liderazgo y trascienda los modelos biomédicos centrado en la enfermedad y su tratamiento¹⁴.

Son muchos los desaciertos que pueden tenerse en los programas de educación en salud y nutrición; algunos de ellos son de tipo metodológico y por imprecisión en la formulación de los objetivos y de los mensajes, actitud autoritaria del educador, desconocimiento del contexto, inadecuadas estrategias para la enseñanza y ausencia de la evaluación. Años atrás, la educación para la salud consistía básicamente en distribuir información y dirigir mensajes a la población con la esperanza de que estas medidas de algún modo, trajeran cambios en las costumbres de individuos y colectivos. Con el transcurrir de los años se ha hecho cada vez más evidente que para hacer efectiva la educación en salud, se requieren diversas estrategias que trasciendan la información.

La educación convencional en nutrición y alimentación parece no ser pertinente cuando se fundamenta sólo en concepciones teóricas, sin tener en cuenta el contexto, la cultura y los comportamientos humanos, lo que en muchos casos

¹⁴RESTREPO MESA, Sandra Lucía. La promoción de la salud y sus aportes a la educación en alimentación y nutrición. *Invest. educ. enferm* [online]. 2005, vol.23, n.1, pp. 110-117. ISSN 0120-5307.

genera pérdida de recursos, desperdicio de tiempo y baja productividad e impacto de las intervenciones.

Por ello, la Universidad Mariana le apunta a la promoción de la salud. La Carta de Ottawa plantea cinco áreas fundamentales para la promoción de la salud: construcción de políticas públicas saludables, mejoramiento de los entornos o ambientes, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de actitudes personales y reorientación de los servicios, áreas que para su desarrollo requieren que se trasciendan los modelos higienistas que dieron origen a la promoción de la salud¹⁵. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud¹⁶, conciben la promoción de la salud como la suma de acciones de la población, los servicios, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas a mejorar las condiciones de salud individual y colectiva.

Hancock¹⁷ plantea la promoción de la salud como la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud y la política, hace referencia a que los individuos y los grupos deben tomar control sobre los determinantes de la salud como la paz, la educación la vivienda, la alimentación, el medio ambiente, la equidad y la justicia social. Vista de esta manera, la promoción de la salud es una estrategia que media la relación de las personas con el entorno, y la elección personal con la responsabilidad social para crear ambientes y futuro más saludables.

Además, se plantean posturas epistemológicas y teóricas provenientes de diferentes disciplinas, que han avanzado con el transcurrir del tiempo, alcanzado una mayor preocupación por la participación, el desarrollo humano y el bienestar.

Según Torres¹⁸, la promoción de la salud es un concepto amplio, plural, subjetivo, múltiple e interdisciplinario, cuya intencionalidad es comprender, dinamizar procesos y promover cambios en la realidad social y en el auto cuidado de la población, lo que enriquece los procesos educativos en salud y nutrición. La promoción de la salud se entiende hoy como la promoción de la vida y del bienestar, y presenta a los profesionales en nutrición grandes retos en un mundo globalizado donde la economía, la industrialización, la política, el desplazamiento, la situación social, entre otros, determinan la alimentación y nutrición de los individuos y colectividades.

¹⁵ Restrepo H. ¿Qué es la promoción de la salud? En: Cátedra abierta. Reforma de los servicios de salud en el mundo. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina 1999; (13): 12-20

¹⁶ Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: La promoción de la salud: Una antología. Washington: OPS, OMS; 1996. pp. 25-36 (Publicación científica; N° 557).

¹⁷ Hancock T. Health promotion in Canadá: did we win the battle but lose the war?. Citado por: Restrepo E. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Rev Fac Nac Salud Pub 2001; 19 (1): 41-56.

¹⁸ Torres B, Escobar M. El estado de la discusión y de la práctica en promoción de la salud en Colombia 1991-1999. En: La promoción de la salud en América Latina: Modelos, estructuras y visión crítica. Universidad de Puerto Rico 2004. pp. 216-230.

Para mostrar con mayor claridad las interrelaciones y sinergias existentes entre salud, educación y nutrición, a continuación se profundiza el análisis en una de estas interrelaciones: las consecuencias de la desnutrición en la salud de la población.

La desnutrición incrementa la probabilidad de mortalidad perinatal, contribuye con el 60% de las muertes de los niños de edad pre-escolar, incrementa entre un 20 y un 24% el riesgo de muerte por diarrea, malaria o sarampión, entre los niños con déficit de vitamina A y al traducirse en anemia (por falta de hierro), genera un 20% de las muertes de las mujeres embarazadas.

Pero la desnutrición no sólo se expresa en mortalidad, sino que también genera morbilidad:

- El bajo peso es responsable de gran parte de enfermedades como diarrea, malaria, neumonía y sarampión.
- La insuficiencia de hierro es causante de anemia materna, infantil y escolar.
- Un suplemento diario de zinc reduce la mortalidad infantil, disminuye la desnutrición crónica y previene la diarrea y la pulmonía.
- El déficit de vitamina A genera problemas de ceguera.
- La falta de yodo es causa del bocio y del cretinismo.
- La desnutrición infantil impacta sobre enfermedades de la edad adulta como los problemas coronarios, diabetes del tipo 2, accidentes cerebro – vasculares e hipertensión.

Ante la problemática de orden nutricional que afronta el país, el estado ha emitido múltiples políticas de que permitan dirigir acciones y disminuir los impactos negativos sobre la salud y desarrollo social y el alcance de los objetivos de desarrollo sostenible, de esta forma en el 2008 el Consejo Nacional de Política Pública social emite el CONPES 113, el cual define la seguridad alimentaria y nutricional como “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el 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”¹⁹. Definiendo además los ejes de trabajo y las responsabilidades, que se dinamizan y especifican a través del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012- 2019.

Adicionalmente en el plan decenal de salud pública 2012 – 2021, establece la seguridad alimentaria y nutricional como una dimensión prioritaria, 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

¹⁹ Consejo Nacional de Política Económica y Social. 113. 2008

malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión intersectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial²⁰. Definiendo los siguientes objetivos

- Contar con una adecuada oferta del grupo de alimentos prioritarios establecidos en el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- Garantizar el acceso al grupo de alimentos prioritarios
- Lograr que la población colombiana consumo una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada.
- Mejorar el nivel de aprovechamiento y utilización biológica de los alimentos
- 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.
- Perfeccionar el marco regulatorio haciéndolo más consistente con la protección de la salud de las personas y los derechos de los consumidores.
- Modificar el sistema de inspección, vigilancia y control de los alimentos de tal forma que sean más preventivos e integrados, con mayor capacidad de respuesta ante una crisis alimentaria.
- Promover en la industria alimentaria en todos los eslabones prácticas de autocontrol basadas en la prevención y control de los peligros y el desarrollo de la trazabilidad de los alimentos, sin perjuicio de las actividades ineludibles de inspección, vigilancia y control que el estado ejecute.

De la misma forma el sistema de seguridad social en salud regulado por la ley 100 del 1993, se ha visto en la necesidad de reformarlo de acuerdo a las necesidades y condiciones de la población colombiana, a través de la ley 1438 del 2011, la ley 1751 del 2015 y la Política País, instaurando en el sistema actual acciones dentro de la atención primaria en salud, reconociendo que la desnutrición ha disminuido en el territorio nacional, pero que Colombia al igual que otros países en desarrollo presenta una tendencia al aumento de sobrepeso y obesidad. Estableciendo la necesidad de dirigir acciones que permita contrarrestar el exceso de peso y la carga que este representa para el sistema actual, asociado a la presencia de enfermedades altamente prevenibles.

²⁰ Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

4.2.2. Contexto sociodemográfico y de salud del departamento de Nariño

El Departamento de Nariño fue creado en 1904, como una segregación del Departamento del Cauca, con una extensión original de 136.000 kilómetros cuadrados. De este territorio se separó la Comisaría Especial del Putumayo; además, una parte pasó a la Comisaría del Caquetá y otra al departamento del Cauca, se localiza en el extremo sur occidental del país, en la región geográfica Andina meridional y Pacífico Sur: Latitud Norte de 00° 31'08'' y 02° 41'08'' y Longitud Oeste de 76° 51' 19'' y 79° 01' 34'', con una superficie de 33.265 Km², correspondiente al 2,9% de la extensión territorial del país

En el Departamento existen 67 resguardos, los cuales ocupan una superficie de 467 mil hectáreas (4670 kilómetros cuadrados). Nariño limita al norte con el Departamento del Cauca, al sur con la República del Ecuador, al oriente con el Departamento de Putumayo y al occidente con el océano Pacífico.

Al ser un Departamento limítrofe con la República del Ecuador (comparten una frontera cercana a los 250 kilómetros), en varios aspectos la economía y la cultura se relacionan fuertemente; por ejemplo, las ciudades de Ipiales y Pasto están situadas, respectivamente, a 4 y 5 horas por carretera de Quito, esto es, menos tiempo de lo que implicaría viajar hasta la ciudad de Cali.

Regiones naturales

El Departamento de Nariño lo componen tres grandes subregiones geográficas Llanura Pacífica que representa el 52% del territorio departamental, se caracteriza por una alta pluviosidad (3.000 mm), fuertes temperaturas y una vegetación selvática.

La región de la cordillera de los Andes que ocupa el 46% del territorio, su pluviosidad es inferior a 1.000mm. El relieve montañoso alcanza alturas cercanas a los 5.000 m.s.n.m.

Vertiente amazónica, representa el 2% restante de territorio, se caracteriza por una vegetación selvática y de altas precipitaciones (superior a los 4.000 mm), está vinculada económicamente al Departamento del Putumayo.

La población desplazada en el departamento de Nariño

En el Departamento de Nariño se ha venido presentando un incremento del desplazamiento debido a violencia generalizada y al programa de erradicación de cultivos de uso ilícito. Nariño se ha convertido en el centro de convergencia de desplazados de Putumayo, Cauca Antioquia y Meta; a febrero de 2008 de acuerdo a informes de Acción Social, la población en situación de desplazamiento forzado por el conflicto armado acumulada es de 20.647 familias que corresponden a 90.065 personas desplazadas hacia los municipios receptores tales como: Pasto, Tumaco, El Charco, Taminango, Samaniego, Los Andes, Barbacoas, Ipiales, Córdoba y San Lorenzo. Y 19.350 familias equivalentes a 86.616 personas que han emigrado de municipios (expulsores) como: Tumaco, El Charco, Barbacoas, Policarpa, Pasto, Cumbitara, Santa Bárbara, El Rosario, Olaya y Leiva.

Conflicto armado y narcotráfico

Las cinco subregiones que conforman el Departamento de Nariño, en su mayoría, son territorio de grupos armados al margen de la ley y hacen presencia en casi el 71% de los municipios

La economía subterránea y prohibida también se adueñó del Departamento de Nariño pues el cultivo (55 mil hectáreas), procesamiento y tráfico de coca, marihuana y amapola, se realiza en casi la totalidad de su área, sin dejar de lado el comercio y transporte de los insumos requeridos para la transformación de las plantas en alcaloides.

Existe, un comportamiento inherente a los efectos de los grupos alzados en armas al margen de la ley, del cultivo y procesamiento de alucinógenos; causas que, al actuar, colocan frente a una identificación social diferente. La lucha armada tiene diferentes efectos en la población: lesiones, muerte, desplazamiento y contaminación del medio ambiente.

Esta situación ha conllevado a desplazamientos individuales y masivos hasta impedir en muchos de los municipios que la misión médica adelante los programas de promoción, prevención y de atención en detrimento de las condiciones de morbi-mortalidad de las comunidades

Actividades económicas

La distribución espacial de la competitividad desde un enfoque territorial expresa desigualdades y semejanzas entre los departamentos y las regiones del país. El índice de competitividad de la CEPAL que incluye los factores: fortaleza económica,

infraestructura, capital humano, ciencia, tecnología e innovación, instituciones, gestión y finanzas públicas, ubica a Nariño en el puesto 19 a nivel nacional, con un grado de competitividad medio bajo²¹.

Para el periodo 2002 - 2014, la economía del departamento tuvo un dinamismo mayor que la de Colombia en su conjunto. En efecto, el PIB del país creció a una tasa de 4,54% anual en promedio, mientras el departamento lo hizo a 4,68%²².

Las cifras anualizadas muestran que el PIB de Nariño experimentó altibajos a lo largo del período, Los años de mayor crecimiento fueron 2004 (7.9%), 2006 (10.4%) y 2013 (6.9%), siendo la construcción el sector más dinámico (26.7%) impulsado por la fuerte inversión estatal. Sin embargo, en 2005 (2.9%) y 2010 (0.2%), el PIB departamental presentó variaciones inferiores al total nacional, e incluso decreciente en 2008 (-0,1%). En esta dinámica el sector terciaria ha tenido una gran participación con un 66% en el PIB, con los sectores de transporte, almacenamiento y comunicaciones, restaurantes, hoteles, comercio y reparación, servicios financieros, servicios sociales y comunales.

Referente al sector secundario es de 17,6% distribuido así: Construcción Industria manufacturera, electricidad, gas y agua y el aporte del sector primario es de 15,8%, con actividades como agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca, minas y canteras. A pesar de que Nariño tiene un tradición agropecuaria, este sector tiene una participación decreciente pasado del 20% en el 2000 al 13% en el 2014, efectos asociados a los costos de insumos, baja asistencia técnica e inversión, falta de crédito, problemas de transformación y comercialización, la falta de crédito y la deficiente infraestructura vial.

Categorización de los municipios en el departamento de Nariño

El 94% de los municipios del Departamento de Nariño se encuentran en la categoría sexta, evidenciando la situación de bajos ingresos que percibe y genera nuestro departamento por cada uno de sus municipios. Estas son causas para que la región no esté encaminada hacia el desarrollo integral. Además con los bajos ingresos generados y recibidos, el margen de inversión social es mínimo, generando bajos niveles de calidad de vida a la población.

Los municipios que están clasificados en 6ª Categoría, indican la poca capacidad resolutive frente a su desarrollo municipal, situación que impide que los recursos municipales no alcancen para destinaciones entre otras de: mejoramiento de vías, saneamiento ambiental, ampliación de cupos del régimen subsidiado y mejoramiento de la dotación e infraestructura hospitalaria.

²¹ Gobernación de Nariño. Plan de desarrollo. Nariño Corazón del mundo. 2016-2020

²² Ibid.

El Instituto Departamental de Salud ha apoyado a los municipios por intermedio de proyectos de complementariedad y concurrencia, buscando aumentar la capacidad de respuesta de los entes territoriales, especialmente en acciones de inspección, vigilancia y control en los componentes de la salud pública. La estrategia de firmar convenios ínter administrativos con los municipios para financiar el funcionamiento de los técnicos de saneamiento para dar cumplimiento a las responsabilidades de la Ley 715 ha dado resultados positivos en beneficio de las comunidades. El control y la vigilancia de los factores de riesgo del ambiente, el consumo y las zoonosis, permite garantizar unas mejores condiciones de vida.

Empresas sociales del estado por subregiones y niveles de complejidad, departamento de Nariño

Para el año 2017 todos los municipios del Departamento de Nariño, en aplicación de la Ley 100/93, Decreto 1876/94, y Circular 079/2004 emanada del Ministerio de Salud Hoy Ministerio de la Protección Social, separaron la dirección de la prestación de servicios de salud, mediante la expedición de los Acuerdos Municipales, transformando y/o creando las IPS en Empresas Sociales del Estado–ESE. Actualmente existen en el departamento **69 Empresas Sociales del Estado**, de las cuales cinco (5) el 7.46% corresponde a mediana complejidad y 62 el 92.5% a baja complejidad.

4.2.3. Perfil epidemiológico del Departamento de Nariño

Tabla 2. Población según sexo. Departamento de Nariño

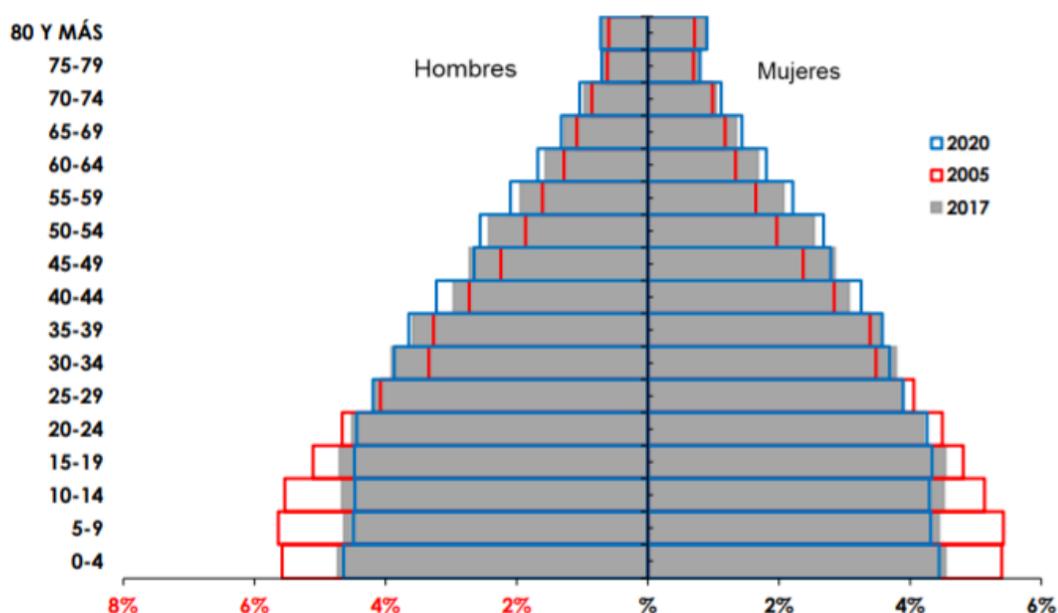
SUB REGION CENTRO									
MUNICIPIOS	POB 2008	SEXO				ZONA			
		Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Urbano	% Urbano	Rural	% Rural
Albán	20,125	10,243	50.9	9,882	49.1	6,931	34.4	13,194	65.6
Ancuyá	8,321	4,338	52.1	3,983	47.9	1,717	20.6	6,604	79.4
Buesaco	23,038	11,698	50.8	11,340	49.2	5,120	22.2	17,918	77.8
Chachagúí	13,114	6,686	51.0	6,428	49.0	6,505	49.6	6,609	50.4
Consaca	10,032	5,006	49.9	5,026	50.1	1,753	17.5	8,279	82.5
Cumbitara	12,456	6,330	50.8	6,126	49.2	1,463	11.7	10,993	88.3
El Peñol	6,740	3,528	52.3	3,212	47.7	941	14.0	5,799	86.0
El Rosario	11,055	5,821	52.7	5,234	47.3	3,540	32.0	7,515	68.0
El Tablón de Gómez	13,615	7,037	51.7	6,578	48.3	943	6.9	12,672	93.1
El Tambo	13,564	6,721	49.6	6,843	50.4	5,229	38.6	8,335	61.4
Funes	6,839	3,599	52.6	3,240	47.4	2,378	34.8	4,461	65.2
La Florida	10,948	5,488	50.1	5,460	49.9	1,855	16.9	9,093	83.1
Leiva	12,422	6,502	52.3	5,920	47.7	3,592	28.9	8,830	71.1
Nariño	4,376	2,184	49.9	2,192	50.1	3,343	76.4	1,033	23.6
Pasto	399,723	191,672	48.0	208,051	52.0	327,935	82.0	71,788	18.0
Policarpa	14,665	7,720	52.6	6,945	47.4	2,420	16.5	12,245	83.5
Sandoná	25,448	13,259	52.1	12,189	47.9	11,145	43.8	14,303	56.2
Tangua	10,502	5,298	50.4	5,204	49.6	2,223	21.2	8,279	78.8
Yacuanquer	10,275	5,117	49.8	5,158	50.2	2,536	24.7	7,739	75.3
SUBTOTAL	627,258	308,247	49.1	319,011	50.9	391,569	62.4	235,689	37.6
SUB REGION OCCIDENTE									
MUNICIPIOS	POB 2008	SEXO				ZONA			
		Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Urbano	% Urbano	Rural	% Rural
Barbacoas	32,402	16,480	50.9	15,922	49.1	13,032	40.2	19,370	59.8
El Charco	28,673	14,629	51.0	14,044	49.0	7,666	26.7	21,007	73.3
Francisco Pizarro	12,132	6,612	54.5	5,520	45.5	5,812	47.9	6,320	52.1
La Tola	9,475	4,945	52.2	4,530	47.8	6,615	69.8	2,860	30.2
Magüí	18,059	9,799	54.3	8,260	45.7	3,612	20.0	14,447	80.0
Mosquera	13,161	6,759	51.4	6,402	48.6	4,327	32.9	8,834	67.1
Olaya Herrera	28,589	15,147	53.0	13,442	47.0	3,467	12.1	25,122	87.9
Roberto Payán	18,460	9,626	52.1	8,834	47.9	948	5.1	17,512	94.9
Santa Bárbara	15,133	7,913	52.3	7,220	47.7	2,773	18.3	12,360	81.7
Tumaco	171,281	86,196	50.3	85,085	49.7	92,329	53.9	78,952	46.1
SUBTOTAL	347,365	178,106	51.3	169,259	48.7	140,581	40.5	206,784	59.5
SUB REGION SUR									
MUNICIPIOS	POB 2008	SEXO				ZONA			
		Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Urbano	% Urbano	Rural	% Rural
Aldana	6,623	3,248	49.0	3,375	51.0	1,724	26.0	4,899	74.0
Contadero	6,748	3,427	50.8	3,321	49.2	2,071	30.7	4,677	69.3
Córdoba	13,628	6,795	49.9	6,833	50.1	2,169	15.9	11,459	84.1
Cuaspué	8,250	4,184	50.7	4,066	49.3	2,112	25.6	6,138	74.4
Cumbal	32,863	16,502	50.2	16,361	49.8	7,205	21.9	25,658	78.1
Guachucal	16,481	8,198	49.7	8,283	50.3	3,130	19.0	13,351	81.0
Gualmatán	5,713	2,752	48.2	2,961	51.8	2,177	38.1	3,536	61.9
Iles	8,067	4,129	51.2	3,938	48.8	1,786	22.1	6,281	77.9
Ipiales	117,482	57,491	48.9	59,991	51.1	81,018	69.0	36,464	31.0
Potosí	12,809	6,540	51.1	6,269	48.9	2,068	16.1	10,741	83.9
Puerres	8,813	4,311	48.9	4,502	51.1	2,902	32.9	5,911	67.1
Pupiales	18,734	9,252	49.4	9,482	50.6	5,463	29.2	13,271	70.8
SUBTOTAL	256,211	126,829	49.5	129,382	50.5	113,825	44.4	142,386	55.6

Fuente DANE. www.dane.gov.co - / 04 / 2008

SUB REGION NORTE									
MUNICIPIOS	POB 2008	SEXO				ZONA			
		Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Urbano	% Urbano	Rural	% Rural
Arboleda	7,513	3,898	51.9	3,615	48.1	1,049	14.0	6,464	86.0
Belén	6,850	3,461	50.5	3,389	49.5	2,863	41.8	3,987	58.2
Cartago	7,200	3,755	52.2	3,445	47.8	633	8.8	6,567	91.2
Colón	9,825	5,158	52.5	4,667	47.5	1,380	14.0	8,445	86.0
La Cruz	17,858	9,252	51.8	8,606	48.2	6,387	35.8	11,471	64.2
La Unión	27,359	13,936	50.9	13,423	49.1	10,402	38.0	16,957	62.0
San Bernardo	15,662	8,115	51.8	7,547	48.2	3,377	21.6	12,285	78.4
San Lorenzo	18,818	9,931	52.8	8,887	47.2	2,355	12.5	16,463	87.5
San Pablo	17,964	9,309	51.8	8,655	48.2	3,975	22.1	13,989	77.9
Taminango	18,113	9,324	51.5	8,789	48.5	3,942	21.8	14,171	78.2
SUBTOTAL	147,162	76,139	51.7	71,023	48.3	36,363	24.7	110,799	75.3
SUB REGION CENTRO OCCIDENTE									
MUNICIPIOS	POB 2008	SEXO				ZONA			
		Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Urbano	% Urbano	Rural	% Rural
Guaitarilla	13,158	6,692	50.9	6,466	49.1	4,020	30.6	9,138	69.4
Imués	7,094	3,567	50.3	3,527	49.7	663	9.3	6,431	90.7
La Llanada	6,349	3,325	52.4	3,024	47.6	1,930	30.4	4,419	69.6
Linares	11,287	5,823	51.6	5,464	48.4	2,332	20.7	8,955	79.3
Los Andes	17,145	8,774	51.2	8,371	48.8	6,316	36.8	10,829	63.2
Mallama	8,794	4,539	51.6	4,255	48.4	1,343	15.3	7,451	84.7
Ospina	8,403	4,351	51.8	4,052	48.2	2,181	26.0	6,222	74.0
Providencia	12,175	6,158	50.6	6,017	49.4	4,512	37.1	7,663	62.9
Ricaurte	15,971	8,299	52.0	7,672	48.0	2,191	13.7	13,780	86.3
Samaniego	50,250	25,507	50.8	24,743	49.2	18,210	36.2	32,040	63.8
Santacruz	22,681	11,500	50.7	11,181	49.3	5,151	22.7	17,530	77.3
Sapuyes	7,124	3,549	49.8	3,575	50.2	1,582	22.2	5,542	77.8
Túquerres	41,219	20,482	49.7	20,737	50.3	16,910	41.0	24,309	59.0
SUBTOTAL	221,650	112,566	50.8	109,084	49.2	67,341	30.4	154,309	69.6
DPTO NARIÑO	1,599,646	801,887	50.1	797,759	49.9	749,679	46.9	849,967	53.1

Fuente DANE: www.dane.gov.co.

Gráfica 1. Pirámide Poblacional departamento de Nariño



Fuente IDSN. Indicadores Básicos de salud de Nariño. 2016

Tabla 3. Dinámica Poblacional Departamento de Nariño. 2016

Índice Demográfico	Año		
	2005	2017	2020
Poblacion total	1.541.692	1.787.545	1.851.477
Poblacion Masculina	771.880	897.201	929.405
Poblacion femenina	769.812	890.344	922.072
Relación hombres:mujer	100	101	101
Razón niños:mujer	34	28	28
Índice de infancia	33	28	27
Índice de juventud	27	26	26
Índice de vejez	7	8	8
Índice de envejecimiento	21	28	30
Índice demografico de dependencia	65	54	53
Índice de dependencia infantil	54	43	42
Índice de dependencia mayores	11	12	12
Índice de Friz	180	139	133

Fuente IDSN. Indicadores Básicos de salud de Nariño. 2016

La pirámide poblacional muestra gráficamente la composición de la población Nariñense por grupos de edad y por sexo; para el año 2016 el Departamento cuenta con una población total de 1,787,545 habitantes de los cuales 897,201 son hombres y 890,344 mujeres, el rango de edad con mayor densidad poblacional corresponde a la infancia, adolescencia y juventud. Todo esto indica que el proceso de transición demográfica en Nariño se viene dando más lentamente que en la globalidad del país

pero con una tendencia a equipararse en los próximos años, yendo esto de la mano con las tendencias del descenso de la fecundidad y de la mortalidad generales, así como del proceso de urbanización que vive el departamento.

Tabla 4. Indicadores demográficos proyecciones a año 2015

Período	Tasas medias anuales de crecimiento (Por mil)		Tasas implícitas (Por mil)			Número estimado		Migrantes netos	
	Exponencial	Geométrico	Crecimiento Natural	Natalidad	Mortalidad	Nacimientos	Defunciones	Total	Tasa
1990-1995	15.61	-	21.80	28.48	6.68	-	-	39.278	-6.04
1995-2000	13.34	-	20.05	26.49	6.43	-	-	46.601	-6.66
2000-2005	12.93	-	17.62	23.77	6.15	-	-	35.078	-4.70
2005 - 2010	12.28	12.4	15.50	21.59	6.09	172.212	48.457	26.142	-3.29
2010 – 2015	12.38	12.5	14.04	20.23	6.18	171.205	52.315	14.184	-1.68

Fuente DANE: www.dane.gov.co

El crecimiento poblacional, directamente relacionado con las tasas de natalidad y mortalidad tiene un decremento paulatino, sin embargo éste podría verse influenciado también por otras variables como son migraciones y emigraciones, los desplazamientos y otros determinantes del orden social que vive el país y el departamento de Nariño por ser zona de frontera.

Tabla 5. Tasas de fecundidad y reproducción proyecciones a año 2020

Período	Tasas de reproducción (por mujer)		Tasas de fecundidad		Edad media de la fecundidad (años)
	Bruta	Neta	Global (Por mujer)	General (por mil mujeres)	
2005-2010	1.30	1.22	2.67	81.20	26.72
2010-2015	1.22	1.15	2.51	79.00	26.48
2015- 2020	1.19	1.12	2.43	75.70	26.35

Fuente DANE: www.dane.gov.co.

Entre los indicadores de la salud reproductiva se observa una tendencia a la reducción en casi todos ellos, sin embargo la edad media de fecundidad es muy poco influenciada por el tiempo. Esta variable se constituye hoy en día en uno de los principales problemas de intervención desde los sectores de salud y educación, por tratarse de una variable influenciada directamente por el entorno social y el fenómeno de inicio temprano de la actividad sexual.

Tabla 6. Indicadores de esperanza de vida y mortalidad proyecciones a año 2020.

Período	Esperanza de vida al nacer (años)			Tasa de mortalidad infantil (por mil)	Defunciones		
	Hombres	Mujeres	Total		< 1 año	0-4 años	1-4 años
2005-2010	70.30	75.61	72.88	45.20	7828	8710	883
2010-2015	70.69	75.87	73.21	42.60	7366	8204	838
2015- 2020	71.04	76.12	73.51	40.20	7087	7906	818

Fuente DANE: www.dane.gov.co

Las cifras que presentan los registros oficiales de esperanza de vida alcanzan a ganar 0.63 años, en quince años y muestran una clara diferencia entre sexos, siendo la masculina menor con 0.51 y la femenina de 0.74 años. Estos datos reflejan las condiciones sociales del Departamento considerándose como un indicador favorable de desarrollo social sobre el cual debemos intervenir. La tasa de mortalidad infantil proyectada, presenta una leve disminución de 5 puntos en 15 años.

Estado de salud de la población

Tabla 7. Primeras causas de morbilidad general por consulta externa año 2016

No.	Diagnostico	%	Tasa x100.000
1	KO21- Caries Dentina	6.3	6.121.6
2	I10X – Hipertensión esencial primaria	3.6	3.445.9
3	A09X – Diarrea y gastroenteritis de presunto origen bacteriano	2.9	2.768.0
4	B829 – Parasitosis intestinal sin otra especificación	2.7	2.624.6
5	N390 – Infección de vías urinarias sitio no especificado	2.7	2.609.0
6	J00X – Rinofaringitis aguda	2.4	2.356.4
7	M545 - Lumbago no especificado	1.9	1.813.5
8	K051 – Gingivitis crónica	1.7	1.634.2
9	K297 – Gastritis no especificada	1.6	1.577.0
10	K050 – Gingivitis aguda	1.5	1.454.3

Fuente: *IDSN—Indicadores Básicos de salud 2016.*

El departamento de Nariño a pesar de los significativos adelantos que en las últimas dos décadas ha logrado en el campo de la salud en particular y el desarrollo social en general, todavía sigue presentando un perfil mórbido más cercano a los indicadores de atraso que a los de desarrollo poblacional, es así como entre sus primeras causas de morbilidad en la consulta externa, las enfermedades infecciosas ocupan los primeros lugares, la IRA y la EDA y el parasitismo intestinal se hacen evidentes afectando especialmente a la población infantil. Posteriormente se evidencia la gastritis en una proporción importante pueden desencadenar en cáncer gástrico evento que caracteriza a la región por su gran incidencia atribuido

a los hábitos alimentarios. Las enfermedades propias del desarrollo (crónicas o degenerativas) únicamente se ven reflejadas en los casos de hipertensión esencial que ocupa el segundo puesto, más frecuente en mujeres y en grupos etéreos mayores de 15 años. La caries dental, indicador de salud y cuidado infantil, deja ver las mayores deficiencias que existen en esta área, relacionadas especialmente con la promoción de la salud bucal.

Tabla 8 Primeras causas de mortalidad para mujeres todas las edades año 2015

No.	Diagnostico	%	Tasa x10.000
1	Infarto agudo de miocardio	12.7	4.4
2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. No especificada	3.6	1.3
3	Tumor maligno del estómago. Parte no especificada	3.3	1.2
4	Hipertensión esencial primaria	2.7	0.9
5	Enfermedad cardiaca hipertensiva. Con insuficiencia cardiaca congestiva	2.6	0.9
6	Tumor maligno de mama. Parte no especificada	2.3	0.8
7	Tumor maligno de cuello uterino. Sin otra especificación	2.2	0.8
8	Accidente vascular encefálico agudo. No especificado.	2.0	0.7
9	Neumonía no especificada.	1.9	0.7
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	1.7	0.6

Fuente: IDSN –Indicadores básicos de salud 2016

Tabla 9. Primeras causas de mortalidad Hombres todas las edades año 2015

No.	Diagnostico	%	Tasa x10.000
1	Infarto agudo de miocardio	12	5,2
2	Agresión con disparo de otras armas de fuego no especificadas: Calles y carreteras	3.8	1,6
3	Tumor maligno del estómago. Parte no especificada	3.8	1,6
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. No especificada	3.3	1,4
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	2.3	1,0
6	Tumor maligno de próstata	2.2	0,9
7	Agresión con disparo de otras armas de fuego no especificadas: Lugar no especificado.	2.0	0,9
8	Hipertensión esencial primaria	1.9	0,8
9	Enfermedad cardiaca hipertensiva. Con insuficiencia cardiaca congestiva	1.7	0,7
10	Neumonía. No especificada	1.5	0.7

Fuente: IDSN –Indicadores básicos de salud 2016.

Acorde las tasas representativas para las diez primeras causas de mortalidad para hombres y mujeres en Nariño se evidencian la alta carga de las enfermedades crónicas no transmisibles, en eventos como Infartos agudo de miocardio, hipertensión esencial primaria y cáncer. Lo cual evidencia os inadecuados hábitos de vida que lleva la población nariñense.

Tabla 10 Tasa de mortalidad materna e infantil año 2011

INDICADOR	NARIÑO (1)
MORTALIDAD MATERNA – muertes x 100.000 Nacidos Vivos	112,5 (2011)
MORTALIDAD INFANTIL - muertes x 1.000 Nacidos Vivos	40,56

Fuente DANE : www.dane.gov.co.IDSN SIVIGILA 2011

Nariño en su trabajo a favor de la infancia, durante el último quinquenio muestra un patrón similar en la mortalidad en los niños y niñas menores de cinco años siendo las enfermedades del período perinatal, las malformaciones congénitas, y las infecciones respiratorias agudas los eventos que más generan mortalidad. Sin embargo se ha logrado avances importantes tales como la reducción en la tasa de mortalidad por neumonía, gracias a la implementación de estrategias que favorecen la salud de la Infancia como AIEPI, IAMI, la introducción de vacunas contra haemophilus influenza, rotavirus y neumococo en el esquema de menores de 1 año, el incremento de coberturas de afiliación al sistema, la implementación de proyectos en poblaciones con altas vulnerabilidades como los AWA y afros, con apoyo de UNICEF y OPS y el mejoramiento de la calidad de prestación de servicios en salud, se consideran factores determinantes para alcanzar este logro. Sin embargo el reto principal se mantiene en la reducción de la tasa de mortalidad infantil la cual supera a la del país en casi el doble (40,56 x 1.000 nacidos Vivos en Nariño Vs. 20,13 x 1.000 en el país) y para lo cual se requiere fortalecer el trabajo en las estrategias mencionadas con énfasis en las subregiones más afectadas por este problema como son las de la costa pacífica y el piedemonte costero, y generando estrategias que permitan acceso a zonas donde el conflicto armado es una barrera para el trabajo en salud.²³

Frente a la mortalidad materna se han implementado estrategias como la vigilancia de morbilidad materna extrema en las instituciones de salud de mediana y alta complejidad, propiciando la elaboración de planes de mejoramiento de atención, además la implementación de otras estrategias como Instituciones Amigas de la Mujer y de la infancia - IAMI, en ESEs e IPS de baja, mediana y alta complejidad que se certificaron en este cuatrienio. Igualmente el fortalecimiento del Sistema Informático Perinatal, en las IPS de los municipios, permitió identificar y realizar un seguimiento estricto a los riesgos de las gestantes.

Tabla 11 Departamento de Nariño coberturas de inmunización. 2016

EDADES	BIOLOGICO	COBERTURA
< 1 año	Antipolio	89,82
< 1 año	Pentavalente	90,33
< 1 año	Hib	88,17
< 1 año	Triple Viral	91,72
< 1 año	Rotavirus	89,20

²³ Instituto Departamental de Salud de Nariño. Plan de salud Territorial. 2012- 2015.

< 1 año	Neumococo	89,84
< 1 año	DPT	89,80
Recién Nacido	BCG	90,34

Fuente: IDSN - Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, 2016

El comportamiento de las coberturas de vacunación en el departamento de Nariño se ve influenciado directamente por la población que define el DANE como denominador para el cálculo de las mismas, que sesga significativamente los datos y que los hace ver extremadamente bajos de lo que en realidad podrían ser. Este sesgo se ha tratado de controlar mediante la estrategia de Monitoreos Rápidos de Coberturas de la OPS que para el 2016 nos arrojan coberturas para Nariño cercanas al 95 % para todos los biológicos; sin embargo existen factores que no se pueden desconocer y que afectan negativamente el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre ellos el difícil acceso geográfico a todo el territorio departamental que en ocasiones se ve comprometido por las situaciones de orden público y el bajo compromiso de los alcaldes municipales como líderes territoriales del proceso.

Tabla 12 Proporción de bajo peso al nacer por cada 100 nacidos vivos.
Departamento de Nariño.

Proporción de bajo peso al nacer por cada 100 nacidos vivos	2008		2009		2010	
	No	tasa	No	Tasa	No	Tasa
	1.818	8,7	1.835	9,0	1.652	8,8

Fuente: IDSN Indicadores Básicos de salud. 2016

De los años 2008 a 2010 la proporción de bajo peso al nacer no presenta disminución, por lo tanto actualmente se está desarrollando el programa a nivel departamental para disminuir esta situación, que evidencia una grave problemática de la salud y nutrición materno- infantil.

Tabla 13 Estado nutricional por grupos de edad y subregiones. Departamento de Nariño. 2015

Subregiones	0 - 59 meses			
	DNT Crónica	DNT Aguda	DNT Global	Obesidad
Abades	21,0%	0,9%	4,8%	1,1%
Centro	22,2%	1,6%	4,2%	2,5%
Cordillera	14,7%	1,2%	3,6%	1,6%
Ex provincia de Obando	25,6%	1,4%	5,3%	2,0%
Guambuyaco	50,7%	5,1%	21,4%	5,2%
Juanambú	24,0%	1,8%	5,1%	2,7%
Occidente	17,0%	4,1%	4,0%	2,5%
Pacífico Sur	16,8%	1,6%	4,8%	1,6%
Pie de Monte Costero	25,1%	1,3%	5,3%	1,3%
Río Mayo	19,9%	0,8%	3,9%	1,7%
Sabana	24,6%	1,3%	3,9%	1,3%
Sanquianga	22,7%	2,6%	4,8%	3,9%
Telembí	26,3%	2,2%	5,6%	2,4%
NARIÑO	22,5%	1,7%	5,2%	2,3%

Fuente: IDSN. SSP-SAN. SISVAN 2015

Como lo evidencia la tabla No. 5 en Nariño hay una alta prevalencia de desnutrición crónica, aguda y global, por encima de la media nacional, la situación más crítica la presenta la región de guambuyaco que comprende los municipios de: Los Andes Sotomayor, La Llanada, El Tambo, El Peñol.

Tabla 14 Saneamiento ambiental 2015

<i>Tabla 14.</i>	Urbano	Rural
Cobertura calidad de agua	42%	3.1%
Cobertura Acueducto	89%	64%

Fuente: IDSN Indicadores Básicos de salud. 2016

Las coberturas relacionadas con saneamiento ambiental están directamente asociadas con la zonificación sea ésta urbana o rural, lo que define el comportamiento general de cada una de las zonas territoriales, en términos generales para el año 2016 la cobertura de la calidad de agua potable apta para consumo humano es del 3,1% porcentaje críticamente bajo relacionado con el urbano que alcanza el 42%, situación asociada a la cobertura de acueductos y que a su vez se asocia a la alta presencia de enfermedades diarreicas y los altos índices de parasitosis intestinal.

Necesidades regionales en salud y nutrición

Para el 2011 Nariño presentó un índice de necesidades básicas insatisfechas del 43.79%²⁴, indicador que se calcula atendiendo a cinco dimensiones: vivienda inadecuada, cobertura de servicios públicos básicos, espacio doméstico (hacinamiento crítico), asistencia escolar y dependencia económica. Estos indicadores señalan que el departamento de Nariño es pobre, teniendo en cuenta que su población tanto urbana como rural carece de condiciones de vida adecuadas en los aspectos descritos. Si bien es cierto, la pobreza se ha reducido notablemente en la última década, aún se encuentra un 18.7% de la población en condiciones de pobreza extrema. En el país, Nariño fue el séptimo departamento más pobre para el 2010²⁵.

Las condiciones de pobreza están asociadas a su vez a la alta ruralidad y la presencia de regiones con poblaciones dispersas, principalmente en las subregiones cercanas a la cordillera y costa pacífica. Lo cual afecta el perfil de morbimortalidad de la región. Que acentúa los altos índices de inseguridad alimentaria asociándose a su vez a la presencia de malnutrición tanto por exceso como por déficit, llevando a Nariño un departamento que pese a su riqueza natural las problemáticas de este orden evidencian las características propias de un país en vías de desarrollo.

Otro aspecto fundamental, que cabe resaltar en la región es la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, indicador que alcanza los 3.8 meses comparado con el del País que es de 1.8 meses, resultado asociado al trabajo desarrollado durante 15 años en la promoción de la lactancia materna, consejería y en la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI, a pesar de tener unos de los índices más altos, el reto continua, esperando alcanzar la recomendación establecida por la OMS, identificando además la alimentación completaría como un aspecto a fortalecer, porque se considera un periodo crítico para la presencia de malnutrición, la adquisición de hábitos alimentarios y la presencia de mitos culturalmente aceptados por la población que pueden perjudicar el estado de salud y nutrición de los menores.

En lo relacionado con la prevalencia de desnutrición global y crónica en menores de cinco años, los resultados obtenidos superan el promedio nacional por las condiciones de Inseguridad Alimentaria ya mencionadas. En particular la falta de crecimiento en estatura, se asociada al deficiente consumo de proteínas. Siendo la desnutrición más frecuente en el Departamento, los niños y niñas están alimentados básicamente con carbohidratos: coladas de harinas, agua de panela. Este indicador es difícil de incidir por la falta de poder adquisitivo para los alimentos fuentes de proteína en los hogares nariñenses.

²⁴ Departamento Administrativo Nacional de estadística. 2012.

²⁵ Gobernación de Nariño.2012.

En lo relacionado con la prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas menores de cinco años. Hasta el momento no se poseen datos a nivel regional, cifra que espera a obtenerse con la aplicación de las rutas de promoción y mantenimiento, a pesar de esto, a nivel nacional se aplica el lineamiento para la prevención en deficiencias en micronutrientes, estrategia que plantea practicas claves como el pinzamiento adecuado del cordón umbilical, la desparasitación, el fortalecimiento de la educación nutricional en el eje de consumo y la suplementación con hierro, zinc, y Vitamina A, para los menores de 5 años vinculados y afiliados al régimen subsidiado y contributivo.

El contexto anteriormente mencionado, lleva a la priorización de problemáticas dentro de la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional a nivel departamental, donde el ente territorial a través del análisis de necesidades, plantea lo siguiente:

- Las zonas especialmente rurales del departamento dadas sus condiciones de pobreza e inequidad social hacen que su población no tenga acceso a una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada a las necesidad de las familias, garantizando su inocuidad.
- La desnutrición y la muerte por desnutrición son eventos directamente asociados con enfermedades prevalentes en el departamento como son la IRA y la EDA, esta última determinada en gran parte por las bajas coberturas de agua potable.
- La desnutrición Aguda en el departamento de Nariño, supera los promedios nacionales, se considera un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de morir en los niños menores de 5 años.
- El bajo peso al nacer es un indicador trazador preocupante en el departamento de Nariño dado su alto porcentaje de ocurrencia y asociado directamente a la salud materna especialmente a su estado nutricional
- Los altos índices de talla baja para la edad son un problema de salud pública que dejara ver sus secuelas a largo del tiempo en el crecimiento social y económico del departamento, pues estos afectan directamente en el desarrollo no solo físico sino mental de los niños cuando estos alcancen su edad productiva.

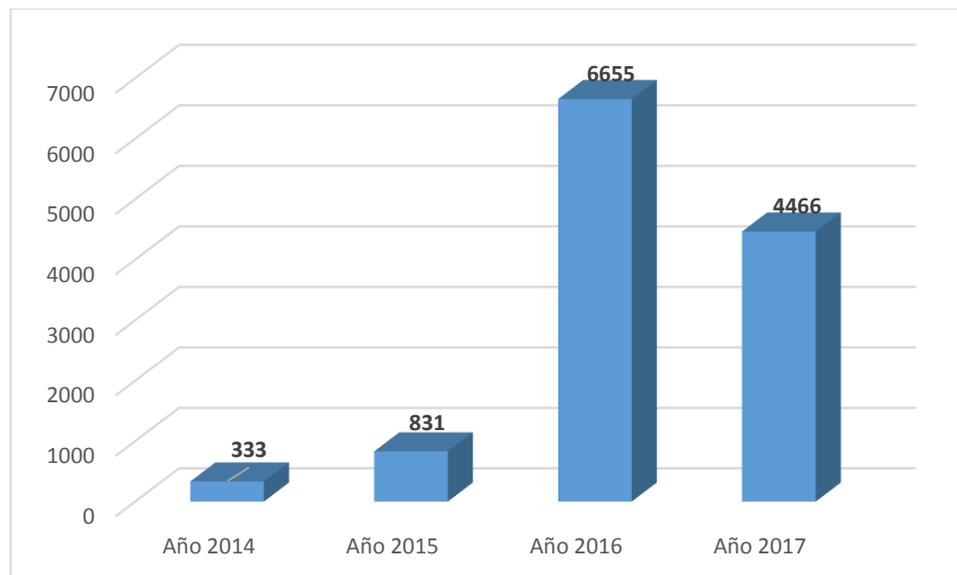
En síntesis, al analizar los indicadores básicos que reflejan el estado de salud y nutrición de la población nariñense, se evidencian grandes necesidades estructurales y poblacionales, asociadas a la mejora de las condiciones de la calidad de vida en factores económicos, educativos y de salud. Además existe la necesidad de la formación de talento humano que permita la aplicación de políticas, planes y programas que buscan, mejorar o mitigar estas problemáticas.

4.3. **RESULTADO OBJETIVO 3.** Reconocer los aspectos clave del programa de Nutrición Y dietética de la Universidad Mariana en el ámbito investigativo, disciplinar y de proyección social.

4.3.1. **Proyección social**

En el programa de nutrición y dietética de la Universidad Mariana, las acciones de proyección social se asocian al desarrollo de las prácticas formativas y profesionales, en múltiples instituciones y comunidades con cobertura en los departamentos de Nariño y Putumayo.

Gráfica 2 Población beneficiaria proyección social. Nutrición y Dietética. Universidad Mariana. 2014 – 2017



Fuente: presente investigación. 2018

En la gráfica número 2 se observa la población beneficiaria desde el inicio de prácticas formativas en el año 2014, evidenciando el incremento hasta el año 2016, asociándose a la apertura de los espacios académicos con este enfoque, la disminución para el año 2017 se asocia a las características de los proyectos e instituciones atendidas.

Tabla 15 Acciones de proyección social Nutrición y Dietética. Universidad Mariana

Año	Instituciones	Población beneficiaria
2014	Práctica integrada Nutrición normal y terapéutica del adulto y anciano: En Asilo San José, Fundación Guadalupe, Hospital Mental Perpetuo Socorro, Emssanar	333
2015	Práctica integrada Nutrición normal y terapéutica del adulto y anciano: En Asilo San José, Hospital Mental Perpetuo Socorro, Hospital Mental San Rafael	600
	Práctica Integrada Nutrición normal y terapéutica materno infantil: Instituto Colombiano de Bienestar familiar	231
2016	Práctica integrada Nutrición normal y terapéutica del adulto y anciano: En Asilo San José, Hospital Mental Perpetuo Socorro, Hospital Mental San Rafael y Clínica Fátima	785
	Práctica Integrada Nutrición normal y terapéutica materno infantil: Arcadia de San Pablo, Institución Educativa Municipal INEM, institución Educativa Colombo Suizo	4657
	Práctica integrada: Clínica Fátima, Hospital Universitario Departamental de Nariño, Hospital Civil de Ipiales	1213
	Practica Integrada Noveno semestre: Alcaldía de Pasto, Instituto Departamental de Salud de Nariño, Instituto Colombiano Bienestar Familiar Nariño Putumayo, Empresa social del Estado El Tablón, La Unión, Ricaurte, Alcaldía de Nariño, Alcaldía de Buesaco, Centro de rehabilitación de Niño, Secretaria de educación Pasto e Ipiales, Pasto Salud ESE.	NA

2017	Práctica integrada Nutrición normal y terapéutica del adulto y anciano: En Asilo San José, Hospital Mental Perpetuo Socorro, Hospital Mental San Rafael, Universidad Mariana, Nueva EPS.	901
	Práctica Integrada Nutrición normal y terapéutica materno infantil: Colegio libertad	2915
	Práctica integrada: Hospital Universitario Departamental de Nariño	650
	Practica Integrada Noveno semestre: Alcaldía de Pasto, Instituto Departamental de Salud de Nariño, Instituto Colombiano Bienestar Familiar Nariño Putumayo, Empresa social del Estado El Tablón, La Unión, Ricaurte, Alcaldía de Nariño, Alcaldía de Buesaco, Centro de rehabilitación de Niño, Secretaria de educación Pasto e Ipiales, Pasto Salud ESE.	NA

Fuente: Presente investigación 2018.

A través de la práctica de nutrición normal y terapéutica del adulto y anciano, se ha realizado el fortalecimiento desde el área nutricional a instituciones que ofrecen su atención en salud, a la población en referencia, con el desarrollo de actividades como atención nutricional de individuos sanos y enfermos, que abarca la interpretación de indicadores clínicos, bioquímicos, físicos, antropométricos y alimentarios, tamizaje, valoración, diagnóstico, prescripción de plan alimentario y educación nutricional. En el marco de las características propias de la población adulta y adulta mayor, quienes presentan un perfil de morbilidad asociado a enfermedades altamente prevenibles que se relaciona con la transición epidemiológica y aumento de la esperanza de vida de la población Colombiana.

La población beneficiaria ha aumentado paulatinamente pasando de 333 a 901 pacientes como número inferior y superior respectivamente, en total desde el inicio de las actividades de la practica en el 2014 hasta el 2017 el número de pacientes corresponde a 2619, en Instituciones como Hospital San Rafael, Hospital Perpetuo Socorro y Asilo San José, con cobertura en servicios de corta y larga estancia. A partir del último año se ha hecho presencia en consulta externa de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud y en la Universidad Mariana, con excelentes resultados en el proceso.

En la práctica de nutrición normal y terapéutica materno infantil se ha buscado dar un enfoque que permita la atención de población pobre y vulnerable, incluyendo dentro del accionar a instituciones educativas, Instituto Colombiano de bienestar familiar y Alcaldía, en búsqueda de procesos que permitan el desarrollo de actividades como tamizaje, valoración y diagnóstico nutricional, que posteriormente permiten mejorar las condiciones asociadas con la implementación de estrategias educativas que fomentan la adquisición de estilos de vida saludables.

La población total beneficiaria de la práctica corresponde a 7803, el trabajo se ha desarrollado principalmente en instituciones de carácter público como es el caso de la Institución Educativa INEM, Institución Educativa Libertad y Liceo Central de la Universidad de Nariño, también se hizo presencia en el Municipio de San Pablo en convenio con la administración municipal.

A su vez el desarrollo de la práctica integrada Clínica ha fortalecido la prestación del servicio de salud de instituciones del departamento de segundo y tercer nivel de atención, con el desarrollo de actividades del área clínica que parten del diagnóstico nutricional, la prescripción de planes alimentarios, el seguimiento y evaluación de la mejoría del estado nutricional, posterior a la intervención y educación nutricional. Las instituciones con las cuales se ha realizado convenio son el Hospital Civil de Ipiales y el Hospital Universitario Departamental de Nariño, los cuales constituyen los principales centros de referencia del Departamento de Nariño y Putumayo, la población total beneficiaria corresponde a 1863 pacientes.

Para el desarrollo de la práctica integrada o práctica profesional, se realiza la participación de estudiantes en diferentes instituciones públicas y privadas de la región, destacando la colaboración en la aplicación y fortalecimiento de políticas, planes, programas y proyectos enfocados en la salud pública, dentro de los principales aportes cabe destacar:

- **Alcaldía Municipal de Pasto:** fortalecimiento de las acciones para las dependencias de Seguridad Alimentaria y nutricional, tiendas escolares e Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.
- **Instituto Departamental de Salud de Nariño:** creación de estrategias de asistencia técnica y educación en salud para profesionales y población en temas como Alimentación de la gestante y complementaria, valoración y diagnóstico del estado nutricional y bajo peso al nacer

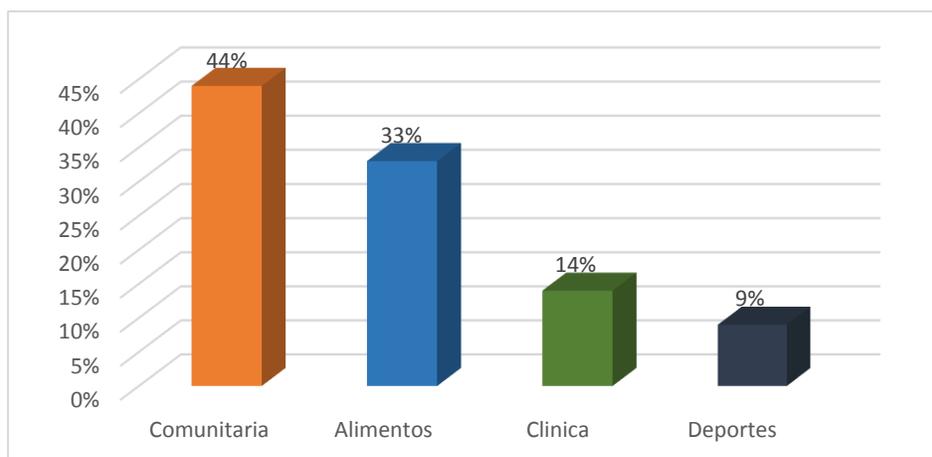
- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar:** Colaboración En los componentes administrativos, de salud y nutrición y protección en los municipios de Ipiales, Tuquerres, Tumaco, Pasto y de Departamento del Putumayo en Mocoa, La Hormiga, Sibundoy.
- **Empresas Sociales del estado** en los municipios de Pasto, Tablón de Gómez y Ricaurte donde se han desarrollado actividades estipuladas en el Plan de Intervenciones Colectivas, de cada institución.
- **Direcciones Locales de Salud** de los Municipios de Nariño y Buesaco, con el desarrollo de acciones para la formulación, ejecución y evaluación del Plan Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- **Secretarías Municipales de Educación** en Pasto e Ipiales en el fortalecimiento del Programa de alimentación Escolar y desarrollo de estrategias educativas en la población escolar con el objetivo de promover alimentación y estilos de vida saludables.
- **Banco Interamericano de Desarrollo:** Estudio que permitió identificar las condiciones del programa de alimentación escolar en el Departamento de Nariño.

Para el desarrollo de la práctica profesional, el número de población beneficiaria corresponde a la atención prestada por cada estudiante y corresponde a la información confidencial de las instituciones, las evidencias se encuentran en los informes entregados en la finalización de cada proceso.

4.3.1. Investigación

Los procesos de investigación del programa de nutrición y dietética se han concentrado en los trabajos de grado estudiantiles, los cuales se han dividido por áreas contemplando: comunitaria, alimentos, deportes y clínica. Con corte al año 2017 se ha desarrollado 66 proyectos de los cuales el 73% se encuentran finalizados.

Gráfica 3 Proyectos de investigación por área de Nutrición y Dietética



Fuente: Presente investigación 2018.

Los proyectos de investigación desarrollados se relacionan con las líneas de acción definidas por el grupo de investigación profesoral, que tiene por objetivo el transferir y aplicar los conocimientos generados a través de la investigación científico-académica en el campo de la salud, la alimentación y la nutrición humana a nivel individual y poblacional, la salud pública y comunitaria, los servicios alimentarios institucionales y comerciales y el sector agroalimentario e industrial, en beneficio de la comunidad, dividiéndose a su vez en las siguientes sub-líneas:

- Nutrición a través del ciclo vital.
- Nutrición en condiciones especiales
- Nutrición comunitaria
- Ciencia de los alimentos

Como se evidencia en la gráfica dos, el mayor desarrollo en investigación se ha enfocado en el área comunitaria donde los estudios se han concentrado en el análisis de la situación de seguridad alimentaria y nutricional de múltiples poblaciones de Nariño, enfocándose en las más pobres y vulnerables del departamento, con énfasis en comunidades indígenas.

Seguidamente se encuentra el área de alimentos donde se han desarrollado estudios para el análisis de componentes nutricional de alimentos, desarrollo de principios activos y alimentos funcionales, basándose en las necesidades nutricionales, características poblacionales como los hábitos alimentarios y las necesidades acordes al perfil de morbilidad de la región. Con énfasis en productos propios del área como el caso del cuy, amaranto, quinua, frutas, tubérculos y otros cereales de alto consumo.

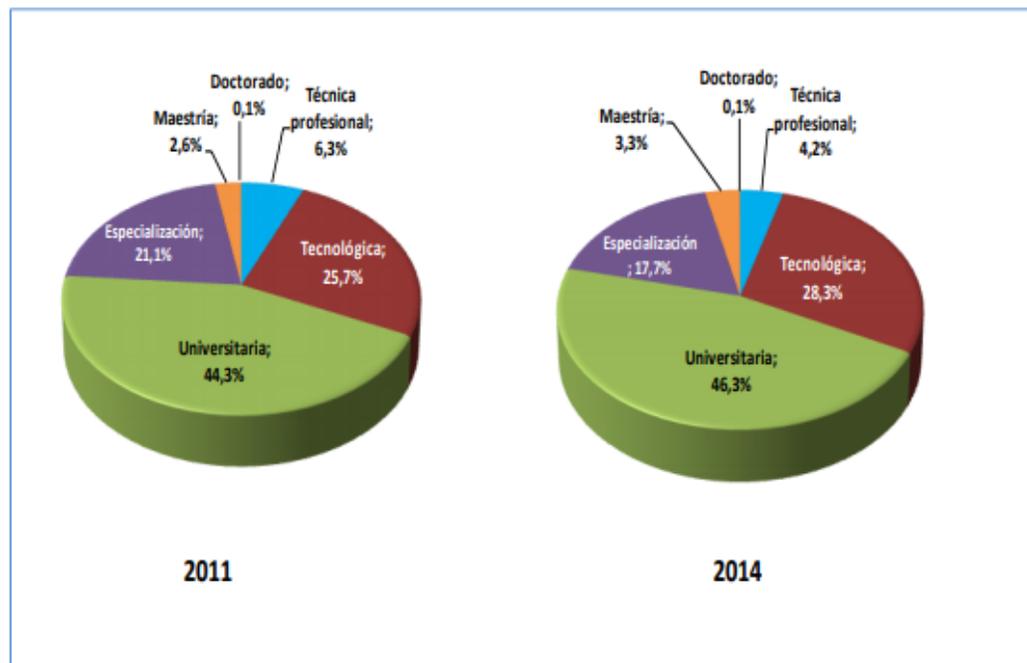
En una menor proporción se encuentran los estudios del área de nutrición en el ciclo vital y condiciones especiales, donde los estudios se han concentrándose en el

análisis de composición y necesidades nutricionales de grupos específicos, a lo largo del curso de vida, como es el caso de primera infancia, adolescencia, adulto mayor y pacientes con patologías específicas, apuntando a la contribución en la identificación de necesidades y tratamientos particulares que permitan mejorar o mantener un óptimo estado de salud – nutrición.

4.3.2. Perfil laboral y ocupacional del nutricionista dietista en Colombia y la región.

El Observatorio Laboral, recoge las dinámicas laborales de los egresados en Colombia, por ejemplo, para el caso de las dinámicas de titulaciones según el nivel de formación recogida en el año 2014, las tendencias son las siguientes:

Gráfica 4 Titulaciones de educación superior por nivel de formación, 2011 y 2014



Fuente: Ministerio de Educación Nacional – Observatorio Laboral para la Educación

La participación del técnico profesional y tecnológico, niveles fundamentales para la transformación productiva y la competitividad del país, pasó del 32,0% en 2011 al 32,6% en 2014 y el nivel universitario pasó de 44,3% a 46,3% en 2014, en tanto que el nivel de especialización representó el 21,1% de las titulaciones en 2011 y el 17,7% en 2014; la maestría pasó del 2,6% al 3,3% de participación en los mismos años.

Gráfica 5 Titulaciones por área de conocimiento, 2011 y 2014

2011			2014		
Participación				Participación	Variación
31,7%	95.018	Economía, Administración, Contaduría y Afines	132.670	37,0%	39,6%
22,3%	66.998	Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y Afines	83.824	23,4%	25,1%
16,9%	50.593	Ciencias Sociales y Humanas	54.849	15,3%	8,4%
13,1%	39.138	Ciencias de la Educación	35.590	9,9%	-9,1%
7,9%	23.794	Ciencias de la Salud	26.171	7,3%	10,0%
3,1%	9.337	Bellas Artes	11.232	3,1%	20,3%
2,7%	8.032	Agronomía, Veterinaria y afines	7.615	2,1%	-5,2%
1,6%	4.902	Matemáticas y Ciencias Naturales	6.069	1,7%	23,8%

Fuente: Ministerio de Educación Nacional - Observatorio Laboral para la Educación

Durante 2014 se otorgaron 358.910 títulos de educación superior, frente a 299.816 conferidos en 2011 para una variación porcentual de 19,7%. Comparando estos dos años, se tiene que para el área de Ciencias de la Salud se evidencia un porcentaje con un 7,3% con un crecimiento del 10% con respecto al 2011.

Gráfica 6 Títulos otorgados en el área de Ciencias de la Salud a nivel de pregrado

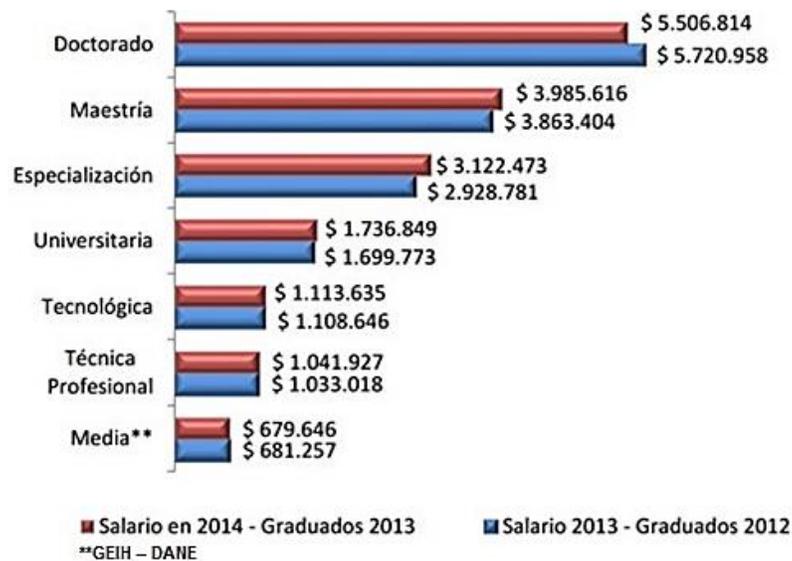
NBC	TÉCNICA	TECNOLÓGICA	UNIVERSITARIA
BACTERIOLOGÍA	383	818	11.095
ENFERMERÍA	1.655	151	29.937
INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA	696	164	6.322
MEDICINA	803	1.198	39.372
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	0	0	3.047
ODONTOLOGÍA	989	750	17.028
OPTOMETRÍA	0	2.702	2.388
SALUD PÚBLICA	1.474	8.325	4.766
TERAPIAS	22	0	24.873
Total	6.022	14.108	138.828

Fuente: Observatorio Laboral para la Educación

Según la tabla, hasta el momento se han otorgado en el país 158.958 títulos de educación superior de pregrado en ciencias de la salud tanto a nivel técnico, tecnológico y universitario. Al desagregar esta información por nivel de

formación se encuentra que el 87,3% de estos títulos corresponden a universitarios, en donde se evidencia que el programa de Nutrición y Dietética cuenta con una menor cantidad de profesionales con respecto a los demás programas del área de la salud con 3.047 títulos universitarios otorgados.

Gráfica 7 Salario promedio de los recién graduados (Precios constantes 2014)



Fuente: Observatorio Laboral para la Educación

Los graduados del nivel universitario en el 2013 y que están trabajando formalmente en el 2014, reciben en promedio un salario de \$1.736.849. Valor inferior al establecido por la Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas (ACODIN), que fija una tarifa de \$2.358.000 para el profesional de nutrición con una experiencia inferior a los dos años.

Contexto laboral regional

Según el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), las instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento están conformadas de la siguiente manera: nivel de baja complejidad por 63 Entidad Social del Estado (ESE), 13 Institución Prestadora de Salud (IPS) Indígenas y 233 unidades de atención. El nivel de mediana complejidad cuenta con 4 hospitales (Hospital Eduardo Santos, Hospital San Andrés, Hospital Civil de Ipiales y CEHANI), y en la alta complejidad se cuenta con el Hospital Universitario Departamental de Nariño-HUDN.

Adicionalmente se complementa acciones, intervenciones y procedimientos con 11 instituciones de mediana complejidad privadas (IPS Gestionar Bienestar, Hospital San Rafael, Hospital Mental Nuestra Señora Perpetuo Socorro, IPS Sur Salud, IPS Medfam, Clínica Los Andes, CEHANI, IPS Nubes Verdes, IPS Los Ángeles, Clínica Miramag) y 8 de alta complejidad (Clínica Fátima, Hospital Infantil Los Ángeles, Clínica Los Andes, Fundación Hospital San Pedro, Proinsalud, Clínica Valle de Atriz, Clínica Hispanoamérica y Clínica Las Lajas).

Cabe resaltar, cada IPS tiene como misión contribuir al bienestar social de la comunidad, por medio de la prestación de servicios de salud de alta calidad; uno de estos servicios es la atención oportuna por un profesional de la salud experto en nutrición que brinde educación y planes alimentarios nutricionales que aporten al estado de salud de las comunidades en el curso de vida, basándose en la atención en todos los niveles de complejidad de las diferentes niveles de atención.

Además, se resalta el papel de nutricionista en el primer nivel de atención, con acciones enfocadas al cumplimiento del plan de intervenciones colectivas, fortalecimiento de los programas de promoción y prevención. Acciones que se establecen dentro de la política de atención integral en salud y el modelo de la misma a través de la implementación de las rutas integrales de atención en salud.

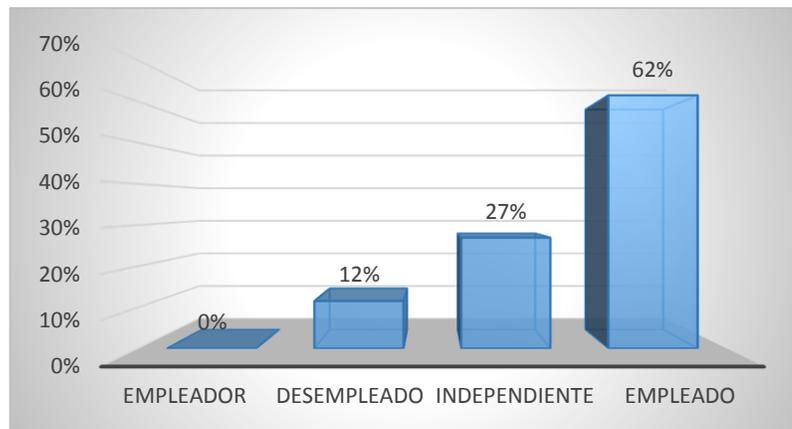
Igualmente, el papel del profesional en nutrición y dietética es fundamental para la planeación, ejecución y evaluación de los programas enmarcados dentro de la salud pública, con un eje de acciones las entidades territoriales municipales como departamentales, donde su trabajo se encamina en el desarrollo de las dimensiones de seguridad alimentaria y nutricional en el cumplimiento de la plan decenal de salud pública como de las políticas nacionales vigentes como también en el fortalecimiento de los programas de alimentación escolar que cubre la totalidad de municipios del departamento.

Complementario a la labor regional referente a salud pública se encuentra el desempeño de los procesos misionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que en el departamento cuenta con una oficina regional y centros zonales en diferentes municipios como Pasto, Tuquerres, Tumaco e Ipiales, adicionalmente las diferentes instituciones contratistas y operadoras que ejecutan dichas acciones.

En lo referente a los servicios de alimentación es un área que puede proyectarse a un mayor desarrollo profesional, con las diferentes instituciones que cumplen esta labor en las instituciones principalmente hospitalarias, que cubren la ciudad de Pasto como los municipios de mayor densidad poblacional.

Como es posible analizar el desempeño del profesional en la región permite el fortalecimiento de los distintos sectores en los que interactúa en su área de acción, labores que anteriormente las ejecutaban profesionales o técnicos de otras áreas y pueden reflejarse en las grandes necesidades referentes a nutrición en la región.

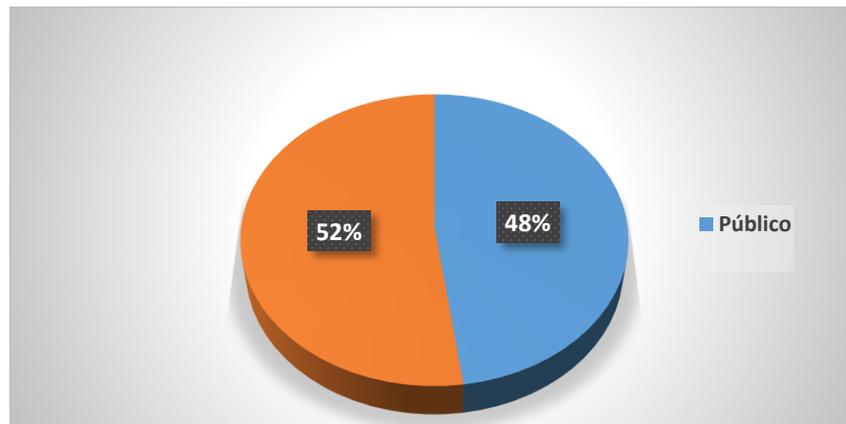
Grafica 4. Distribución porcentual situación laboral actual. Egresados Nutrición y Dietética Universidad Mariana



Fuente: Presente investigación

Actualmente se ha recopilado la información del 29% de egresados que incluyen las dos promociones del 2017 y una promoción próxima a graduarse en el 2018. Se puede observar que en total el 89% se encuentra con una ocupación actual y el mayor porcentaje labora como empleados, seguido por independiente y un porcentaje menor como desempleado, situación que puede asociarse a las condiciones socioeconómicas de la región y la gran demanda del perfil por instituciones que ha buscado vincular al nutricionista mariano con la finalidad de implementar o fortalecer los procesos. Cabe aclarar que el caso de desempleados son aquellos egresados que están a la espera de su tarjeta profesional.

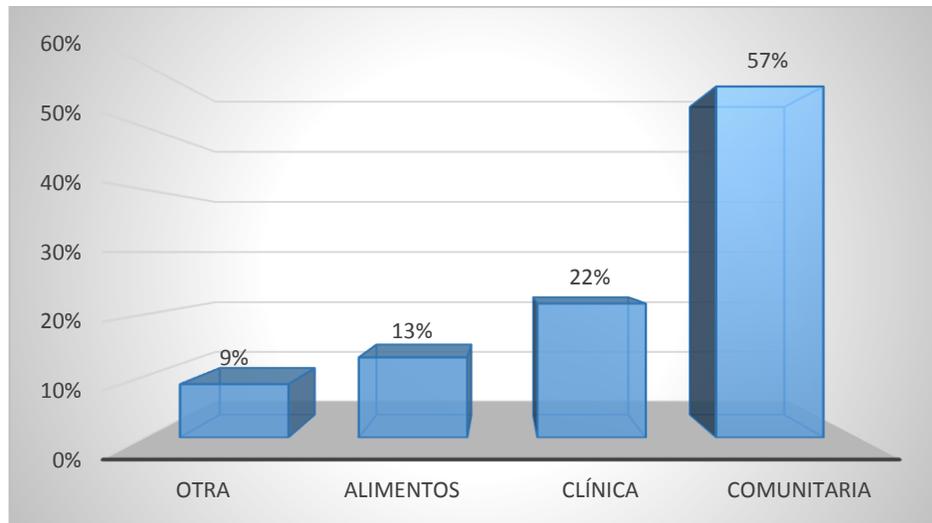
Gráfica 8 Distribución porcentual sector laboral. Egresados Nutrición y Dietética Universidad Mariana



Fuente: Presente investigación

En lo referente a sector laboral se evidencia una mayor participación en el sector público, principalmente en empresas como alcaldías, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y dependencias de gobernación. En lo referente al sector privado las principales fuentes de empleo son las instituciones prestadoras de servicios de salud.

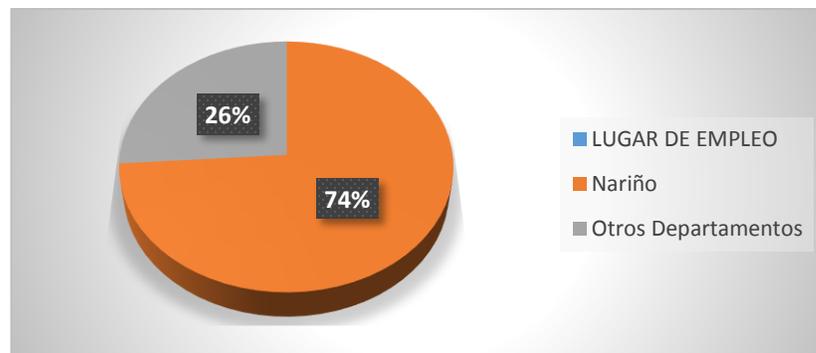
Gráfica 9 Distribución porcentual área de desempeño. Egresados Nutrición y Dietética universidad Mariana



Fuente: Presente investigación

Asociado a la información presentada en el gráfico anterior relacionada con el sector, se encuentra la información referente al área de desempeño, observándose que es la comunitaria la de mayor desarrollo a nivel profesional, seguidamente por la clínica y un porcentaje mínimo la de alimentos. Lo Anterior asociado a las características y necesidades propias de la región.

Gráfica 10 Distribución porcentual lugar de empleo egresado Nutrición y Dietética Universidad Mariana



Fuente: Presente investigación

En la gráfica anterior puede visualizarse que el mayor porcentaje de egresados desempeñan su labor dentro de Nariño, un menor porcentaje ejerce por fuera, pero en departamentos cercanos como Cauca y Putumayo.

A través del desempeño del egresado, se analiza la pertinencia social y regional del programa, asociado al alto porcentaje de desempeño laboral regional abarcando los departamentos de mayor influencia como Nariño, Cauca y Putumayo, principalmente en el área comunitaria, que se relaciona con el sector público, donde el nutricionista desarrolla competencias como la participación en la planeación, desarrollo y evaluación de políticas públicas, planes programas y proyectos en nutrición y alimentación²⁶.

A su vez cabe analizar que Nariño es un departamento que hace parte de la región andina y pacífica colombiana, conformado por 64 municipios, con una población total que representa el 3.6% del total nacional, con población indígena que alcanza el 10,28% y las comunidades afrodescendientes un 18,8%²⁷. La economía regional está basada en el sector primario caracterizándose por ser una zona tradicionalmente agropecuaria, a pesar de ello la contribución de este sector al PIB departamental presenta una participación decreciente²⁸. Además presenta grandes problemáticas de orden social asociadas al conflicto armado, la alta ruralidad y de comunidades dispersas.

Lo anterior también se asocia a una deficiente infraestructura en salud con alta presencia de morbimortalidad evitable principalmente en primera infancia, situaciones que se reflejan en la afectación del estado nutricional de las poblaciones, con una alta prevalencia de desnutrición aguda y retraso en el crecimiento²⁹ más frecuente en poblaciones dispersas, rurales e indígenas, dejando como resultado una prevalencia de inseguridad alimentaria y nutricional más altas de país³⁰.

Por lo tanto dentro del marco normativo e institucional y las actuales reformas al sistema de salud, se ha buscado desarrollar acciones que mejoren estas condiciones, lo cual se materializa en los planes de desarrollo departamental y municipal, como de planes de salud de las instituciones y otras organizaciones que desarrollan acciones dentro de este campo. Creando la necesidad de profesionales en alimentación y nutrición que lideren estos procesos en pro de la mejora de las condiciones sociales de salud y nutricionales de la población nariñense.

²⁶ Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética.

²⁷ Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo 2005. Proyecciones municipales 2006-2020.

²⁸ Gobernación de Nariño. Plan Departamental de Desarrollo. Nariño Corazón del Mundo. 2016-2019

²⁹ Instituto Departamental de Salud de Nariño, Indicadores Básicos de salud. 2016.

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Encuesta Nacional de Situación Nutricional. Colombia. 2010

BIBLIOGRAFIA

Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética. Perfil y competencias profesionales del nutricionista dietista en Colombia -2013

Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Perfil y competencias profesionales del nutricionista dietista en Colombia -2013.

Conferencia Interparlamentaria Sobre “Derecho a la Seguridad Alimentaria Ciudad de Panamá 3 y 4 de septiembre 2009

Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: La promoción de la salud: Una antología. Washington: OPS, OMS; 1996. pp. 25-36 (Publicación científica; N° 557).

Gobernación de Nariño. Plan de desarrollo departamental Nariño corazón del mundo. 2016 – 2019.

Hancock T. Health promotion in Canada: did we win the battle but lose the war?. Citado por: Restrepo E. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Rev Fac Nac Salud Pub 2001; 19 (1): 41-56.

Instituto Departamental de Salud de Nariño. Indicadores básicos de salud. 2016

Instituto Departamental de Salud de Nariño. Subdirección de Salud Pública. Oficina de epidemiología. Grupo ASIS. Análisis de la situación de salud del departamento de Nariño con el modelo de los determinantes sociales. 2017

Lawrence Haddad, “Nutrición y Pobreza.” En *Nutrición: La Base para el Desarrollo*, Ginebra: SCN, 2002

María Inés Jara Navarro. Profesora investigadora Directora Revista Gerencia y Políticas de Salud Programa de Posgrados en Administración de Salud y seguridad social Facultad de Ciencias Económicas y administrativas Pontificia Universidad Javeriana de Salud y seguridad social.

Programa Mundial de Alimentos (PMA). La erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe: una llamada urgente a la acción; 2008. [Disponible en: http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp182470.pdf]

Restrepo Mesa, Sandra Lucía. La promoción de la salud y sus aportes a la educación en alimentación y nutrición. *Invest. educ. enferm* [online]. 2005, vol.23, n.1, pp. 110-117. ISSN 0120-5307.

Restrepo H. ¿Qué es la promoción de la salud? En: Cátedra abierta. Reforma de los servicios de salud en el mundo. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina 1999; (13): 12-20

