

Alianza de Antioquia por la Equidad

Documento Técnico No. 1

Nutrición

Preparado por

Jairo Humberto Restrepo Zea

Magíster en políticas públicas

Coordinador del Grupo de Economía de la Salud

Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia

Olga Lucía Zapata Cortés

Economista. Grupo de Economía de la Salud

Equidad y nutrición en Antioquia *

“Vivimos en un mundo de notables privaciones, miseria y opresión. Hay muchos problemas nuevos y viejos y entre ellos se encuentran la persistencia de la pobreza y muchas necesidades básicas insatisfechas, las hambrunas y el problema del hambre la desnutrición [...] la superación de estos problemas constituye una parte fundamental del ejercicio del desarrollo” (Sen, 2000: 17).

1. Presentación

El estado nutricional de las personas trae una fuerte influencia sobre el desarrollo económico y social de una región. Por esto, hay una preocupación creciente por problemas como los altos índices de mortalidad por desnutrición, la existencia del hambre y la incidencia de enfermedades asociadas a la desnutrición, los cuales en general afectan a la población pobre y son expresión de inequidad. En el caso de Antioquia, se presenta un panorama muy preocupante por el elevado número de muertes por desnutrición y la persistencia de unos índices de desnutrición superiores al promedio del país; al mismo tiempo, y en respuesta a esta situación, en Antioquia se adoptó una política pública de seguridad alimentaria y nutricional (Plan Maná) que es vista con interés por otros departamentos y el gobierno nacional, de manera que pudiera ofrecer un modelo a emular. Este documento ofrece una aproximación al problema de la desnutrición en el Departamento, para lo cual se consultaron los estudios más recientes, el contexto nacional en materia de política y estado del problema, así como la experiencia en la formulación del Plan Maná. En la primera parte se presentan algunos aspectos conceptuales para abordar la relación entre equidad y nutrición; en la segunda, se presenta el contexto del problema a nivel internacional y nacional; en la tercera, se adelanta un análisis preliminar sobre la situación de Antioquia, identificando los principales estudios y esfuerzos en la búsqueda de solución al problema, y en la cuarta se plantean conclusiones y recomendaciones.

2. Aspectos conceptuales

La nutrición es un factor que incide de manera importante sobre la salud y la educación, los cuales son componentes asociados al bienestar individual y colectivo. Un buen estado nutricional disminuye la morbilidad, aumenta la esperanza de vida de las personas y mejora su rendimiento en la escuela y en el trabajo (Mushkin, 1962). El análisis de estas variables enseña que el nivel de educación de una persona

* Para la elaboración de este documento se tuvieron en cuenta resultados de la investigación “Construcción de indicadores para el seguimiento y evaluación de la política pública de seguridad alimentaria y nutricional en Antioquia –Maná–” la cual fue patrocinada por la Universidad de Antioquia y la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de Antioquia, y realizada entre 2004 y 2005 por Olga Zapata, Jilmer Moreno y Jairo Humberto Restrepo. Para el análisis se contó con el apoyo técnico de Aurelio Mejía, joven investigador del Grupo de Economía de la Salud.

es un determinante de la salud, puesto que un mayor nivel educativo permite incrementar la capacidad de producir salud, esto es, la persona alcanza una mayor esperanza de vida o, en términos económicos, aumenta su stock de capital humano en años de vida saludable (Grossman, 1972) (Esquema 1).

Desde esta perspectiva, el gasto en nutrición adquiere el carácter de inversión al conllevar un incremento en el stock de capital humano y contribuir al crecimiento económico. El objetivo de desarrollo humano es entonces que las personas tengan un adecuado estado nutricional, lo cual es fundamental para alcanzar una buena salud, reduciéndose así el riesgo de sufrir enfermedades, el ausentismo laboral, el gasto en la atención de enfermedades y la deserción escolar, y mejorando la capacidad de aprendizaje y asimilación del conocimiento, además de aumentar la posibilidad de obtener más ingresos; en suma, mejora el capital humano e incentiva el desarrollo (Restrepo, 1995).

En este contexto, la nutrición es definida como el conjunto de procesos que comprende la ingesta, la digestión y la asimilación de los alimentos en el organismo, y depende de *factores socioeconómicos* –el ingreso de los individuos, sus condiciones de intercambio y nivel educativo–, *fisiológicos* –como el metabolismo, la edad y el género–, *culturales* –como los hábitos alimenticios y la aceptación de los alimentos– y *ambientales* –el caso del clima, los suelos, la ubicación geográfica y la higiene–. Estos factores están enmarcados en la seguridad alimentaria y nutricional –SAN–, la cual a su vez se aborda en términos de disponibilidad, acceso y uso de los alimentos (Herrán y Prada, 2001; OMS, 2003). La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación –FAO– define la SAN como el acceso físico y económico de todas las personas en todo momento a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimentarias, a fin de llevar una vida sana y activa (FAO, 1992).

- Disponibilidad: cantidad de alimentos, independientemente de que circulen o no por conductos comerciales, a disposición de los consumidores durante un período dado (Jiménez, 1999).
- Acceso: es la posibilidad económica y social del hombre, su familia y la comunidad, de adquirir o producir los alimentos que necesite (Jiménez, 1999).
- Uso: se refiere al manejo que se le da a los alimentos, basados en un conjunto de conocimientos básicos sobre higiene y nutrición así como bajo una influencia cultural.

En cuanto a su medición, el estado nutricional se evalúa a través de la clasificación antropométrica de los individuos, por medio de los siguientes indicadores que a su vez permiten establecer tres tipos de desnutrición: peso para la edad, el cual da cuenta de la *desnutrición global*; talla para la edad, que se refiere a la *desnutrición crónica*, y peso para la talla, con el cual se mide la *desnutrición aguda*. Estos

indicadores son clasificados y estandarizados internacionalmente por el Centro Nacional de Estadísticas para la Salud –NCHS–, para realizar comparaciones entre diferentes poblaciones: la clasificación indica las categorías del estado nutricional y va desde el déficit hasta el exceso y define además la intensidad leve, moderada y severa, según las unidades de desviación estándar (puntaje Z), los porcentajes de adecuación o percentiles, siendo más utilizado el método de las unidades de desviación estándar (Tabla 1). Por último, también se emplea como indicador el peso al nacer, teniendo como base mínima 2.500 g., dando cuenta así del estado nutricional de la madre y del recién nacido, ya que recoge información acerca de la SAN a que estuvo expuesta la madre antes y durante la gestación.

Como se mencionó anteriormente, la desnutrición tiene varias causas, siendo la principal la deficiente ingesta de alimentos que en casos extremos se manifiesta en el hambre. Esta ingesta deficiente resulta principalmente de la incapacidad de obtener suficientes ingresos para acceder a una alimentación saludable y nutritiva, es decir, bajo un contexto de inseguridad alimentaria y nutricional. Una señal sobre la magnitud del problema a nivel mundial está por ejemplo en las altas tasas de mortalidad infantil por desnutrición, las cuales han incrementado la preocupación mundial y por eso se ha incorporado en los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* la reducción de este flagelo. La población más vulnerable son las mujeres y los niños, así como los más pobres, que frecuentemente presentan carencias de micronutrientes y problemas de salud al no cubrir sus necesidades básicas de proteínas y calorías (OMS, 2002; OMS 2003).

Lo paradójico de la situación es que la evidencia empírica le ha quitado fuerza a lo que comúnmente se conoce como el pesimismo malthusiano¹, puesto que la producción per-cápita de alimentos en el mundo ha crecido en promedio un 15% más que hace 20 años. Es decir, el problema de la desnutrición debido al hambre no radica en la falta de disponibilidad de los alimentos, sino en las inequidades que dificultan el acceso a estos a partir de una distribución desigual de la riqueza. Como sugiere Amartya Sen, “la capacidad para adquirir alimentos hay que ganársela” (Sen, 2000: 201) y para esto es necesario contar con ingresos suficientes.

Ahora bien, el individuo requiere un buen estado nutricional que le permita trabajar y obtener ingresos para seguir alimentándose y mantener al mismo tiempo un buen estado nutricional. En este sentido, se podría hacer una adaptación de lo expuesto por Winslow en cuanto al círculo vicioso de la pobreza y la

¹ Robert Malthus fue uno de los primeros en detectar las consecuencias de un crecimiento poblacional geométrico que no tuviera conciencia sobre la sostenibilidad de los recursos naturales, los cuales crecen a un ritmo aritmético.

salud, “los hombres y las mujeres se enferman y están desnutridos porque son pobres; son pobres porque se enferman y están desnutridos, y son más enfermos y desnutridos porque son más pobres” (Mushkin, 1962; subrayado propio).

Sin embargo, un buen estado nutricional no depende solo de tener acceso a alimentos de calidad, sino de los hábitos alimenticios y del uso que se les da, así como de las condiciones fisiológicas de cada organismo. En este sentido, la inequidad en servicios complementarios a la nutrición, como la educación, la salud y los servicios públicos (especialmente agua potable) se convierten en barreras que obstruyen el buen estado nutricional (OPS, 2002). Para el caso colombiano, se ha comprobado en algunos estudios que emplean información de las Encuestas de Demografía y Salud de Profamilia, que la educación de la madre es una variable muy significativa para explicar la desnutrición en niños menores de cinco años, al igual que el período de lactancia materna y la edad de la madre en el primer embarazo (Profamilia, 2000; Flórez, 2002; OPS, 2002). Por otra parte, un limitado acceso a los servicios de salud y agua potable podrían generar un incremento del riesgo de adquirir enfermedades parasitarias y/o gastrointestinales que impide que los seres humanos, especialmente los niños, no puedan absorber los micronutrientes y vitaminas contenidas en los alimentos ingeridos.

Además de las inequidades mencionadas, también se deben considerar las desigualdades provenientes de la fisiología humana, la cultura y las condiciones geográficas. La primera tiene que ver con la forma como los individuos absorben los alimentos, dadas las características como la edad, el sexo y el metabolismo; la segunda, está relacionada con los hábitos alimenticios de determinada región, así mismo como con la aceptación de ciertos alimentos para el consumo; y la tercera, influye en cómo las personas acceden físicamente al mercado, en la calidad de los suelos y su influencia en la actividad agrícola a través de la cantidad y calidad de alimentos.

3. El contexto mundial y nacional

La preocupación mundial por temas como la seguridad alimentaria, la pobreza, la desnutrición infantil, el cambio en el patrón de enfermedades y, en general, por los temas pertinentes al cuidado de la salud y el acceso oportuno a los servicios de salud, no es reciente y es por ello que mediante diversas cumbres o declaraciones mundiales se han buscado propuestas de solución (Tabla 2).

En el caso colombiano, se han establecido programas para enfrentar el problema del hambre y la desnutrición, como es el caso de los *Hogares Comunitarios* del ICBF, establecido en el marco del Plan de Lucha Contra la Pobreza Absoluta y para la Generación de Empleo en 1986, cuyo objetivo era

mejorar las condiciones nutricionales de los niños atendidos en los hogares comunitarios. Así mismo, tres años después, el programa *Bono Alimentario Rural para Niños en edad Preescolar* se inició para mejorar las condiciones de salud y nutrición de la población en edad preescolar de áreas rurales no cubiertos por los hogares comunitarios. Y más recientemente, en la búsqueda del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Colombia ha adoptado sus propias metas y estrategias, las cuales están expuestas en el Documento Conpes Social 91 de 2005 (DNP, 2005).

Estos propósitos se definen al tiempo que se cumple el horizonte de tiempo definido para el *Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005* y se prepara una política sobre seguridad alimentaria y nutricional. El plan surgió de la Conferencia Internacional de Nutrición, celebrada en Roma en 1992, en la cual 159 países se comprometieron a establecer estrategias y acciones para disminuir el hambre y la desnutrición. Su objetivo principal era “contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana, en especial de la más pobre y vulnerable, integrando acciones multisectoriales en ocho líneas de acción: seguridad alimentaria; protección al consumidor, mediante el control de calidad y la inocuidad de los alimentos; prevención y control de las deficiencias de micronutrientes; prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias; promoción, protección y apoyo a la lactancia materna; promoción de la salud, alimentación y estilos de vida saludables; evaluación y seguimiento en aspectos nutricionales y alimentarios, y formación del recurso humano en políticas de nutrición y alimentación (DNP, 1996). Entre 2002 y 2003, se realizó una evaluación del plan para verificar el cumplimiento de metas y se obtuvieron resultados como los siguientes²:

- Aunque entre 1996 y 2002 las cifras generales por desnutrición en menores de cinco años disminuyeron, algunas regiones como Bolívar, Sucre, Córdoba y Antioquia, muestran un deterioro, con prevalencia de desnutrición crónica muy superiores al promedio nacional.
- El país ha aunado esfuerzos intersectoriales en materia de normatividad y legislación para el control y vigilancia de los alimentos para consumo humano, con el fin de garantizar la inocuidad de los mismos y proteger al consumidor. Pero es necesario dar continuidad a este proceso y afianzar las medidas en todos los sectores competentes y responsables del mismo.
- Conformación en el país de 21 Comités Departamentales de Alimentación y Nutrición como respuesta al proceso de fortalecimiento de las iniciativas regionales y como resultado de la creación de los Consejos para la Política Social (CPS) promovidos por el ICBF.
- Fortificación de la harina de trigo y fortalecimiento del control de calidad de la sal yodada y fluorada.

² Tomado de: Resumen de evaluación 1996 -2002, consultado en: <http://www.icbf.gov.co/espanol/plan.asp#>.

- Formulación y descentralización del Plan Decenal 1998-2008 para promocionar y apoyar la lactancia materna.
- Elaboración y divulgación de las Guías Alimentarias para todos los grupos de población, pero se requiere del sector de educación para su divulgación e implementación.
- Implementación de la estrategia de “Escuelas Saludables”, la cual ha permitido la promoción de la salud y de hábitos saludables en establecimientos educativos. Aunque hace falta más compromiso y participación de las entidades responsables de su ejecución y e impulso a nivel territorial.

Se ha avanzado en investigaciones sobre el tema de alimentación y nutrición. Sin embargo, se requiere investigar, impulsar y profundizar en temáticas aún no exploradas que son requeridas para la toma de decisiones que impacten favorablemente el estado nutricional de la población colombiana.

En cuanto a la preparación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –PSAN–, ésta se diseña de manera conjunta por los ministerios de la Protección Social, Agricultura y Educación, el DNP, el ICBF y el Instituto Colombiano de Desarrollo Rural³. Dicha política busca “garantizar que la población colombiana, especialmente la que se encuentra en situación de inseguridad alimentaria y nutricional, disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad” (Documento PSAN, versión preliminar IX, enero 2005).

3. El panorama en Antioquia

3.1 Cifras generales sobre desnutrición

Según la Encuesta de Demografía y Salud de 1995, Antioquia presentó ese año una desnutrición crónica⁴ –en los menores de 5 años– del 14%, ubicándose por encima del Valle del Cauca (6.1%), Santander (9.8%) y Atlántico (12%), y por debajo de Cauca (30.5%), Guajira (19.7%), Tolima (17.7%) y Boyacá (16.2%). Por su parte, el porcentaje de desnutrición global total alcanzó un nivel de 7.9%, inferior en un punto al promedio nacional y superando a La Guajira, Atlántico, Cauca y el Litoral Pacífico (14.6%, 9.2%, 14% y 16.5%, respectivamente). En cuanto a desnutrición aguda total, el Departamento alcanzó un índice relativamente bajo (1.6%), como la mayoría de los departamentos colombianos.

³ Para esto se emplearán los resultados que arroje la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), que se realiza en 2005 y por la cual se evaluará el estado nutricional de los individuos, sus hábitos, riesgos, actividad física, niveles de micronutrientes y lactancia materna (ICBF, sitio web, 2004).

⁴ Incluye los niños que están entre 2 y 3 desviaciones estándar, y los que están 3 desviaciones estándar o más por debajo de la media, es decir, incluye riesgo de desnutrición moderado y severo en relación con la talla para la edad.

Aunque los índices de desnutrición de 1995 alcanzaron en Antioquia unos niveles inferiores al promedio nacional, este panorama cambió para 2000 y fue así como la desnutrición crónica total se elevó al 15.6% y la global total se ubicó en 7.6%, mientras estos índices para el país fueron de 13.5% y 6.7%, respectivamente. Se destaca además el hecho de que el porcentaje de desnutrición global total de Antioquia llegó a superar a departamentos que en 1995 estaban en una situación peor, como La Guajira, Atlántico y Cauca, que presentaron en 2000 cifras de 7.1%, 4.6% y 7.4%, respectivamente (Gráfico 1).

En cuanto a la mortalidad infantil⁵ por desnutrición, se observa un aumento para el departamento en los últimos diez años, habiendo pasado de 4.5 por cada 100.000 menores de 5 años en 1995 a 25.7 en 2001, lo que significa la muerte por desnutrición de 26 niños el primer año frente a 149 en el último (Gráfico 2). Ahora bien, en 2002 y 2003 se presentó una reducción de esta mortalidad, aunque el descenso apenas implica retornar a las cifras de 1999, conservando una distancia importante con la situación de 1995, con una cifra de niños muertos en 2004 (51) que prácticamente alcanza a ser el doble de la registrada en 1995 (26).

Teniendo en cuenta especialmente a los niños, se tiene que la última información reportada por controles a los menores de siete años del programa de crecimiento y desarrollo es de 1996 y a partir de ella se pueden establecer unos índices de desnutrición global, crónica y aguda de 30.06%, 23.97% y 19%⁶, respectivamente. Lamentablemente, al parecer por los cambios que trajo consigo la implementación del sistema de seguridad social en salud que fue adoptado en el país mediante la Ley 100 de 1993, el programa de crecimiento y desarrollo perdió importancia y no se volvió a registrar esta información.

Recientemente, la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia concluyó la investigación sobre el *Perfil Alimentario de los Hogares Antioqueños* (Gobernación de Antioquia, 2005). La evaluación realizada para niños y adolescentes se resume en la Tabla 3. El indicador *estatura para la edad* en los adolescentes (10 a 20 años) arrojó que el 51,0% tenía riesgo de desnutrición crónica (25,0% leve, 18,0% moderada y 7,8%). Los riesgos severo y moderado en la zona rural fueron mayores en proporción que en la zona urbana, y las prevalencias se presentaron en mayor proporción en los hogares rurales (37,0%) que en los hogares urbanos (26,7%). Por su parte, el *Índice de masa*

⁵ Se refiere a los niños menores de 5 años.

⁶ Estas cifras incluyen riesgo de desnutrición leve, moderado y severo. Anuario Estadístico de Antioquia 1995-1996.

corporal -IMC- enseña que el 3,3% de los adultos (entre 21 y 64 años) tenía déficit energético crónico (2,4% leve, 0,5% moderado y el 0,4% severo). Las mayores prevalencias de déficit energético crónico se presentaron en la zona rural. La proporción de adultos con preobesidad (31,6%) fue más del doble de la de obesidad (13,5%). La proporción de adultos con sobrepeso (35,4%) fue superior a la de obesidad (19,1%). En el caso de los adultos mayores (65 años o más) el IMC muestra que el 9,8% tenía *bajo peso*.

En cuanto a la percepción sobre inseguridad alimentaria, el 77,0% de los hogares se percibieron en inseguridad alimentaria. Entre los hogares urbanos, el 72,0% se percibió en inseguridad y entre los rurales el 82,0%. La inseguridad leve fue la que presentó mayor proporción. Para conocer el riesgo de inseguridad alimentaria, referido especialmente a la falta de dinero para comprar alimentos, se recurrió a la valoración, según el número de repeticiones, de los siguientes ítems: 1) falta de dinero para comprar alimentos, 2) se compran menos alimentos indispensables para los niños, 3) algún miembro del hogar come menos de lo que desea, 4) disminuyó el número de comidas usuales en el hogar, 5) algún adulto dejó de desayunar, almorzar o comer, 6) algún adulto diferente a la madre come menos en la comida principal, 7) algún niño dejó de desayunar, almorzar o comer, 8) algún niño come menos en la comida principal porque la comida no alcanza para todos, 9) algún adulto se queja de hambre por falta de alimentos en el hogar, 10) algún niño se queja de hambre por falta de alimentos en el hogar, 11) algún adulto se acuesta con hambre, y 12) algún niño se acuesta con hambre. La Tabla 4 resume la percepción de inseguridad alimentaria (Gobernación de Antioquia, 2005).

3.2 La desnutrición y el ciclo económico

Se aprecia que el ascenso registrado por la mortalidad por desnutrición hasta 2001 estuvo acompañado de una tendencia descendente del PIB regional, el cual registró caídas pronunciadas entre las que se destacan las de 1998, 1999 y 2001; por su parte, a partir de 2001 se presenta un descenso en la mortalidad de manera simultánea con un mayor crecimiento del PIB (Gráfico 3a). Un intento similar, para considerar los efectos de la situación económica sobre la desnutrición, se tiene al comparar las cifras de empleo (aumento de los ocupados) y la mortalidad por desnutrición para el área metropolitana de Medellín, con resultados menos claros que en el anterior (Gráfico 3b). De todos modos, de la mano con los tópicos teóricos esbozados al inicio del documento, se sugiere que los quiebres coyunturales de la economía pueden tener un fuerte impacto en el estado nutricional de la población. Vale explorar el hecho de que si bien Antioquia sufrió con mayor rigor la crisis de finales de la década de 1990, se recuperó rápidamente en el ámbito económico pero parece haber quedado rezagada en el ámbito nutricional.

3.3 Diferencias subregionales

Las diferencias en niveles de pobreza y desnutrición al interior del departamento son notables. Los municipios más pobres, según el porcentaje de población en miseria, se encuentran en Bajo Cauca y Urabá (Gráfico 5), así mismo presentan las tasas más altas de mortalidad infantil por desnutrición. Bajo Cauca supera cuatro veces y Urabá en casi tres veces el promedio departamental de muerte por desnutrición en menores (Gráfico 4). Sin embargo, es preocupante la situación general de Antioquia, puesto que seis de las nueve subregiones presentan tasas por encima del promedio del departamento.

Las últimas tasas de muerte –incluyendo todos los grupos poblacionales- por desnutrición señalan un empeoramiento de algunas subregiones como el Magdalena Medio, Occidente y Norte, en donde sus tasas para 2003 se situaban en 7.5, 5.0 y 4.8 por cada 100.000 habitantes, respectivamente (Tabla 5). Bajo Cauca y Urabá continúan con las tasas más altas que el promedio antioqueño de 3.2, presentando 21 y 33 casos de muerte⁷, lo que se traduce en tasas de 9.34 y 6.96. Aunque para el 2004 se muestra una leve reducción de las cifras, en especial por parte de la subregión de Urabá que bajó a una tasa de 3.3, se mantiene la preocupación por el Bajo Cauca que para la mitad del año ya llega a tasas del 8.3.

Sin embargo, aún en el interior de las subregiones se pueden encontrar desigualdades importantes entre los municipios, siendo “las de mayor desigualdad -por NBI-: Oriente –en cuyos extremos están Rionegro y San Francisco-, Norte –entre Don Matías e Ituango- y Urabá –entre Apartadó y Murindó-” (Observar, 2004: 8; subrayado propio). Algo similar pasa con el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza, que muestra a Oriente, Valle de Aburrá, Norte y Suroeste como las subregiones más inequitativas y Bajo Cauca y Urabá como las menos inequitativas. Además, son estas últimas las que presentan mayores tasas de mortalidad por desnutrición, una razón para ello es el hecho de sus altas concentraciones de pobreza, lo que impide el acceso a los alimentos, esto comprueba lo enunciado anteriormente bajo el concepto de Winslow sobre el círculo vicioso del deterioro de la salud y la pobreza.

Lo mismo ocurre con las tasas totales de muertes por desnutrición –es decir, tomando todos los grupos poblacionales-, siendo así que algunos municipios presentan tasas que superan hasta nueve veces el promedio antioqueño. En la subregión de Urabá los municipios que reportaron mayores tasas de

⁷ De esas muertes, 13 fueron de menores de 1 año para el Bajo Cauca y 14 para Urabá, lo que en tasas equivale a 199.9 y 98.7 por cada 100.000 habitantes, respectivamente.

muerres por desnutrición en 2003 fueron Chigorodó con una tasa de 16.85, San Pedro de Urabá con 8.96, Apartadó con 7.11 y Turbo con 7.43. En el Bajo Cauca los municipios más críticos fueron Tarazá con una tasa de 23.17, Cáceres con 13.12 y Nechí con 9.98. Caracolí y Maceo presentan tasas del 31.60 y 24.14 respectivamente en el Magdalena Medio.

Para 2004, algunos municipios continuaron con tasas totales elevadas como fue el caso de Apartadó - 5.95-, San Pedro de Urabá -5.85-, Mutatá -6.12-, Cáceres -17.48- y Tarazá -9.67-; mientras que otros como El Bagre reportaron este año tasas preocupantes del 11.03, Puerto Berrío con 7.64 y Puerto Triunfo con 7.28⁸.

Como es de esperarse, los casos de muerte por desnutrición afectan más a los niños menores de cinco años, especialmente a los menores de 1 año, que a la población anciana. Hay que anotar que los casos por desnutrición subregional son más “estables” en la población infantil, mientras que en la población mayor no parecen tener un patrón de comportamiento. Un aspecto que llama la atención es que en el Valle de Aburrá (sin Medellín) se reportaron más muertes por desnutrición en ancianos que en niños menores de 5 años⁹, 8 contra 2 y 6 contra 1, para el 2003 y 2004, respectivamente (Tabla 5).

3.4 El problema de la desnutrición en la agenda departamental

En el plan de desarrollo 1998-2000 “Antioquia nos une”, se identificó que “uno de cada cinco niños menores de 7 años está en situación de hambre y uno de cada cuatro tiene ya efectos irreversibles que se evidencian en su crecimiento físico y en su desarrollo intelectual”. Debido a esto, se estableció una estrategia para “coordinar, apoyar y cofinanciar programas integrales dirigidos a mejorar la situación de los menores de 12 años y generar en la comunidad un cambio de actitud frente al respeto y protección de los mismos. Así mismo impulsar el *Pacto por la Infancia* y proveer de complementación alimentaria a los niños con deficiencias nutricionales, a través del programa *Gota de Leche* (Gobernación de Antioquia, 1998). Se destaca que además de concentrarse en la población infantil, considerando que su estado nutricional “está íntimamente relacionado con el desarrollo físico, intelectual y emocional”, se mencionaron otros grupos de población vulnerables, como los de la tercera edad, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, acceso a los servicios de salud, protección, nutrición y vivienda, entre otros.

⁸ Dirección Seccional de Salud de Antioquia, los datos a 2004 son preliminares.

⁹ Estos casos son la sumatoria de los grupos poblacionales: menores de 1 año y de 1 a 4 años.

En el Plan de Desarrollo 2001 – 2003 “Una Antioquia nueva”, se pretendió “promover el cambio para el desarrollo humano integral equitativo y sostenible, el cual se refiere al mejoramiento continuo en la satisfacción, tanto de las necesidades humanas fundamentales, como de las asociadas con el desarrollo personal, social y cultural, salud, educación, nutrición, seguridad, vivienda, empleo, recreación y justicia para elevar de manera equitativa y permanente la calidad de vida de las personas”. Lo anterior sería fundamental para “disminuir los niveles de pobreza e inequidad que padecen grandes sectores de la población, aumentando principalmente las posibilidades y oportunidades de acceso y la calidad de los servicios de educación, cultura y salud y promoviendo el acceso a un ambiente sano, a una vivienda digna y a mejores niveles de nutrición”. Y se fortalecen las bases para la creación de un tejido humano, en el cual se reactive la participación activa de todos los actores del sistema, los diferentes sectores del desarrollo y la población.

En el Plan de Desarrollo 2004 – 2007 “Una Antioquia nueva. Un hogar para la vida”, se continúa con algunas de las líneas estratégicas del plan anterior, en especial la referente al desarrollo humano integral, equitativo y sostenible. Al buscar disminuir los niveles de inseguridad alimentaria y nutricional en el departamento, se definen metas como “evitar el 100% de las muertes por desnutrición evitables, detectadas en menores de 5 años, mejorar y mantener el estado de nutrición de los menores de 5 años, disminuir en un 10% la muerte por desnutrición en los menores de 5 años”.

En el marco del Plan de Desarrollo 2001-2003 se formuló el Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia –MANÁ–, el cual tendría como objetivo contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de los menores de 14 años y sus familias en los municipios priorizados. (Gobernación de Antioquia, 2002). La importancia de esta acción radica en un intento por cubrir uno de los grupos poblacionales más vulnerables y con mayor presencia de inequidades al interior de las diferentes subregiones del departamento, los pobres según nivel 1 y 2 del Sisben y que no estén cubiertos por otro programa de complementación alimentaria. Lo que se rescata de esta acción es el hecho de intentar que diferentes actores, instituciones y sectores público y privado encaminaran esfuerzos dirigidos hacia un mismo fin, bajo el concepto de multisectorialidad e integralidad. Es así, como se integran los esfuerzos de áreas como la educación, la agricultura, la salud, la política y muchas más, con el objetivo de reducir las muertes por desnutrición en el departamento.

Lo anterior permitió la definición de seis ejes estratégicos que tienen el objetivo común de reducir la tasa de mortalidad en los menores de 5 años por desnutrición en el Departamento. Cada uno de estos ejes tiene sus propias estrategias, acciones y metas separadamente, pero que apuntan al objetivo

general. Sin embargo, es notable el sesgo que tiene la política hacia el eje de complementación alimentaria –una razón para ello es que este es su eje de enganche con la comunidad-. Los demás ejes se encargan de mejorar los hábitos alimenticios a través de la pedagogía (eje de proyectos pedagógicos), de promover el autoconsumo de las familias a través de huertas familiares con el fin de mejorar su seguridad alimentaria (eje de proyectos productivos), de promover el acceso a los servicios de salud (eje de inducción a los servicios de salud), de promover cambios en la protección de los derechos de los niños (eje de pactos por la infancia) y de vigilar la información que permita la toma de decisiones (eje de SISIMANÁ) (Tabla 6).

En cuanto a la cobertura de MANÁ, ésta muestra que tiene mayor presencia en aquellas subregiones en las cuales tiene mayor número de municipios priorizados de tipo A, es decir, en aquellos que debido a sus altas tasas de mortalidad por desnutrición infantil –los del Bajo Cauca y Urabá- requerían de una atención inmediata. Así, en el Gráfico 6 se puede apreciar que son precisamente éstas subregiones las que han obtenido mayor atención en cuanto a la cobertura del eje de complementación alimentaria, aunque los casos de muertes por desnutrición aún no presentan una reducción sustancial en estas zonas (ver Gráfico 6 y tablas 7 y 8) para los recursos invertidos en éstas.

Otra acción de complementación alimentaria que ha venido ejecutándose desde hace muchos años, son los restaurantes escolares del ICBF que benefician a los escolares más necesitados con desayunos y/o almuerzos. Este es un de los programas más exitosos entre la población pobre debido a que permite que los niños pueden obtener una alimentación complementaria a la del hogar en el sitio de estudio, esto permite que los niños no sufran de hambre, por lo menos mientras estudian. Es pues un aporte tanto a la seguridad alimentaria como al aprendizaje.

Parece que existe una relación directa entre la cobertura los restaurantes escolares y las bajas tasas de mortalidad, la primera no parece una acción suficiente para que la última se reduzca considerablemente (Gráfico 8 y tablas 7 y 8). Esto debido tal vez, al hecho de que en muchos hogares los niños sólo reciben los alimentos que los restaurantes les ofrecen en la escuela. Es decir, no es suficiente la implementación de acciones complementaria de alimentos si no se plantean estrategias para reducir la pobreza y las familias puedan acceder a la compra de alimentos.

4. Conclusiones

Antioquia tiene el reto de minimizar el riesgo de desnutrición y las muertes provocadas por ésta, al tiempo que se ocupe de reducir la inequidad que en materia de este fenómeno se está agudizando, con

mayor preocupación al interior de algunas de sus subregiones. Para hacer frente al problema, es importante ahondar en la caracterización local y regional sobre todos los aspectos que influyen, de manera que se tengan en cuenta el nivel de ingresos, los hábitos alimenticios, la composición fisiológica, el nivel educativo, la infraestructura de servicios básicos, algunos aspectos geográficos y el medio ambiente. Además, es fundamental realizar nuevos esfuerzos en materia de información, buscando consolidar un sistema de vigilancia de la seguridad alimentaria y nutricional.

Uno de los aspectos más influyentes en la desnutrición es el acceso a los alimentos o la capacidad de adquirirlos, lo que representa que aquellas regiones o municipios con menor capacidad de compra –o con mayores niveles de pobreza– son precisamente en donde reside la población más vulnerable a sufrir por causas de estos fenómenos. Además, es importante considerar los aspectos culturales y la disponibilidad de alimentos a partir de la producción de subsistencia, de manera que las estrategias y acciones deben consultar las posibilidades de cada población y buscar cómo ellas pueden incrementar su potencial para mejorar la seguridad alimentaria.

Una de las formas para reducir la inequidad en la nutrición podría ser a través de una focalización del problema y las acciones para su solución. Esto debido a que la cultura incide de una manera directa en uso y hábitos alimenticios, aunque esto pasa a un segundo plano cuando las familias no pueden acceder a alimentos nutritivos debido a los bajos o nulos ingresos con los que cuentan. Para esto, el apoyo de estudios como el *Perfil Alimentario* de Antioquia es de vital importancia, así como también permite identificar de manera más exacta los grupos poblacionales más vulnerables o con mayor riesgo de estarlo debido a las diferentes causas asociadas a la desnutrición.

Existen algunos esfuerzos para mejorar el estado nutricional de los menores de 5 años y evitar su muerte por deficiencias nutricionales, dentro de los cuales se destaca el Plan MANÁ que fue formulado como política pública para afrontar el problema de la inseguridad alimentaria y nutricional. Reconociendo su potencial y el tejido social que se está construyendo en torno a él, mediante la participación del gobierno departamental y los municipios, las comunidades, ONG y empresas privadas, es crucial realizar una evaluación del Plan encaminada a garantizar su impacto positivo, ampliar la cobertura y aumentar el apoyo de organismos públicos y privados.

5. Bibliografía

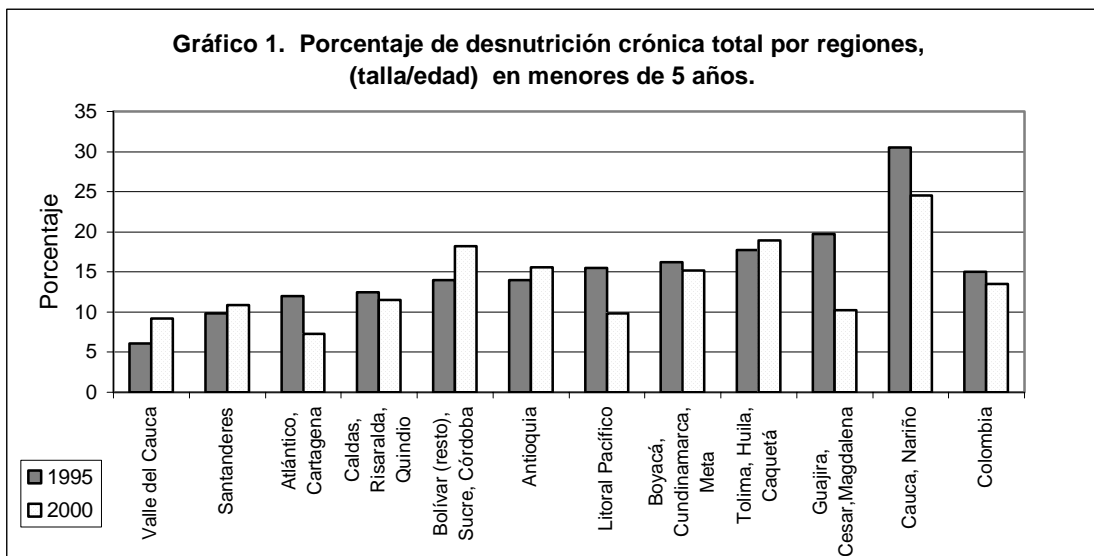
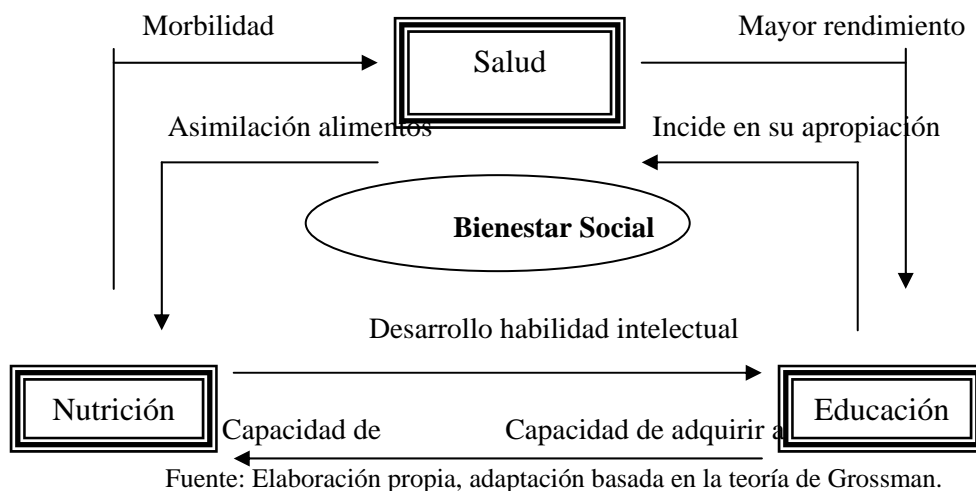
Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. “Bogotá sin hambre. Compromiso Social contra la Pobreza y la Exclusión”, Santafé de Bogotá: 2004. (Documento entregado personalmente por un funcionario en formato impreso).

- ALVAREZ URIBE, Martha Cecilia. “Conceptualización que fundamenta la seguridad alimentaria y nutricional”. En: Unidad fundamentos de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Núcleo de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín: 2001.
- . “Evaluación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional”. En: Unidad fundamentos de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Núcleo de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín: 2001.
- Departamento Administrativo de Planeación de Antioquia. Anuario estadísticos de Antioquia, varios años.
- Departamento Nacional de Planeación. “Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996 – 2005”. Bogotá: 1996.
- . Consejo Nacional del Política Económica y Social -CONPES- 91. “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio 2015”, Bogotá: 14 de marzo de 2005 (versión aprobada).
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Estadísticas de mortalidad por desnutrición, varios años.
- FAO. “Mejora de la seguridad alimentaria en los hogares. En: Conferencia Internacional de Nutrición. Documento temático No 1, Roma. Consultado en: JIMENEZ, Santa. “Curso Seguridad Alimentaria y Nutricional en el contexto político, económico y social. Aspectos conceptuales y operativos sobre seguridad alimentaria y nutricional”, Medellín: septiembre 20 al 24 de 1999. (Sitio en Internet <http://www.fao.org>).
- FLÓREZ, Carmen Elisa. “La equidad en el sector salud: una mirada de diez años”. Documento de trabajo No. 6, Santafé de Bogotá, Fundación Corona – Fundación Ford, 2002.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). “Seguridad alimentaria y nutricional en Antioquia”. En: Observatorio de la Seguridad Social No 9. Universidad de Antioquia, Medellín: 2005.
- GALLEGRO, Juan Miguel. “El estado del arte en economía de la salud”, 1998. Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia, Medellín: 1998.
- . “El corazón teórico de la economía de la salud”. En: Revista OIKOS No 13, Medellín: 2000.
- Gobernación de Antioquia. Plan Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Cartilla mejoramiento alimentario y nutricional de Antioquia, Medellín: 2002 y 2003.
- . “Cuarto Informe de Evaluación. Plan de Desarrollo 2001 – 2003”. Periodo de evaluación enero 1 de 2001 a abril 30 de 2003, Medellín: junio de 2003.
- . “La equidad social en Antioquia. Informe preliminar 2004”, Medellín: enero 31 del 2005.
- . ORDENANZA No 17. “Ordenanza de Seguridad Alimentaria”: Medellín: 2003.
- . “La equidad social en Antioquia”. Consultado en: <http://www.gobant.gov.co> (junio de 2005)
- Gobernación de Antioquia y Escuela de Nutrición y Dietética. “Perfil Alimentario de los Hogares Antioqueños”. (CD-ROOM), Medellín: 2005, adquirido a través de la Oficina de la Gerencia de MANÁ.
- GROSSMAN, Michael. "On the concept of health capital and the demand for health". The journal of Political Economy, volume 80, Univesidad de Chicago, Chicago: (marzo-abril, 1972).
- HERRAN FALLA, Oscar Fernando y PRADA GÓMEZ, Gloria Esperanza. “Geografía, economía y estado de nutrición”. En: Revista UIS-Humanidades, vol. 30, No. 1, Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga: 2001.

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). “Encuesta de Nutrición permitirá el diseño de políticas de seguridad alimentaria”. Consultado en: Sitio Internet: www.icbf.gov.co (noviembre de 2004).
- . “Encuesta Nacional de la Situación Nutricional y de Consumo de Alimentos, Colombia 2005”. Consultado en: Sitio Internet: www.icbf.gov.co (noviembre de 2004).
- JIMENEZ, Santa. “Curso Seguridad Alimentaria y Nutricional en el contexto político, económico y social. Aspectos conceptuales y operativos sobre seguridad alimentaria y nutricional”, Medellín: septiembre 20 al 24 de 1999.
- Ministerio de Protección Social. “Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional” (versión preliminar IX), Bogotá: enero 2005.
- Mushkin, Selma. “Hacia una definición de la economía de la salud”, 1962. Traducido por RESTREPO, Jairo Humberto en: Revista Lecturas de Economía No 51, Medellín: 1998.
- OBSERVAR. “Encuesta de Calidad de Vida 2003. Antioquia en alto contraste”. Informe de Coyuntura Social No. 13, Medellín, diciembre de 2004.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). “Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana”.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). “Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro”.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Hoja resumen sobre desigualdades en salud”, División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de Políticas Públicas y Salud, agosto de 2001.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Nuevos Rumbos para la salud en las Américas. Informe cuadrienal del Director 2002”.
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Santafé de Bogotá: varios años (1995 y 2000).
- RESTREPO, Jairo Humberto. “nombre del artículo”. Citado por: GALLEGO, Juan Miguel. “El corazón teórico de la economía de la salud”. En: Revista OIKOS No 13, Medellín: 2000.
- RESTREPO, María Teresa. “Indicadores antropométricos en la evaluación del estado nutricional del menor de 5 años”. En el libro: Temas sobre alimentación. Tercera Edición, Editorial Universidad de Antioquia, Medellín: 2003.
- SEN, Amartya. *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta, Tercera Edición, Bogotá: 2000.
- . “Los bienes y la gente”. En: Revista Comercio Exterior, vol 50, No. Especial de aniversario II, México: septiembre, 2000.
- Secretaría de Solidaridad de Medellín y Escuela de Nutrición y Dietética. “Clasificación antropométrica del estado nutricional de los usuarios de restaurantes escolares”, Medellín, 2002.
- TEJIENDO VOLUNTADES. Experiencias de Antioquia en gestión de políticas públicas con participación social 2001 – 2003. “MANÁ, por una política de seguridad alimentaria y nutricional”. Medellín, 2004.
- World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*.

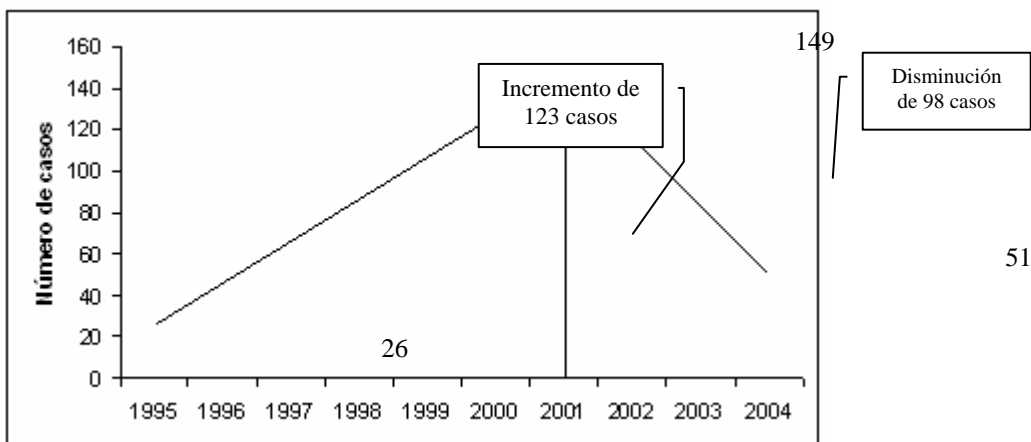
ANEXOS

Esquema 1. Salud, nutrición y educación en el bienestar social



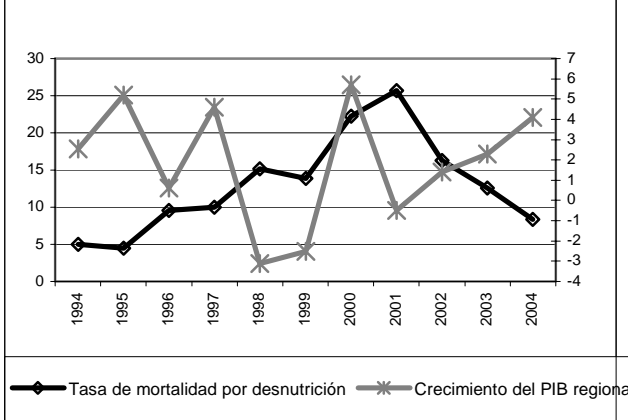
Fuente: PROFAMILIA, 1995 y 2000.

Gráfico 2. Antioquia: casos de mortalidad por desnutrición, 1995 – 2004



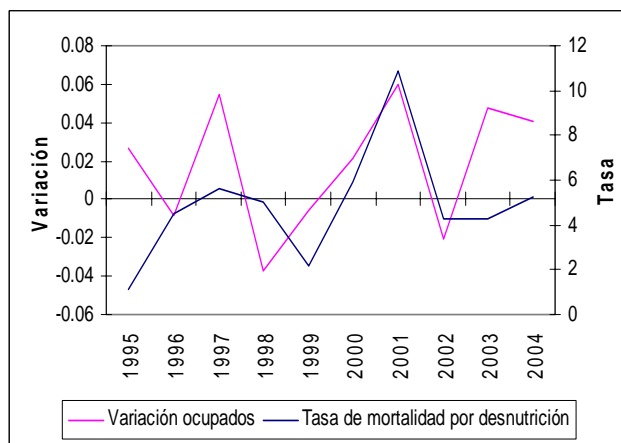
Fuente: Registros de Mortalidad del DANE.

Gráfico 3a. Relación crecimiento PIB y la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Antioquia

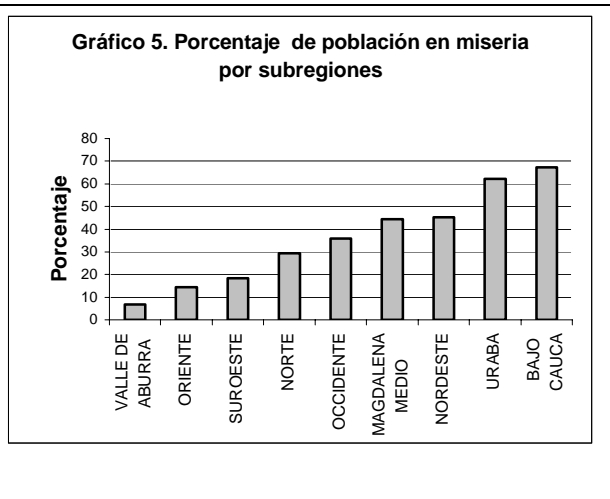
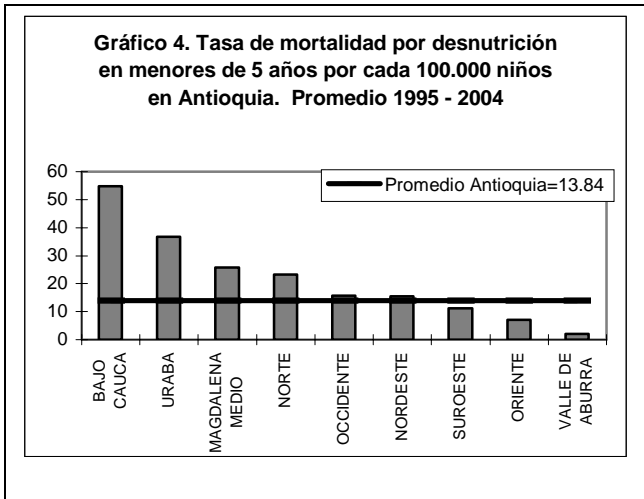


Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Dane y Cámara de Comercio de Medellín.

Gráfico 3b. Variación número de ocupados Valle de Aburrá vs. Tasa de mortalidad por desnutrición Medellín.

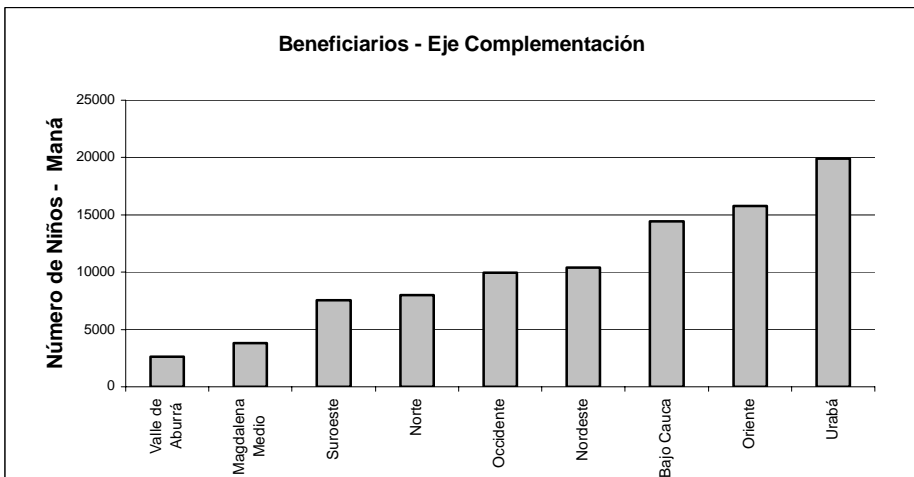


Fuente: Registros de Mortalidad Dane. Ocupados: Dane, Encuesta Nacional de Hogares (1995-200), Encuesta Continua de Hogares (2001-2004).



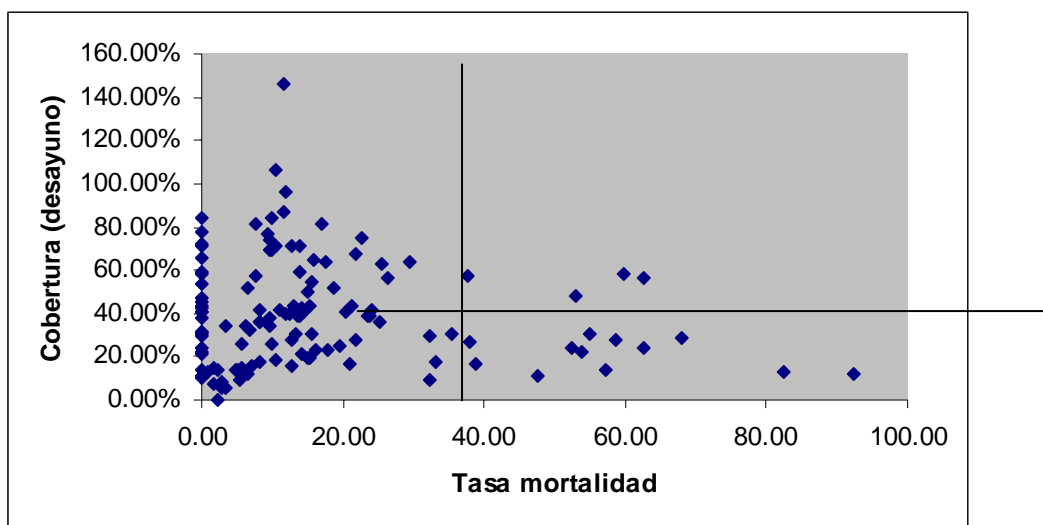
Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia Fuente: Departamento Administrativo de Planeación.

Gráfico 6. Beneficiarios del eje de complementación nutricional por subregiones, 2004.



Fuente: Gobernación de Antioquia. Rendición de Cuentas, julio de 2004.

Gráfico 7. Antioquia: cobertura restaurantes escolares (desayuno) en 2003 vs. tasa de mortalidad por desnutrición promedio 1995 – 2004. (Por municipios).



Fuente: Registros de Mortalidad Dane y Anuario Estadístico de Antioquia

Tabla 1. Clasificación del estado nutricional, según NCHS

Estado nutricional	Unidades de desviación Estándar
Obesidad	> + 2
Exceso	> + 1
Adecuado o normal	-1 a +1
Riesgo leve	-2 a < -1
Riesgo moderado	> -3 a < -2
Riesgo severo	< -3

Fuente: Secretaría de Solidaridad de Medellín, 2002.

Tabla 2. Panorama internacional – seguridad alimentaria y nutrición

Año	Evento	Objetivo
1990	Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, Nueva York – Estados Unidos	<u>Reducir</u> : mortalidad infantil en una tercera parte, mortalidad materna en 50%, desnutrición grave y moderada en niños menores de cinco años en 50% y deficiencia de hierro y yodo fundamentalmente en mujeres y niños.
1992	Conferencia Internacional sobre Nutrición, Roma – Italia	<u>Eliminar</u> : las muertes por hambre, deficiencia de yodo y vitamina A, deficiencias nutricionales crónicas y enfermedades derivadas del consumo de una dieta inadecuada.
1993	Cumbre de Presidentes Centroamericanos, Caracas – Venezuela	<u>Acoger</u> : la iniciativa regional para la seguridad alimentaria y nutricional, con instrucción a las autoridades para formular planes de nutrición.
1995	Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social – Copenhague	<u>Reducir</u> : la malnutrición grave y moderada en los niños menores de cinco años al 50% de las cifras de 1999, lograr la SAN en el plano nacional.
1996	Cumbre Mundial sobre la Alimentación, Roma – Italia	<u>Erradicar</u> : el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición en el plazo de un decenio.
2000	Cumbre del Milenio, Nueva York – Estados Unidos	<u>Erradicar</u> : la pobreza extrema y el hambre (Objetivo 1 de desarrollo del milenio).
2001	Cumbre Mundial de Alimentación “Cinco Años Después”, Roma – Italia	<u>Corroborar</u> : la necesidad de disminuir la pobreza y el hambre.

Fuente: Elaboración propia, reproducido de GES (2005).

Tabla 3. Clasificación del estado nutricional en algunos grupos poblacionales en Antioquia

Clasificación del estado nutricional de los antioqueños												
Grupo poblacional	Desnutrición Crónica (%)				Desnutrición Global (%)				Desnutrición Aguda (%)			
	Leve	Moderada	Severa	Total	Leve	Moderada	Severa	Total	Leve	Moderada	Severa	Total
entre 0 y 5 años	28	14	4.3	46.3	26	9.8	3.2	39	13.3	3.2	1.2	17.7
de 6 a 10 años	33.4	14.1	3.5	51.9	30.3	9.5	2.3	42				
de 11 a 20 años	25	18	7.8	51								

Fuente: Perfil Alimentario de los Hogares Antioqueños (Gobernación de Antioquia, 2005).

Tabla 4. Grado de seguridad alimentaria (escala de percepción, según lugar de residencia)

Grado de seguridad	Lugar de residencia					
	Urbana		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
Seguridad alimentaria	242	28,0	140	18,0	382	24,0
Inseguridad alimentaria leve	440	51,0	447	58,0	887	55,0
Inseguridad alimentaria moderada con hambre	146	17,0	147	19,0	293	18,0
Inseguridad alimentaria severa con hambre	28	3,3	34	4,4	62	3,8
Total inseguridad ¹	614	72,0	628	82,0	1242	77,0
Total	856	100,0	768	100,0	1624	100,0

¹: Diferencia de proporciones. p= 0,00*

* p < 0,05 indica diferencias estadísticamente significativas

Fuente: Perfil Alimentario de los Hogares Antioqueños, (Gobernación de Antioquia, 2005).

Tabla 5

Casos y tasas de mortalidad por desnutrición por subregión, en algunos grupos poblacionales												
Tasa por cada 100.000 habitantes												
Subregión	menor de 1 año				1 – 4 años				85 o más años			
	2003		2004*		2003		2004*		2003		2004*	
	tasa	casos	tasa	casos	Tasa	casos	tasa	casos	Tasa	casos	tasa	casos
Valle de Aburrá	9.49	2	4.61	1					60.98	3	39.87	2
Bajo Cauca	199.97	13	196.02	13	20	5	15.66	4			204.5	1
Magdalena Medio	93.2	2	138.95	3			23.38	2	280.11	1		
Nordeste			21.67	1	5.68	1			151.98	1		
Norte	74.35	5	14.74	1	11.86	3	7.85	2			93.81	1
Occidente	71.3	4			9.11	2			80.78	1		
Oriente	21.23	3	7.01	1	3.78	2			81.2	2		
Suroeste	10.54	1			2.72	1					60.68	1
Urabá	98.66	14	82.71	12	16.52	9	3.59	2	308.64	3	103.4	1
Medellín	12.9	5	17.86	7	2.01	3			119.38	11	64.38	6
Total Departamento	39.77	49	32.01	40	5.49	26	2.08	10	95.2	22	51.8	12

* son datos preliminares a agosto de 2004.

Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Tabla 7. Antioquia: muertes por desnutrición, 1995 y 2004

Región	1995		2004	
	Casos	Participación	Casos	Participación
Magdalena medio	1	3.8%	2	3.9%
Bajo cauca	4	15.4%	13	25.5%
Urabá	6	23.1%	14	27.5%
Nordeste	4	15.4%	2	3.9%
Occidente	1	3.8%	2	3.9%
Norte	3	11.5%	4	7.8%
Oriente	2	7.7%	0	0.0%
Suroeste	3	11.5%	2	3.9%
Valle de Aburrá	2	7.7%	10	19.6%
Total	26		51	

Fuente: Registros de Mortalidad Dane

Tabla 8. Antioquia: comportamiento de las muertes por desnutrición, 1995 – 2004

Región	Aumento de casos 1995 – 2001	Participación en el total	Reducción 2001 – 2004	Participación en el total
Magdalena medio	4	3.3%	3	3.1%
Bajo Cauca	32	26.0%	23	23.5%
Urabá	46	37.4%	38	38.8%
Nordeste	0	0.0%	2	2.0%
Occidente	6	4.9%	5	5.1%
Norte	5	4.1%	4	4.1%
Oriente	1	0.8%	3	3.1%
Suroeste	6	4.9%	7	7.1%
Valle de Aburrá	22	17.9%	14	14.3%
Total	123		98	

Fuente: Registros de Mortalidad Dane

Tabla 6. Plan MANÁ. Objetivos, Acciones y Logros según ejes

Nombre del Eje	Objetivo	Acciones/Estrategias	Logros a 2002
Complemento nutricional	Busca mejorar y/o mantener el estado nutricional de los grupos vulnerables de las familias usuarias	Organizar la comunidad en asocio con las administraciones municipales y el ICBF.	Entrega de 7.100.000 refrigerios. 53.982 niños beneficiados.
Inducción a los servicios de salud	Promover el acceso a los servicios de salud, a través de la formación, atención, investigación y actualización.	Inducción a la oferta y demanda de servicios de salud.	Entrega de micronutrientes a 600 madres gestantes. Capacitación y sensibilización de 750 funcionarios de salud y líderes comunitarios.
Pactos por la infancia	Promover cambios en la protección de los derechos de los niños a partir de la formación de agentes multiplicadores.	Capacitación de líderes comunitarios, capacitación a padres de familia en buen trato y el fortalecimiento a las redes de infancia, implementación de acciones pedagógicas sobre derechos de la infancia con énfasis en el afecto y la alimentación.	Sensibilización y capacitación de 30 consejos de política social. Sensibilización de 47 municipios en derechos y deberes de alimentación y buen trato.
Proyectos productivos	Mejorar los hábitos alimenticios y nutricionales mediante el aumento de la producción local de alimentos.	Establecimiento de sistemas productivos – huertas- familiares, escolares y comunitarias	Capacitación de 1280 familias en hábitos saludables, gestión empresarial, técnicas agropecuarias y estilos de vida saludable en 240 veredas del Departamento.
Proyectos pedagógicos	Actualizar los procesos educativos institucionales.	Fortalecimiento de la comunidad educativa a través de la actualización de los planes de estudio, sus proyectos son la formación en diseño curricular integrado, gestión empresarial, técnicas agropecuarias entre otros.	Montajes de 363 huertas escolares. Capacitación de 30.000 escolares en hábitos alimentarios. Formación en técnicas agropecuarias de 1640 agentes educativos.
Sistema de vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISMANA.	Construir e implementar de un sistema de vigilancia departamental que brinde información para la toma de decisiones (ese eje sólo empezó a funcionar como sistema en febrero de 2005).	Conformación de comités municipales para el diseño, implementación y desarrollo del SISVAN.	Seguimiento nutricional de 53.980 menores de 5 años en 32 municipios del Departamento.

Fuente: Gobernación de Antioquia. Plan Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Cartilla: Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia