DIAGNOSTICO, PLANEACION Y EJECUCION EN DETERMINANTES DEL COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICION EN EL HOGAR INFANTIL SANTA TERESITA

Presentado por:

Natalia Madero Cárdenas
Nutricionistas Dietistas en Formación
X Semestre

Presentado a:

ND. Nancy Milena Duarte Corredor
Esp. Gerencia de proyectos
Docente supervisora Prácticas Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

2021-2

INTRODUCCION

La Universidad de Pamplona por medio del programa de Nutrición y Dietética a dado lugar al desarrollo de la práctica formativa de manera presencial tras la emergencia sanitaria de salud pública como lo es la pandemia del Covid-19; las prácticas de X semestre se aplican conocimientos teóricos a situaciones concretas, con el fin de lograr la validación de saberes, habilidades y atención directa de las necesidades del entorno, mediante los convenios de relación docencia-servicio e interinstitucionales suscritos con diferentes instituciones de carácter público y privado que han facilitado la labor del estudiante.

De acuerdo a lo anterior, se realizó la Práctica Campos de Acción Profesional en el Hogar Infantil Santa Teresita con la finalidad de fortalecer el componente de salud y nutrición de la unidad de servicio.

La práctica de campo de acción profesional tiene en cuenta una estructura basada en 5 áreas (comunitaria, educativa, administrativa, investigativa y académica); el área comunitaria se llevó a través de tres competencia, en la primera se realizó la selección de variable de la ficha de caracterización que puedan incidir directa o indirectamente el estado nutricional de los niños y niñas, en la segunda competencia se da a conocer la clasificación antropométrica del estado nutricional de la segunda toma de los beneficiario de jardín infantil santa teresita y a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico nutricional mediante el indicador trazador P/T (peso para la talla) se lleva a cabo el PIC (plan de intervenciones colectivas) para los casos que se presentaron de malnutrición por exceso y déficit, por otra parte, en la tercera competencia se hace la verificación del cumplimiento de las obligaciones contractuales para así mismo dar apoyo; el área educativa se llevó por medio de un documento de programas educativos en alimentación y nutrición orientado a las manipuladoras de alimentos y beneficiarios de modalidad presencial de la unidad de servicio; el área administrativa se llevó a cabo de acuerdo a las necesidades del escenario; el área investigativa primeramente se revisó la propuesta de investigación planteada de las estudiantes del semestre anterior que cursaron su practica en el hogar infantil santa teresita y caperucita para darle continuidad a la investigación y por último el área académica engloba todas las áreas con el respectivo informe final de CAP.

Por consiguiente, la ficha de caracterización es una herramienta que permite obtener un diagnóstico situacional, es un proceso que comprende la recolección, consolidación y análisis de la información correspondiente a las características individuales y colectivas de los usuarios del servicio desde lo territorial, social, económico y cultural. Por lo tanto, permite a la unidad de servicio identificar

aspectos claves, particularidades y factores de riesgo de los beneficiarios. Consta de un formato en Excel que se compone de tres módulos, el primero hace referencia a la información de los niños y niñas, la identificación, características de salud y nutrición. El segundo se refiere a la mujer gestante y el tercero indaga aspectos relevantes de la familia del usuario, en relación con su estructura, vivienda, habitabilidad y relaciones familiares. Posterior a esto se obtiene como producto el informe de la ficha de caracterización, permitiendo así los resultados de la selección de las variables que inciden directa o indirectamente el estado nutricional de los niños y niñas del hogar infantil santa teresita.

En este orden de ideas es de gran importancia identificar la situación alimentaria y nutricional que afecta a la población infantil, por ende, el ICBF trabaja por el bienestar y desarrollo integral de los niños y niñas, es por eso que el profesional en salud y nutrición requiere evaluar y realizar el seguimiento nutricional de forma oportuna y periódica mediante la interpretación de indicadores antropométricos contemplados en la resolución 2465 del 2016, para así proponer diversas estrategias y acciones que contribuyan a mejorar el estado nutricional de los niños y niñas del hogar infantil santa teresita. Por esta razón la estudiante de practica tabula y analiza la información establecida en la base de datos "cuéntame", siendo este un sistema creado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar desde el 2013, para captar la información en línea de los servicios de las direcciones misionales como primera infancia, niñez y adolescencia, nutrición y familias a través del cargue de información de las EAS, contratos, UDS, talento humano y beneficiarios. La plataforma identifica a los beneficiarios de cada modalidad de seguimiento nutricional a los reportes del listado general por la toma para salud y nutrición, incluye información de las atenciones para los beneficiarios, reportes de consolidados para validar los registros de salud y nutrición, con variables antropométricas e información de garantía de derechos (vacunación, control de crecimiento y desarrollo y entre otras), rangos de peso y talla según tipo de beneficiarios, valores para cada variable cuantitativa, con patrones de referencia según normatividad vigente y guías técnicas, como resultado final se obtiene el informe de diagnóstico nutricional de las niñas y niños del hogar infantil santa teresita, en base a este resultado se procede a la elaboración del plan de intervenciones colectivas que es un plan de beneficios compuesto por intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud, dirigida a grupos poblacionales a lo largo del curso de vida. Por lo tanto, se hace evidente la puesta en marcha de acciones o estrategias que promuevan hábitos y estilos de vida saludable que contribuyan al mejoramiento de la clasificación nutricional.

Finalmente, para contribuir al fortalecimiento de componente de salud y nutrición de la unidad de servicio se procede a la verificación del cumplimiento de las obligaciones contractuales. Este documento es un instrumento de recolección que brinda herramientas para la prestación de los servicios de educación inicial en el marco de atención integral niñas, niños, mujeres gestantes y familias usuarias. Una vez realizada la revisión se procede a la realización del informe de verificación donde se estipulan las acciones correctivas para darle cumplimiento al 100% a las obligaciones contractuales.

JUSTIFICACION

Es interés de salud pública identificar problemas relacionados con nutrición y alimentación para esto, es importante utilizar algún recurso como lo es la herramienta ficha de caracterización sociofamiliar, en donde se tiene en cuenta información como datos personales del niño o niña, datos generales de la madre, del padre o del cuidador, condiciones económicas de la familia, datos sobre la vivienda y sus condiciones, saneamiento básico, manejo de basuras y residuos sólidos de la vivienda, higiene, aseo y manipulación de alimentos que tiene la población objeto y así poder identificar algunos factores que afectan en el estado nutricional de los beneficiarios Hogar Infantil Santa Teresita. Siendo conscientes que invertir en la nutrición de niños y niñas especialmente en edades tempranas ha sido considerada y probada como una estrategia no solo de promoción de la salud sino también de combate a la pobreza se está optimizando esfuerzos en beneficio y en cumplimiento de los derechos de la niñez.

Conforme a lo citado anteriormente, es de gran importancia identificar la situación alimentaria y nutricional que afecta a esta población infantil, mediante las condiciones de vivienda, disponibilidad de alimentos, acceso a los servicios básicos y canasta básica familiar, verificando con el diagnóstico nutricional si existe algún problema de higiene o salud que pueda estar afectando a la población objeto y así disponer a proponer diversas estrategias de intervención que contribuyan a mejorar la situación nutricional de los niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita.

Actualmente, el estado de la seguridad alimentaria y nutricional en el mundo, se estima que casi 690 millones de personas pasaban hambre en 2019 (un aumento de 10 millones de personas desde 2018 y de casi 60 millones en cinco años). Los altos costos y la escasa asequibilidad impiden también a miles de millones de personas lograr una alimentación saludable o nutritiva. La cantidad de personas que sufren hambre es mayor en Asia, pero está creciendo con más rapidez en África. Según las previsiones del informe, la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) podría provocar, a finales de 2020, un aumento de 130 millones en el número de personas afectadas por el hambre crónica en todo el mundo. (ONU, 2020).

Por consiguiente, un alarmante número de niños y niñas menores de cinco años sufre las consecuencias físicas de una mala alimentación y un sistema alimentario que les está fallando, advirtió el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en un nuevo informe sobre niños, niñas y nutrición. En 2018, en América Latina y el Caribe, 4,8 millones de niños y niñas menores de 5 años sufrieron retraso en el crecimiento, 0,7 millones de emaciación y 4 millones tenían sobrepeso, incluyendo obesidad. El informe del Estado Mundial de la Infancia 2019 revela que, en 2018, casi

1 de cada 5 niños y niñas menores de cinco años en América Latina y el Caribe tenía retraso en el crecimiento, emaciación o sobrepeso, o una combinación de estos. (UNICEF, 2019).

Por ende, los resultados en el informe de diagnóstico nutricional permiten conocer el estado nutricional, describiendo el comportamiento de la malnutrición tanto por déficit como por exceso, teniendo en cuenta las variables de género, edad y los indicadores antropométricos P/T, T/E, P/E, IMC/E de las niñas y los niños del Hogar Infantil Santa Teresita, Cúcuta Norte de Santander.

En Colombia persisten aún problemas relacionados con la inseguridad alimentaria de algunos grupos poblacionales, especialmente los más pobres y vulnerables, ubicados en las zonas rurales y las periferias urbanas, en los que el consumo y la disponibilidad de alimentos se ven afectados por el comportamiento de la producción de la canasta básica y los factores que determinan su sostenibilidad y suficiencia. De acuerdo a datos de FAO, reportados en la publicación SOFI (Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo) 2015, Colombia cuenta con 4,4 millones de personas sub alimentadas, lo que corresponde al 8,8% de la población. (FAO, 2021).

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, atendiendo los compromisos internacionales, nacionales, las recomendaciones de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia - ENSIN 2015 y de la Ley 1355 de 2009, promociona acciones dirigidas a fomentar la educación alimentaria y nutricional y a realizar procesos de información, divulgación y capacitación a niños, niñas y adolescentes, adultos y las familias usuarias de todas sus modalidades, a fin de contribuir al mejoramiento del estado de salud de sus usuarios; además dentro de su gestión de adquisición de bienes y servicios establece convenios con diferentes entidades públicas y privadas con el fin de fortalecer la prestación de sus servicios a la primera infancia. La universidad de Pamplona por medio del programa de Nutrición y Dietética en convenio con el ICBF busca lograr el apoyo en las actividades, estrategias o acciones que requiere el escenario Hogar Infantil Santa Teresita para dar cumplimiento a las prácticas de campos de acción profesional.

OBJETIVOS

Objetivo General

Fortalecer el componente de salud y nutrición en el Hogar Infantil Santa Teresita mediante acciones que fomenten la implementación de hábitos y estilos de vida saludable en la población objeto.

Objetivos Específicos:

- Clasificar las variables sociodemográficas que condicionan de manera directa o indirecta en el estado nutricional de las niñas y niños beneficiarios del Hogar Infantil Santa Teresita.
- Determinar el estado nutricional de los niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita mediante el análisis de indicadores antropométricos establecidos en la Resolución 2465 de 2016.
- Establecer acciones de intervención que contribuyan a mejorar el estado nutricional de las niñas y niños con malnutrición, del Hogar Infantil Santa Teresita, Cúcuta Norte de Santander.
- Identificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales en la unidad de servicio, con el fin de establecer acciones de apoyo.

METODOLOGIA

A continuación, se describirá el procedimiento que se llevó a cabo para la realización de los respectivos informes de la ficha de caracterización, diagnóstico nutricional, plan de intervenciones colectivas y finalmente el informe de verificación de las obligaciones contractuales. Teniendo en cuenta que la población objeto corresponde a 149 niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita, en ayuda de los instrumentos de recolección de la información, como la ficha de caracterización sociofamiliar, la base de datos "Cuéntame" y el instrumento de verificación de obligaciones contractuales del componente de salud y nutrición.

1. METODOLOGIA, FICHA DE CARACTERIZACIÓN

Población de Objeto:

Los beneficiarios del programa Hogar Infantil Santa Teresita, correspondientes a 149 niñas y niños, comprendidos en edades de los 2 años hasta los 4 años 11 meses y 29 días, ubicados en el Barrio Pescadero, Cúcuta, Norte de Santander.

Gestión de la base de datos:

Se procedió a realizar una solicitud verbal a la Psicóloga de la unidad de servicio "Adriana Mesa" para el acceso a la base de datos "Ficha de caracterización". Seguidamente se hizo la obtención de la base del sistema con la información de los beneficiarios del Hogar Infantil Santa Teresita.

Revisión de la base de datos:



La ficha de caracterización posee tres módulos, en el momento de la asignación del cupo al usuario debe diligenciarse en el módulo uno si se trata de una niña o niño usuario y el módulo dos si se trata de una mujer gestante. El módulo tres, referente a la información del grupo familiar, se diligencia para todos los usuarios dentro de los dos primeros meses del inicio de la de ejecución del contrato. La ficha debe ser diligenciada por el agente educativo, la madre o el padre comunitario, los profesionales psicosociales y de salud y nutrición. La caracterización se construye mediante un diálogo para reconocer y comprender lo vivido por cada uno de los actores que participan en su cotidianeidad, las relaciones que se tejen en su interior, los imaginarios, las expectativas de las familias y el reconocimiento de los territorios donde transcurre la vida de los niños y niñas.

En el período de inicio de la atención la ficha deberá ser diligenciada en la parte correspondiente a los datos básicos; los demás datos se diligenciarán en los dos primeros meses. Para los casos que el usuario ingrese en un período distinto a la inicial, se tendrá un mes para la aplicación del instrumento en su totalidad.

Modulo 1: Niño/niña: En este módulo se evalúa 48 ítems; en donde se indaga información del beneficiario como datos generales, validación de los servicios de salud, valoración integral en salud, lactancia materna exclusiva como total y alimentación complementaria.

Modulo 2: Mujer gestante: se evalúan 60 ítems

Modulo 3: Familia: En este módulo se evalúan 66 ítems, en donde se indaga información de la composición y estructura familiar (nivel de escolaridad, ocupación, de igual forma se encuentra información sobre característica de la vivienda, condiciones de habitabilidad, servicios domiciliarios, obtención del agua y relaciones familiares.

Selección de Variables:

La selección de las variables que están relacionadas directa o indirectamente con el estado nutricional de las niñas y niños del Hogar Infantil Santa Teresita.

Variables seleccionadas en la ficha de caracterización:

Módulo 1: Sexo - edad - ¿La niña o niño se encuentra afiliado (a) al sistema general de seguridad social en salud? - Nacionalidad - La niña o el niño duerme en - ¿La niña o el niño duerme con adultos en la misma habitación? - ¿La niña o niño cuenta con el esquema de vacunación completo, según la edad? - Si la niña o el niño es mayor de 6 meses ¿Ha tenido atención en salud bucal? - La niña o niño ¿cuenta con la valoración integral del desarrollo en salud según la edad?

Módulo 3: Tipo de vivienda - Tipo de tendencia de la vivienda - ¿En dónde preparan los alimentos? - ¿Qué tipo de servicio públicos tiene la vivienda? - ¿Cuál es la fuente principal del consumo de agua? - Con qué frecuencia disponen de agua para consumo humano. - Se le realiza algún tratamiento para el agua sea apta para el consumo. - ¿Cuál es la actividad principal del cuidador en este momento?

Análisis de Resultados:

Es la parte final y conclusiva del documento; donde se procede toda la información, para presentarla de manera ordenada y comprensible representándolo en tablas y gráficas e intentar llegar a las conclusiones que estos datos originan.

Revisión Bibliográfica:

Se adoptan referentes bibliográficos para cada variable seleccionada.

2. METODOLOGIA, INFORME DE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Población de Objeto:

Los beneficiarios del programa Hogar Santa Teresita, correspondientes a 149 niñas y niños, comprendidos en edades de los 8 meses hasta los 4 años 11 meses y 29 días, ubicados en el Barrio Pescadero, Cúcuta, Norte de Santander.

Gestión de la base de datos:

Se procede a realizar una solicitud verbal a la Nutricionista Dietista de la unidad de servicio para el acceso a la base de datos “Cuéntame”. Seguidamente se hizo la obtención de la base del sistema con la información de los beneficiarios del Hogar Infantil Santa Teresita y por último se ejecutó la revisión de la misma.

Cuéntame es un sistema creado por el ICBF desde el 2013, para capturar la información en la línea de los servicios de las direcciones misionales como Primera Infancia, Niñez y Adolescencia, Nutrición y Familias a través del cargue de información en línea de las Entidades Administradoras de Servicio, Contratos, Unidades de Servicio, Talento Humano y Beneficiarios.

En la plataforma identifica a los beneficiarios de cada modalidad con el formulario de seguimiento nutricional a los reportes del listado general por la toma para Salud y Nutrición, incluye información de las atenciones para los beneficiarios, reportes de consolidados para validar los

registros de Salud y Nutrición, con variables antropométricas e información de garantía de derechos (vacunación, control de crecimiento y desarrollo, entre otras), gráficas para evaluar tendencias del indicador antropométrico "para ser consultadas en cualquier momento y desde cualquier nivel", rangos de peso y talla según tipo de beneficiarios, valores para cada variables cuantitativas, con patrones de referencia según normatividad vigente y guías técnicas.

La información es trimestral en las diversas unidades, usando las planillas de recolección primaria llamadas Formato de Captura de información de datos antropométricos y finaliza con el reporte de listados e informes entregados.

Revisión de la base de datos:



El formato de Datos Antropométricos de las Niñas y Niños, teniendo en cuenta el nombre de la Entidad de Servicio, Nombre de la Unidad de Servicio, Modalidad, Servicio / Forma de atención, Grupo de Atención. Seguidamente del número de documento de identidad de las niñas y niños, Nombres, Apellidos, Sexo, Fecha de Nacimiento, Fecha de Ingreso a la Modalidad, finalizando con el registro de la toma de medidas antropométricas en tres tiempos, las medidas a tener en cuenta para la población objeto son peso y talla.

Selección de Variables:

- Variables sociodemográficas: (sexo, grupo de edad)
- Variables Antropométricas: (P/T, IMC/E, P/E y T/E)

Revisión Bibliográfica:

Se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas y niños según la resolución 2465/2016.

Tabla N°1. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviación estándar)	Clasificación antropométrica
Peso para la Talla (P/T)	>3 >2 a ≤ 3 >1 a ≤ 2 ≥ -1 a ≤ 1 > -2 a < -1 < -2 a ≥ -3 < -3	Obesidad Sobrepeso Riesgo de sobrepeso Peso adecuado para la talla Riesgo de DNT aguda DNT aguda moderada DNT aguda severa
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1 ≥ -2 a < -1 < -2	Talla adecuada para la edad Riesgo de talla baja Retraso en talla
IMC para la Edad (IMC/E)	>3 >2 a ≤3 >1 a ≤2 ≤1	Obesidad Sobrepeso Riesgo de sobrepeso No aplica, verificar con P/T
Peso para la Edad (P/E)	>1 ≥ -1 a ≤1 ≥ -2 a ≤ -1 < -2	No aplica, verificar con IMC/edad Peso adecuado para la edad Riesgo de DNT global DNT global

Fuente: *Resolución 2465 de 2016.*

Cruce de variables:

Tabla N°2. Matriz de Variables

Variable	Definición	Tipo de Variable	Unidad De Medida
EDAD	Tempo que ha vivido el menor desde su nacimiento hasta la fecha de evaluación.	Cuantitativa	Años, Meses y Días
SEXO	Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas, anatómicas y fisiológicas	Cualitativa	
PESO	Mide la masa corporal total de un individuo. El mismo debe tomarse con la menor cantidad de ropa posible.	Cuantitativa	Kilogramos
TALLA	Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones), el niño se mide de pie (parado).	Cuantitativa	Centímetros

Fuente: *Nutricionista Dietista en formación*

Análisis de Resultados:

Es la parte final y conclusiva del documento; donde se procedió toda la información, para presentarla de manera ordenada y comprensible representado lo en tablas y gráficas e intentar llegar a las conclusiones que estos datos originan.

3. METODOLOGIA, PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico nutricional por antropometría de los niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita, por medio del indicador trazador Peso para la talla (P/T), se identificó que, del total de la población, 7 niños y niñas se encuentran en riesgo de Desnutrición Aguda correspondiente a 5%, 5 niños y niñas en sobrepeso siendo este el 3% y 2 niños y niñas en Obesidad equivalente al 2%.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se procede hacer la elaboración de una cartilla conformada con las actividades y las estrategias de educación, información y comunicación con el fin de contribuir al mejoramiento del estado nutricional de las niñas y niños con malnutrición por déficit o exceso, del Hogar Infantil Santa Teresita, Cúcuta Norte de Santander.



Actividades direccionadas a malnutrición por exceso:

- **Muévete con los animales de la granja:**

Se realizará en el kiosco del hogar infantil una vez por mes. Se inicia recordando los beneficios de la actividad física seguidamente los niños/as harán una redonda para dar inicio al juego, donde se escogerá un niño o niña al azar para que saque una carta y todos realicen los movimientos del cuerpo que indica la frase y así sucesivamente hasta completar el juego, posterior a esto se dará finalidad con la importancia del consumo de agua.

Soportes para la ejecución: Material didáctico "Fichas de frases psicomotrices".

- **Baila con las frutas y verduras:**

Se realizará en el kiosco del hogar infantil una vez por mes. Se da inicio ordenando a los niños y niñas en filas, seguido a esto se dirigirá el baile de la frutas y verduras con la corografía correspondiente a la canción, de esta manera se promueve la práctica de actividad física y el consumo de frutas y verduras diarias.

Soportes para la ejecución: Carpeta digital, canciones para los bailes.

- **Actívate, cuidando tu corazón:**

Se realizará en un espacio abierto al aire libre del hogar infantil una vez por mes.

Se iniciará por medio de tres fases las cuales son:

Fase Inicial: Calentamiento con estiramientos activos y música motivadora de fondo, por ejemplo, cuando la persona que este dirigiendo la actividad diga:

- Número uno todos van a saltar a la derecha.
- Número dos todos saltaran a la izquierda.
- Número tres todos se agachan.
- Número cuatro todos saltan.

Esta fase tendrá una duración de 3 a 5 minutos.

Fase central: Se les dará a conocer las indicaciones y la forma de realizar cada ejercicio en las respectivas maquina y sitios de descanso:

- **Caminadora:** Ellos realizaran un trote a un nivel bajo.
- **Bicicleta:** Se trabajará con la intensidad que el niño/a pueda.
- **Plataforma de salto:** Durante los segundos indicados el niño/a saltara sin parar.
- **Cintura:** Llevara el movimiento el tiempo establecido.
- **Mariposa:** Saltos coordinados en forma de ángel.
- **Ula, Ula:** El niño/a deberá saltar hacia adelante, al centro y atrás consecutivamente.
- **Sentadillas:** colocara las piernas separadas y bajara hasta donde pueda manteniendo la postura.

El circuito tiene una duración de 20 seg cada ejercicio y 40 seg de descanso hasta que todos realicen los ejercicios.

Fase Final: Hidrátate y vuelve a la calma.

Donde todos caminaran durante un minuto y se acostaran cerrando los ojos e imaginándose en el lugar favorito de cada niño/a.

Soportes para la ejecución: Carpeta digital con canciones para el circuito.

❖ **El plato arcoíris:**

A través de diapositivas, se llevará a cabo un encuentro presencial con los padres de familia o cuidadores de los niños y niñas mediante la herramienta de PowerPoint, con base a la información que transmite el plato saludable para la población colombiana poder orientarlos hacia el consumo de alimentos de sus hijos con los siguientes ítems:

- ¿Qué alimentos se pueden consumir?
- ¿Con que frecuencia?
- Tamaño de las porciones recomendadas para niños y niñas de 2 a 5 años por grupos de alimentos.

Producto para la ejecución: Material de Apoyo, Infografía de distribución y porciones.

Actividades direccionadas a malnutrición por déficit:

- **Cuentos de una alimentación saludable:**

Se abrirá un espacio en la biblioteca del hogar infantil una vez por mes con una duración de 20 minutos, donde se les leerá un cuento diferente en cada encuentro, posterior a esto se les explicará la importancia y los beneficios de consumir una alimentación saludable, utilizándolo como estrategia para promover el consumo diario de alimentos a los niños y niñas.

Soporte para la ejecución: Libro de cuentos saludables**.**

- **El superhéroe de los niños:**

Se realizará en el comedor del hogar infantil dos veces por semana.

Se llevará a cabo a la hora del almuerzo donde Nutrisan se acercará a la mesa de los niños/as recordándoles la importancia y los beneficios del consumo diario de alimentos e incentivándolos a adquirir este hábito, convirtiéndose Nutrisan en un amigo para ellos.

Soporte para la ejecución: "Nutrisan"

- **Alimentos de alto valor nutricional:**

A través de diapositivas, se llevará a cabo un encuentro presencial con los padres de familia o cuidadores abordando información de los alimentos de alto valor nutricional - AAVN, Tipos de AVVN, utilizando como herramienta, PowerPoint. Con el fin de abordar la siguiente información: ¿Qué son los Alimentos de Alto Valor Nutricional – AAVN?, Tipos de AVVN, ¿A quién va dirigido? y su preparación.

Soporte para la ejecución: Material de Apoyo, Folleto AAVN.

4. METODOLOGIA, APOYO AL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

Gestión del instrumento de verificación:

Se procedió a realizar una solicitud verbal a la Nutricionista de la unidad de servicio "Nancy Milena Duarte Corredor" para el acceso a la base de "Condiciones de calidad y obligaciones contractuales". Seguidamente se hizo la obtención de esta base del Hogar Infantil Santa Teresita.

Revisión del instrumento:

El documento de obligaciones contractuales es un instrumento de cumplimiento de condiciones de calidad contenidas en el contrato o convenio para la Atención a la Primera Infancia suscrito con el ICBF, para evaluar el cumplimiento de la entidad administradora de servicio ante las mismas.

A través de él se desprenden acciones para verificar las condiciones de calidad en el servicio de atención a la primera infancia dentro de este encontramos los requisitos para la apertura de la UDS, las condiciones de seguridad e identificación de riesgos en la UDS, las condiciones de calidad relacionadas con el proceso pedagógico, con el servicio de alimentación, con el talento humano y la prestación del servicio. Donde solamente se verificaron las del componente de salud y nutrición si se le daba cumplimiento o no y su observación.

Revisión Bibliográfica:

Se realiza con el fin de estructurar el documento del informe de verificación se efectúa una revisión documental buscando información que aporte un soporte científico para el informe.

Resultados:

Es una tabla que contiene las obligaciones contractuales únicamente del componente de salud y nutrición, dividida por cada condición de calidad con su respectiva observación, en cuanto al cumplimiento de las mismas y posibles estrategias y acciones a implementar.

Propuesta para subsanar:

La estudiante dará apoyo al cumplimento de las siguientes acciones: Acta de capacitación de guía de porciones, lista de intercambios y estandarización de porciones y acta de lactancia materna.

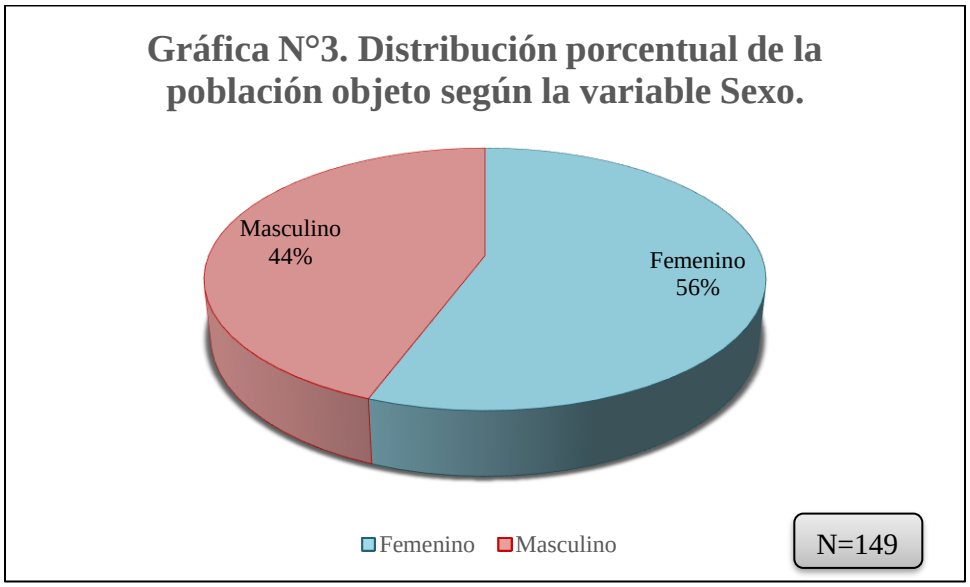
RESULTADOS

A continuación, se observan los resultados realizados a partir del análisis de la ficha de caracterización, siendo esta herramienta solicitada de manera verbal a la psicóloga Adriana Mesa, para la tabulación de los resultados se utilizó el programa de Microsoft Excel, cuyos análisis se encuentran comprendidos en la descripción de cada variable, dando a conocer los antecedentes, cifras estadísticas y el comportamiento de las variables a nivel mundial, nacional, regional y local, así mismo estos están basados en la información suministrada de la ENSIN 2015, DANE 2020, OMS, ICBF, FAO.

Tabla N°3. Distribución porcentual de la población objeto según Género

Género	Frecuencia	%
Femenino	83	56%
Masculino	66	44%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: Se entiende por sexo las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres. (OMS, 2021).

Por otra parte, el género se conceptualizó como el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es "propio" de los hombres (masculino) y "propio" de las mujeres (femenino). (Guerra López, 2017).

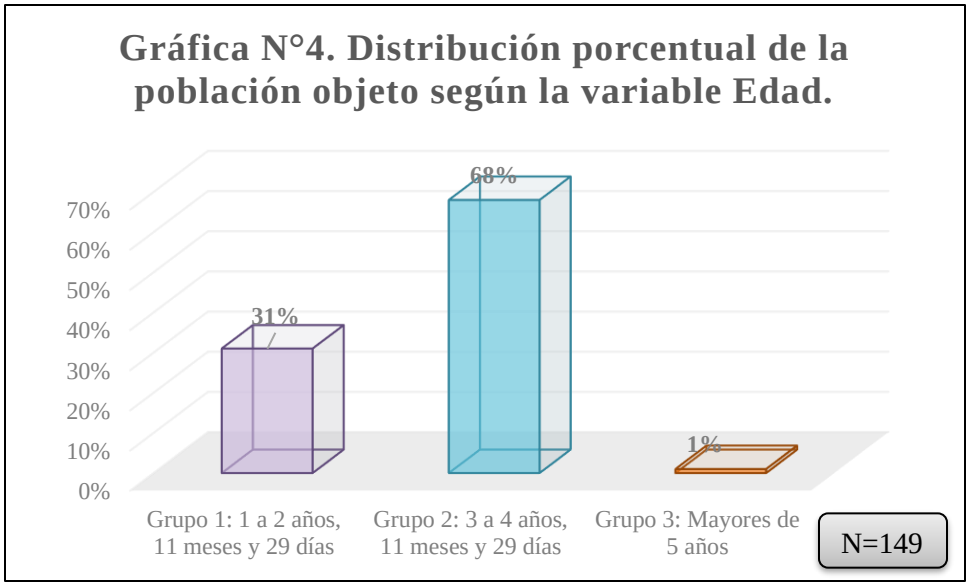
En 2019, Colombia registró una población total de 44,2 millones, el 51,2% son mujeres (22,6 millones) y el 48,8% hombres (21,6 millones), en Norte de Santander 49,3% son hombres, mientras que el 50,7% son mujeres, y para San José de Cúcuta el mayor porcentaje de 51,6% son mujeres y el 48,4% son hombres, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de ese año. (DANE, 2019).

Del total de las niñas y niños beneficiarios del Hogar Infantil Santa Teresita, se evidencia que el 56% corresponde a 83 niñas y 66 niños equivalen al 44%, siendo el género predominante el femenino.

Tabla N° 4. Distribución porcentual de la población objeto según la variable Edad.

Rango de edad	Frecuencia	%
Grupo 1: 1 a 2 años, 11 meses y 29 días	47	31%
Grupo 2: 3 a 4 años, 11 meses y 29 días	101	68%
Grupo 3: Mayores de 5 años	1	1%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: El desarrollo humano es un proceso continuo que se da a lo largo de la vida, las bases sobre las cuales se irán complejizando las capacidades, habilidades y potencialidades humanas, se sientan en los primeros años. De acuerdo al manual operativo la modalidad institucional está dirigida a niñas y niños de primera infancia, prioritariamente en el rango de edad de 2 años hasta los 4 años, 11 meses y 29 días; según lo anteriormente dicho, podrán ser atendidos niñas y niños entre los 6 meses y 2 años, cuando su condición así lo amerite y la UDS cuente con las condiciones requeridas para atender a esta población, y hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad, siempre y cuando no haya oferta de educación preescolar, específicamente de grado de transición, en su entorno cercano. (ICBF, 2021).

En este propósito, la ENSIN 2015 menciona que a nivel nacional los menores de cinco años representaron el 8,9%. Por otra parte, según los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2018, la Población entre 0 y 14 años en Colombia represento el 22,6% a nivel nacional, en Norte de Santander el 24,3%, y para San José de Cúcuta el 22,8%. (DANE, 2018).

En la gráfica número cuatro se puede observar que, del total de la población, 47 niños y niñas están comprendidos entre las edades de 1 a 2 años, 11 meses y 29 días representado el 31%, mientras que, en el rango de edad de 3 a 4 años,11 meses, 29 días se encuentran 101 niños y niñas que corresponde al 68% y solo 1 beneficiario representando el 1% mayor de 5 años; clasificando los

grupos de edad de acuerdo a los periodos de vida establecidos en la RIEN (recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes) para la población colombiana.

Tabla N°5. Distribución porcentual de la población objeto según la Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliación al SGSSS	Frecuencia	%
Afiliado	149	100%
No afiliado	0	0%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud. (Secretaria Distrital de Salud, 2021).

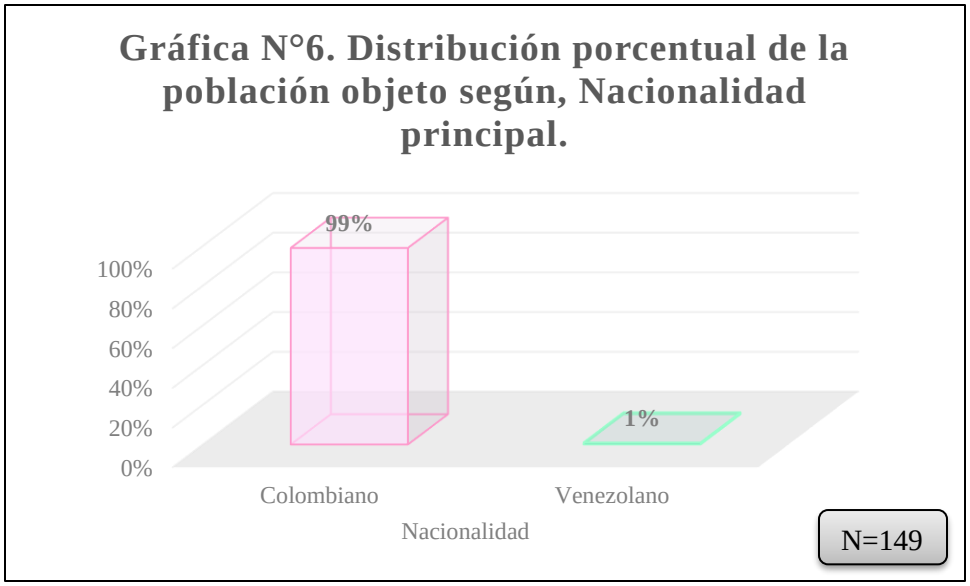
A nivel Nacional Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDUA del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Entre 2013 y 2019, la cobertura de afiliación se incrementó en 3,29 puntos porcentuales. Para 2019 el 94,4% de la población del país se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). (MSPS, 2020).

De acuerdo a los beneficiarios del Hogar Infantil Santa Teresita el 100% se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tabla N°6. Distribución porcentual de la población objeto según, Nacionalidad principal.

Nacionalidad principal	Frecuencia	%
Colombiano	147	99%
Venezolano	2	1%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: De acuerdo, con la información de Migración Colombia, a junio del 2020 hay 762.857 regulares es decir cuentan con permiso PEP y 985.859 residen manera irregular. Para el corte de junio de 2020 se describe una disminución con respecto al mes de mayo que fue del 1%. Adicionalmente se observa que las ciudades con mayor cantidad de venezolanos son principalmente Bogotá (343.169), San José De Cúcuta (103.254), Barranquilla (95.491), Medellín (87.942) y Cali (60.452). (MSPS, 2020).

Según la gráfica número 6 se puede observar que, en el Hogar Infantil Santa Teresita, el mayor porcentaje con un 99% corresponde a 147 niños y niñas de nacionalidad principal colombiana, mientras que el 1% corresponde a 2 niñas y niños de nacionalidad principal venezolana que cuentan con registro civil colombiano.

Tabla N°7. Distribución porcentual de la población objeto según, ¿medio que utilizan para dormir?

En que duerme	Frecuencia	%
Hamaca	0	0%
Cama	149	100%
Colchoneta	0	0%
Cuna	0	0%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: En la tabla N°7 se describen las opciones de respuesta sobre el medio que utilizan el niño o niña para dormir, a. Hamaca; red alargada fabricada con un tejido resistente, que se fija a dos soportes firmes para quedar colgada y servir como columpio o cama, b. Cama; pieza de mobiliario de distintos materiales "madera, hierro" sobre la cual se coloca un colchón, una o más almohadas, sábanas y ropa de abrigo en la que permite tomar descansos acostándose sobre ella, c. Colchoneta; término que se emplea para nombrar a un colchón de escaso grosor y alargado, que puede utilizarse para realizar actividad física, asiento, cama o para llevar de camping, d. Cuna; cama pequeña con bordes elevados o barandillas en la que duermen los bebés y los niños pequeños pueden dormir.

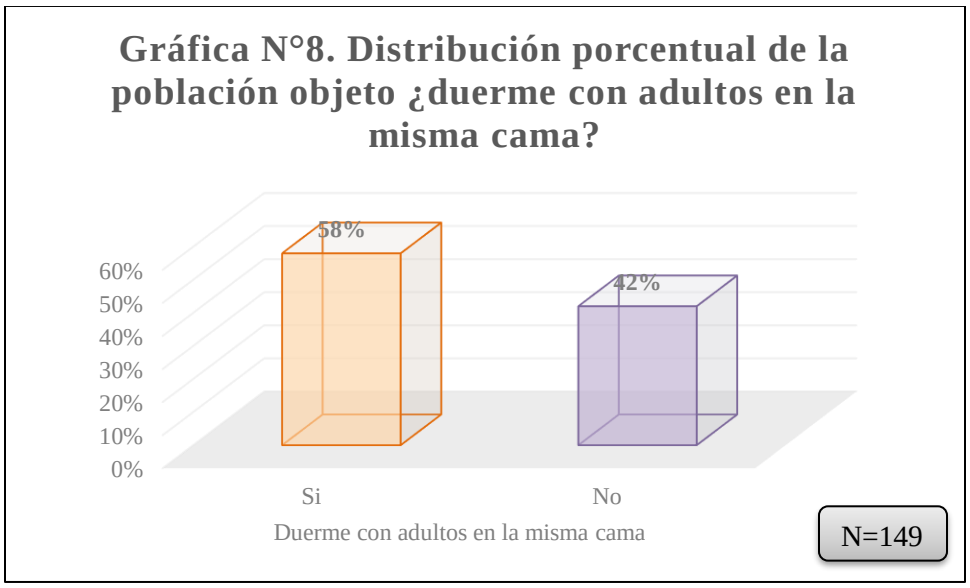
De acuerdo a un estudio en el cual se realizaron encuestas sobre hábitos de sueño a 51 niños entre los 6 y 36 meses vistos en consulta por revisión habitual u otras causas durante los meses de mayo y junio de 2004, en el cual, del total de niños encuestados, 38 duermen en cuna (74,5%) y 13 lo hacen en cama individual (25,5%). (Suárez & al., 2005).

Se obtuvo que el 100% de los niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita, correspondiente a 149 niños y niñas duermen en cama; de acuerdo con lo anterior, nutricionalmente se analiza esta variable porque las horas de sueño o un buen descanso son limitantes para el crecimiento y desarrollo del niño.

Tabla N°8. Distribución porcentual de la población objeto ¿duerme con adultos en la misma cama?

Duerme con adultos en la misma cama	Frecuencia	%
Si	86	58%
No	63	42%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: La cama familiar es una práctica ancestral la cual se basa en que los padres compartan la cama con sus hijos sin importar la edad de los mismos, existen varias formas en las cuales se puede aplicar, pero la más reconocida es la que consiste en que el niño duerma en la misma cama de los padres. Esta práctica tiene seguidores y detractores ya que se menciona que la misma puede favorecer la lactancia materna y disminuir el síndrome de muerte súbita del bebé, pero en su contraposición se menciona que esta tendencia no permite que los niños se desarrollen libremente, influye en el desarrollo físico, cognitivo y social de los niños, haciendo que los mismos presenten retrasos, en el desarrollo, los cuales son evidentes y se manifiestan a través de conductas tanto verbales como corporales. (Palacios Chalá, 2019).

Se realizaron encuestas sobre hábitos de sueño a 51 niños entre los 6 y 36 meses vistos en consulta por revisión habitual u otras causas durante los meses de mayo y junio de 2004, Se analizan las respuestas de 51 niños, 29 (56,8%) niñas y 22 (43,2%) niños. Hasta el 50% de los niños mayores de 6 meses duermen en la misma habitación que los padres y un 27,4% comparten con ellos la cama. (Suárez & al., 2005).

En los resultados encontrados se pueden observar que en la variable duermen con adultos en la misma cama, del total de la población objeto, 86 niñas y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita si duermen con adultos en la misma cama correspondiente al 58% y el 42% (63) niños y niñas no duermen con adultos en la misma cama; estudios demuestran que al momento de un menor dormir con un adulto en la misma cama esto lo conlleva a una dependencia emocional, desencadenándole trastornos del sueño y de independencia, por lo tanto, alterando y comprometiendo la segregación de la hormona del crecimiento y talla afectando estos factores en el estado nutricional.

Tabla N°9. Distribución porcentual de la población objeto según, Esquema de vacunación completo.

Esquema de vacunación	Frecuencia	%
Completo	149	100%
Incompleto	0	0%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: Es fundamental durante los primeros años de vida cumplir con el esquema de vacunación para lograr un estado de inmunidad que impida la aparición y el padecimiento de enfermedades que pueden afectar la salud y bienestar del menor. Las vacunas o inmunizaciones tienen dos objetivos fundamentales: proteger contra las enfermedades infecciosas a nivel individual, colectivo y a largo plazo, lograr la erradicación de las enfermedades, puesto que la inmunidad que dan las vacunas es para toda la vida. (UNICEF, 2019)

La inmunización salva a entre 2 y 3 millones de niños cada año de enfermedades infantiles mortales, como el sarampión, la diarrea y la neumonía. La vacunación contra el sarampión evitó en torno a 23,2 millones de muertes entre 2000 y 2018. Hoy en día, las vacunas protegen a más niños que nunca, pero en 2019, 13.5 millones de bebés no recibieron ninguna vacuna. Los bajos niveles de inmunización de los niños pobres y marginados ponen en peligro los logros obtenidos

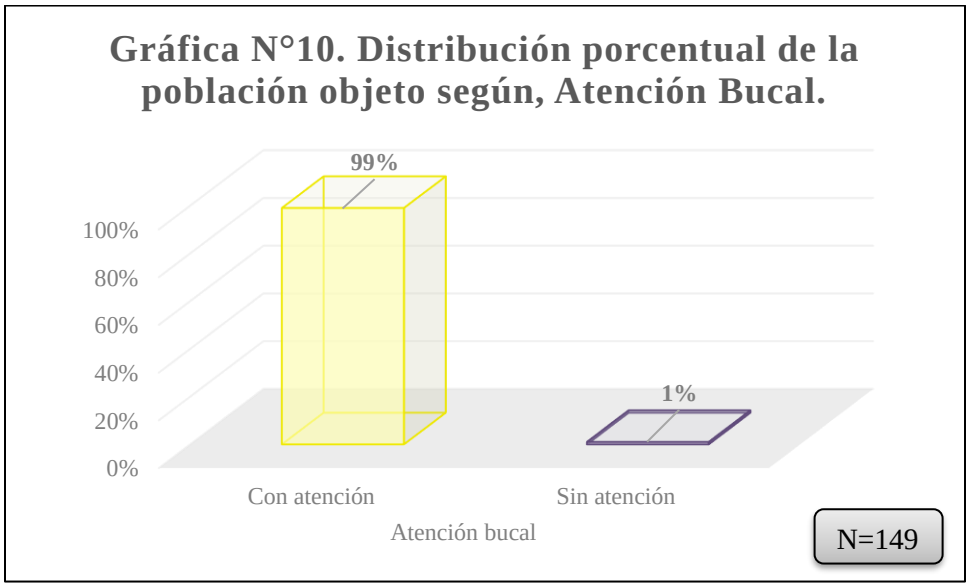
en todos los demás ámbitos de la salud materno infantil. Más de 1,5 millones de personas mueren cada año por enfermedades que pueden evitarse mediante la vacunación. (UNICEF, 2020).

De acuerdo a la tabla número nueve se puede observar que de acuerdo a la variable cuenta con el esquema de vacunación los 149 (100%) niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita cuentan con el esquema de vacunación completo de acuerdo a la edad.

Tabla N°10. Distribución porcentual de la población objeto según, Atención Bucal.

Atención en salud bucal	Frecuencia	%
Con atención	148	99%
Sin atención	1	1%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: Esta atención según la resolución 3280/2018 se realiza a partir de los 6 meses, la salud bucal, es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida. Se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al

tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. "Las enfermedades bucodentales pueden convertirse en un obstáculo importante para disfrutar de una vida saludable", afirmó Saskia Estupiñán, experta en Salud Bucodental de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). "Hay que valorar y proteger la salud bucodental antes de que ocurran los problemas". (OPS, 2021).

En Colombia, el 29% de los niños sufre de caries antes de cumplir un año de edad, el 83% la padece antes de los 3 años y el 90% de los niños antes de alcanzar los 5 años. Además de dolor y afectar el consumo de alimentos, si no se trata a tiempo, la caries puede provocar pérdida de la dentadura. (ICBF, 2019).

Con ello, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar implementa la estrategia de información, educación y comunicación (IEC) donde brinda orientaciones sobre el uso de herramientas educativas necesarias para promover en las familias colombianas la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, junto a eso se implementa la educación en salud bucal como componente básico de la promoción de la salud propicia cambios de comportamientos y actitudes frente a la salud oral, a la enfermedad y al uso de servicios. Refuerza conductas positivas a nivel colectivo e individual y reconoce la necesidad particular de planificar y definir estrategias aplicables al estilo de vida de las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (ICBF, 2020).

Para el Hogar Infantil Santa Teresita la mayor proporción si cuentan con atención bucal en un 99% (148 usuarios) y el 1% equivalente a (1 usuario) no cuenta con atención bucal.

Tabla N°11. Distribución porcentual de la población objeto según, Control de Crecimiento y Desarrollo.

Control de crecimiento y desarrollo	Frecuencia	%
Si	149	100%
No	0	0%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: La primera infancia es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano. El crecimiento y el desarrollo son interdependientes y su etapa más crítica tiene lugar entre la concepción y los primeros años de vida, época en la cual el cerebro se forma y desarrolla

a la máxima velocidad. Si en estos períodos se altera el adecuado desarrollo del cerebro se producirán consecuencias, que pueden afectar al niño y niña durante toda su vida. (OMS, 2021).

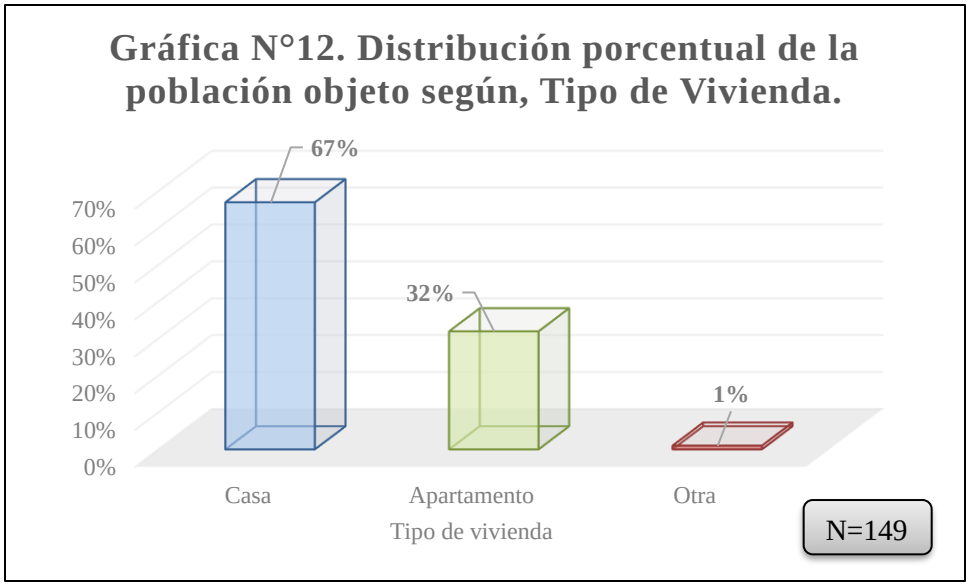
El programa de Crecimiento y Desarrollo en Colombia está a cargo del Ministerio Nacional de Salud y Protección Social; fue establecido como una expresión del compromiso del Estado con el bienestar de los niños y niñas. Se trata concretamente de una serie de intervenciones en edades clave para el seguimiento y acompañamiento de su crecimiento y desarrollo, así como para la detección temprana y la atención oportuna de cualquier alteración a la que se encuentren expuestos. (Morales Castellanos, 2018)

El 100% de la población objeto cuenta con carnet de crecimiento y desarrollo porque están vinculados al Sistema General de Seguridad Social, por eso el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar está en el compromiso de que todos los niños y niñas que hacen parte de los diferentes programas y modalidades sean atendidos según el esquema de valoración del desarrollo en salud según la edad, establecido en la resolución 3280/2018.

Tabla N°12. Distribución porcentual de la población objeto según, Tipo de Vivienda.

Tipo de vivienda	Frecuencia	%
Casa	100	67%
Cambuche	0	0%
Apartamento	47	32%
Vivienda tradicional	0	0%
Tipo cuarto	0	0%
Casa lote	0	%
Establecimiento de reclusión	0	%
Otra	2	1%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: Se entiende por vivienda, espacio independiente y separado, habitado o destinado para ser habitado por una o más personas. Independiente, porque tiene acceso directo desde la vía pública, caminos, senderos o a través de espacios de circulación común (corredores o pasillos, escaleras, ascensores, patios). Las personas que habitan una unidad de vivienda no pueden ingresar a la misma a través de áreas de uso exclusivo de otras unidades de vivienda, tales como dormitorios, sala, comedor, entre otros; separada, porque tiene paredes, sin importar el material utilizado para su construcción, que la delimitan y diferencian de otros espacios. (DANE, 2018).

En Colombia según los resultados por el Censo Nacional de Población y Vivienda en el 2018, la distribución de las viviendas según su tipología y clase es la siguiente: Casa 61,53%, Apartamento 32,75%, Tipo Cuarto 4,38%, Vivienda Indígena 1,13% Vivienda étnica (Afro, Isleña y Rrom) 0,07% Otro tipo de vivienda 0,14%. Y según la distribución porcentual de las viviendas ocupadas con personas presentes a nivel departamental en Norte de Santander equivale al 80,02% de ocupación. (DANE, 2019).

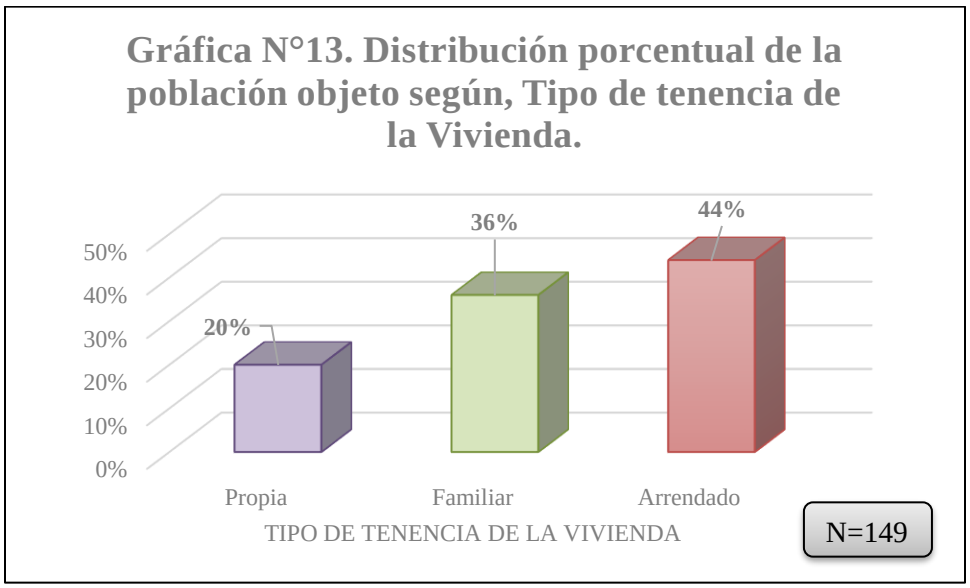
La población objeto analizada según la variable tipo de vivienda, el 67% viven en casa, el 32% en apartamento y 1% en la opción otra (habitación), con respecto a cambuche, vivienda tradicional indígena, tipo cuarto, casa lote y establecimiento de reclusión, no se registraron casos en estas opciones de tipo de vivienda; por consiguiente el tipo de vivienda es un factor influyente en el estado nutricional de un niño debido a que si no cuenta con una vivienda digna con saneamiento

básico esto será un factor negativo generando enfermedades prevalentes de la infancia, infecciones de piel, deprimiendo el estado de salud y asociado a la inseguridad alimentaria y nutricional.

Tabla N°13. Distribución porcentual de la población objeto según, Tipo de tenencia de la Vivienda.

Tipo de tenencia de la vivienda	Frecuencia	%
Propia	30	20%
Familiar	53	36%
Arrendado	66	44%
Ocupado de hecho	0	0%
Poseedor	0	0%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: La tenencia de la vivienda es la forma en que el hogar principal ejerce la posesión de la vivienda, investigar el régimen de tenencia de la vivienda, como variable de interés social, contribuye a un mejor conocimiento de la situación habitacional de los hogares y por ende el estatus de sus ocupantes. Asimismo, en el caso de las viviendas propias y cedidas por otro hogar, es

necesario el registro de la propiedad como mecanismo de formalización de las propiedades y protección de la propiedad adquirida. (ENAPRES, 2013).

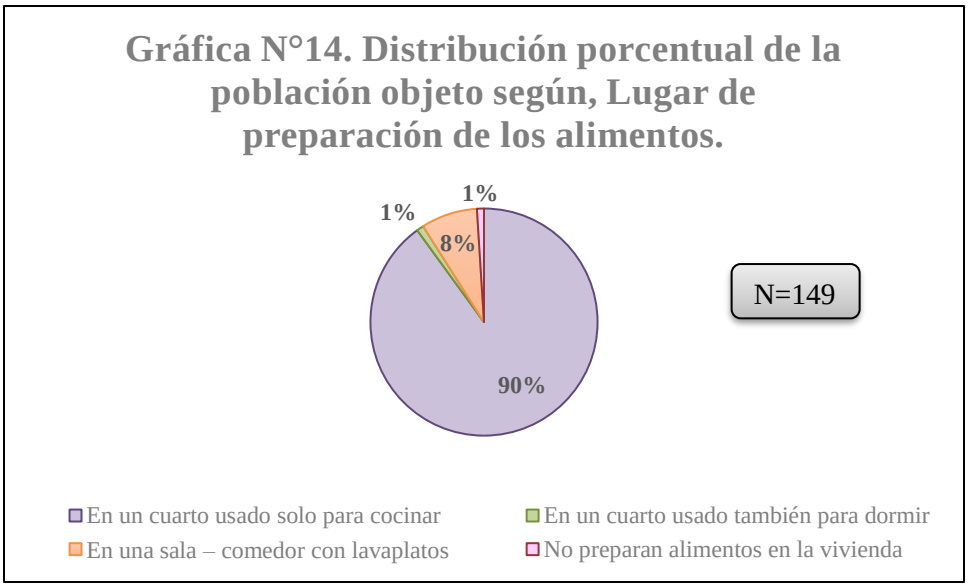
Según el DANE, los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida para el total nacional en 2018 muestran que el porcentaje de hogares propietarios de vivienda (considerando a quienes la están pagando y quienes ya terminaron de hacerlo) fue 47,9%, mientras que el de arrendatarios se redujo al 33,8% y el de ocupantes con permiso del propietario creció al 14,7%. La región que registró las mayores proporciones de propietarios (con vivienda total o parcialmente pagada) y de usufructuarios es la Pacífica (58,2% y 20,1%, en su orden), en tanto que Bogotá presentó el nivel más alto de hogares arrendatarios (43,5%). (DANE, 2018).

De acuerdo con los datos obtenidos para la variable tipo de tenencia de la vivienda, en mayor proporción se encuentran en arriendo con el 44%, el 36% viven en casa familiar y el 20% en casa propia; económicamente al tener casa propia está relacionado a la seguridad alimentaria de la familia, la disponibilidad de alimentos y acceso a servicios domiciliarios siendo estos factores relacionados con el estado nutricional.

Tabla N°14. Distribución porcentual de la población objeto según, Lugar de preparación de los alimentos.

Lugar de preparación de los alimentos	Frecuencia	%
En un cuarto usado solo para cocinar	134	90%
En un cuarto usado también para dormir	1	1%
En una sala – comedor con lavaplatos	13	8%
En una sala – comedor u otro espacio de la vivienda sin lavaplatos	0	0%
En un patio, corredor, en ramada, aire libre	0	0%
No preparan alimentos en la vivienda	1	1%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización*

Análisis: Cuando cocinamos es necesario prestar mucha atención, no solo a los alimentos, sino también a su preparación y al lugar donde cocinamos; los materiales que se usan y a cómo almacenar todo lo que no se usa, para evitar cualquier riesgo de contaminación o intoxicación. Las principales reglas de seguridad alimentaria deben aprender a observar, están vinculadas a la contaminación ya que los alimentos pueden convertirse fácilmente en un vehículo para transmitir toxinas o bacterias a quienes los consumen. Existes tres clases de contaminación: La contaminación por factores físicos o cuerpos extraños presentes en la comida (pelo, fibras, astillas, etc.), la contaminación por factores químicos o partes residuales de detergente o de residuos liberados de recipientes no aptos para contener alimentos y la contaminación por factores biológicos o de hongos, virus, bacterias, moho. (Metlife, 2018).

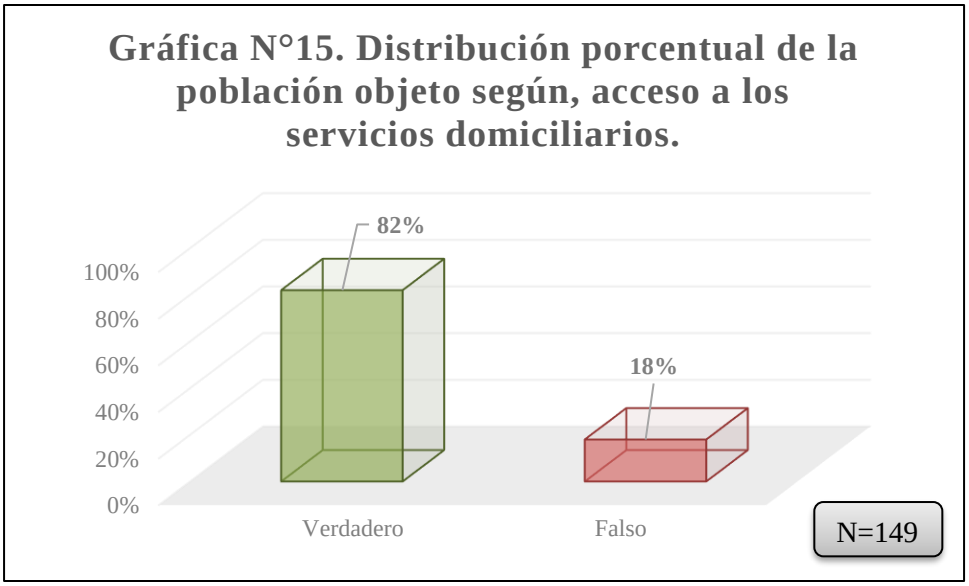
En la tabla número 14 se da la descripción porcentual de la población objeto según la variable preparación de los alimentos, el objetivo de esta pregunta es identificar si la vivienda cuenta con un espacio destinado exclusivamente para preparar alimentos, o si por el contrario se cocina en otro espacio adaptado para este fin. Las opciones de respuesta son: a. En un cuarto usado sólo para cocinar: cuando las personas del hogar cocinan en un cuarto cuya destinación específica es preparar alimentos. b. En un cuarto usado también para dormir: cuando las personas del hogar cocinan en un cuarto que también utilizan como dormitorio. c. En una sala–comedor con lavaplatos: cuando las personas del hogar cocinan en un cuarto que también utilizan como sala o comedor y en el cual

existe lavaplatos. d. En una sala–comedor sin lavaplatos: cuando las personas del hogar cocinan en un cuarto que también utilizan como sala o comedor y en el cual no existe lavaplatos. e. En un patio, corredor, enramada, al aire libre: corresponde a los hogares que preparan los alimentos en áreas abiertas, pasadizos o a la intemperie. f. No preparan alimentos en la vivienda: cuando las personas del hogar no cocinan en la vivienda. Por consiguiente, se grafica cuatro opciones de respuesta ya en las demás la frecuencia es cero. Siendo la primera opción de: en un cuarto usado solo para cocinar con mayor proporción de 134 (90%) niños y niñas que cuentan en sus viviendas con un cuarto usado solo para cocinar, le sigue la tercera opción con 13 (8%) niños y niñas que cuentan en sus viviendas con una sala – comedor con lavaplatos para la preparación de alimentos y finalmente en igual proporción una niña tiene en su vivienda un cuarto usado para preparar alimentos y también para dormir; y una niña que no preparan alimentos en su vivienda representando para cada niña el 1%. La afectación nutricional en este caso es la inocuidad al momento de preparar los alimentos o consumir alimentos fuera de casa puede llevar a una malnutrición.

Tabla N°15. Distribución porcentual de la población objeto según, acceso a los servicios domiciliarios (energía, acueducto, alcantarillado, gas natural, telefonía fija).

Acceso a los servicios domiciliarios	Frecuencia	%
Verdadero	122	82%
Falso	27	18%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: Según la Encuesta de Calidad de Vida de 2019, en Colombia el 87,0% de la población tiene acceso a acueducto y el 74,4% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. El 98,1 de los hogares reciben el servicio de energía eléctrica, el 64,5% el de gas natural, el 81,8% de los hogares tienen acceso a la recolección de la basura y el 25,2% disponen de telefonía fija. En Norte de Santander el acceso a energía eléctrica obtuvo un porcentaje de 99,4. El acceso a gas natural obtuvo un porcentaje de 46,3; el acceso a acueducto 84,1 %, el acceso a alcantarillado para el 2019 obtuvo un porcentaje de 78,5, por último, la telefonía fija fue del 18,2%. (DANE, 2019).

Se puede evidenciar que el 82% correspondiente a 122 niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita cuentan con todos los servicios de energía, acueducto, alcantarillado, gas natural, y telefonía fija, mientras que 27 (18%) niños y niñas no cuenta con todos los servicios domiciliarios completos porque no cuentan con acceso a telefonía fija; el acceso a los servicios domiciliarios se encuentra relacionado con la seguridad alimentaria y nutricional de la población colombiana.

Tabla N°16. Distribución porcentual de la población objeto según, ¿cómo eliminan la basura?

Cómo eliminan la basura	Frecuencia	%
La recogen los servicios del aseo	149	100%
La tiran a un río, quebrada, caño o laguna	0	0%
La tiran a un patio, lote, zanja o baldío	0	0%
La queman	0	0%
La entierran	0	0%
La reciclan	0	0%
La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.)	0	0%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida para el total nacional en 2019, el acceso al servicio de recolección de basuras fue de (27,7%). Mientras que a nivel departamental Norte de Santander fue de 84%. (DANE, 2019).

De acuerdo a la tabla número 16 se describen las opciones de respuesta a la variable cómo eliminan la basura, a. Si las basuras son recogidas periódicamente por el carro del aseo, perteneciente a una empresa pública o privada y el servicio se presta a la puerta de la vivienda o en la esquina próxima, b. La tiran a un río, quebrada, caño o laguna; cuando la basura es arrojada directamente a una fuente de agua natural, c. La tiran a un patio, lote o zanja o baldío; cuando la basura es arrojada a un patio o lote abandonado. d. La queman; cuando la basura es incinerada, e. La entierran; cuando la basura es depositada en un agujero en el suelo y luego tapada con tierra, f. La reciclan; dentro de esta opción nueve refieren reciclar la basura, y por última opción, si la recoge un servicio informal; cuando la basura en recogida en zorra, carreta, entre otros.

Para el Hogar Infantil Sata Teresita los 149 (100%) niños y niñas, eliminan la basura en el hogar por medio de la recolección de los servicios del aseo, lo que permite que los niños cuenten con un estado de salud positivo.

Tabla N°17. Distribución porcentual de la población objeto según, Fuente principal para el consumo del agua.

Fuente principal para el consumo del agua	Frecuencia	%
Acueducto	149	100%
Aguatero o carrotanque	0	0%
Pozo- aljibe -jagüey	0	0%
Agua lluvia	0	0%
Rio, quebrada, manantial	0	0%
Agua embotellada o en bolsa	0	0%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

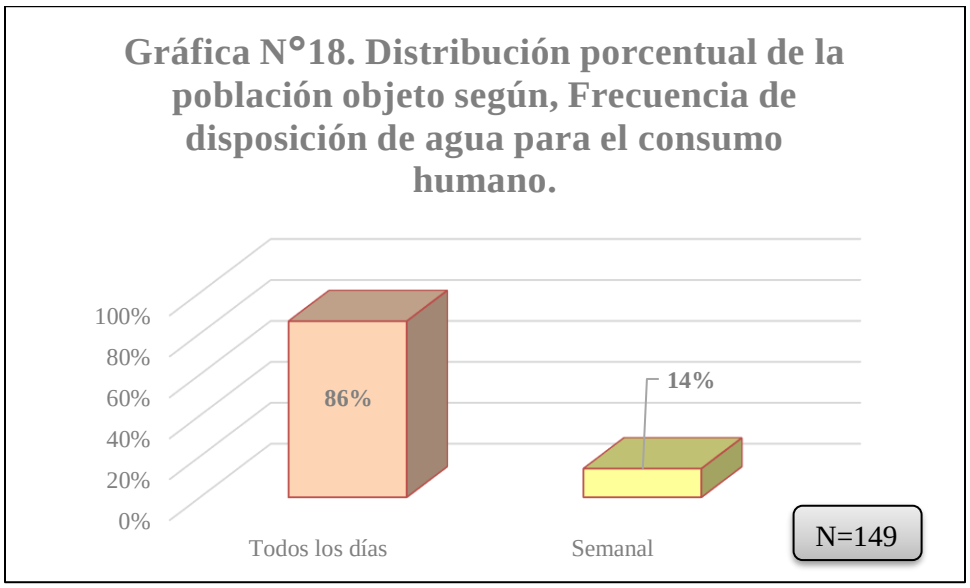
Análisis: En la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, indaga por la fuente de la que obtienen los hogares el agua para preparar los alimentos y el resultado es indicativa del acceso a agua limpia. En 2019 para el total nacional el 84,0% de los hogares obtenía del acueducto (público, comunal o veredal) el agua para preparar sus alimentos. En las cabeceras del país el acueducto fue la principal fuente de agua (94,6%). En los hogares rurales también el acueducto predominó (49,6%) aunque se destacó el uso de agua proveniente de otras fuentes, en su orden; río, quebrada, manantial o nacimiento (20,2%); pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno (10,6%), y pozo con bomba (8,5%). (DANE, 2019).

De acuerdo a la distribución porcentual de la población objeto según la variable fuente principal para el consumo del agua, los 149 niños y niñas del hogar infantil equivalente al 100% la fuente principal para el consumo de agua es a través de acueducto garantizando un estado de salud optimo.

Tabla N°18. Distribución porcentual de la población objeto según, Frecuencia de disposición de agua para el consumo humano.

Frecuencia de disposición de agua para el consumo humano	Frecuencia	%
Nunca	0	0%
Todos los días	128	86%
Semanal	21	14%
Quincenal	0	0%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: El agua potable o agua para consumo humano es la que cumple con las características físicas, químicas y microbiológicas, de tal manera que no genera un riesgo para la salud. El agua para consumo humano debe ser transparente, sin color ni sabor, y no debe tener sólidos suspendidos. (MinSalud, 2016).

Miles de millones de personas en todo el mundo siguen careciendo de acceso al agua, el saneamiento y la higiene. Alrededor de 2.200 millones de personas en todo el mundo no cuentan con servicios de agua potable gestionados de manera segura, 4.200 millones de personas no cuentan

con servicios de saneamiento gestionados de manera segura y 3.000 millones carecen de instalaciones básicas para el lavado de manos. (UNICEF, 2018).

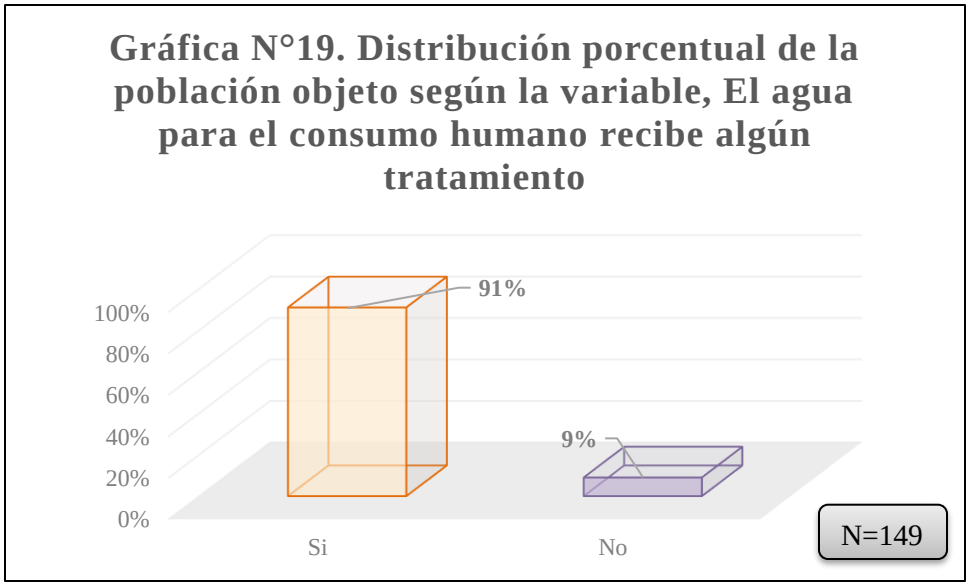
En Colombia existe una marcada heterogeneidad en el suministro de agua para consumo humano pues solo el 42,17% de los municipios tiene agua con un nivel sin riesgo o un nivel de riesgo bajo. Para el caso del servicio público domiciliario de acueducto, en la información contenida en el CONPES 3918 - Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia, se muestra una cobertura para el año 2017 del 97,4% en suelo urbano, en cuanto al acceso a agua potable en suelo rural para ese año fue del 73,2%, para un total nacional del 92,4%. En cuanto al servicio público domiciliario de alcantarillado, para el mismo año, se tuvo una cobertura del 92,4% en suelo urbano, 70,1% en suelo rural y total nacional de 88,2%. (Minvivienda, 2017).

Según la población objeto analizada, la disposición de agua para el consumo humano, se obtiene con una frecuencia de todos los días lo que equivale al 86% (128 familias) y el 14% (21 familias) obtiene el agua de manera semanal, deben de realizar una adecuada limpieza y desinfección al almacenamiento de agua para garantizar agua segura para el consumo humano y mitigar los efectos negativas como enfermedades asegurando el estado de salud del niño o niña.

Tabla N°19. Distribución porcentual de la población objeto según la variable, El agua para el consumo humano recibe algún tratamiento.

El agua para el consumo humano recibe algún tratamiento	Frecuencia	%
Si	135	91%
No	14	9%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: El tratamiento de agua supone un conjunto de operaciones físicas, químicas y biológicas, que se utilizan para eliminar la contaminación del agua. El objetivo es obtener un agua que sea apta para el uso que se le va a dar consumo humano o animal, riego, uso industrial, etc. (ACNUR, 2019)**.**

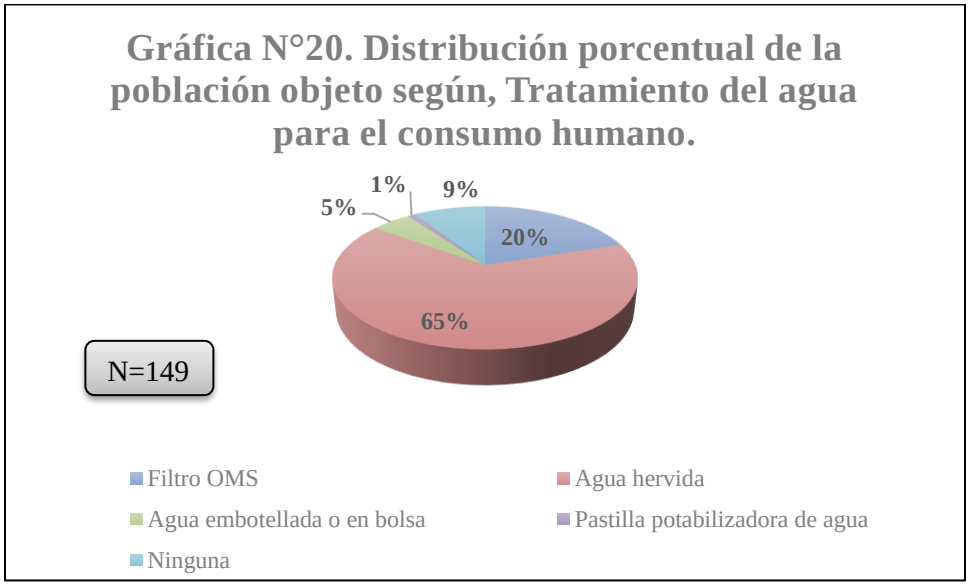
Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud unas 842.000 personas mueren cada año de diarrea como consecuencia de la insalubridad del agua, de un saneamiento insuficiente o de una mala higiene de las manos. Sin embargo, la diarrea es ampliamente prevenible y la muerte de unos 361.000 niños menores de cinco años se podría prevenir cada año si se abordaran estos factores de riesgo. (OMS, 2020).

En el Hogar Infantil Santa Teresita el 91% (135 familias) realizan tratamiento al agua para el consumo humano a diferencia del 9% (14 familias) que no le realizan ninguno tratamiento al agua para el consumo.

Tabla N°20. Distribución porcentual de la población objeto según, Tratamiento del agua para el consumo humano.

Tratamiento del agua para el consumo humano	Frecuencia	%
Filtro OMS	30	20%
Agua hervida	95	65%
Agua embotellada o en bolsa	8	5%
Pastilla potabilizadora de agua	2	1%
Filtro casero	0	0%
Ninguna	14	9%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: La Organización Mundial de la Salud afirma que el tratamiento y almacenamiento inocuo del agua en los hogares es una intervención importante en materia de salud pública que permite mejorar la calidad del agua y reducir la incidencia de enfermedades diarreicas, sobre todo entre las poblaciones que se abastecen de agua procedente de fuentes no mejoradas y, en algunos casos, canalizada por tuberías que no es salubre o cuya inocuidad no es segura. (OMS, 2018).

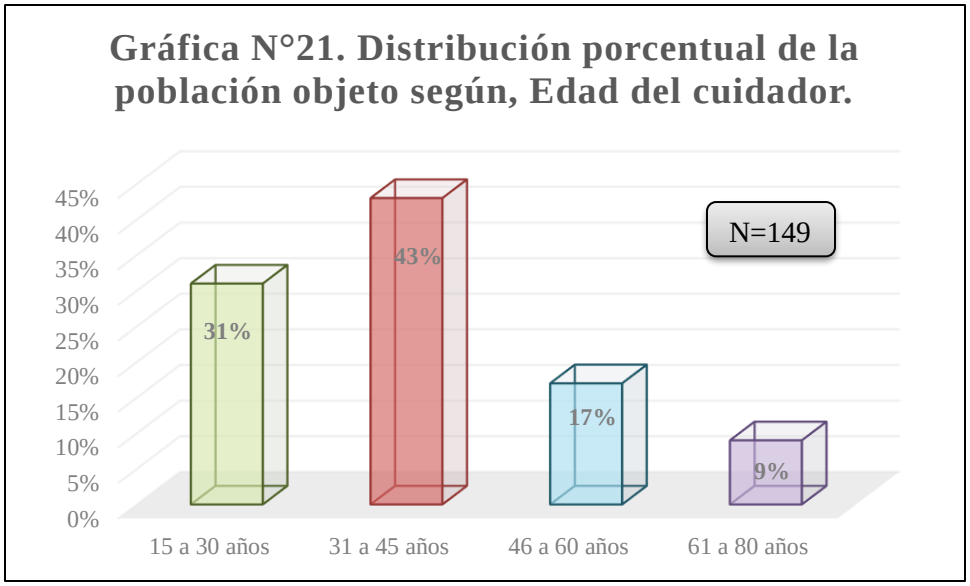
A nivel nacional, a pesar de los logros de los últimos años, solo 48,2% del total de municipios cuentan con Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales. Según el informe "Estudio Sectorial de los servicios públicos domiciliarios de Acueducto y Alcantarillado", presentado a finales de 2017 por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, solo 541 municipios de los 1.122 registrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) cuentan con algún tipo de Planta de Tratamiento de Aguas Residuales, frente a la consulta sobre la manera en que los hogares tratan el agua para beber, en el total nacional más de la mitad (el 53,4%) afirmó tomarla tal como la obtiene, porcentaje superior al registrado en 2016 (48,2%). Las siguientes medidas señaladas fueron hervir el agua antes de usarla (27,2%), tomar agua embotellada o en bolsa (9,9%) y utilizar filtros (8,2%). (DANE, 2018).

Según los resultados obtenidos de la ficha de caracterización, el 65% de las familias realizan tratamiento siendo este hervir el agua, el 20% lo hace a través de los filtros OMS, el 9% no realiza ningún tratamiento, el 5% utiliza el agua embotellada o en bolsa y el 1% utilizan pastillas potabilizadoras de agua. Siendo estos tratamientos de gran utilidad para mejorar la calidad del agua y así mismo reducir la incidencia de enfermedades diarreicas en los niños y niñas; por otra parte, ninguna familia reporto utilizar filtro casero como tratamiento para el agua de consumo.

Tabla N°21. Distribución porcentual de la población objeto según, Edad del cuidador.

Edad del cuidador	Frecuencia	%
15 a 30 años	46	31%
31 a 45 años	65	43%
46 a 60 años	25	17%
61 a 80 años	13	9%
>80 años	0	0%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: Los cuidados son parte de los derechos humanos de quienes requieren ser atendidos y de quienes los proveen. Al interior de los hogares, el tiempo que se dedica a cuidar y apoyar a los integrantes que lo requieren es indispensable para preservar su bienestar y salud. Especialmente cuando los receptores de cuidados son niñas y niños pequeños o en edad escolar, los cuidados en el hogar son la base para que cuenten con condiciones para su desarrollo físico, intelectual y emocional. (DANE, 2020).

En Colombia el 55,4% de éstos permanece la mayor parte del tiempo entre semana con su padre o madre en casa; el 46,5% en un hogar comunitario, guardería, jardín o centro de desarrollo infantil o colegio; el 27,5% al cuidado de un pariente de 18 años o más, y el 5,2% con su padre o madre en el trabajo. En la vivienda donde vive el niño(a), al cuidado de un pariente o persona menor de 18 años, se observa que, a nivel nacional, el 0,6% de la población menor de 5 años de edad se encuentra en esta condición. (DANE, 2018).

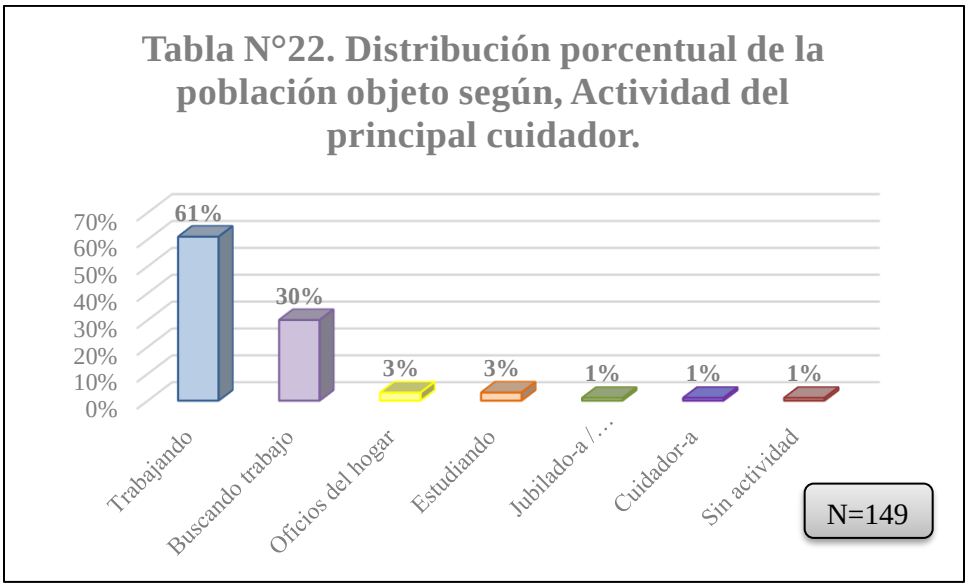
La distribución porcentual de edades de los cuidadores de los niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita se encuentran de la siguiente manera: en mayor proporción con un 43% (65 cuidadores) con edades comprendidas de 31 a 45 años, seguidamente de los cuidadores con edades comprendidas de los 15 a 30 años con el 31%, 25 cuidadores (17%) en edades comprendidas de 46 a 60 años y en una menor proporción con un 9% (13 cuidadores) de 61 a 80 años de edad.

Influyendo de esta manera las pautas de crianza en cada grupo estando articulado a la seguridad alimentaria y nutricional relacionado con costumbres, hábitos insaludables y dependencia.

Tabla N°22. Distribución porcentual de la población objeto según, Actividad del principal cuidador.

Actividad del principal cuidador	Frecuencia	%
Trabajando	91	61%
Buscando trabajo	44	30%
Oficios del hogar	5	3%
Estudiando	5	3%
Jubilado-a / pensionado-a	1	1%
Cuidador-a	1	1%
Sin actividad	2	1%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*



Fuente: *Elaboración propia a partir de la Base de datos de Excel, Ficha de caracterización.*

Análisis: Ocupación se refiere al tipo de labor realizada en un empleo, esta se define como categorías homogéneas de tareas que constituyen un conjunto de empleos, desempeñados por una persona en el pasado, presente o futuro, según capacidades adquiridas por educación o experiencia y por la cual recibe un ingreso en dinero o especie. (OMS, 2018).

El estado nutricional del individuo debe considerarse como una situación que hace parte de un contexto, donde interactúan múltiples factores como el empleo, la educación, el ingreso, la propaganda, la salud y la calidad de la vida de las personas; elementos que repercuten considerablemente sobre el funcionamiento integral del niño y posteriormente en su estado adulto. Los estudios sobre la desnutrición en América Latina y en los países en desarrollo, coinciden en la asociación entre el bajo poder adquisitivo, el limitado nivel educativo, las malas condiciones de higiene y la poca inocuidad de los alimentos, con las altas tasas de desnutrición que aún se presentan, sin descontar la interacción entre la desnutrición y las infecciones que se agravan mutuamente. (Salazar Hernandez, Sánchez Caicedo, & Barajas Guarín, 2020).

Los patrones de participación en el mercado de trabajo de las personas que brindan cuidados directos inciden sobre su ingreso laboral y sus posibilidades de afiliación a la seguridad social. La participación laboral permite a las personas contar con ingresos y, de acuerdo con el tipo de inserción al mercado ya sea formal o informal, puede facilitarles acceder a prestaciones como: servicios médicos, servicios de cuidados a la infancia (guarderías) y en el futuro a jubilaciones o pensiones, entre otras. La mitad de las personas cuidadoras trabajan de manera remunerada (51.6%), con una gran brecha de género: 75.4% entre los hombres, y 40.2% entre las mujeres. (DANE, 2020). Los departamentos con mayor tasa de desempleo fueron Tolima (21,7%), Quindío (21,6%) y Norte de Santander (21,0%). - Los departamentos que registraron las menores tasas de desempleo fueron Nariño (9,2%) y Bolívar (10,2%). (DANE, 2019).

Según los datos de las fichas de caracterización, el principal cuidador del niño o niña se encuentra trabajando siendo este el 61%, seguidamente en buscando trabajo con un 30%, oficios del hogar y estudiando 3% cada actividad, con un 1% correspondiente a la actividad cuidador-a y en la misma proporción con el 1% la actividad de jubilado-a / pensionado-a y sin actividad. Por consiguiente, si el principal cuidador tiene trabajo va a garantizar que le brinde al niño o niña la disponibilidad de alimentos asegurando la seguridad alimentaria y nutricional.

Una vez seleccionadas y analizadas las variables de la ficha de caracterización que inciden de manera directa o indirecta en el estado nutricional de los niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita, se procede hacer la clasificación nutricional por antropometría, teniendo en cuenta los indicadores antropométricos, peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad, IMC para la edad, estipulados en la resolución 2465/2016. La información fue suministrada por la base datos “CUENTÁME” siendo está solicitada a la Nutricionista Dietista Nancy Milena Duarte Corredor. Para la tabulación de los resultados se utilizó el programa Microsoft Excel 2010, cuyos análisis se encuentran en la descripción porcentual de cada variable y cada indicador y así mismo las cifras estadísticas a nivel mundial, nacional, regional y local. Teniendo en cuenta la

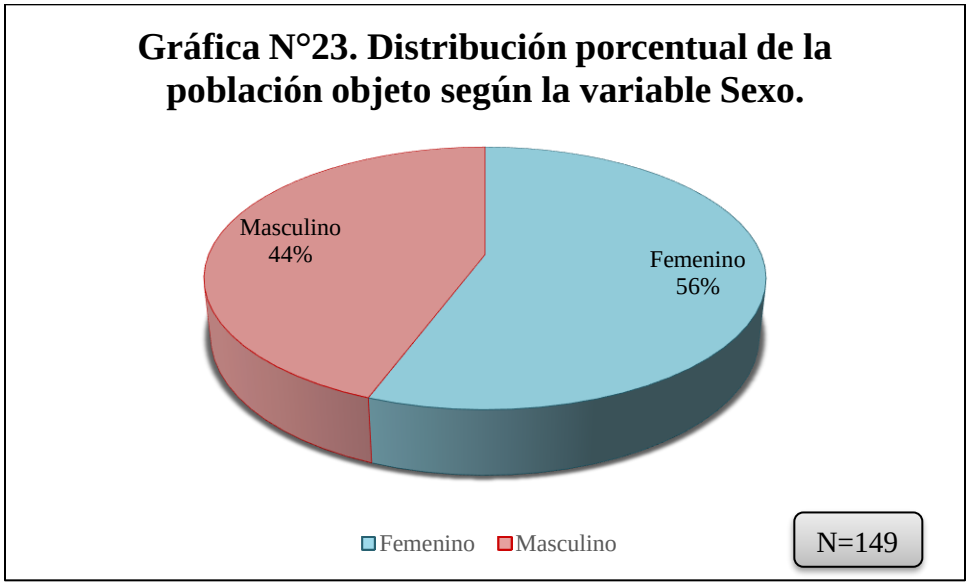
información brindada por la OMS, UNICEF, ICBF, FAO, Resolución 2465/2016, Ministerio de Salud y Protección Social, OPS, SISVAN.

Caracterización de la población beneficiaria del Hogar Infantil Santa Teresita según sexo.

Tabla N°23. Distribución porcentual de la población objeto según la variable Sexo.

Género	Frecuencia	%
Femenino	83	56%
Masculino	66	44%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: El *Sexo* se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer; El *Género* se refiere a los atributos sociales y las oportunidades asociadas a ser hombre o mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones se establecen y se aprenden en la sociedad, son específicos al contexto o tiempo, y pueden cambiar. El género determina lo que se espera, se permite y se valora en una mujer o un hombre en un contexto determinado. El "hombre" y la "mujer" son categorías sexuales, mientras

que lo “masculino” y lo “femenino” son categorías de género. (Comisión Nacional Para Prevenir Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer, 2016)

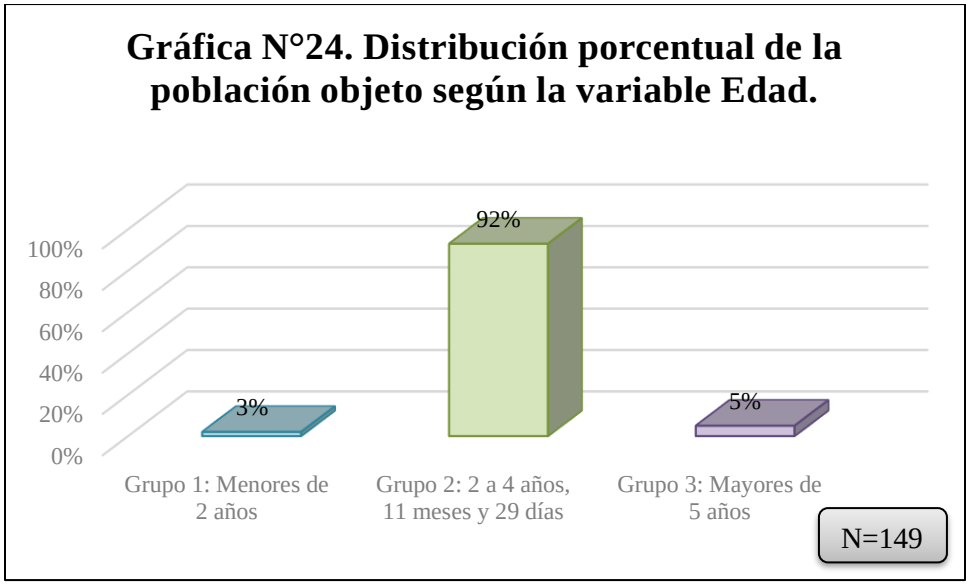
Del total de las niñas y niños beneficiarios del Hogar Infantil Santa Teresita, se evidencia que el 56% corresponde a 83 niñas y 66 niños equivale al 44%; según el Departamento Nacional De Estadística de acuerdo a las proyecciones de la población, en junio de 2018 son 24.605.796 hombres equivalentes a un 49% y 25.228.444 mujeres con un 51% confirmando la mayor proporción de sexo femenino en la población colombiana.

Caracterización de la población beneficiaria del Hogar Infantil Santa Teresita, según grupo de edad

Tabla N° 24. Distribución porcentual de la población objeto según la variable Edad.

Rango de edad	Frecuencia	%
Grupo 1: Menores de 2 años	4	3%
Grupo 2: 2 a 4 años, 11 meses y 29 días	138	92%
Grupo 3: Mayores de 5 años	7	5%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: El manual operativo de la modalidad institucional está dirigida a niñas y niños de primera infancia, prioritariamente en el rango de edad de 2 años hasta los 4 años, 11 meses y 29 días; sin perjuicio de lo anterior, podrán ser atendidos niñas y niños entre los 6 meses y 5 años, cuando su condición así lo amerite y la UDS cuente con las condiciones requeridas para atender a esta población, y hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad, siempre y cuando no haya oferta de educación preescolar, específicamente de grado de transición, en su entorno cercano. Las niñas y los niños que se encuentren vinculados al sistema educativo formal u otra modalidad de atención a la primera infancia no podrán ser sujetos de atención en los servicios de esta modalidad de manera simultánea o en contra jornada. Está modalidad está dirigida a garantizar la atención de niños y niñas en el marco del enfoque diferencial de derechos desde la perspectiva de la protección integral y la diversidad; aspecto que implica para la EAS y UDS, articular acciones para brindar una atención que reconozca las particularidades de desarrollo entre otros, como aspectos incluyentes, pero con especificidades para su atención, estableciendo para ello, escenarios de inclusión donde participen con equidad familias, mujeres gestantes, niños y niñas pertenecientes a grupos poblacionales históricamente segregados, lo cual amerita atención prioritaria basados en el reconocimiento de lo territorial, el ciclo vital, la pertenencia étnica, el género y la discapacidad. (ICBF, 2021)

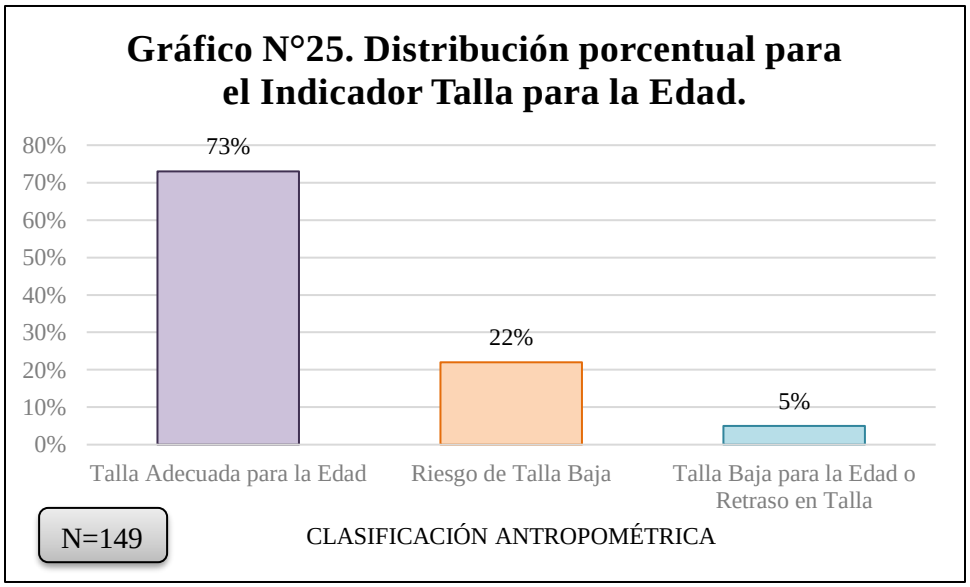
De acuerdo a la distribución porcentual de los niños y niñas para la variable edad se puede evidenciar que la mayor proporción se encuentra en el grupo 2 de edad de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días equivalente a un 92% correspondiente a 138 niños y niñas, seguido del tercer grupo de edad con una proporción equivalente al 5% con 7 niños y niñas mayores de 5 años de edad y en una menor proporción en el primer grupo de edad con el 3% equivalente a 4 niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita.

Clasificación del estado nutricional por antropometría de la población beneficiaria del Hogar Infantil Santa Teresita.

Tabla N°25. Distribución porcentual de la población objeto para el Indicador Talla para la Edad.

T/E	Frecuencia	%
Talla Adecuada para la Edad	109	73%
Riesgo de Talla Baja	32	22%
Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	8	5%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: La talla para la edad es un indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad, el retraso en talla es denominado como talla baja para la edad, que corresponde a un déficit en la talla con relación a la edad. El indicador se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar (Resolución 2465, 2016), esto es debido a un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo, la longitud o talla alta en raras ocasiones es un problema, a menos que este aumento sea

excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de Nutrición, 2018)

Según la población objeto, presenta riesgo de talla baja en un 22% y el 5% presenta talla baja para la edad o retraso en talla. Pero en mayor proporción en un 73% las niñas y niños del hogar Infantil Santa Teresita se encuentran en Talla adecuada para la Edad.

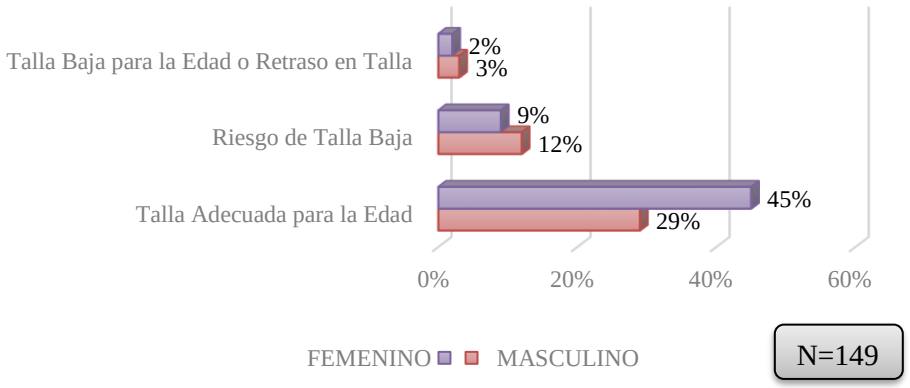
En la Encuesta Nacional de Situación Nutricional indica que la mayor prevalencia de retraso en talla en los hijos de madres con mayor cantidad de hijos (4 a 5 hijos: 15,9 % y 6 o más: 25,9 %) y con nacimientos de orden 4 en adelante. Del mismo modo, niños y niñas cuyas madres reportaron haber asistido a menos de cuatro controles, en cualquier momento de la gestación presentan mayores prevalencias de retraso en talla, comparados con aquellos hijos de madres que asistieron cuatro veces o más al control prenatal (17,4 % vs. 9,7 %). Igualmente, se presentaron prevalencias más altas de retraso en talla cuando se reportan nacimientos con peso al nacer inferior a 2 500 g y con longitud menor a 47 cm; A pesar del avance logrado en Colombia en la disminución de la pobreza multidimensional en los últimos años, a nivel nacional, la ENSIN 2015 indica que, aunque la prevalencia de retraso en talla en los menores de 5 años (10,8 %) se redujo en 2,4% no alcanzó las metas esperadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2015 que buscaban llegar a 8,0 % de reducción del retraso en talla. (ENSIN, 2015)

Tabla N°26. Distribución porcentual de la población objeto para el Indicador Talla para la Edad según la variable Género.

T/E	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Talla Adecuada para la Edad	43	29%	66	45%
Riesgo de Talla Baja	18	12%	14	9%
Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	5	3%	3	2%
Total	**66**	**44%**	**83**	**56%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Gráfico N°26. Distribución porcentual para el Indicador Talla para la Edad según la variable Género.



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: Los patrones de crecimiento son la herramienta fundamental para el sistema de vigilancia y seguimiento nutricional de un niño o niña o de una población y son un instrumento clave para el fomento, la aplicación y medición de indicadores de salud y nutrición. (MinSalud, 2021)

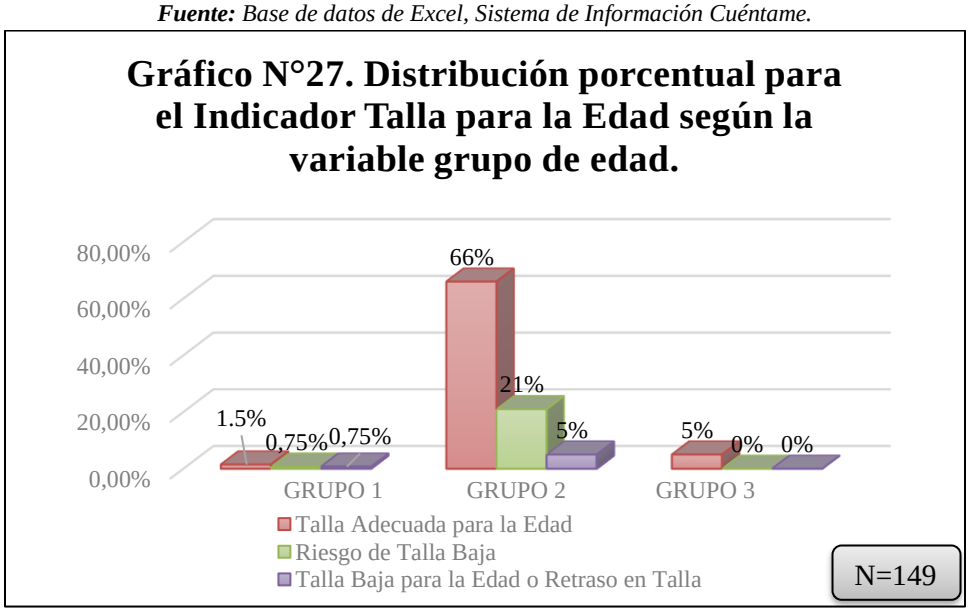
En Colombia, de cada 100 niños y niñas menores de 5 años, 13 tienen una baja talla que no corresponde a su edad. La acumulación de varios elementos en la etapa de crecimiento, como falta de alimentos, enfermedades, mala higiene, falta de agua potable y cuidado inadecuado. (Caballero & al., 2018); En norte de Santander la prevalencia de talla baja para edad o retraso en talla en menores de cinco años se presentó menor prevalencia en el género femenino con 1875 casos correspondiente al 9% y para el género masculino 2225 casos equivalente al 11%. Con respecto al riesgo de talla baja en ambos géneros fue del 17%. Mientras que la prevalencia en Cúcuta de retraso en talla fue del 16% y el riesgo de talla baja obtuvo un porcentaje 18%. (WINSISVAN, 2020)

En el Hogar Infantil Santa Teresita el mayor porcentaje corresponde a la población objeto de ambos sexos que se encuentra en talla adecuada para la edad, encontrándose a 43 casos del género masculino que equivale al 29%, así mismo a 66 casos del género femenino que corresponde al 45%. Por otra parte, el riesgo de talla baja se encuentra un poco superior en el género masculino con un 12% frente a un 9% que corresponde al género femenino. Finalmente, dentro de talla baja para la edad o retraso en talla el género masculino obtiene un 3% que equivale a 5 casos con retraso en talla, mientras que el género femenino un 2% equivalente a 3 casos.

Tabla N°27. Distribución porcentual de la población objeto para el Indicador Talla para la Edad según la variable grupo de edad.

T/E	Rango de Edad					
	Grupo 1: Menores de 2 años		Grupo 2: 2 a 4 años, 11 meses, 29 días		Grupo 3: Mayores de 5 años	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Talla Adecuada para la Edad	2	1.5%	100	66%	7	5%
Riesgo de Talla Baja	1	0.75%	31	21%	0	0%
Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	1	0.75%	7	5%	0	0%
Total	**4**	**3%**	**138**	**92%**	**7**	**5%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: El crecimiento es un indicador de salud en los niños. Es fundamental que el pediatra o médico vinculado a la atención de los niños tenga los conocimientos básicos acerca del crecimiento normal para poder detectar precozmente las alteraciones del mismo. La talla baja es un problema pediátrico frecuente que obliga a decidir si ésta representa solamente una variación normal del crecimiento o indica la presencia de una enfermedad subyacente. (Rodriguez & al., 2017)

El retraso en talla o la talla baja para la edad en los menores de cinco años puede representar para los países hasta un 11,0 % del Producto Interno Bruto (PIB) en términos de salarios más bajos y de pérdida de productividad económica de la población que lo padece por la afectación de su desarrollo cognitivo. Está demostrado también que los hijos nacidos de mujeres con talla baja tienen más posibilidades de presentar retraso de su crecimiento lineal, configurando así un círculo vicioso de retraso en talla familiar. De esta manera, este tipo de desnutrición refleja los efectos persistentes y acumulativos de la mala nutrición, de la pobreza y de otros déficits y riesgos que producen daños a largo plazo y alcanzan a afectar la vida adulta en todas sus expresiones. (Sepeap, 2017)

En Colombia la talla para la edad en menores de 5 años, con respecto al patrón de crecimiento de la OMS, el cual establece cómo deberían crecer los niños y las niñas. De igual manera, confirma cómo el crecimiento de los menores de 5 años de ambos sexos se aleja notoriamente de lo esperado por la OMS. (OMS, 2019)

En Norte de Santander para el grupo poblacional de 0 a 5 años en el indicador Talla para la Edad, se identifica que los subgrupos poblacionales de 12- 23 y 24-35 meses presentan la mayor Prevalencia de Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla, con un 12%, de la misma manera se identifica que los subgrupos poblacionales de 36-47 meses y 48-59 meses presentan los mayores índices de Riesgo de Talla Baja con un 24%; la afectación en este indicador es la manifestación de períodos prolongados de inanición y dieta insuficiente, por lo tanto no logra afectar en gran medida a los menores de 12 meses ya que estos mediante el consumo de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses logran ingerir sus necesidades de calorías y nutrientes para un óptimo crecimiento, no obstante a partir del año de edad cuando el menor inicia su alimentación familiar disminuye su aporte nutricional y comienza a desmejorar su condición presentándose retraso en el crecimiento. La Prevalencia de Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla en el grupo de menores de 5 años para el Departamento es de 10%. (WINSISVAN, 2020)

Según la población objeto el 66% equivalente a 100 niños y niñas se encuentra en talla adecuada para la edad en el rangos de edad de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días, siguiendo con un 1.5% en el rango de edad menores de 2 años siendo 2 niños y en el rango de edad mayores de 5 años el 5% equivalente a 7 usuarios se encuentran en talla adecuada para edad; en riesgo de talla baja el 21% equivalente a 31 casos se encuentran en el rango de 2 a 4 años y 11 meses y 29 días, el 0.75% correspondiente a 1 caso en menores de 2 años, y en los niños y niñas mayores de 5 años no se encuentra ningún caso; del total de la población equivale a 1 caso en menores de 2 años con un

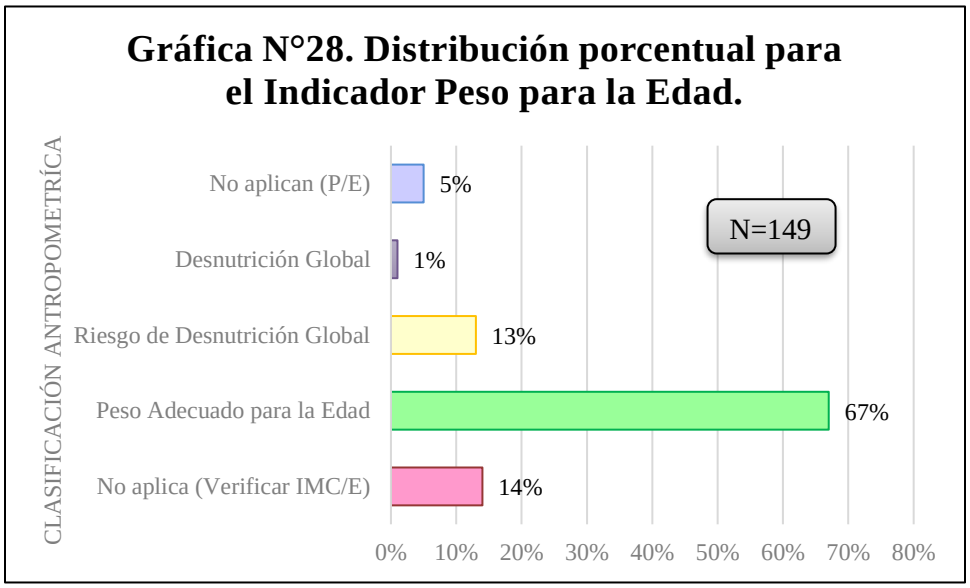
0.75% representa tener talla baja para la edad o retraso en talla y el 5% equivalente a 7 casos en el rango de edad de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días; teniendo en cuenta que el grupo de edad de 2 a 4 años, 11 meses, 29 días tiene más proporción de niños que los otros grupos de edades.

Tabla N°28. Distribución porcentual de la población objeto para el Indicador Peso para la Edad.

P/E	Frecuencia	%
No aplica (Verificar IMC/E)	22	14%
Peso Adecuado para la Edad	100	67%
Riesgo de Desnutrición Global	19	13%
Desnutrición Global	1	1%
No aplican (P/E)	7	5%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Gráfica N°28. Distribución porcentual para el Indicador Peso para la Edad.



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: El indicador antropométrico peso para la edad es el que relaciona el peso con la edad sin considerar la talla, por lo tanto, el peso bajo para la edad por debajo de -2 desviaciones estándar. También denominado desnutrición global, indica bajo peso para una edad específica, considerando el patrón de referencia, pero no corresponde al indicador trazador debido a que solo evalúa la malnutrición por déficit y su tipo de uso es a nivel poblacional. (Resolución 2465, 2016)

Se considera que un niño/a de una edad dada, manifiesta peso insuficiente cuando éste es menor al mínimo que se espera para esa edad según los patrones de desarrollo físico establecidos para una población considerada sana. La desnutrición debilita las defensas e incrementa el riesgo de presentar otras enfermedades como neumonía, diarrea, sarampión, enfermedades que son responsables de la mitad de los casi 10 millones de muertes anuales en niños menores de 5 años. (Diez Navarro & Marrodan Serrano, 2018)

Del total de las niñas y niños beneficiarios del Hogar Infantil Santa Teresita, se evidencia que el 67% (100 casos) presenta peso adecuado para la edad, el 5% (7 casos) no aplican para este indicador debido a que son niños y niñas mayores de 5 años y para el rango de edad de 5 a 17 años solo aplican los indicadores (T/E y IMC/E), el 14% (22 casos) No aplican para este indicador y se debe verificar con IMC/E, Ya que el indicador Peso/Edad no clasifica para exceso, lo que posiblemente es que estos niños tengan una DE > +1. Siguiendo el Riesgo de desnutrición global con el 13% equivalente a 19 casos y el 1% (1 caso) de Desnutrición global, siendo este el de menor proporción.

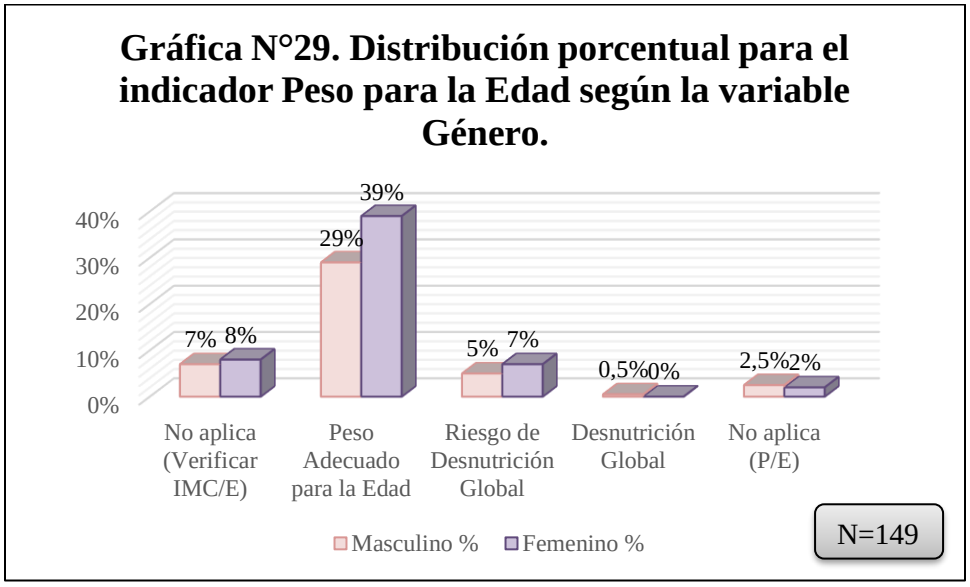
La desnutrición global es la suma de los desequilibrios nutricionales y de salud pasados y recientes en un niño y es un indicador nutricional que refleja alteraciones tanto del peso como de la talla. La desnutrición global en los territorios de Colombia y en ella se destacan por sus prevalencias las regiones Atlántica (4,6 %) y Central (2,5 %). De nuevo, la región Atlántica fue la que mostró la frecuencia más elevada de desnutrición global en Colombia. (ENSIN, 2015)

En Norte de Santander para el grupo poblacional de 0 a 5 años en el indicador Peso para la Edad, se identifica que el subgrupo poblacional de 36 - 47 meses presenta la mayor Prevalencia de Desnutrición Global con un 7%. (WINSISVAN, 2019)

Tabla N°29. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador Peso para la Edad según la variable Género.

P/E	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No aplica (Verificar IMC/E)	10	7%	12	8%
Peso Adecuado para la Edad	43	29%	57	39%
Riesgo de Desnutrición Global	8	5%	11	7%
Desnutrición Global	1	0.5%	0	0%
No aplica (P/E)	4	2.5%	3	2%
Total	**66**	**44%**	**83**	**56%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: El bajo peso para la edad es considerado un indicador de Desnutrición global y está estrechamente asociado a la mortalidad en menores de 5 años, cuya tasa se utiliza como principal indicador de progreso en el bienestar infantil. (UNICEF, 2014)

En Colombia, según la ENSIN, 3,1 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición global en el 2015. Así mismo, este tipo de desnutrición resulta más común en los grupos reconocidos como indígenas. Es conveniente mencionar que 7 de cada 100 niños y niñas menores de 5 años

tienen bajo peso con relación a la edad, un indicador de desnutrición global; algunos datos epidemiológicos indican que se presenta desnutrición en el 12% de los niños colombianos menores de 5 años. (MinSalud, 2020)

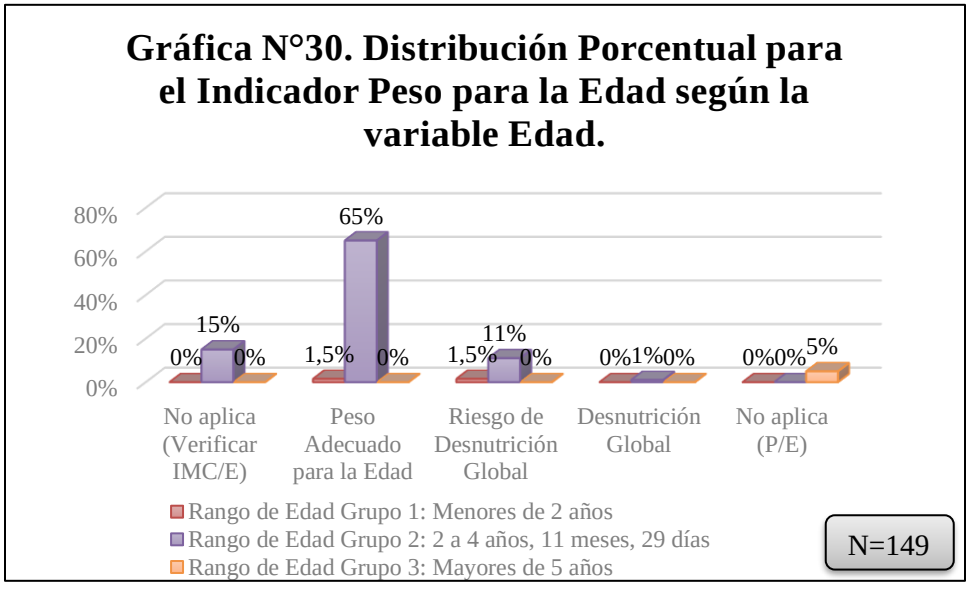
Para el grupo poblacional de 0 a 5 años en el indicador Peso para la Edad, se identifica que tanto el Género Masculino como el Femenino presentan igual Prevalencia de Desnutrición Global con un 5% e igual de Prevalencia en Riesgo de desnutrición global con un 12%. En Cúcuta la prevalencia de desnutrición global fue de 12% y el riesgo de desnutrición global del 15%. (WINSISVAN, 2019)

Los resultados para el indicador peso para la edad muestran que el mayor porcentaje de la población beneficiaria del Hogar Infantil Santa Teresita se encuentra en peso adecuado para la edad, con un 29% del total de la población correspondiente a 43 casos del género masculino frente a un 39% equivalente a 57 casos del género femenino. Por otra parte, el 7% correspondiente al género masculino y el 8% al género femenino se encuentran dentro de la categoría de No aplica. Referente a riesgo de desnutrición fue prevalente en el género femenino con 11 casos equivalente al 7% frente al 5% del género masculino. Sin embargo, hay que tener presente que este indicador no es muy confiable ya que muestra el estado nutricional subjetivo, basado en el peso el cual es un dato cambiante, por diversas circunstancias fisiológicas y medio ambientales. En cuanto a la desnutrición global se encuentra 1 caso que representa el 0.5% correspondiente al género masculino, mientras que el género femenino no registro en esta clasificación antropométrica. Es importante tener en cuenta que la desnutrición global es un indicador nutricional que refleja alteraciones tanto en el peso como de la talla. Por otra parte, el 2.5% (4 casos) Masculinos y 2% (3 casos) femeninos no aplican para este indicador debido a que son niños y niñas mayores de 5 años y para el rango de edad de 5 a 17 años solo aplican los indicadores (T/E y IMC/E).

Tabla N°30. Distribución Porcentual de la población objeto para el Indicador Peso para la Edad según la variable Edad.

P/E	Rango de Edad					
	Grupo 1: Menores de 2 años		Grupo 2: 2 a 4 años, 11 meses, 29 días		Grupo 3: Mayores de 5 años	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No aplica (Verificar IMC/E)	0	0%	22	15%	0	0%
Peso Adecuado para la Edad	2	1.5%	98	65%	0	0%
Riesgo de Desnutrición Global	2	1.5%	17	11%	0	0%
Desnutrición Global	0	0%	1	1%	0	0%
No aplica (P/E)	0	0%	0%	0%	7	5%
Total	**4**	**3%**	**138**	**92%**	**7**	**5%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: En la anterior grafica se puede observar que, en el rango de edad de 2 a 4 años, 11 meses, 29 días (grupo 2) la mayor proporción corresponde al 65% equivalente a 98 casos en peso adecuado

para la edad, en riesgo de desnutrición global el 11% corresponde a 17 casos, para desnutrición global se registra 1 caso dentro de este grupo de edad. Mientras que en el grupo 1 (menores de 2 años) la proporción es igual en peso adecuado para la edad y riesgo de Desnutrición global (1.5%) para ambos, seguido del 5% equivalente a 7 casos que no aplican para este indicador debido a que son niños y niñas mayores de 5 años y para el rango de edad de 5 a 17 años solo aplican los indicadores (T/E y IMC/E).

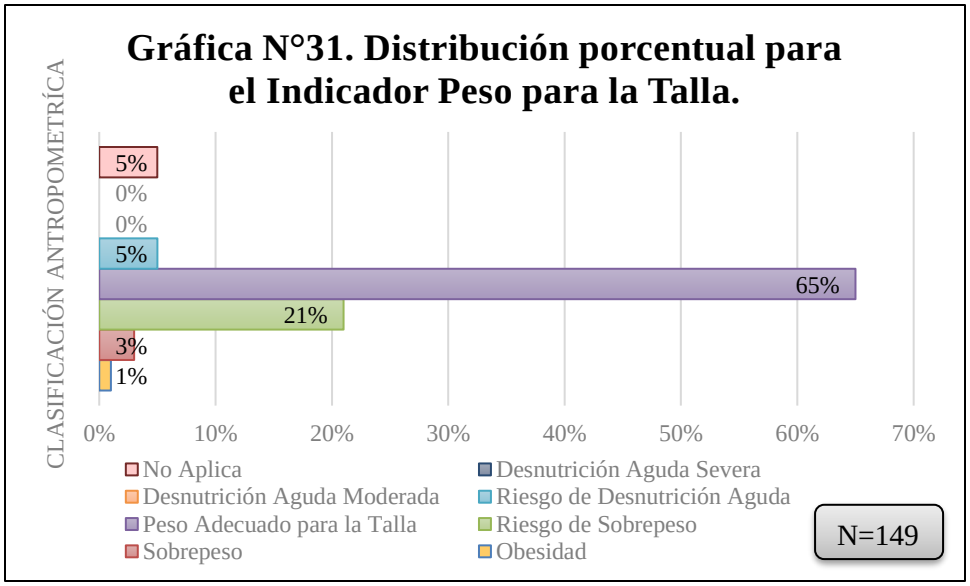
Este indicador refleja la historia nutricional actual y pasada sin distinguir entre desnutrición aguda o crónica. Es sensible, pero poco específico, por lo que se recomienda utilizarlo para niños menores de 5 años. Es el indicador ideal para predecir malnutrición en comunidades. Es un indicador que relaciona la masa corporal frente al patrón teórico que debe tener el individuo según su edad cronológica, es un indicador inespecífico del estado nutricional. (Caballero & al., 2018)

La prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años, en Norte de Santander para menores de 12 meses es de 4% con 534 casos, y en riesgo de desnutrición global 8% con 1003 casos, en el rango de 12-23 meses la prevalencia de desnutrición global corresponde a 426 casos equivalente al 4% y en riesgo de desnutrición global 1007 casos correspondiente al 10%, de 24-35 meses 369 casos equivalente al 6% se encuentran en desnutrición global y en riesgo de desnutrición 1012 casos equivalente al 16%; en la edad de 36-47 meses la prevalencia de desnutrición global fue 352 casos correspondiente al 7% y en riesgo de desnutrición el 16 % equivalente a 843 casos, por último, en la edad de 48-59 meses 356 casos en desnutrición global equivalen al 6% y en riesgo de desnutrición global la mayor proporción equivale al 17% correspondiente a 1020 casos. (WINSISVAN, 2020)

Tabla N°31. Distribución porcentual de la población objeto para el Indicador Peso para la Talla.

P/T	Frecuencia	%
Obesidad	2	1%
Sobrepeso	5	3%
Riesgo de Sobrepeso	31	21%
Peso Adecuado para la Talla	97	65%
Riesgo de Desnutrición Aguda	7	5%
Desnutrición Aguda Moderada	0	0%
Desnutrición Aguda Severa	0	0%
No Aplica	7	5%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: Este indicador se debe utilizar tanto a nivel individual como poblacional ya que permite valorar el estado nutricional actual e identificar los efectos de una inadecuada alimentación o presencia de enfermedades infectocontagiosas en corto tiempo. Por lo tanto, es muy útil porque la variabilidad de los valores resulta inferior a la dispersión que ocurre con los valores T/E y P/E. Por lo consiguiente es una medida muy conveniente para el seguimiento de niños desnutridos sometidos a recuperación nutricional. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de Nutrición, 2018)

Los niños y niñas con desnutrición aguda están en mayor riesgo de enfermar y morir por causas evitables, tener deficiencias de micronutrientes y retraso en talla si los episodios de desnutrición aguda son recurrentes o prolongados. De acuerdo con las estimaciones del Banco Mundial/OMS/UNICEF en el 2015, cada año 50 millones de niños y niñas en el mundo sufren de desnutrición aguda. De ellos, 16 millones tienen desnutrición aguda severa y 34, desnutrición aguda moderada. (MinSalud, 2016)

El número de niños con sobrepeso está aumentando prácticamente en todos los continentes. Según las últimas tendencias, el número de niños menores de cinco años con sobrepeso pasará de 40 millones de niños (alrededor de un 5,9% del total) a 43 millones para 2025; Ese aumento de peso de los niños y niñas se deben a una serie de factores clave, como la ingesta cada vez mayor de calorías, el abandono de la dieta tradicional en favor de una dieta moderna, la urbanización y la

disminución del ejercicio físico. Otras investigaciones sugieren también que los cambios en el microbioma intestinal podrían constituir un factor importante. (UNICEF, 2019)

En Norte de Santander para el grupo poblacional de 0 a 5 años en el indicador Peso para la Talla, se identifica que el subgrupo poblacional de 36-47 meses, presenta la menor Prevalencia de Desnutrición Aguda con un 5 %, mientras que los subgrupos de 0-11 meses y 12-23 meses presentan la menor prevalencia de Riesgo de Bajo Peso con 7%. El indicador peso para la talla es el que se ve afectado inmediatamente; el menor sufre un episodio de enfermedad o disminuye su calidad y/o cantidad de ingesta. La Prevalencia de Desnutrición Aguda para los menores de 5 años es de 6% para el Departamento. (WINSISVAN, 2019)

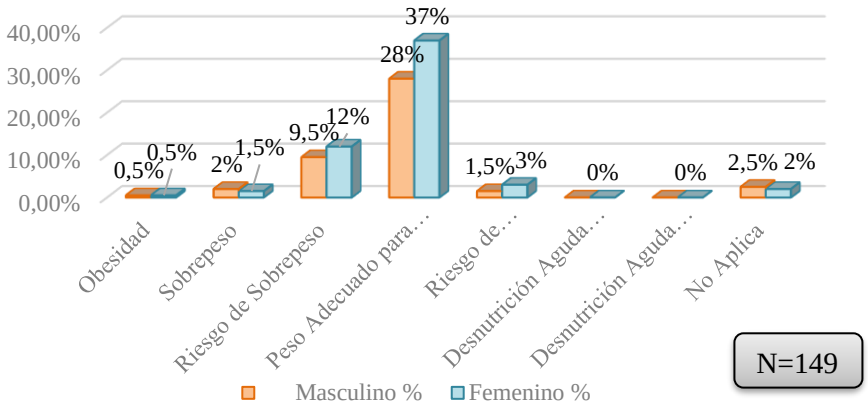
De acuerdo con la clasificación antropométrica de peso para la edad del Hogar Infantil Santa Teresita, se presentan casos de obesidad, sobrepeso y riesgo de sobrepeso equivalentes al 1%, 3% y 21%, siendo relevante que la mayor proporción de la población objeto presenta Peso Adecuado para la Talla con un 65%, seguido de presentar ceros casos de desnutrición aguda severa o moderada, pero el 5% presentan riesgo desnutrición aguda equivalente a 7 casos y el otro 5% (7 casos) donde estos niños/as no aplican por su edad, siendo su clasificación antropométrica la que comprende la edad de 5 a 17 años.

Tabla 32. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador Peso para la Talla según la variable Género.

P/T	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Obesidad	1	0.5%	1	0.5%
Sobrepeso	3	2%	2	1.5%
Riesgo de Sobrepeso	14	9.5%	17	12%
Peso Adecuado para la Talla	42	28%	55	37%
Riesgo de Desnutrición Aguda	2	1.5%	5	3%
Desnutrición Aguda Moderada	0	0%	0	0%
Desnutrición Aguda Severa	0	0%	0	0%
No Aplica	4	2.5%	3	2%
Total	**66**	**44%**	**83**	**56%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame*

Gráfica N°32. Distribución porcentual para el indicador Peso para la Talla según la variable Género.



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: Según la ENSIN 2015, el comportamiento de la desnutrición aguda no ha presentado diferencias en sus prevalencias. Cabe agregar que las niñas y niños menores de 5 años identificados con desnutrición aguda moderada o severa mediante el indicador Peso para la Talla - P/T deben ser atendidos conforme a lo establecido en la ruta específica y el lineamiento para la atención integrada de la desnutrición aguda de acuerdo con la Resolución 5406 de 2015. (Ministerio de Salud y Proteccion social, 2016)

En Norte de Santander, para el grupo poblacional de 0 a 5 años en el indicador Peso para la Talla, se identifica que tanto el Género Masculino como Femenino presentan igual Prevalencia de Desnutrición Aguda con 6%. Además, se identificó que, en el municipio de Tibú, se presenta la mayor Prevalencia de Desnutrición Aguda (22%), seguido de los municipios de Cúcuta con 13%. (WINSISVAN, 2019)

En la gráfica se puede observar que del total de la población objeto de Hogar Infantil Santa Teresita, el mayor porcentaje se encuentra en peso adecuado para la talla con rangos muy similares; encontrándose 55 casos con un 37% en el género femenino, con respecto al género masculino equivalente al 28% con 42 casos. Seguidamente el riesgo de sobrepeso fue igual en los dos géneros con una proporción del 12% (17) del género femenino y 9.5% (14) del género masculino. Tal como se observa el sobrepeso en los hombres es de 2% equivalente a 3 niños; en comparación al de las mujeres con un 1.5%. El análisis del exceso de peso frente a las variables de equidad muestra que,

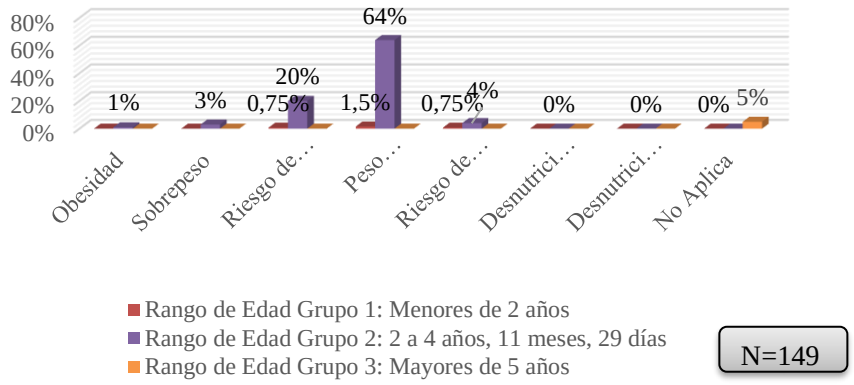
en la versión de la ENSIN 2015, los niños (7,5 %) tenían mayor prevalencia comparados con las niñas (5,1 %). Pasando lo mismo en obesidad el género masculino se encuentra con un 2% que equivale a 1 niño, y el género femenino a un 1% correspondiente a 1 niña. Con respecto al riesgo de desnutrición aguda se presentó más alto en el género femenino equivalente al 3%, correspondiente a 5 casos y el 1.5% en el género masculino, equivalente a 2 casos. Siguiente a la clasificación Desnutrición aguda Moderada o Severa no se encuentran niños o niñas con estos casos. Por último, se encuentra en una proporción del 2.5%, 4 niños y un 2% equivalente a 3 niñas que no aplican para este indicador, debido a que estos niños ya tienen cumplido sus 5 años y para este grupo de edad de 5 a 17 años sus indicadores trazadores son (IMC/E y T/E), se puede observar una nula proporción de casos de desnutrición, y en muchos prevaleció el riesgo por sobrepeso; cuestión que requiere ser analizada para realizar intervención de los factores que predisponen esta condición.

Tabla 33. Distribución porcentual de la población objeto para el Indicador Peso para la Talla según la variable Edad

P/T	Rango de Edad					
	Grupo 1: Menores de 2 años		Grupo 2: 2 a 4 años, 11 meses, 29 días		Grupo 3: Mayores de 5 años	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Obesidad	0	0%	2	1%	0	0%
Sobrepeso	0	0%	5	3%	0	0%
Riesgo de Sobrepeso	1	0.75%	30	20%	0	0%
Peso Adecuado para la Talla	2	1.5%	95	64%	0	0%
Riesgo de Desnutrición Aguda	1	0.75%	6	4%	0	0%
Desnutrición Aguda Moderada	0	0%	0	0%	0	0%
Desnutrición Aguda Severa	0	0%	0	0%	0	0%
No Aplica	0	0%	0	0%	7	5%
Total	**4**	**3%**	**138**	**92%**	**7**	**5%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Gráfico N° 33. Distribución porcentual para el Indicador Peso para la Talla según la variable Edad.



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: El Colombia según la resolución 2465 del 2016 el peso para la talla es el indicador trazador para realizar seguimiento a los niños menores de 5 años, que apliquen tanta para déficit como exceso.

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad (exceso de peso) están vinculados con un mayor número de muertes que la desnutrición de cualquier tipo. En general, hay más personas con obesidad que con peso o talla inferior al normal. Esto ocurre en todas las regiones del mundo, excepto en algunas partes de África subsahariana y Asia. Las cifras de niños con sobrepeso han aumentado considerablemente, según las estimaciones del 2013 de la Unicef, la OMS y el Banco Mundial, entre el 2000 y el 2013, el número de niños con sobrepeso aumentó de 32 a 42 millones. Y la desnutrición sigue siendo una de las principales amenazas para la supervivencia, salud, crecimiento y desarrollo de capacidades de los niños y niñas. La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), de la falta de una atención adecuada, de la disminución en la práctica de la lactancia materna y de la aparición de enfermedades infecciosas (entre otros determinantes). Sin embargo, detrás de estos determinantes singulares están otros intermedios y estructurales, como: el precio de los alimentos básicos, el desplazamiento, el deficiente acceso a agua potable y saneamiento básico y el círculo de la pobreza, entre otros. (ENSIN, 2015)

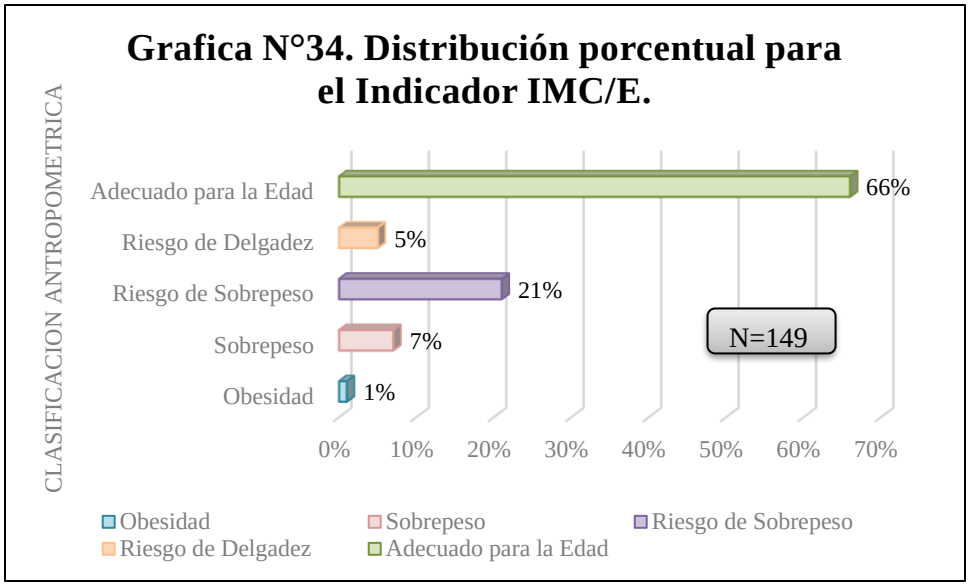
La población objeto en mayor proporción con un 64% referente a 95 casos se encuentra en peso adecuada para la talla en el grupo de edad comprendida de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días, para el

grupo de edad menores de 2 años el 1.5% equivalente a 2 niños se encuentran en peso adecuado para la talla; seguidamente referente a riesgo de sobrepeso se encuentra el grupo 2 con un (20%) equivalente a 30 niños y en el grupo 1 con un 0.75% equivalente a 1 caso, para los niños/as que se encuentran en sobrepeso solo se encuentran en el grupo número 2 en un 3% con 5 niños y en obesidad 2 niños (1%). Debido a la malnutrición por déficit para las edades comprendidas de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días el 4% con un equivalente 6 casos se encuentran en riesgo de desnutrición aguda, y en el grupo 1 el 0.75% equivalente a 1 caso. Cabe resaltar que en el Hogar Infantil Santa Teresita no se encuentran casos de Desnutrición aguda moderada o severa. Por último, el grupo número 3 mayores de 5 años por el cual ellos no aplican para este indicador, debido a que en la resolución 2465 del 2016 los únicos indicadores que aplican para las edades comprendidas de 5 a 17 años son (IMC/E y T/E) por la cual se representan en un 5% equivalente a 7 niños/as mayores de 5 años.

Tabla N° 34. Distribución porcentual de la población objeto para el Indicador IMC/E.

IMC/E	Frecuencia	%
Obesidad	2	1%
Sobrepeso	10	7%
Riesgo de Sobrepeso	31	21%
Riesgo de Delgadez	8	5%
Adecuado para la Edad	98	66%
Total	**149**	**100%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: Obesidad infantil se ha convertido en un problema de importante magnitud que atrae la atención del mundo científico y protagoniza grandes esfuerzos en salud pública y en educación. (Borrás & Ugarriza, 2013); El peso para la longitud/talla o IMC para la edad por encima de la línea de puntuación +3 desviaciones estándar en menores de 5 años y por encima de la línea de puntuación +2 desviaciones estándar en el grupo de 5 a 17 años de edad. (Resolución 2465, 2016)

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. (OMS, 2015) Según la ENSIN el sobrepeso en niños y niñas menores de 5 años para el 2015 reflejó a nivel Mundial un 6,2% en Centroamérica un 7,4% en Suramérica un 7% y en Colombia un 6,3% predominando el sexo masculino. (ENSIN, 2015)

En Norte de Santander para el grupo poblacional de 0 a 5 años, se identifica que el municipio de Lourdes, presenta la mayor Prevalencia de Obesidad con un 9%, mientras que la mayor Prevalencia de Sobrepeso en el municipio de Cáchira con un 15% y la mayor Prevalencia de Riesgo de Sobrepeso en el municipio de Gramalote con 24%. La Prevalencia de Obesidad para el Departamento es del 2% y de Sobrepeso del 4%, mientras el Riesgo de Sobrepeso es del 13%. (WINSISVAN, 2020)

En la gráfica se evidencia una mayor proporción de niños/as con un IMC adecuado para la edad del 66% equivalente a 98 casos, seguido en un 21% de niños y niñas con riesgo de sobrepeso y 7% en sobrepeso, siendo en menor proporción la obesidad (1%). Pero un 5% equivalente a 8 casos su clasificación antropométrica se encuentra en riesgo de delgadez.

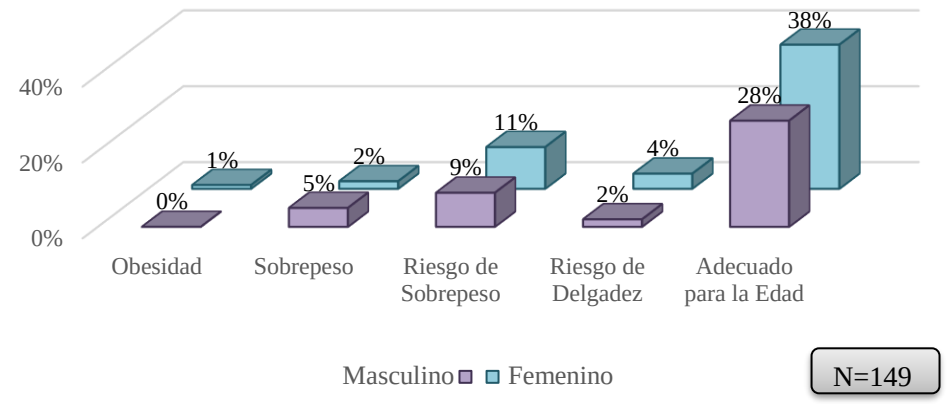
El indicador IMC para la edad se correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla. Este indicador se recomienda únicamente en los análisis poblacionales para identificar el riesgo de sobrepeso y el exceso de peso (sobrepeso u obesidad). A nivel individual se recomienda el uso del indicador de Peso para la Talla (P/T) como indicador trazador tanto para déficit como para exceso de peso. Es por esto, que la población con malnutrición por déficit y peso adecuado para la talla, se verificó con Peso para la Talla. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes se define de acuerdo con los patrones de crecimiento de la OMS.

Tabla N°35. Distribución porcentual de la población objeto para el Indicador IMC según la variable Género.

IMC/E	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Obesidad	0	0%	2	1%
Sobrepeso	7	5%	3	2%
Riesgo de Sobrepeso	14	9%	17	11%
Riesgo de Delgadez	3	2%	5	4%
Adecuado para la Edad	42	28%	56	38%
Total	**66**	**44%**	**83**	**56%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Gráfica N°35. Distribución porcentual para el Indicador IMC según la variable Género.



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: Los resultados en la gráfica evidencian que más de la mitad de la población beneficiaria del Hogar Infantil Santa Teresita se encuentra con un IMC adecuado para la edad representando el género femenino el mayor porcentaje correspondiente al 38% con respecto al 28% del género masculino. Por otra parte, dentro de la clasificación antropométrica de riesgo de sobrepeso el género femenino presento mayor prevalencia del 11% frente al 9% del género masculino, seguidamente se puede observar que en sobrepeso no hay mucha diferente en ambos géneros, ya que el género masculino representa un 5% en comparación con el género femenino de un 2% respectivamente. En obesidad el género femenino obtuvo un porcentaje mayor de 1% correspondiente a 2 casos, mientras que el género masculino obtuvo un 0% dentro de esta clasificación antropométrica. Por lo tanto, se puede evidenciar que riesgo de delgadez en ambos sexos es muy similar con un 4% para mujeres y 2% para hombres; por su parte, los hombres tienen más prevalencia hacia el sobrepeso que a la obesidad.

Las tasas mundiales de obesidad de la población infantil y adolescente aumentaron desde menos de un 1% (correspondiente a 5 millones de niñas y 6 millones de niños) en 1975 hasta casi un 6% en las niñas (50 millones) y cerca de un 8% en los niños (74 millones) en 2016. Estas cifras muestran que, conjuntamente, el número de individuos obesos de cinco a 19 años de edad se multiplicó por 10 a nivel mundial, pasando de los 11 millones de 1975 a los 124 millones de 2016. Además, 213 millones presentaban sobrepeso en 2016, si bien no llegaban al umbral de la obesidad.

El análisis del exceso de peso según la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia muestra que los niños (7,5 %) tenían mayor prevalencia comparados con las niñas (5,1 %). Al observar la tendencia incremental del exceso de peso entre el 2005 y el 2015, al igual que el comportamiento del indicador nutricional por sexo. Es notorio, en este último caso, que las prevalencias de los niños han venido aumentando, representando un crecimiento. comparadas con el 2010, mientras que las de las niñas han tenido un comportamiento similar entre el 2005 y el 2015. (ENSIN, 2015)

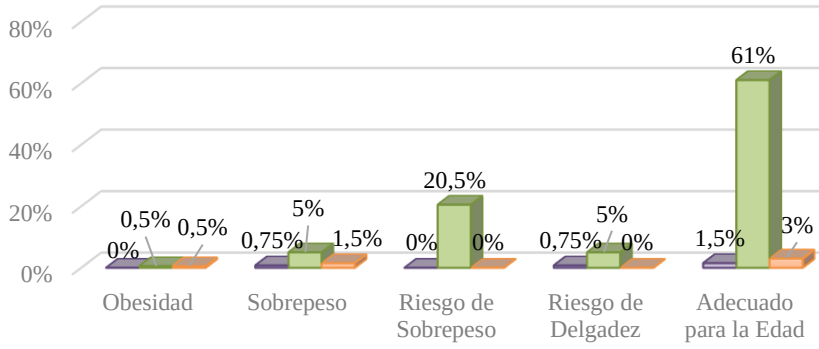
El número de niños y adolescentes de edades comprendidas entre los cinco y los 19 años que presentan obesidad se ha multiplicado por 10 en el mundo en los cuatro últimos decenios. Las conclusiones de un nuevo estudio dirigido por el Imperial College de Londres y la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, si se mantienen las tendencias actuales, en 2022 habrá más población infantil y adolescente con obesidad que con insuficiencia ponderal moderada o grave. (OMS, 2017)

Tabla N°36. Distribución porcentual de la población objeto para el Indicador IMC según la variable Edad.

IMC/E	**Rango de Edad**					
	Grupo 1: Menores de 2 años		Grupo 2: 2 a 4 años, 11 meses, 29 días		Grupo 3: Mayores de 5 años	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Obesidad	0	0%	1	0.5%	1	0.5%
Sobrepeso	1	0.75%	7	5%	2	1.5%
Riesgo de Sobrepeso	0	0%	31	20.5%	0	0%
Riesgo de Delgadez	1	0.75%	7	5%	0	0%
Adecuado para la Edad	2	1.5%	92	61%	4	3%
Total	**4**	**3%**	**138**	**100%**	**7**	**5%**

Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Gráfico N° 36. Distribución porcentual para el Indicador IMC según la variable Edad.



Fuente: *Base de datos de Excel, Sistema de Información Cuéntame.*

Análisis: El exceso de peso, como indicador antropométrico, obtenido mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), comprende la presencia de sobrepeso y de obesidad en la población. En la primera infancia, la prevalencia de exceso de peso fue de 6,4%, 1,2 p.p. más alta que en el 2010, con diferencias significativas entre edades simples del grupo de niños y niñas de 2 (8,4 %) vs. 3 y 4 años (4,9 % y 4,8 %). Esta situación incremental del exceso de peso infantil en Colombia es preocupante por su contribución con el riesgo de enfermedades no transmisibles en los diferentes momentos del ciclo de la vida, tales como diabetes, hipertensión y cáncer, entre otras. La dimensión del aumento del exceso de peso es tal que la obesidad infanto-juvenil forma parte de la agenda global de las entidades de salud. (ENSIN, 2015)

La distribución porcentual en los grupos de edades en el Hogar Infantil está comprendida de la siguiente manera: para los tres grupos el IMC adecuado para la edad es el de mayor proporción en un 61%, 1.5% y 3%; en el grupo 1 menores de 2 años se encuentran en la misma proporción con 1 caso para cada uno y un 0.75% tanto para sobrepeso y riesgo de delgadez, en el grupo 2 con edades comprendidas de 2 a 4 años, 11 meses y 29 días se puede evidenciar que el 0.5% equivalente a 1 caso corresponde a obesidad, 7 casos con un 5% al igual que el riesgo de delgadez, pero el 20.5% equivalente a 31 niños/as se encuentran en riesgo de sobrepeso; por último, para el grupo 3 mayores de 5 años siendo este indicador como el indicador trazador para las edades comprendidas de 5 a 17 años el 1.5% equivalente a 2 niños se encuentran en sobrepeso y el 0.5% (1 caso) de obesidad.

En base a los resultados obtenidos en el diagnóstico nutricional teniendo en cuenta el indicador P/T (peso para la talla), siendo este un indicador trazador tanto para malnutrición por déficit como malnutrición por exceso se lleva a cabo la realización del Plan de Intervenciones colectivas, comprendido por actividades y estrategias para contribuir al mejoramiento del estado nutricional de los niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita. A continuación, se darán a conocer las estrategias diseñadas por las estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de Pamplona.

$$\frac{Número\ de\ actividades\ planificadas}{Número\ total\ de\ actividades\ programadas}\ x\ 100$$

$$\frac{7}{7}\ x\ 100 = \mathbf{100}\%$$

$$\frac{Número\ de\ actividades\ ejecutadas}{Número\ total\ de\ actividades\ propuestas\ en\ el\ PIC}\ x\ 100$$

$$\frac{7}{7}\ x\ 100 = \mathbf{100}\%$$

Estrategia N°1: Se realizó un encuentro presencial con los niños y niñas que se encuentran en malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso), el cual constaba de un juego llamado mueve con los animales de la granja con el fin de realizar actividad física, mencionando primeramente los beneficios de la misma, seguidamente se hizo una redonda para explicarles en qué consistía el juego para así darle continuidad y para finalizar la importancia del consumo de agua; la actividad tuvo una duración de 20 minutos, con la colaboración de la auxiliar educativa Belcy Botello, donde los niños expresaron que les había gustado mucho y que cuando volvían a jugar. **(Anexo N°1)**

$$\frac{Número\ de\ usuarios\ asistidos}{Número\ total\ de\ usuarios\ con\ malnutricion\ por\ exceso}$$

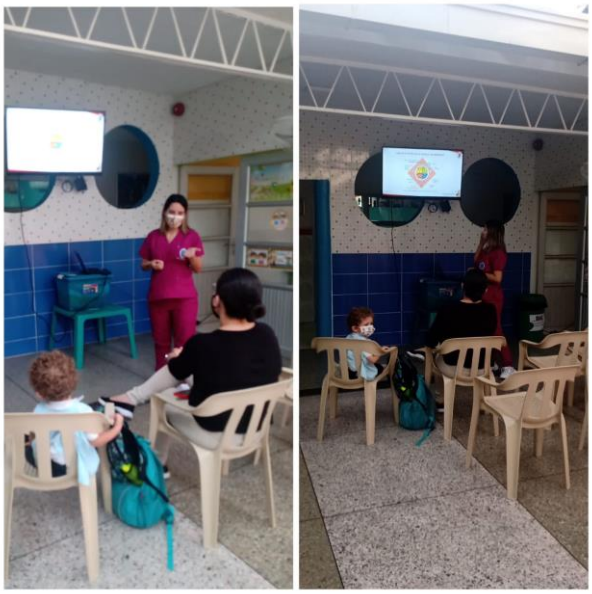
$$\frac{5}{7}\ x\ 100 = \mathbf{71}\%$$

$$\frac{Número\ de\ padres\ de\ familia\ o\ cuidadores\ asistidos}{Número\ total\ de\ padres\ de\ familia\ o\ cuidadores\ programados}$$

$$\frac{1}{7}\ x\ 100 = \mathbf{14}\%$$



Anexo Nº4. *Estudiante de prácticas CAP, diapositivas Plato saludable de la familia colombiana, Hogar Infantil Santa Teresita, Cúcuta Norte de Santander. 16 de noviembre 2021.*



Anexo Nº4.1. *Estudiante de práctica CAP, Capacitación mi plato arcoíris, Hogar Infantil Santa Teresitas, Cúcuta Norte de Santander. 16 de noviembre 2021.*

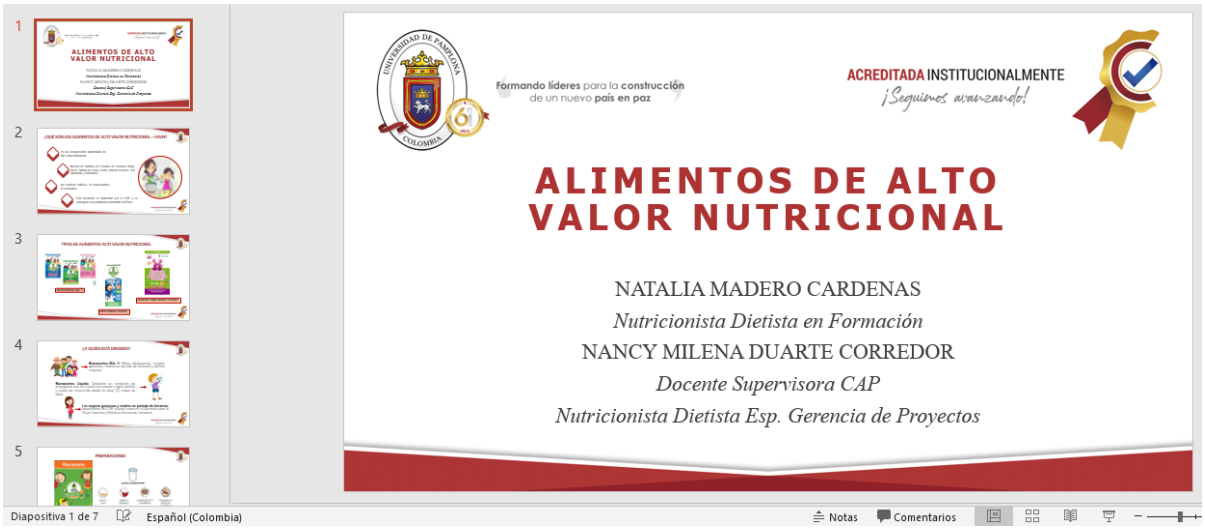


Anexo Nº4.2. *Estudiante de práctica CAP, Infografía de distribución y pociones, Hogar Infantil Santa Teresitas, Cúcuta Norte de Santander. 16 de noviembre 2021.*

Estrategia N°5: Se realizó un encuentro presencial en la biblioteca con los niños y niñas que se encuentran en malnutrición por déficit (riesgo de desnutrición aguda), por medio de la lectura de unos cuentos de alimentación saludable incentivarlos a que consuman alimentos saludables, mientras se leían los cuentos surgían preguntas hacia los niños para mirar si estaban atentos a la lectura e interactuar con ellos. **(Anexo N°5)**

$$\frac{Número\ de\ usuarios\ asistidos}{Número\ total\ de\ usuarios\ con\ malnutricion\ por\ deficit}$$

$$\frac{5}{7}\ x\ 100 = \mathbf{71}\%$$



Anexo Nº7. *Estudiante de prácticas CAP, diapositivas Alimentos de alto valor nutricional, Hogar Infantil Santa Teresita, Cúcuta Norte de Santander. 17 de noviembre 2021.*



Anexo Nº7.1. *Estudiante de práctica CAP, Capacitación AAVN, Hogar Infantil Santa Teresitas, Cúcuta Norte de Santander. 17 de noviembre 2021.*





Anexo Nº7.2. *Estudiante de práctica CAP, Folleto AAVN, Hogar Infantil Santa Teresitas, Cúcuta Norte de Santander. 17 de noviembre 2021.*

Con el fin de fortalecer el componente de Salud y Nutrición se hace la revisión de las actividades contempladas en el instrumento de verificación de las Obligaciones Contractuales, teniendo en cuenta los documentos que la nutricionista dietista soportaba en la carpeta digital y AZ, para dar apoyo a las actividades que la unidad de servicio requiere, para darse el 100% del cumplimiento.

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

$$\frac{Número\ de\ obligaciones\ contractuales\ del\ componente\ de\ salud\ y\ nutrición}{Número\ total\ de\ obligaciones\ contractuales\ del\ instrumento\ de\ verificación}\ x\ 100$$

$$\frac{45}{127}\ x\ 100 = \mathbf{35}\%$$

$$\frac{Número\ de\ las\ obligaciones\ contractuales\ que\ cumplen}{Número\ total\ de\ obligaciones\ contractuales\ del\ componente\ de\ salud\ y\ nutrición}\ x\ 100$$

$$\frac{38}{45}\ x\ 100 = \mathbf{84}\%$$

$$\frac{Número\ de\ las\ obligaciones\ contractuales\ que\ \ incumplen}{Número\ total\ de\ obligaciones\ contractuales\ del\ componente\ de\ salud\ y\ nutrición}\ x\ 100$$

$$\frac{3}{45}\ x\ 100 = \mathbf{7}\%$$

$$\frac{Número\ de\ las\ obligaciones\ contractuales\ que\ no\ aplican}{Número\ total\ de\ obligaciones\ contractuales\ del\ componente\ de\ salud\ y\ nutrición}\ x\ 100$$

$$\frac{4}{45}\ x\ 100 = \mathbf{9}\%$$

$$\frac{Número\ de\ las\ obligaciones\ contractuales\ que\ se\ subsanaron}{Número\ total\ de\ obligaciones\ contractuales\ que\ incumplian}\ x\ 100$$

$$\frac{3}{3}\ x\ 100 = \mathbf{100}\%$$

Tabla N°37. cumplimiento de las condiciones de calidad y obligaciones contractuales del Hogar Infantil Santa Teresita

N°	Obligación contractual	Cumplimiento		Observación
		Si	No	
1	La UDS cuenta con el soporte del concepto higiénico sanitario vigente y favorable expedido por la autoridad sanitaria competente. En el caso de encontrarse que la UDS presenta un concepto favorable con requerimientos o favorable condicionado, cuenta con el trámite ante la secretaria de Salud para gestionar la nueva visita y el coordinador de la UDS garantiza las acciones de mejora que posibiliten el cumplimiento de lo identificado.	**X**		Se llevo a cabo anexando el oficio de gestión del concepto higiénico sanitario a la unidad sanitaria competente (secretaria de salud).
2	Las EAS cuentan con los soportes (actas y listados de asistencia) de las jornadas de capacitación a los manipuladores de alimentos frente a: Guía de preparaciones, lista de intercambios y estandarización de porciones de alimentos servidos. La EAS debe contar con el documento análisis de contenido nutricional y la aprobación correspondiente por la nutricionista de centro zonal o regional.	**X**		La actividad se llevó a cabo realizando el acta con el formato de la UDS, sobre la capacitación realizada el 28 de mayo del 2021.
3	En la UDS se puede observar las estrategias implementadas de manera periódica por el talento humano con las familias, cuidadores, para la promoción de la práctica de la lactancia materna, en forma exclusiva para niños y niñas menores de 6 meses de edad y en forma complementaria de los 6 meses a los 2 años y más. Lo anterior se verifica por medio de: Actas y/o listados de asistencia y/o fotografías y/o material promocional dispuesto en la unidad, entre otros.	**X**		Se dio apoyo a la acción por medio del acta con el respectivo formato de la UDS, sobre la capacitación de lactancia materna realizada en agosto.
TOTAL		3		Se subsano el 100% de las obligaciones que no daban cumplimiento.

Tabla N°38. Verificación del cumplimiento de las condiciones de calidad y obligaciones contractuales del Hogar Infantil Santa Teresita

PROCESO DE PROMOCION Y PREVENCIÓN INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN EN SITIO DE CONDICIONES DE CALIDAD Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN LAS UDS DE LOS SERVICIOS CDI- HI - JARDINES SOCIALES- HOGARES EMPRESARIALES- HCB MULTIPLES					
VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA					
COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICION					
N°	**OBLIGACIÓN CONTRACTUAL**	**SI**	**NO**	**NA**	**OBSERVACIONES**
VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA LA APERTURA DE LA UDS					
1	La UDS cuenta con el Plan de Saneamiento Básico actualizado para el desarrollo de los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos sólidos y líquidos, agua segura y prevención de vectores ajustado al contexto, así como los procesos y las acciones para la reducción de riesgo de contagio de COVID 19.	**X**			
2	Dentro del primer (1) mes de atención la UDS cuenta con Manual de Buenas Prácticas de Manufactura actualizado acorde con las características del servicio en cumplimiento de la normatividad sanitaria vigente, en particular la Resolución 2674 de 2013 e implementación del protocolo de bioseguridad establecido en el anexo técnico de la resolución 777 del 2 de junio 2021, (o la norma que la modifique o sustituya)	**X**			
3	El personal manipulador de alimentos de la UDS cuenta con los exámenes de: KOH (uñas), frotis de garganta, coprológico, se encuentran vigentes y sus resultados son adecuados para desempeñar la labor.	**X**			
4	La UDS cuenta con el soporte del concepto higiénico sanitario vigente y favorable expedido por la autoridad sanitaria competente. En el caso de encontrarse que la UDS presenta un concepto favorable		**X**		En la UDS se evidencia soporte de oficio de

	con requerimientos o favorable condicionado, cuenta con el trámite ante la secretaria de Salud para gestionar la nueva visita y el coordinador de la UDS garantiza las acciones de mejora que posibiliten el cumplimiento de lo identificado.				gestión al ente encargado **(Anexo N°1)**
5	La EAS cuenta con actas y listados de asistencia de los procesos de capacitación realizados al talento humano de la UDS en los temas específicos del plan de saneamiento básico y sus programas y del manual de Buenas Prácticas de Manufactura de acuerdo con las necesidades del servicio. Nota: La formación cumple con mínimo 10 horas al año, garantizando una (1) capacitación al mes.	**X**			
6	La EAS cuenta con copia del Comité Técnico Operativo donde el/la profesional a cargo aprueba y socializa el resultado de la verificación del ciclo de menús garantizando la utilización de los formatos correspondientes como guía de preparaciones, análisis contenido nutricional, listas de intercambio, ciclo de menús y documento de estandarización de porciones para alimentos servidos conforme lo establecido en la minuta patrón establecida por la dirección de nutrición.	**X**			
7	Las EAS cuentan con los soportes (actas y listados de asistencia) de las jornadas de capacitación a los manipuladores de alimentos frente a: Guía de preparaciones, lista de intercambios y estandarización de porciones de alimentos servidos. La EAS debe contar con el documento análisis de contenido nutricional y la aprobación correspondiente por la nutricionista de centro zonal o regional.		**X**		No se evidencia en la carpeta el acta de ejecución **(Anexo N°2)**
8	A un (1) mes del inicio de la atención la EAS/UDS cuenta con el procedimiento para la identificación, reporte y notificación de posibles casos relacionados con enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia, transmitidas por alimentos (ETAS) y de origen cultural en los casos que aplique, incluyendo dentro de éste las instituciones o autoridades competentes a quienes se les deberá generar el reporte, según el procedimiento correspondiente del ente territorial de salud.	**X**			
9	A tres (3) meses del inicio de la atención la EAS/UDS construye e implementa un plan de formación dirigido a padres/cuidadores, talento humano de la unidad, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, relacionado con la promoción de la práctica de la lactancia materna, en forma exclusiva para niños y niñas menores de 6 meses de edad y en forma complementaria de los 6 meses a los 2 años y más.	**X**			
10	La EAS/UDS cuenta con soporte de oficio masivo consolidado semanalmente remitido vía correo electrónico al enlace de la Dirección Territorial de Salud con los datos básicos de los niños y niñas			**X**	

	identificados con desnutrición aguda, moderada o severa /o perímetro braquial menor o igual a 11,5cm que de cuenta del seguimiento y activación a la ruta de atención en salud.				La UDS no cuenta con ningún caso de Desnutrición aguda moderada o severa
11	En caso de que la EAS identifique barreras de atención en salud, cuenta con el soporte del reporte realizado en el trascurso de la semana al supervisor/interventor del contrato, que contiene la información mínima requerida en el manual operativo de la Modalidad Institucional.			**X**	
12	La UDS realiza suministro y seguimiento al niño o niña que cuenta con Tratamiento Ambulatorio con la Fórmula terapéutica lista para el consumo FTLC, según las indicaciones del profesional de salud que formula el tratamiento, además diligencia el registro de novedades o el formato que el ICBF disponga para este fin.			**X**	
13	La EAS cuenta con oficios, actas o correos electrónicos, de la gestión realiza para la articulación con los actores e instancias responsables de garantizar el acceso a los servicios (atenciones priorizadas) de los niños y niñas, que no cuentan con alguno(s) de esto(s) soportes: documento de identidad, afiliación SGSSS, carné de vacunación, control de crecimiento y desarrollo, valoración integral realizando el respectivo seguimiento para su consecución.	**X**			
VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE SEGURIDAD E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN LA UDS					
14	Durante la prestación del servicio se observa la implementación de lo descrito en el Plan de Saneamiento Básico, específicamente en lo relacionado con limpieza y desinfección en cada una de las áreas (baños, mesas, sillas, manijas de puertas, interruptores de luz, manijas de los fregaderos, computadores, barandas, entre otros) y se registra en los formatos o listas de chequeo vigentes para este fin.	**X**			
15	La UDS cuenta con el suministro de los servicios públicos como: acueducto; sistema de comunicación que permita avisar en caso de presentarse algún evento adverso con la operación del servicio o con los usuarios; manejo de aguas residuales (sistemas alternativos como pozo séptico, sumideros, biofiltros, biodigestor, entre otros); energía eléctrica o algún sistema alternativo para garantizar dicho servicio.	**X**			
16	La UDS cuenta con suministro de agua limpia apta para el consumo humano y está disponible para los horarios de atención de la prestación del servicio. Incluye diferentes fuentes de suministro de acuerdo al territorio (acueducto, abastecimiento por carro tanque o agua de botellones o en bolsa (dándole adecuado manejo a los residuos plásticos), agua lluvia tratada, sistema de agua por gravedad proveniente de una fuente hídrica tratada, entre otros.	**X**			

17	En caso que al momento de la verificación en sitio se estén desarrollando tomas de medidas antropométricas se observa la implementación de lo definido en Protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo de coronavirus covid-19 en los servicios de atención a la primera infancia del ICBF en el marco del proceso de atención presencial.	**X**			
VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD RELACIONADAS CON EL SERVICIO DE ALIMENTOS EN LA UDS					
18	El personal manipulador de alimentos de la UDS cumple con las condiciones para la manipulación de alimentos y BPM (cabello recogido, uñas cortas y sin esmalte, cofia, tapabocas, sin accesorios, sin maquillaje).	**X**			
19	Todo el personal manipulador de alimentos evita prácticas como comer, beber, fumar, toser, masticar chicle, rascarse, sonarse la nariz, probar (reutilizando el utensilio o con la mano) y el alimento se sirve evitando el contacto con las manos.	**X**			
20	Los espacios de almacenamiento de alimentos, incluidos los de Alto Valor Nutricional - AAVN (Bienestarina), son de uso exclusivo para estos, se encuentran en adecuadas condiciones higiénicas, separados de pisos y paredes, en estibas o anaqueles de madera que permitan la inspección, limpieza y desinfección y no se observan elementos como: enseres, maquinaria, artículos de aseo como jabones, desinfectantes, insecticidas, entre otros.	**X**			
21	Los alimentos empacados, incluidos los de Alto Valor Nutricional - AAVN (Bienestarina), tienen registro sanitario y fecha de vencimiento vigente. Recuerde que no se exige fecha de vencimiento para: frutas frescas y hortalizas, papas que no hayan sido cortadas y/o peladas, panela, sal para el consumo humano, azúcar sólido, vinagre, productos de confitería, productos de panadería y pastelería, que, por la naturaleza de su contenido, se consuma dentro de las 24 horas siguientes a su fabricación. (Circular externa DAB 400-0201-17 INVIMA)	**X**			
22	Todo el personal manipulador de alimentos se lava y desinfecta con jabón desde las manos hasta los codos de manera frecuente según lo descrito en el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura y Plan de saneamiento básico. En caso de uso de guantes estos están sin roturas, se lavan y se desinfectan.	**X**			
23	Para las UDS que cuenten con espacio de estimulación de la lactancia materna y coloca en práctica el almacenamiento de la leche materna, realiza el proceso de limpieza y desinfección del espacio, equipos y utensilios especificando sustancias utilizadas, concentraciones, formas de uso, frecuencia, responsable y procedimiento para cada uno. **Nota**: La leche materna de almacenamiento debe	**X**			

	encontrarse en bolsas (preesterilizadas, no contener BPA (Bisfenol A)), resellables aptas para el almacenamiento de leche materna o en botellas de vidrio esterilizadas con tapa plástica en una nevera de uso exclusivo.				
24	Los alimentos (carnes, verduras, frutas, lácteos, huevos, no perecederos) se encuentran en buen estado y rotulados (sin magulladuras, sobre madurados, sin mal olor, sin moho, sin viscosidad) y fecha de vencimiento vigente.	**X**			
25	La UDS dispone de los elementos necesarios para la conservación de los alimentos (neveras, congeladores, entre otros) y estos se encuentran en buen estado, funcionales y en condiciones higiénicas.	**X**			
26	Los alimentos como carnes, productos de la pesca, frutas y verduras se lavan con agua apta para el consumo antes de su preparación.	**X**			
27	Existen medidas para que no haya contacto de alimentos crudos con cocidos y de alimentos no lavados y no desinfectados con alimentos lavados y desinfectados.	**X**			
28	Los espacios destinados para almacenamiento, preparación, distribución y servido de alimentos, se encuentran libres de animales domésticos, roedores e insectos.	**X**			
29	En el servicio de alimentos de la UDS se cuenta con elementos aforados (cucharas medidoras, gramera (según aplique)) para el servido de los alimentos, que garanticen la estandarización de porciones y el cumplimiento del gramaje establecido en la minuta patrón.	**X**			
30	Los alimentos servidos a los niños y las niñas en la UDS corresponden a la cantidad y ciclo de menú establecido, en caso de presentar cambios, estos son acordes en la lista de intercambios aprobados.	**X**			
31	En el momento del consumo de alimentos, la UDS garantiza en los niños y niñas mayores de 2 años, que la mascarilla (tapabocas) sea guardada en una bolsa de papel o bolsa resellable, disponiendo de un espacio con las medidas higiénico sanitarias, así mismo se mantienen las medidas el distanciamiento físico.	**X**			
32	Se observa incremento de los procedimientos de limpieza y desinfección de las superficies y utensilios que entran en contacto directo e indirecto con los alimentos y el limpiado de mesas y sillas antes y después de ofrecer los tiempos de comida.	**X**			

33	La presentación de los alimentos servidos es agradable y estimula el consumo de estos en las niñas y los niños, observándose que los alimentos son consumidos en su totalidad y los usuarios no guardan residuos para consumir después o llevar a sus casas.	**X**			
34	El servido y distribución de los alimentos se realiza en el menor tiempo posible, se mantienen protegidos de la contaminación ambiental cuando se requiere esperar entre una etapa de elaboración de alimentos y la siguiente, garantizando adecuadas temperaturas de los alimentos y estableciendo turnos y espacios para su distribución con el fin de evitar aglomeraciones.	**X**			
35	En la UDS se observa que entre los niños, niñas y talento humano no se comparten utensilios de bebidas o comidas donde se pueda intercambiar saliva o material liquido o mucoso de la nariz (mocos), para reducir el riesgo de contagio. Ejemplo: cucharas, vasos entre otros.	**X**			
VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE CALIDAD RELACIONAS CON TALENTO HUMANO					
36	Si alguna niña o niño presenta vomito, fiebre, diarrea, síntomas de COVID-19, entre otros; el talento humano de la UDS conoce la manera de identificarlo y la ruta a seguir.	**X**			
REVISIÓN DOCUMENTAL RELACIONADA CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO					
37	La UDS cuenta con los soportes (formatos o actas de entrega) de los alimentos por parte de la EAS con fecha y firma de recibido a satisfacción de lo relacionado.	**X**			
38	Todas las niñas y los niños cuentan con toma de datos antropométricos y estos están registrados en el Formato capturas de datos antropométricos dispuesto por el ICBF, de acuerdo con los tiempos para la toma y cargue en el CUENTAME establecidos en el manual operativo para la modalidad institucional. Los datos del formato capturan de datos antropométricos dispuesto por el ICBF coinciden con los cargados en el CUENTAME.	**X**			
39	La UDS implementa la minuta patrón construida por la Dirección de Nutrición del ICBF para las modalidades y servicios de primera infancia la cual está basada en las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN), Nota: para el caso de UDS que atiende niños y niñas en condiciones de discapacidad, de comunidades indígenas o enfermedades de cuidado especial, la minuta patrón se ajusta de acuerdo a las particularidades y es aprobado por el nutricionista del Centro Zonal o Regional y socializados en el Comité Técnico Operativo.	**X**			

40	La UDS reporta en el registro de novedades o el formato que el ICBF disponga el seguimiento nutricional de los niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa, de manera mensual y se reporta en el sistema de información Cuéntame.			**X**	No aplica porque la UDS no cuenta con ningún caso de seguimiento de DNT aguada, moderada o severa
REVISIÓN DOCUMENTAL RELACIONADA CON DOCUMENTOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS					
41	Todos los niños y las niñas que son atendidos en los servicios de la modalidad institucional cuentan con afiliación vigente al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y el soporte está legible (sin tachones ni enmendaduras) y archivado en cada una de las carpetas.	**X**			
42	Todos los niños y las niñas cuentan con Esquema de vacunación completo de acuerdo con la edad, el soporte está legible (sin tachones ni enmendaduras) y archivado en cada una de las carpetas.	**X**			
43	Todos los niños y las niñas cuentan con Consulta a valoración integral en salud (control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad), el soporte está legible (sin tachones ni enmendaduras) y archivado en cada una de las carpetas.	**X**			
44	En la UDS se puede observar las estrategias implementadas de manera periódica por el talento humano con las familias, cuidadores, para la promoción de la práctica de la lactancia materna, en forma exclusiva para niños y niñas menores de 6 meses de edad y en forma complementaria de los 6 meses a los 2 años y más. Lo anterior se verifica por medio de: Actas y/o listados de asistencia y/o fotografías y/o material promocional dispuesto en la unidad, entre otros.		**X**		No se evidencia acta **(Anexo N°3)**
45	En caso de identificarse que la niña o niño no cuenta con el documento soporte de alguna de las atenciones priorizadas (documento de identidad, afiliación SGSSS, carné de vacunación, control de crecimiento y desarrollo) el talento humano de la UDS cuenta con el soporte de la sensibilización y orientación realizado con la familia o cuidadores (y autoridades tradicionales cuando aplique) sobre la importancia de contar con el documento y los pasos a seguir para su obtención (comunicación y/o carta de compromiso) y realiza seguimiento a los compromisos para la obtención de dicho documento y diligencia el registro novedades **Nota:** En casos de afiliación a salud para población extranjera y colombianos retornados es necesario que se actué conforme a las orientaciones del Ministerio de Salud en el procedimiento de afiliación al sistema general de seguridad social en salud y para migrantes venezolanos, según el Decreto 1288 de 25 de julio 2018.	**X**			

JARDIN INFANTIL SANTA TERESITA

ACTA DE REUNIÓN	
TEMA: Guia de preparaciones, lista de intercambios y estandarización de porciones.	**ACTA Nº 001** Componente De Salud Y Nutrición
INTEGRANTES: Nancy Milena Duarte Corredor Manipuladoras de alimentos Estudiantes de practica 2021-1	**FECHA:** 28 – mayo - 2021 **HORA:** 10:00 am **LUGAR:** Plataforma Google Meet
COORDINADOR: Nancy Milena Duarte - Nutricionista Dietista	**COMITÉ O GRUPO:** Jardin Infantil Santa Teresita
OBJETIVO: Brindar información a las manipuladoras de alimentos sobre las guias de preparación, lista de intercambios y estandarización de porciones de alimentos servidos con la finalidad de mantener al personal manipulador capacitado.	

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Saludo
2	Presentación del tema
3	Preguntas
4	Despedida

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1. Saludo de bienvenida por parte de las estudiantes de práctica a las manipuladoras de alimentos.

2. Seguidamente, se da inicio a la socialización de forma virtual con las manipuladoras de alimentos abordando los siguientes ítems: ¿Qué son las guías de preparación?, ¿Qué son las listas de intercambio y para qué sirven? y estandarización de porciones de alimentos servidos.

- La guía de preparación es una herramienta de ayuda técnica y metodológica que orienta el interés de los profesionales que realizan la preparación de los niños y niñas para brindar una alimentación de calidad e inocuidad.
- La lista de intercambio son agrupaciones, en las cuales los alimentos incluidos en cada una de las listas, poseen aproximadamente el mismo valor de energía, carbohidratos, proteínas y grasas, se les orienta que por cada grupo de alimento se puede reemplazar por otro alimento dentro del mismo

AV 5 # 1AN-47 BARRIO PESCADERO 2DA ETAPA.
Telefax: 5780841-3214510480 E-mail: sendast10@gmail.com

JARDIN INFANTIL SANTA TERESITA

ACTA DE REUNIÓN	
TEMA: Lactancia Materna exclusiva y complementaria	**ACTA Nº 003** Componente De Salud Y Nutrición
INTEGRANTES: Nancy Milena Duarte Corredor Talento Humano General Padres De Familia O Cuidadores	**FECHA:** 18 – agosto - 2021 **HORA:** 6:00 pm **LUGAR:** Plataforma Google Meet
COORDINADOR: Nancy Milena Duarte - Nutricionista Dietista	**COMITÉ O GRUPO:** Jardin Infantil Santa Teresita
OBJETIVO: Promover la práctica de lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria a los padres de familia o cuidadores del jardin infantil santa teresita.	

PUNTOS DE DISCUSION	
1	Saludo
2	Presentación del tema
3	Preguntas
4	Despedida

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1. saludo de bienvenida a los asistentes a la capacitación

2. se realiza la socialización de forma virtual con los padres de familia o cuidadores y se abordan los siguientes ítems: la importancia de la LME, las técnicas de amamantamiento, los beneficios, las ventajas para la mama y él bebe, la duración y frecuencia.

3. Se les comenta que existe una semana mundial de la lactancia materna y que es un compromiso de todos/as proteger la lactancia materna, como también como el componente de salud y nutrición es participe de este tema abordar.

- La lactancia materna es importante en el recién nacido porque es el mejor alimento durante los primeros meses de vida, cubriendo todas las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico sin olvidar que le permite crear fuertes lazos afectivos con la madre.

CONCLUSIONES

- A partir de las variables seleccionadas y analizadas por medio de la ficha de caracterización de los niños y niñas del Hogar Infantil Santa Teresita, se puede determinar que el mayor porcentaje de la población objeto goza de buenas condiciones, el 100% de la población objeto cuenta con esquema de vacunación completo, con atención a salud bucal, con control de crecimiento y desarrollo y con afiliación al sistema general de seguridad social en salud. Por otra parte, en lo familiar cuenta con buenas condiciones habitacionales, por lo que el el total de la población cuenta con una vivienda digna, el 90% del total de la población prepara los alimentos en un cuarto usado solo para cocinar, el 82% de la población cuenta con acceso a los servicios domiciliarios completos de (energía, acueducto, alcantarillado, gas natural, telefonía fija), ya que la telefonía fija no influye en lo absoluto con el estado nutricional, el acueducto es la fuente principal para el consumo de agua, la disposición del agua para el 86% del total de la población es todos los días, el 91% de la población objeto recibe tratamiento para el agua de consumo, de las cuales el método más utilizado es el agua hervida en un 65%, el 43% de la edad del cuidador es en el rango de 31 a 45 años y el 61% de cuidadores principales de los beneficiarios trabajan; garantizando la seguridad alimentaria y nutricional de los niños y niñas.

- Se pudo evidenciar por medio de las tablas de frecuencia y de las gráficas, que los niños y niñas beneficiarios del Hogar Infantil Santa Teresita, presentan un adecuado estado nutricional ya que el 65% del total de la población objeto, equivalente a 97 niñas/os presentan en peso adecuado para la talla, siendo este el indicador trazador para menores de 5 años, la malnutrición por exceso el 1% (2 usuarios) se encuentran en obesidad, el 3% (5 usuarios) en sobrepeso y el 21% (31 usuarios) se encuentran en riesgo de sobrepeso; con relación a la malnutrición por déficit, se identificó un caso con desnutrición global y cero casos de desnutrición aguda moderada o severa, pero si una pequeña proporción del 5% en riesgo de desnutrición aguda equivalente a 7 niños/as; para el indicador talla para edad el 73% equivalente a 109 usuarios se encuentran en talla adecuada para edad y un 5% (8 usuarios) se encuentran en retraso en talla.

- No se logró el 100% de asistencia por parte de los beneficiarios del hogar infantil santa teresita en las actividades ejecutadas, pero si se obtuvo más del 50% para cada actividad; en el juego mueve con los animales de la granja asistieron 5 usuarios representando el 71%, en el baile de las frutas y verduras siendo la más significativa con un 86%, en el circuito –

actívate, cuidando tu corazón siendo el de menor proporción con un 57% asistiendo 4 niños y niñas, en la lectura de cuentos de una alimentación saludable se obtuvo la participación de 5 beneficiarios representando el 71%, finalmente la actividad que se llevó al 100% fue la de Nutrisan- el superhéroe de los niños.

- Se evidencio poca participación en la actividad para los padres de familia o cuidadores de los niños y niñas que se encuentran en malnutrición por exceso solo asistiendo 1 persona a la capacitación representando el 14% a diferencia de los padres de familia de los niños y niñas que se encuentran en riesgo de desnutrición con un 71% (5 asistentes), representando el poco interés por el estado nutricional de sus hijos.

- Se brindo apoyo del 100% al componente de salud y nutrición por medio de las observaciones planteadas en el documento de obligaciones contractuales que se incumplían en el instrumento de verificación. Se evidencio que el 35% de las obligaciones contractuales son del componente de salud y nutrición y se le deben dar cumplimiento a cada y uno de los ítems. Del 100% de las obligaciones contractuales para el componente de salud y nutrición se evidencio que el 84% cumplen, el 7% incumplen y el 9% no aplican para la UDS porque no se encuentra ningún caso de desnutrición aguda moderada o severa a la fecha. Las estrategias planteadas para subsanar las obligaciones contractuales fueron actas de capacitaciones y por medio de la estudiante de practica se dieron cumplimiento a estas obligaciones para darse el 100% de cumplimiento del instrumento de verificación.

Referencias

ACNUR. (2019). *Tratamiento de agua: motivos por los que es importante.* Obtenido de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados: https://eacnur.org/blog/tratamiento-de-agua-importancia-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/

Barrera Dussan, N., Fierro Parra, E. P., Puentes Fierro, L. Y., & Ramos Castañeda, J. A. (2018). Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años, Colombia 2017. *Scielo, 20*(3), 236-246.

Borrás, P., & Ugarriza, L. (2013). Obesidad Infantil ¿Nos estamos equivocando? Principales causas del problema y tendencias de investigación. *SciencieDirect*, 63-68.

Botello, G., & Verdugo, B. (2019). Evaluación del nivel de seguridad alimentaria en los hogares de los niños beneficiarios del centro de desaarrollo infantil sagrada familia, pamplona norte de santander. *Cuidado y ocupación humana*, 2.

Caballero, E., & al., e. (2018). *Atención y Emaciación en Niños con Desnutrición.* Santa Marta.

Comisión Nacional Para Prevenir Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer. (24 de Marzo de 2016). *Gobierno de México.* Obtenido de https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero

CONPES 113. (31 de Marzo de 2008). *Instituto Nacional De Bienestar Familiar.* Obtenido de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_0113_2008.htm

CONPES. (31 de Marzo de 2008). *Politica Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.* Obtenido de Consejo Nacional de Politica Económica y Social: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/co_0442.pdf

DANE. (2018). *Encuesta Nacional de Calidad.* Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2018.pdf

DANE. (2018). *Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190806-CNPV-presentacion-Norte-de-Santander.pdf

DANE. (2019). *Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190806-CNPV-presentacion-Norte-de-Santander.pdf

DANE. (2020). *Tiempo de cuidadores: las cifras de la desiguldad.* Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/tiempo-de-cuidados-cifras-desigualdad-informe.pdf

Diez Navarro, A., & Marrodan Serrano, M. D. (2018). *La Desnutricion infantil en el mundo: herramientas para su diagnostico.* Obtenido de Avances en Alimentacion, Nutrición y Dietetica: https://nutricion.org/wp-content/uploads/2013/11/Desnutricion-infantil.pdf

ENAPRES. (2013). *Tipo de tenencia de la vivienda.* Obtenido de Encuesta Nacional de Programas Estratégicos: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1190/cap05.pdf

ENSIN. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia.* Bogotá D.C.

ENSIN. (23 de Mayo de 2015). *Encuesta Nacional de Situacion Nutricional.* Bogota: Publicación N°3.

ENSIN. (2015). *Encuesta Nacional De Situación Nutricional.* Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/libro-ensin-2015.pdf

Estrategia de Atención en Nutrición y Desarrollo en la primera infancia. (2014). Obtenido de Lineamiento Operativo: http://www.mdgfund.org/sites/default/files/ISAN_ESTUDIO_%20El%20Salvador_%20Estrategia%20de%20Atencion%20en%20Nutricion%20y%20Desarrollo%20en%20la%20Primera%20Infancia.%20PC%20ISAN_Noviembre2011.pdf

FAO. (04 de Febrero de 2011). *Seguridad Alimentaria y Nutricional, Conceptos Básicos.* Obtenido de http://www.fao.org/3/at772s/at772s.pdf

FAO. (2019). *Estado de la seguridad alimentaria y nutricional en el mundo*. Obtenido de Organización de las naciones unidas para la agricultura y la alimentación: http://www.fao.org/3/ca5249es/ca5249es.pdf

FAO. (9 de Abril de 2020). *El estado de la seguridad alimentaria y nutricional en elmundo.* Obtenido de Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación: http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf

FAO. (9 de Marzo de 2021). *Colombia en una mirada*. Obtenido de Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación: fao.org/colombia/fao-en-colombia/colombia-en-una-mirada/es/

González Pastrana, Y., & Díaz Montes, C. (2015). Caracteristicas familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. *Salud pública, 6*, 836-847.

Guerra López, R. (2017). Persona, sexo y género. *Scielo*, 37-38.

ICBF. (12 de Diciembre de 2016). *Guía Tecnica del Componente de Alimentación y Nutrición para los Programas y Proyectos Misionales del ICBF.* Obtenido de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/g6.pp_guia_tecnica_del_componente_de_alimentacion_y_nutricion_v1.pdf

ICBF. (23 de Noviembre de 2018). *Rendicion Publica de Cuentas.* Obtenido de Regional Norte de Santander: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/r_nor_de_san_rpc_2018.pdf

ICBF. (2019). *Acuerdo ICBF y Colgate: Salud bucal e identificación de alertas por negligencia en el cuidado de niños y niñas de Primera Infancia.* Obtenido de Instituto Colombiano De Bienestar Familiar: https://www.icbf.gov.co/noticias/acuerdo-icbf-y-colgate-salud-bucal-e-identificacion-de-alertas-por-negligencia-en-el

ICBF. (29 de Mayo de 2019). *Instructivo de la ficha de caracterización sociofamiliar.* Obtenido de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/it1.mo12.pp_instructivo_para_el_diligenciamiento_de_la_ficha_de_caracterizacion_socio_familiar_v1.pdf

ICBF. (2020). *Anexo orientaciones para el acompañamiento en educación y promoción en salud bucal en los servicios de primera infancia del ICBF.* Obtenido de Insttituto Colombiano de Bienestar Familiar: https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/a10.mo12.pp_anexo_orientaciones_para_el_acompanamiento_en_educacion_y_promocion_en_la_salud_bucal_v1.pdf

ICBF. (2020). *Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para los programas y proyectos misionales del ICBF.* Obtenido de Instituto Colombiano De Bienestar Familiar: https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/g6.pp_guia_tecnica_del_componente_de_alimentacion_nutricion_icbf_v5.pdf

ICBF. (13 de Febrero de 2021). *Calidad en servicios*. Obtenido de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/primera-infancia/calidad-en-servicios

ICBF. (12 de Julio de 2021). *Manual Operativo Modalidad Institucional Para La Atención A La Primera Infancia.* Obtenido de https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mo12.pp_manual_operativo_modalidad_institucional_para_la_atencion_a_la_primera_infancia_v6.pdf

ICBF. (12 de Julio de 2021). *Manual Operativo Modalidad Institucional Para La Atención A La Primera Infancia.* Obtenido de https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mo12.pp_manual_operativo_modalidad_institucional_para_la_atencion_a_la_primera_infancia_v6.pdf

ICBF. (2021). *Nutrición.* Obtenido de Instituto Colombiano De Bienestar Familiar: https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de Nutrición. (19 de Diciembre de 2018). *Guía Técnica y operativa del Sistema de Seguridad Nutricional.* Obtenido de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/g5.pp_guia_tecnica_y_operativa_sistema_de_seguimiento_nutricional_v5.pdf

La Opinion. (18 de Febrero de 2018). *Aumento de la desnutrición infantil en cucuta* . Obtenido de https://www.laopinion.com.co/cucuta/aumento-la-desnutricion-infantil-en-cucuta

Metlife. (12 de Octubre de 2018). *La importancia de la higiene en nuestros alimentos*. Obtenido de https://www.metlife.com.ar/blog/educacion/higiene-alimentacion-contaminacion/

Ministerio de Salud y Proteccion social. (2016). *Resolución 2465 de 2016 Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional.* Bogota D.C.

MinSalud. (2016). *ABC del agua y saneamiento básico*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/abc-agua.pdf

MinSalud. (2016). *Lineamiento para el manejo integradode la desnutrición aguda modera y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.* Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.unicef.org/colombia/media/411/file/Lineamiento%20para%20el%20manejo%20integrado%20de%20la%20desnutrici%C3%B3n.pdf

MinSalud. (2020). Análisis de la situación nutricional en salud . *Dirección de Epidemiología y Demografía*, 27-45.

MinSalud. (07 de Agosto de 2020). *Plan de Intervenciones Colectivas.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/plan-de-intervenciones-colectivas.aspx

MinSalud. (21 de Octubre de 2021). *Gráficas de patrones de crecimiento en niños, niñas y adolescentes.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/primera-infancia-patrones-crecimiento-ninos-adolescentes.aspx

Minvivienda. (26 de Noviembre de 2017). *Plan Director de Aguas y Saneamiento Básico.* Obtenido de Ministerio de vivienda, ciudad y territorio: https://minvivienda.gov.co/sites/default/files/2020-07/plan-director.pdf

Morales Castellanos, O. R. (2018). *Evaluación del crecimiento y desarrollo desde la atención integral a la primera infancia, Bogotá, Colombia 2018.* Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/120/12020108.pdf

MSPS. (2020). *Análisis de Situación de Salud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf

OMS. (11 de Octubre de 2017). *La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios.* Obtenido de https://www.who.int/es/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who

OMS. (Mayo de 2018). *El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo de la primera infancia*. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-consultation-es.pdf

OMS. (2018). *Tratamiento y almacenamiento inocuo del agua en los hogares.* Obtenido de Organización mundial de la salud: https://www.who.int/water_sanitation_health/water-quality/household/es/

OMS. (2020). *Agua: Inseguridad Alimentaria*. Obtenido de Organización Mundial De La Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water

OMS. (11 de Junio de 2020). *Organizacion Mundial de la salud*. Obtenido de Malnutricion: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/features/factfiles/nutrition/es/

OMS. (2021). *Crecimiento y desarrollo materno infantil .* Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/

OMS. (9 de Junio de 2021). *Malnutrición.* Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition

OMS. (25 de Noviembre de 2021). *Organizacion Mundial de la Salud, que es la salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions

OMS. (2021). *Que es el género*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/genero.aspx

OMS, O. M. (2019). *Metas Mundiales de nutricion, 2025*. Obtenido de Retraso del crecimiento: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255735/WHO_NMH_NHD_14.3_spa.pdf?ua=1

ONU. (29 de Agosto de 2017). *Programa Especial Para La Seguridad Alimentaria.* Obtenido de https://coin.fao.org/coin-static/cms/media/13/13436725989060/conceptos_pdf-pesa1.pdf

OPS. (26 de Marzo de 2020). *Alimentacion Saludable.* Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/alimentacion-saludable

OPS. (2021). *La salud bucodental es esencial para la salud general.* Obtenido de Organización Mundial De La Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es#:~:text=Cepillarse%20los%20dientes%20por%20lo,los%20ni%C3%B1os%20como%20los%20adultos.

Ortega Bonilla, R. A., & Chito Trujillo, D. M. (06 de Diciembre de 2014). Valoración del estado nutricional de la población escolar del municipio de Argelia, Colombia. *Articulos/Investigacion*, 7-9.

Palacios Chalá, D. M. (2019). *Diferencias en el desarrollo psicosocial presentes en niños de 0 a 5 años de familias que practican colecho.* Quito: 2.

Rengifo, A. (04 de Septiembre de 2020). *Implementación de estándares de calidad del componenete de salud y nutrición un unidades de servicio de educación inicial del ICBF*. Obtenido de https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/3388/IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20EST%C3%81NDARES%20DE%20CALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Resolución 2465. (14 de Junio de 2016). *Ministerio de Salud Y Proteccion Social.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%202465%20de%202016.pdf

Rodriguez, E., & al., e. (2017). Estudio prospectivo de un grupo de niños con talla baja o disminución de la velocidad de crecimiento, o ambas. *Médica de Uruguay*, 278-302.

Salazar Hernandez, A. D., Sánchez Caicedo, M. A., & Barajas Guarín, J. P. (2020). *Influencia de los cuidadores familiares en la primera infancia.* Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/32861/1/2020_SanchezMariaySalazarAngieyBarajasJennifer_influencia_de_los_cuidadores_familiares_en_la_primera_infancia.pdf

Secretaria Distrital de Salud. (20 de Febrero de 2021). *Secretaria de salud*. Obtenido de http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inicio.aspx

Sepeap, O. d. (24 de Agosto de 2017). *Pediatría Integral*. Obtenido de Crecimiento normal y talla baja: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-07/crecimiento-normal-y-talla-baja/

Suárez, A., & al., e. (2005). Hábitos del sueño en la revisión del niño sano. *Boletín de la sociedad de prediatría de asturias, cantabria, castilla y León*, 402-480.

UNICEF. (2014). *Informe Anual, pdf.* Obtenido de https://www.unicef.org/colombia/media/401/file/Informe%20anual%20UNICEF.pdf

UNICEF. (2018). *1 de cada 3 personas en el mundo no tienenacceso a agua potable.* Obtenido de https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/1-de-cada-3-personas-en-el-mundo-no-tiene-acceso-a-agua-potable

UNICEF. (12 de Junio de 2018). *Orientación programatica de UNICEF para el desarrollo de los niños y niñas en la primera infancia*. Obtenido de https://www.unicef.org/sites/default/files/2018-12/Programme%20Guidance%20for%20ECD%20%28SPANISH%29_1.pdf

UNICEF. (16 de Octubre de 2019). *Estado mundial de la infancia.* Obtenido de hptts://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-Mundial-De-La-Infancia-2019.pdf

UNICEF. (2019). *Plan de programa de inmunización.* Cali.

UNICEF. (2020). *Programa de inmunización (PAI).* Bogotá D.C.

UNICEF. (26 de Abril de 2021). *La Malnutrición Infantil: Más allá del hambre.* Obtenido de Fondos de las Naciones Unidas Para La Infancia: https://www.unicef.es/noticia/la-malnutricion-infantil-mas-alla-del-hambre

WINSISVAN. (2019). *Diagnostico Nutricional en Norte de Santander, Primera Infancia.* Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/DIAG_DTAL_NUTRICIONAL_2020_MENORES_18_AN%CC%83OS.pdf

WINSISVAN. (13 de Noviembre de 2020). *Diagnóstico Nutricional, vigencia 2020.* Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/DIAG_DTAL_NUTRICIONAL_2020_MENORES_18_AN%CC%83OS.pdf

Youdim, A. (15 de Agosto de 2019). *Manual MSD*. Obtenido de Introduccion a la nutrición: https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-nutricionales/introducci%C3%B3n-a-la-nutrici%C3%B3n/introducci%C3%B3n-a-la-nutrici%C3%B3n

Yugar R, E., & al., e. (2011). Estudio de talla baja en preescolares de 2 a 5 años atendidos en consulta externa de Pediatria en el Hospital La Paz. *Médica La Paz, 15*(2), 524-560.

ANEXO

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA
INSTITUTO BENEFICO SOCIAL JARDIN INFANTIL SANTA TERESITA
PRÁCTICA CAMPOS DE ACCIÓN PROFESIONAL
HOGARES INFANTILES

FICHA TÉCNICA

Área	Actividades	Indicador	Cálculo	% de cumplimiento	Observaciones
	Solicitud de la ficha de caracterización.	# de niños caracterizados / # total niños programados para caracterizar * 100	149/149*100	100%	En el indicador de las variables revisadas y seleccionadas se dio un cumplimiento del 17% debido a que solo se escogieron las variables sociodemográficas que condicionaban de manera directa o indirecta en el estado nutricional de las niñas y niños beneficiarios del hogar infantil santa teresita; por otra parte, se llevó el 100% de cumplimiento de las actividades planeadas a partir de la ficha de caracterización.
	Revisión de la ficha de caracterización.	# de variables de la ficha de caracterización revisadas / # de variables de la ficha de caracterización * 100	114/114*100	100%	
	Revisión y selección de las variables de la ficha de caracterización.	# de variables de la ficha de caracterización revisadas y seleccionadas / # de variables de la ficha de caracterización * 100	20/114*100	17%	
	Tabulación y análisis de la ficha de caracterización.	Informe de análisis de caracterización elaborado, revisado y aprobado	1/1*100	100%	
	Elaboración del informe de resultados de la caracterización.	# de socializaciones realizadas / # total de socializaciones programadas * 100	2/2*100	100%	
	Socialización de los resultados encontrados en el informe de caracterización.		13/20 *100	65%	

		# de asistentes a las socializaciones / # total de asistentes programados * 100			
Comunitaria	Revisión bibliográfica de la resolución 2465 de 2016. Revisión del Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda, moderada y severa en niñas y niñas de 0 a 59 meses de edad. Revisión de la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición. Asistencia a la asesoría con la docente supervisora. Tabulación, Análisis e interpretación de la información. Diseño y elaboración del documento de informe de diagnóstico nutricional. Identificación de los niños y niñas que presenta malnutrición por déficit o por exceso.	Documento de diagnóstico nutricional elaborado, revisado y aprobado # niños y niñas con malnutrición por déficit / # total de niñas y niños analizados * 100 # niños y niñas con malnutrición por exceso / # total de niñas y niños analizados * 100 Documento del plan de intervenciones elaborado, revisado y aprobado # de acciones ejecutadas / # total de acciones propuestas * 100 Documento de informe final de ejecución elaborado, revisado y aprobado # de socializaciones realizadas / # total de socializaciones programadas * 100	1/1*100 7/149*100 7/149*100 1/1*100 7/7*100 1/1*100 2/2 * 100	100% 5% 5% 100% 100% 100% 100%	Se dio cumplimiento del 100% a las actividades planeadas en el plan de intervenciones colectivas a partir del documento de diagnóstico nutricional para los niños y niñas que se encuentran en malnutrición por déficit y exceso.

	Diseño y elaboración del plan de intervenciones Ejecución de actividades propuestas en plan de intervenciones. Elaboración del informe final de seguimiento al plan de intervenciones. Socialización de las actividades desarrolladas.				
	Revisión del documento de obligaciones contractuales. Asistencia a la asesoría con la docente supervisora. Selección de variables de las obligaciones contractuales que aplican para este periodo académico. Elaboración del informe de la verificación. Socialización de los resultados obtenidos.	Informe de la verificación elaborado, revisado y aprobado # de acciones implementadas / # total de las acciones establecidas * 100 # de socializaciones realizadas / # total de socializaciones programadas * 100	1/1*100 3/3*100 1/1*100	100% 100% 100%	El logro del indicador fue del 100% en la revisión del instrumento de verificación de las obligaciones contractuales, cumpliendo con las acciones implementadas.
	Revisión de informe de diagnóstico nutricional por antropometría. Revisión del informe de caracterización.	Diagnostico nutricional por antropometría elaborado, revisado y aprobado Programa educativo diseñado, revisado y aprobado	1/1*100 1/1*100	100% 100%	Se logro el 100% de las socializaciones establecidas en el plan educativo.

Educativa	Revisión del documento de obligaciones contractuales. Revisión del Plan de formación al talento humano y a padres de familia. Selección de los temas en salud, alimentación y nutrición según las necesidades encontradas. Diseño del programa educativo. Elaboración del material educativo. Entrega del programa educativo al docente supervisor. Socialización del programa educativo al personal administrativo del hogar. Convocatoria de la población objeto. Desarrollo de las temáticas planteadas en el programa educativo. Aplicación del pre test.	Material educativo elaborado, revisado y aprobado. # de socializaciones realizadas / # total de socializaciones programadas * 100 # de asistentes / # total de asistentes convocados * 100 # de temáticas realizadas / # de temáticas planteadas * 100 # de pre-test aplicados / # de pre-test programados * 100 # de actividades ejecutadas / # de actividades planeadas *100 # de postest aplicados / # de postest programados * 100 Informe de evaluación elaborado, revisado y aprobado	1/1*100 1/1*100 5/5*100 2/2*100 5/5*100 2/2*100 5/5*100 1/1*100	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	

	Ejecución de las actividades educativas. Aplicación del post test. Elaboración del informe de evaluación de planes educativos.				
Administrativa	Revisión de las competencias Identificación de cada área comunitaria, académica, administrativa, investigativa, y educativa Contextualización del escenario de práctica Asesoría con la docente supervisora acerca de las actividades a desarrollar Elaboración del plan de acción y cronograma de actividades Revisión en el cumplimiento de estándares de calidad Elaboración de capacitación Buenas Prácticas de Manufactura y Plan de saneamiento básico	Plan de acción y cronograma de actividades elaborado, revisado y aprobado # de actividades ejecutadas / # total actividades programadas * 100 # de actividades realizadas para el cumplimiento de estándares de calidad / # total actividades programadas * 100 # de asistentes a las socializaciones / # total de asistentes programados * 100	1/1*100 7/7*100 1/1*100 13/20 *100	100% 100% 100% 65%	Se llevo a cabo el 100% de cumplimiento en todas las actividades propuestas que el escenario de practica requería.

	Elaboración del informe de ejecución de las actividades.				
Investigativa	Asesoría con la docente supervisora. Revisión de la base de datos. Tabulación, análisis e interpretación de la información. Búsqueda de referentes bibliográficos relacionados al tema de investigación. Revisión documento del estado del arte. Elaboración del articulo científico.	Articulo científico elaborado, revisado y aprobado	1/1*100	100%	Se dio cumplimiento a esta competencia al 100% con la respectiva filtración de la información teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, para luego hacer la respectiva tabulación, análisis, discusión y conclusión de la información y posterior a esto armar el producto final (artículo científico).
	Búsqueda de información. Diseño y elaboración de los formatos e instructivos requeridos por el escenario. Revisión del documento de las áreas, competencias y habilidades de las prácticas CAP. Revisión bibliográfica.	Diagrama esquemático elaborado, revisado y aprobado # de socializaciones realizadas / total de socializaciones programadas * 100 Informes de prácticas elaborado, revisado y aprobado Informe consolidado final elaborado, revisado y aprobado	1/1*100 2/2*100 4/4*100 1/1*100	100% 100% 100% 100%	Se logro el 100% de las actividades programadas del escenario de prácticas y del programa.

Académica	Selección de la información. Elaboración del diagrama esquemático. Revisión de fuentes bibliográficas sobre el contexto del escenario y programa. Asesoría con la comunicadora social del programa. Elaboración de informe de práctica de primer corte. Sustentación de la presentación primer corte. Socialización final de las prácticas CAP. Revisión y entrega del informe consolidado final. Elaboración de la Matriz DOFA del programa y del escenario.	Matriz DOFA elaborada, revisada y aprobada Ficha técnica elaborada, revisada y aprobada	2/2*100 1/1*100	100% 100%	
TOTAL				91%	Se obtuvo el 91% de cumplimiento de todas las actividades planeadas para el desarrollo de las competencias de prácticas de campos de acción profesional.

Elaborado por:	Revisado:	Aprobado (Supervisor de prácticas)
Natalia Madero Cárdenas Estudiante de prácticas CAP	Nancy Milena Duarte Corredor ND. Especialista en gerencia de proyectos	Nancy Milena Duarte Corredor ND. Especialista en gerencia de proyectos