

ESTRATEGIA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA DEL
PROGRAMA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

ESTEBAN DANIEL GOMEZ ROBAYO

CAMILA ANDREA RIAÑO OSPINA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

FUCULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

PRACTICAS PROFESIONALES SOACHA, CUNDINAMARCA

2017

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
MARCO CONCEPTUAL.....	6
MARCO CONTEXTUAL.....	11
ESTRATEGIA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA.....	14
OBJETIVOS.....	17
PLAN DE ACCIÓN.....	19
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	31
ANEXOS.....	32

INTRODUCCION

Según el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la desnutrición infantil tiene una serie de consecuencias negativas en distintos ámbitos, entre ellas destacan los impactos de morbilidad, educación y productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Un indicador central del nivel de vida de la población de un país lo constituye el nivel de desnutrición de los menores de 5 años.

De lo anterior surge la necesidad de intervenir mediante una estrategia que mejore las condiciones de nutrición en menores de 5 años, implementando la estrategia de Recuperación Nutricional en la primera Infancia en el Municipio de Soacha, brindando un complemento nutricional a las madres gestantes, las madres lactantes y a los niños y niñas mayores de 6 meses - menores de 5 años.

El presente documento se realiza con el fin de fortalecer la estrategia “Recuperación Nutricional en la Primera Infancia” llevado a cabo en el programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Municipio de Soacha, coordinada desde la Secretaria de Desarrollo Social y Participación Comunitaria.

Desde el quehacer del profesional de Trabajo Social, se pretende brindar herramientas que apoyen la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia, como lo son los talleres de capacitación y educación dirigidos a las madres gestantes, madres lactantes y acudientes de los menores de 5 años del municipio, dando el cumplimiento de los objetivos planteados a partir del plan de acción propuesto.

JUSTIFICACION

Es muy elevado el riesgo de muerte y de graves limitaciones en su desarrollo para los niños y niñas, desnutridos menores de 5 años. Muchos de estos niños y niñas desnutridos de hoy no recibieron los beneficios de la leche materna o pertenecen a familias desplazadas por la violencia. Es frecuente la presencia de mujeres desnutridas en estas familias, las cuales también tienen serios obstáculos para cuidar higiénicamente a los bebés y para brindarles la atención general requerida, incluyendo la adecuada preparación de los alimentos. (UNICEF, 2002)

El Análisis de Situación de la Salud (ASIS) es un instrumento sumamente importante para la planeación y la construcción de conocimiento de diferentes procesos que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la población del Municipio de Soacha, de ahí, se evidencia las cifras de muertes por desnutrición y deficiencias nutricionales, por esta causa han muerto 11 menores en el periodo 2005 a 2014, encontrando que la mayoría de muertes se presentaron en menores de un año (7 muertes), lo que evidencia la necesidad de fortalecer prácticas protectoras como la lactancia materna exclusiva y la adecuada implementación de la alimentación complementaria. A su vez las muertes por enfermedades endocrinas, nutricionales, y metabólicas causaron el fallecimiento de 6 menores de cinco años, entre los años 2005 a 2014, 4 menores de un año y 2 menores entre uno y cuatro años. En total por enfermedades endocrinas y nutricionales fallecieron 17 menores de cinco años, al realizar análisis de la tendencia con respecto al número de muertes, se evidencia una tendencia a la disminución. (ASIS, 2016)

La desnutrición es una causa que parte de la vulnerabilidad, ya que es el conjunto de condiciones internas de una persona, de una familia o de una comunidad que la hacen susceptible, en mayor o

en menor medida, a los riesgos de su contexto o que le impiden reaccionar a un determinado peligro. (Organización Internacional para las Migraciones, 2009)

Con lo anterior, la Secretaria de Desarrollo Social y Participación Comunitaria de la Alcaldía Municipal de Soacha, maneja en el programa Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia. Esta estrategia le apunta a la recuperación y al mejoramiento del estado nutricional de niños y niñas mayores de 6 meses - menores de 5 años, madres gestantes y madres lactantes del municipio.

Enfatizando en la importancia de la buena nutrición a partir del periodo gestacional, el periodo de la lactancia materna y los primeros años de vida, ya que es una etapa crítica en el desarrollo del infante, en la parte física (afectando su talla y peso en el crecimiento) y en la parte cognitiva (momentos claves para el aprendizaje y desarrollo de habilidades y destrezas), sino se tiene una adecuada alimentación se pueden tener problemas a futuro difíciles de resolver. A su vez en este ciclo de vida se crean hábitos alimentarios que el menor retoma hasta su adultez.

MARCO CONCEPTUAL

Para dar paso a los objetivos de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia se hace aclaración en el concepto de **MALNUTRICION**, el cual engloba tanto la situación de excesos alimenticios como de deficiencias. En el primer caso se tendría la hipernutrición, que tiene su más evidente expresión en la obesidad y subnutrición, que tiene su más evidente expresión en la desnutrición. (Verdú, 2005)

La **DESNUTRICION** se define como el estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Se encuentran tres tipos de desnutrición: 1. Desnutrición aguda: Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. 2. Desnutrición crónica: Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico. 3. Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$) que se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio. (Política Pública Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2007)

A su vez se manejan conceptos claves en la parte alimentaria y nutricional, definiendo **SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL** dada en los documentos de la Política Pública Nacional y Departamental, entendiéndose como las acciones intersectoriales e integrales que permitan “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo

condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa.”(Política Publica SAN Departamental, 2015).

Al desglosar esta definición surgen cinco conceptos a tratar, a su vez han sido definidos en el documento de la Política Publica Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el primero de ellos es la **DISPONIBILIDAD** de los alimentos, entiéndase como “la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local, está relacionada con el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación, está determinada por: la estructura productiva (agropecuaria, agroindustrial), los sistemas de comercialización internos y externos, los factores productivos, (tierra, crédito, agua, tecnología, recurso humano), las condiciones eco-sistémicas (clima, recursos genéticos y biodiversidad), las políticas de producción y comercio, y las tenciones sociopolíticas (relaciones económicas, sociales y políticas entre actores)” (Política Publica SAN Departamental, 2015).

Otro concepto relevante es el **ACCESO** al alimento, entendido como “la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación balanceada y saludable, a su vez se refiere a los alimentos que puede obtener o adquirir una familia, una comunidad o un país; sus determinantes básicos son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos” (Política Publica SAN Departamental, 2015).

El tercer término a tratar es el **CONSUMO**, refiriendo a “los alimentos que consumen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas, sus determinantes son: la cultura, los patrones, los hábitos alimentarios, la educación

alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia” (Política Publica SAN Departamental, 2015).

También se menciona la **CALIDAD E INOCUIDAD** de los alimentos, haciendo alusión al “conjunto de características de los alimentos que garantizan que son aptos para el consumo humano, que exigen el cumplimiento y una serie de condiciones y medidas necesarias mediante la cadena agroalimentaria hasta el consumo y aprovechamiento de los mismos, asegurando que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, químico o físico) que menoscabe la salud” (Política Publica SAN Departamental, 2015).

El último de estos cinco conceptos es el **APROVECHAMIENTO O UTILIZACIÓN BIOLÓGICA** de los alimentos, haciendo referencia a “cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y como los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo, sus principales determinantes son: el medio ambiente, el estado de salud de las personas, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso de salud, agua potable, saneamiento básico y fuentes de energía” (Política Publica SAN Departamental, 2015).

Para delimitar la población a la que va dirigida la estrategia se define **MADRE GESTANTE**, haciendo referencia a la mujer que lleva en su vientre al bebé en la etapa de formación y hasta el momento de dar a luz. Este periodo va desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalentes a 9 meses calendario (Berbegal, 2011).

También se define **MADRE LACTANTE**, el cual hace referencia a la mujer que está alimentando al bebé con leche de su seno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) definen la lactancia como “una forma inigualable de facilitar

el crecimiento y el desarrollo correcto de los niños”. El periodo de lactancia debe de ser exclusivo durante los primeros 6 meses del recién nacido, la OMS y Unicef recomiendan seguir amamantando junto con otros alimentos hasta un mínimo de 2 años, no hay un límite de tiempo para la duración de la lactancia (Berbegal, 2011).

La **PRIMERA INFANCIA**, hace referencia al primer ciclo de vida (abarca el periodo de la gestación hasta los cinco años), en esta etapa el niño o niña desarrolla sus habilidades y capacidades, se produce el lenguaje. (Field, 2004).

El concepto de **VULNERABILIDAD** se puede definir como la situación de riesgo en el que se encuentra un individuo, una familia o una comunidad. El Banco Mundial (2001) ha identificado varios tipos de vulnerabilidad de los sectores más pobres los cuales están vinculados con la salud, ingreso, violencia, delincuencia, deserción escolar, desastres naturales y en los niveles de participación en la toma de decisiones. Una persona es menos vulnerable cuando tiene más recursos o mayores activos para hacerle frente a suplir las necesidades básicas. Los activos comprenden los siguientes aspectos: los activos físicos (medios de vida; vivienda, animales, recursos naturales, bienes durables para el hogar y el transporte familiar), activos financieros (ahorro monetario y créditos disponibles), activos humanos o capital humano (educación y salud) y los activos sociales o capital social (intangibles; redes y relaciones personales).

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) presenta una propuesta metodológica para la definición de Vulnerabilidad en el sentido que se viene plantando alude a situaciones de debilidad, de precariedad en la inserción laboral, de fragilidad en los vínculos relacionales; situaciones éstas en las que se encuentran, en mayor o en menor medida una diversidad de grupos sociales y no solo los que se definen como pobres según las mediciones usuales. Este universo formaría parte del espacio donde se inscriben las distintas pobreza e

integraría algunas de las dimensiones de las mismas, pero vulnerabilidad no se agota en pobreza, más bien la incluye. (OIM, 2009)

Para concluir con la definición de vulnerabilidad se retoma a los autores Perona, Crucella y Rocchi: “es una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar – en tanto en subsistencia y calidad de vida – en contextos socio históricos y culturalmente determinados”. (2009)

MARCO CONTEXTUAL

Según un boletín de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) es imprescindible considerar la desnutrición crónica (déficit de talla para la edad) como indicador adicional al de desnutrición global (déficit de peso para la edad) incluido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En América Latina la desnutrición crónica afecta a 8.8 millones de niños menores de 5 años (16%) y refleja la acumulación de consecuencias de la falta de una alimentación y nutrición adecuadas durante los años más críticos del desarrollo de los niños, desde la etapa intrauterina hasta los 3 primeros años. Sus efectos son, en gran medida, irreversibles y se relacionan estrechamente con la extrema pobreza. La situación es particularmente grave en los países Centro Americanos y Andinos. Guatemala presenta la cifra más alta de la región, que supera los promedios de Asia y África. En cambio, los países del Caribe no registran diferencias significativas entre la nutrición global y crónica. (Boletín CEPAL y UNICEF, 2006)

A nivel nacional la práctica de la lactancia materna exclusiva ha venido aumentando, ya que paso de 11% del periodo 1995-2000 a 26% en el quinquenio 2000-2005, es importante resaltar que aun el 53% de los menores de 6 meses no recibe esta atención. En Colombia la licencia de maternidad es de 18 semanas a lo que equivale a 4 meses y medio, esto se decreta con otras disposiciones en la ley 1822 del 4 de enero del 2017. Por su parte, la duración mediana de la lactancia materna con alimentación complementaria paso de 13 meses a 14.9 para el 2005. En Colombia, el inicio temprano de la lactancia materna es del 49% dentro de la media hora siguiente del parto aunque se espera que por lo menos el 80% de los niños y las niñas sean colocados en contacto directo con sus madres. (Política Pública de la Primera Infancia, 2007)

En el 2005, el 12,1% del total de menores de 5 años del país presento desnutrición crónica o retardo en el crecimiento. Este hecho se relaciona con la situación de exclusión y pobreza. Son los menores de 3 años, periodo clave del desarrollo en el cual el cerebro infantil se encuentra en crecimiento, de allí la importancia del amamantamiento. Finalmente, la tasa de desnutrición global en la que se combinan efectos de corto y largo plazo, ascendió a 7% del 2005, presentándose los niveles más altos en la Guajira con 15%, Boyacá y Córdoba con tasas alrededor del 12%. (Política Pública de la Primera Infancia, 2007)

La región de la Costa Pacífica es la que más concentra menores de 5 años que sufre de desnutrición crónica, allí, el porcentaje de madres lactantes en forma exclusiva durante los primeros 6 meses solo era el 12% en el 2000, lo cual revela la dificultad de cambiar prácticas culturales que se instalaron en los años 60 y 70 por la presión de las industrias productoras de alimentos infantiles. Es fundamental que las autoridades nacionales mejoren y mantengan la vigilancia, el control, la calidad y la estricta reglamentación sobre comercialización de productos sustitutos de la leche materna. Pero las autoridades locales tienen la mayor responsabilidad para educar a las familias sobre lactancia materna exclusiva, el monitoreo de crecimiento y el buen uso de los alimentos disponibles localmente. Todos los servicios de salud deben adecuarse a los estándares de la iniciativa “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia” (IAMI) para evitar que se instalen graves errores alimenticios desde el comienzo de la vida. Las madres, los niños y niñas desplazados requieren atención especial aplicando la Ley 387 de julio de 1987 que obliga al Estado a ofrecer servicios de salud y apoyo nutricional para ellos. (UNICEF, 2002)

A nivel Municipal el ASIS, hace el análisis de desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez muestra que Soacha tiene peor desempeño que el Departamento de Cundinamarca en los indicadores de mortalidad materna (42.94 vs 65.41), y mortalidad por Desnutrición en menores

de 5 años (1.25 vs 4.24). Las tasas de mortalidad neonatal e infantil no presentan diferencias estadísticamente significativas al comparar con las tasas registradas para el departamento. (ASIS, 2016)

ESTRATEGIA RECUPERACION NUTRICIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA

En la Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia” (2007), se menciona que los niños y niñas no solamente deben estar al cuidado de las madres, sino que también los padres y la red de apoyo familiar lo deben de estar (tíos, abuelos, etc.), de igual forma el Estado debe velar por los derechos de los menores y atender a la problemática de la desnutrición para asegurar el desarrollo integral de los niños/as y a su vez garantizar el desarrollo del país.

El Objetivo de esta Política es: Promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años de edad respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al logro de la equidad e inclusión social en Colombia. (Política Pública de Primera Infancia, 2007)

La estrategia va dirigida a niñas y niños mayores de 6 meses – menores de 5 años con desnutrición global, madres gestantes con bajo peso para la edad gestacional y madres lactantes en condiciones de vulnerabilidad, evidenciado los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), que comprende las puntuaciones, desde 0.00 a 47.99 puntos en el nivel 1 y 48.00 a 54.86 puntos en el nivel 2 (estas puntuaciones las otorgan el SISBEN con base a la condición socioeconómica familiar), o carta censal que reconoce a la persona como víctima del conflicto, ambos documentos deben estar certificados como habitante del Municipio de Soacha.

La estrategia cuenta con un diagrama de flujo para su buen funcionamiento y cumplimiento, en el cual se resaltan 6 fases en el proceso: la primera fase es la convocatoria, se realiza con el fin de que la comunidad se entere de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia; la

segunda fase es el registro, en esta parte la comunidad debe presentarse con la siguiente documentación, en las fechas estipuladas;

Para los menores entre 6 meses y 5 años de edad:

*Registro civil de nacimiento.

*Copia del documento de identidad (Tarjeta de Identidad o Cedula de Ciudadanía.) del acudiente del menor.

*Puntaje del SISBEN nivel 1 y 2 o la carta censal de víctima, certificando que es habitante del Municipio de Soacha.

*Copia del carnet de crecimiento y desarrollo (Máximo 1 mes de vigencia).

Para las madres gestantes y lactantes:

*Diagnóstico médico del estado nutricional que certifique bajo peso o riesgo nutricional.

*Copia de la cedula de ciudadanía o tarjeta de identidad.

*Puntaje del SISBEN nivel 1 y 2 o la carta censal de víctima, certificando que es habitante del Municipio de Soacha.

Estos datos se verifican en las páginas del: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y en la Administración de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en el cual se puede verificar la puntuación y vigencia del SISBEN de la persona y si pertenece al régimen subsidiado o contributivo de salud, para las madres gestantes se verificara su peso en la página NATALBEN, que corresponde al peso ganado durante el periodo de gestación (el aumento corresponde a un1kg por mes), luego se diligencia el formato de entrevista (anexo 1) siendo utilizado como una herramienta para profundizar el concepto de vulnerabilidad y se realiza el tamizaje a los niños y niñas mayores de 6 meses- menores de 5 años con base a los patrones de crecimiento infantil de la OMS (anexo 2);

la tercera fase es, capacitación y educación, se capacita a las madres gestantes, madres lactantes y acudientes de los menores de 5 años para que conozcan los elementos básicos sobre seguridad alimentaria y nutricional en la primera infancia (disponibilidad, acceso, consumo, calidad e inocuidad, aprovechamiento y utilización biológico del alimento) y la importancia a corto, mediano y largo plazo de la lactancia materna (los talleres se encuentra digital; power point); la cuarta fase es la focalización, en esta etapa se define a los beneficiarios que van a ser parte de las entregas con base a la capacidad de cupos, que cumplan con la fase de registro y con la asistencia a las capacitaciones; la quinta fase es la entrega de los complementos nutricionales a las personas previamente seleccionados con el cupo; la última fase es la evaluación, donde se observa el desempeño de la estrategia con base a los indicadores planteados por cada una de las actividades en los objetivos, a su vez se evalúa el proceso de la estrategia con la encuesta de satisfacción realizada a los beneficiarios (anexo 3), de esta forma se verificara y realizaran los ajustes pertinentes en el próximo ciclo de la estrategia del programa.

OBJETIVO GENERAL DE LA ESTRATEGIA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA

Contribuir a la recuperación y al mejoramiento del estado nutricional de niños y niñas mayores de 6 meses - menores de 5 años, madres gestantes y madres lactantes en el Municipio de Soacha, Cundinamarca.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA ESTRATEGIA RECUPERACION NUTRICIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA

- Convocar a las madres gestantes, madres lactantes y acudientes de los menores de 5 años del Municipio de Soacha a la inscripción de la estrategia Recuperación Alimentaria y Nutricional en la primera infancia.
- Registrar a las madres gestantes, madres lactantes y a los niños y niñas mayores de 6 meses - menores de 5 años de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia del Municipio de Soacha, para una previa verificación de cumplimiento de criterios.
- Capacitar a las personas postuladas para la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia del Municipio de Soacha en temas de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

- Focalizar a los beneficiarios que van a ser parte de la estrategia con base al cumplimiento de criterios y asistencia a las capacitaciones.
- Entregar los complementos nutricionales correspondientes a las personas beneficiarias de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia del Municipio de Soacha.
- Evaluar el proceso de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia llevado a cabo en el Municipio de Soacha, anualmente.

PLAN DE ACCION

OBJETIVO GENERAL	Contribuir a la recuperación y al mejoramiento del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años de edad, madres gestantes y madres lactantes en el Municipio de Soacha, Cundinamarca.
------------------	--

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	TECNICA	RECURSOS	INDICADORES
1. Convocar a las madres gestantes y madres lactantes y acudientes de los menores de 5 años del Municipio de Soacha a la inscripción de la estrategia Recuperación	Pasa la voz.	*Identificar a los líderes comunitarios. *Dar la información correspondiente de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia.	Voz a voz.	*Recurso humano (Profesionales del programa SAN) *Recurso físico (Instalaciones del programa SAN-	Número de líderes comunitarios a los que se les dio la información.

<p>Alimentaria y Nutricional en la primera infancia.</p>		<p>*Los líderes comunitarios se encargaran de transmitir la información en las juntas de acción comunitaria u otros espacios barriales.</p>		<p>Familias en Acción)</p>	
	<p>Ojo al cartel.</p>	<p>*Identificar los lugares estratégicos. *Realizar los carteles informativos. *Publicar los carteles.</p>	<p>Murales comunitarios.</p>	<p>*Recurso humano (Equipo de trabajo-SAN) *Recurso físico (Papel periódico, cartulina, temperas, pinceles, marcadores, cinta)</p>	<p>Número de carteleras que se publicaron.</p>

	Radio infórmate.	<p>*Identificar las emisoras activas y disponibles en el municipio de Soacha.</p> <p>*Dar la información correspondiente sobre la estrategia por este medio.</p>	Espacios Radiales	<p>*Recurso humano (Locutores)</p> <p>*Recurso físico (emisora)</p>	Número de emisoras que se visitaron.
2. Registrar a las madres gestantes, madres lactantes y mayores de 6 meses - menores de 5 años de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia del	Te esperamos	<p>* Los funcionarios del programa SAN reciben los documentos solicitados (mencionados en el diagrama de flujo).</p> <p>*Verifican los datos en las plataformas (SISBEN, ADRES y NATALBEN).</p>	Recepción de usuarios.	<p>*Recurso humano (Funcionarios del programa SAN).</p> <p>*Recurso físico (Computador, internet)</p>	Número de personas que entregan documentos.

<p>Municipio de Soacha, para una previa verificación de cumplimiento de criterios.</p>					
	<p>Test de vulnerabilidad.</p>	<p>*Diligenciar el formato de encuesta (anexo 1) a los usuarios que cumplen con los documentos solicitados por el programa SAN. *Medir el grado de vulnerabilidad con el resultado de la encuesta.</p>	<p>Encuesta.</p>	<p>*Recurso humano (Funcionarios del programa SAN). *Recurso físico (Computador, internet)</p>	<p>Número de encuestas realizadas.</p>
	<p>Evalúemos el estado nutricional.</p>	<p>*Realizar el tamizaje a niños y niñas mayores de 6 meses menores de 5 años</p>	<p>Tamizaje</p>	<p>*Recurso humano</p>	<p>Número de personas a las que</p>

		con base a los patrones de crecimiento infantil (Anexo 2).		(Funcionarios del programa SAN). *Recurso físico (Computador, internet, cinta métrica, bascula, planillas-patrones de crecimiento, esferos)	se les realizo el tamizaje.
3. Capacitar a los beneficiarios de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia del Municipio de Soacha en temas de Seguridad	Complementación alimentaria a partir de los seis meses de edad. (capacitación dirigida al Tipo	*Citar a los beneficiarios de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia. *Dictar el taller sobre complementación	Taller	*Recurso humano (Profesionales del programa SAN). *Recursos físicos	Número de personas que asistieron al taller.

Alimentaria y Nutricional.	1: 6 meses - 24 meses)	alimentaria a partir de los seis meses de edad. (el taller se encuentra digital; power point)		(Instalaciones del programa SAN – Familias en Acción, sillas y mesas).	
	Hábitos alimentarios para los menores de 2 a 5 años. (capacitación dirigida al Tipo 2: 25 meses - 60 meses)	*Citar a los beneficiarios de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia. *Dictar el taller sobre hábitos alimentarios para los menores de 5 años. (el taller se encuentra digital; power point)	Taller	*Recurso humano (Profesionales del programa SAN). *Recursos físicos (Instalaciones del programa SAN – Familias en	Número de personas que asistieron al taller.

				Acción, sillas y mesas).	
	<p>Importancia de la Lactancia Materna. (capacitación dirigida al Tipo 3: madres gestantes y lactantes)</p>	<p>*Citar a las madres gestantes y a las madres lactantes.</p> <p>*Dictar el taller sobre la importancia de la lactancia materna a corto, mediano y largo plazo. (el taller se encuentra digital; power point)</p>	Taller.	<p>*Recurso humano (Profesionales del programa SAN).</p> <p>*Recursos físicos (Instalaciones del programa SAN – Familias en Acción, sillas y mesas).</p>	Número de madres gestantes y madres lactantes que asistieron al taller.

<p>4. Focalizar a los beneficiarios que van a ser parte de la estrategia con base al cumplimiento de registro y asistencia a las capacitaciones.</p>	<p>No te detengas.</p>	<p>*Los funcionarios del programa SAN vinculan a los beneficiarios que van a ser parte de la estrategia con base a la capacidad de cupos y que cumplan con la fase de registro y con la asistencia a las capacitaciones.</p>	<p>Focalización</p>	<p>*Recurso humano (Funcionarios del programa SAN). *Recursos físicos (Instalaciones del programa SAN – Familias en Acción, sillas y mesas).</p>	<p>Número de personas focalizadas.</p>
<p>5. Entregar los complementos nutricionales correspondientes a las</p>	<p>Jornada de entrega del Complemento Nutricional</p>	<p>*El programa SAN realiza una previa planeación (día, lugar, cantidad de</p>	<p>Recuperación nutricional en la primera infancia.</p>	<p>*Recurso Humano (Funcionarios y</p>	<p>Número de personas que tuvieron entrega efectiva de los</p>

<p>personas beneficiarias de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia del Municipio de Soacha.</p>		<p>complementos) para ejecutar la entrega de los complementos nutricionales. Estos complementos se dividen en 3 tipos:</p> <p><u>Tipo 1</u>, niños/as mayores de 6 meses- menores de 2 años.</p> <p><u>Tipo 2</u>, niños/as mayores de 2 años- menores de 5 años.</p> <p><u>Tipo 3</u>, madres gestantes y madres lactantes.</p>		<p>logística del programa SAN).</p> <p>*Recurso físico (Sillas, mesas, esferos, planillas, lugar designado para la entrega).</p>	<p>complementos nutricionales.</p>
---	--	--	--	--	------------------------------------

<p>6. Evaluar el proceso de la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia llevado a cabo en el Municipio de Soacha, anualmente.</p>	<p>Evalúanos</p>	<p>*Los funcionarios del programa SAN entregan a los beneficiarios de la estrategia una encuesta de satisfacción para evaluar el desempeño del programa con base a los indicadores en cada una de las etapas (anexo 3).</p>	<p>Encuesta de satisfacción</p>	<p>*Recurso humano (Funcionarios del programa SAN). *Recurso físico (Computador, internet, formato de encuesta, esferos)</p>	<p>Número de encuestas realizadas.</p>
---	------------------	---	---------------------------------	--	--

TIPO 1: De 6 a 24 meses



TIPO 2: De 25 a 60 meses



TIPO 3: Madres Gestantes y lactantes



CONCLUSIONES

Al realizar el presente documento, se analizan los diferentes aspectos nutricionales en la primera infancia, madres gestantes y lactantes en el contexto Latino Americano y aterrizado en el Municipio de Soacha. Se ha logrado una construcción y una visualización más amplia del concepto de Seguridad Alimentaria y Nutricional, ya que en un inicio se veía como una situación ajena a nosotros, ahora es un concepto aplicado en aspectos personales y profesionales para utilizarlo con la comunidad, a pesar de que se encontraron varias definiciones en la revisión documental, se llegó a la conclusión de que la Seguridad Alimentaria y Nutricional es un conjunto de acciones que le apuntan al bienestar y desarrollo integral de las personas, y a su vez un derecho fundamental para suplir las necesidades básicas de subsistencia.

Desde nuestra perspectiva, durante el proceso de realización del documento se pudo visibilizar los distintos tipos de afectaciones que conlleva la desnutrición en la primera infancia, perjudicando su desarrollo físico (talla y peso) y cognitivo (desarrollo de habilidades, destrezas y aprendizaje) afectando el progreso del país.

En el proceso de construcción del documento también se muestra el continuo cambio en el conocimiento para el mejoramiento de la estrategia y de las labores de los funcionarios del programa SAN, contribuyendo desde la Secretaria de Desarrollo Social y Participación Comunitaria para el progreso del Municipio de Soacha.

Haciendo un paralelo entre el Trabajo Social y el Programa SAN, objetivamente se puede evidenciar que a lo largo del tiempo se han hecho actividades asistencialistas; con asistencialismo se hace referencia al único interés de cumplir con una meta estipulada en la entrega de ayudas y

complementos alimentarios, pero es importante brindar soluciones radicales y no paulatinas como se ha venido realizando, para esto se debe trabajar conjuntamente con la población para empoderarla y en este caso lograr soberanía alimentaria en la comunidad; también se plantearon y diseñaron capacitaciones y talleres que le apunta a este objetivo, el cual nos queda de experiencia para nuestra vida laboral, resaltando que la educación popular es una herramienta sumamente trascendental, para lograr una transformación significativa en los hogares, en el desarrollo del municipio y en el país. Para este cambio se propone un proceso de registro más riguroso, donde se realice el tamizaje a cada uno de los niños que se presente al programa y un instrumento aplicado a las madres gestantes, lactantes y acudientes de los menores, fortaleciendo la estrategia del Programa SAN, de forma que sirva para focalizar a las personas que presentan mayor vulnerabilidad en el aspecto de inseguridad alimentaria, del mismo modo, el instrumento busca disminuir el asistencialismo y aportarle a un cambio permanente.

BIBLIOGRAFIA

- Análisis de Situación de la Salud (2016). Soacha, Cundinamarca.
- Berbegal, A. (2011) El deseo de ser madre. España.
- Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latino América a inicios del siglo XXI. Chile.
- Field, T. (2004) Primera infancia: (de 0 a 2 años). España.
- La niñez colombiana en cifras (2002). Recuperado de:
<https://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones (2009). Mapas de vulnerabilidad, riesgos y oportunidades. Colombia.
- Patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- Política Pública de la Primera Infancia. (2007)
- Política Pública Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional. (2015)
- Política Pública Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2007)
- United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, en castellano). (2002)
- Verdú, J., Marín, E. (2005). Nutrición para educadores. España: Ediciones Díaz de Santos.

ANEXOS

Anexo 1

NOMBRE Y APELLIDO:			
SEXO:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
NUMERO DE DOCUMENTO:			
NUMERO TELEFONICO:			
DIRECCION DE RESIDENCIA:			
BARRIO:			
COMUNA:			

Teniendo en cuenta la puntuación de las siguientes preguntas, será evaluado el ingreso a la estrategia Banco de Alimento. Se dará una puntuación de 1 a 5, siendo 5 el valor más alto asignado a una necesidad y 1 el número de menor valor a la necesidad presentada.

1. Edad	
a. Mayor de 60 años (5 Puntos)	
b. Entre 51 y 60 años (4 puntos)	
c. Entre 41 y 50 años (3 Puntos)	
d. Entre 31 y 40 años (2 Puntos)	
a. Entre 18 y 30 años (1 Punto)	
2. Cuál es su estrato socioeconómico? (debe presentar un recibo público)	
a. 0 (5 Puntos)	
b. 1 (4 puntos)	
c. 2 (3 puntos)	
d. 3 (1 punto)	
3. ¿Qué nivel de escolaridad tiene?	
a. Analfabetismo (5 Puntos)	
b. Primaria y secundaria (4 Puntos)	
d. Bachiller (3 Puntos)	

8. Forma de generar sus ingresos

- | | | |
|--------------------------------------|------------|----------------------|
| a. Vendedor ambulante | (5 Puntos) | <input type="text"/> |
| b. Por días | (3 Puntos) | <input type="text"/> |
| c. Independiente | (2 Puntos) | <input type="text"/> |
| d. Cuenta con algún contrato laboral | (1 Punto) | <input type="text"/> |

9. Cuanto suman sus ingresos familiares mensuales (Salario Mínimo Legal Vigente SMMLV \$737.700).

- | | | |
|----------------------|------------|----------------------|
| a. Menos del SMMLV | (5 Puntos) | <input type="text"/> |
| b. Un SMMLV | (4 Puntos) | <input type="text"/> |
| c. Más del SMMLV | (3 Puntos) | <input type="text"/> |
| d. Entre 2 y 3 SMMLV | (1 Punto) | <input type="text"/> |

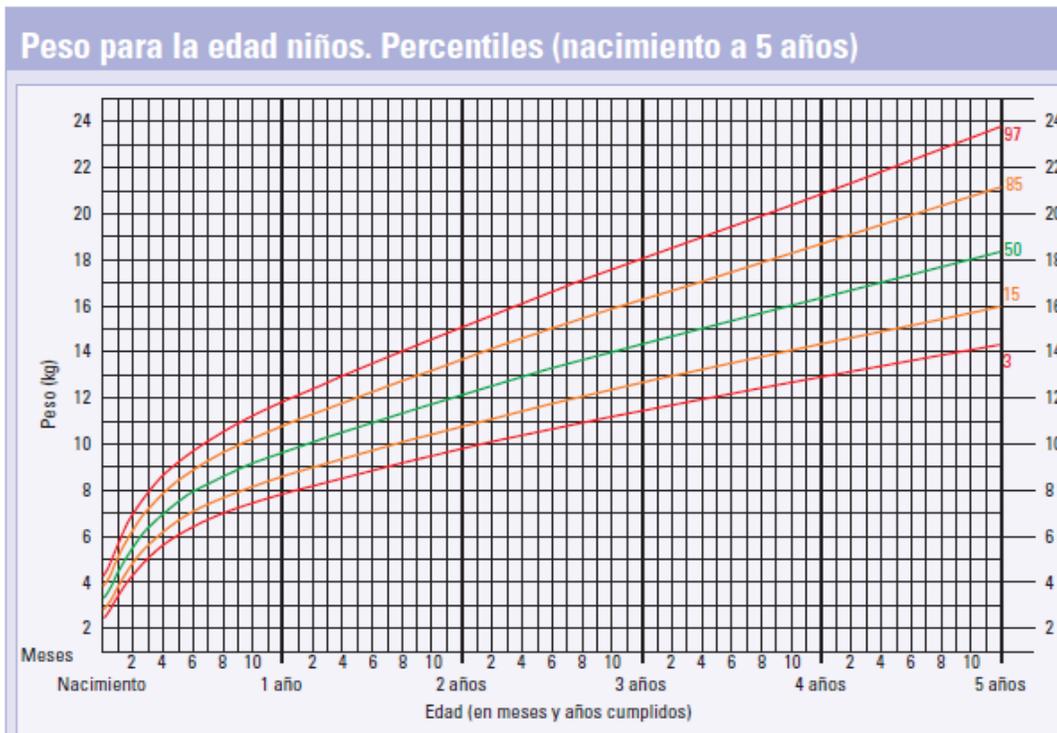
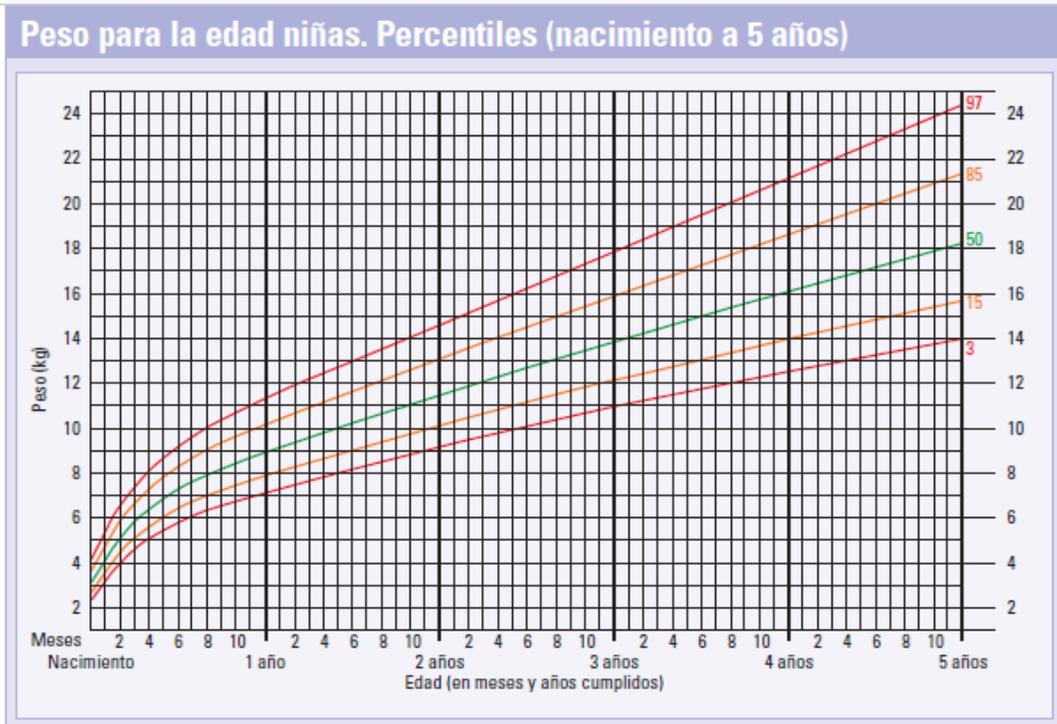
10. Ha sido beneficiario de la estrategia anteriormente.

- | | |
|------------------|----------------------|
| | <input type="text"/> |
| a. Si (1 Punto) | <input type="text"/> |
| b. No (5 Puntos) | <input type="text"/> |

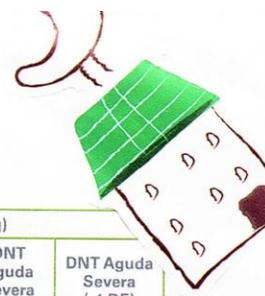
OBSERVACIONES: _____

Anexo 2

Patrones de crecimiento infantil de la OMS:



Anexo 2 Tablas de clasificación antropométrica según el indicador Peso para la Talla



Peso de las niñas (kg)					Longitud/ talla (cm)	Peso de los niños (kg)				
DNT Aguda Severa (-4 DE)	DNT Aguda Severa (-3 DE)	DNT Aguda Severa (-2 DE)	DNT Aguda Severa (-1 DE)	Peso adecuado para la talla		Peso adecuado para la talla	DNT Aguda Severa (-1 DE)	DNT Aguda Severa (-2 DE)	DNT Aguda Severa (-3 DE)	DNT Aguda Severa (-4 DE)
1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	45	2.4	2.2	2.0	1.9	1.7
1.9	2.0	2.2	2.4	2.6	46	2.6	2.4	2.2	2.0	1.8
2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	47	2.8	2.5	2.3	2.1	2.0
2.1	2.3	2.5	2.7	3.0	48	2.9	2.7	2.5	2.3	2.1
2.2	2.4	2.6	2.9	3.2	49	3.1	2.9	2.6	2.4	2.2
2.4	2.6	2.8	3.1	3.4	50	3.3	3.0	2.8	2.6	2.4
2.5	2.8	3.0	3.3	3.6	51	3.5	3.2	3.0	2.7	2.5
2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	52	3.8	3.5	3.2	2.9	2.7
2.8	3.1	3.4	3.7	4.0	53	4.0	3.7	3.4	3.1	2.9
3.0	3.3	3.6	3.9	4.3	54	4.3	3.9	3.6	3.3	3.1
3.2	3.5	3.8	4.2	4.6	55	4.5	4.2	3.8	3.6	3.3
3.4	3.7	4.0	4.4	4.8	56	4.8	4.4	4.1	3.8	3.5
3.6	3.9	4.3	4.6	5.1	57	5.1	4.7	4.3	4.0	3.7
3.8	4.1	4.5	4.9	5.4	58	5.4	5.0	4.6	4.3	3.9
3.9	4.3	4.7	5.1	5.6	59	5.7	5.3	4.8	4.5	4.1
4.1	4.5	4.9	5.4	5.9	60	6.0	5.5	5.1	4.7	4.3
4.3	4.7	5.1	5.6	6.1	61	6.3	5.8	5.3	4.9	4.5
4.5	4.9	5.3	5.8	6.4	62	6.5	6.0	5.6	5.1	4.7
4.7	5.1	5.5	6.0	6.6	63	6.8	6.2	5.8	5.3	4.9
4.8	5.3	5.7	6.3	6.9	64	7.0	6.5	6.0	5.5	5.1
5.0	5.5	5.9	6.5	7.1	65	7.3	6.7	6.2	5.7	5.3
5.1	5.6	6.1	6.7	7.3	66	7.5	6.9	6.4	5.9	5.5
5.3	5.8	6.3	6.9	7.5	67	7.7	7.1	6.6	6.1	5.6
5.5	6.0	6.5	7.1	7.7	68	8.0	7.3	6.8	6.3	5.8
5.6	6.1	6.7	7.3	8.0	69	8.2	7.6	7.0	6.5	6.0
5.8	6.3	6.9	7.5	8.2	70	8.4	7.8	7.2	6.6	6.1
5.9	6.5	7.0	7.7	8.4	71	8.6	8.0	7.4	6.8	6.3
6.0	6.6	7.2	7.8	8.6	72	8.9	8.2	7.6	7.0	6.4
6.2	6.8	7.4	8.0	8.8	73	9.1	8.4	7.7	7.2	6.4
6.3	6.9	7.5	8.2	9.0	74	9.3	8.6	7.9	7.3	6.7
6.5	7.1	7.7	8.4	9.1	75	9.5	8.8	8.1	7.5	6.9
6.6	7.2	7.8	8.5	9.3	76	9.7	8.9	8.3	7.6	7.0
6.7	7.4	8.0	8.7	9.5	77	9.9	9.1	8.4	7.8	7.2
6.9	7.5	8.2	8.9	9.7	78	10.1	9.3	8.6	7.9	7.3
7.0	7.7	8.3	9.1	9.9	79	10.3	9.5	8.7	8.1	7.4
7.1	7.8	8.5	9.2	10.1	80	10.4	9.6	8.9	8.2	7.6
7.3	8.0	8.7	9.4	10.3	81	10.6	9.8	9.1	8.4	7.7
7.5	8.2	8.8	9.6	10.5	82	10.8	10.0	9.2	8.5	7.9
7.6	8.3	9.0	9.8	10.7	83	11.0	10.2	9.4	8.7	8.0
7.8	8.5	9.2	10.1	11.0	84	11.3	10.4	9.6	8.9	8.2





Peso de las niñas (kg)					Longitud/ talla (cm)	Peso de los niños (kg)				
DNT Aguda Severa (-4 DE)	DNT Aguda Severa (-3 DE)	DNT Aguda Severa (-2 DE)	DNT Aguda Severa (-1 DE)	Peso adecuado para la talla		Peso adecuado para la talla	DNT Aguda Severa (-1 DE)	DNT Aguda Severa (-2 DE)	DNT Aguda Severa (-3 DE)	DNT Aguda Severa (-4 DE)
8.0	8.7	9.4	10.3	11.2	85	11.5	10.6	9.8	9.1	8.4
8.1	8.9	9.7	10.5	11.5	86	11.7	10.8	10.0	9.3	8.6
8.3	9.1	9.9	10.7	11.7	87	12.0	11.1	10.2	9.5	8.7
8.6	9.4	10.2	11.1	12.1	88	12.4	11.5	10.6	9.8	9.1
8.8	9.6	10.4	11.4	12.4	89	12.7	11.7	10.8	10.0	9.3
9.0	9.8	10.6	11.6	12.6	90	12.9	11.9	11.0	10.2	9.4
9.1	10.0	10.9	11.8	12.9	91	13.1	12.1	11.2	10.4	9.6
9.3	10.2	11.1	12.0	13.1	92	13.4	12.3	11.4	10.6	9.8
9.5	10.4	11.3	12.3	13.4	93	13.6	12.6	11.6	10.8	9.9
9.7	10.6	11.5	12.5	13.6	94	13.8	12.8	11.8	11.0	10.1
9.8	10.8	11.7	12.7	13.9	95	14.1	13.0	12.0	11.1	10.3
10.0	10.9	11.9	12.9	14.1	96	14.3	13.2	12.2	11.3	10.4
10.2	11.1	12.1	13.2	14.4	97	14.6	13.4	12.4	11.5	10.6
10.4	11.3	12.3	13.4	14.7	98	14.8	13.7	12.6	11.7	10.8
10.5	11.5	12.5	13.7	14.9	99	15.1	13.9	12.9	11.9	11.0
10.7	11.7	12.8	13.9	15.2	100	15.4	14.2	13.1	12.1	11.2
10.9	12.0	13.0	14.2	15.5	101	15.6	14.4	13.3	12.3	11.3
11.1	12.2	13.3	14.5	15.8	102	15.9	14.7	13.6	12.5	11.5
11.3	12.4	13.5	14.7	16.1	103	16.2	14.9	13.8	12.8	11.7
11.5	12.7	13.8	15.0	16.4	104	16.5	15.2	14.0	13.0	11.9
11.8	12.9	14.0	15.3	16.8	105	16.8	15.5	14.3	13.2	12.1
12.0	13.1	14.3	15.6	17.1	106	17.2	15.8	14.5	13.4	12.3
12.2	13.4	14.6	15.9	17.5	107	17.5	16.1	14.8	13.7	12.5
12.4	13.7	14.9	16.3	17.8	108	17.8	16.4	15.1	13.9	12.7
12.7	13.9	15.2	16.6	18.2	109	18.2	16.7	15.3	14.1	12.9
12.9	14.2	15.5	17.0	18.6	110	18.5	17.0	15.6	14.4	13.2
13.2	14.5	15.8	17.3	19.0	111	18.9	17.3	15.9	14.6	13.4
13.5	14.8	16.2	17.7	19.4	112	19.2	17.6	16.2	14.9	13.6
13.7	15.1	16.5	18.0	19.8	113	19.6	18.0	16.5	15.2	13.8
14.0	15.4	16.8	18.4	20.2	114	20.0	18.3	16.8	15.4	14.1
14.3	15.7	17.2	18.8	20.7	115	20.4	18.6	17.1	15.7	14.3
14.5	16.0	17.5	19.2	21.1	116	20.8	19.0	17.4	16.0	14.6
14.8	16.3	17.8	19.6	21.5	117	21.2	19.3	17.7	16.2	14.8
15.1	16.6	18.2	20.0	22.0	118	21.6	19.7	18.0	16.5	15.0
15.4	16.9	18.5	20.3	22.4	119	22.0	20.0	18.3	16.8	15.3
15.6	17.3	18.9	20.7	22.8	120	22.4	20.4	18.6	17.1	15.5

Basado en las referencias de crecimiento de la OMS 2006.

La longitud de los niños y niñas menores de 2 años debe hacerse acostado, después de los 2 años debe medirse la talla de pie.



Tabla 4. Puntos de corte para los indicadores antropométricos para niños y niñas de 0 a 59 meses de edad

Grupo de edad	Indicador	Punto de corte (desviación estándar)	Denominación
0 a 59 meses	Peso/Talla (P/T)	< -3	Desnutrición aguda severa
		≥ -3 a < -2	Desnutrición aguda moderada
		≥ -2 a < -1	Riesgo de desnutrición aguda
		≥ -1 a ≤ 1	Peso adecuado para la talla
		> 1 a ≤ 2	Riesgo de sobrepeso
		> 2 a ≤ 3	Sobrepeso
	Talla/Edad (T/E)	> 3	Obesidad
		< -2	Retraso en talla
		≥ -2 a < -1	Riesgo de talla baja para la edad
		≥ -1	Talla adecuada para la edad
6 a 59 meses	Perímetro Braquial (PB)	< 11.5 cm	Riesgo de muerte por desnutrición

Fuente: Ministerio de la Protección Social, y consenso Comité ampliado de patrones de crecimiento, 2015.

En la atención ambulatoria o extramural, la clasificación del estado nutricional según el indicador P/T se facilita con el uso de las tablas simplificadas⁵ que tienen en cuenta el peso, longitud/talla, el sexo, el punto de corte y la interpretación (ver Anexo 2). Las tablas permiten aproximarse a la clasificación nutricional, calculada con mayor precisión con el software Anthro de la OMS.

Simplified field tables

Weight-for-age BOYS Birth to 5 years (z-scores)		 World Health Organization						
Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0: 0	0	2.1	2.5	2.9	3.3	3.9	4.4	5.0
0: 1	1	2.9	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6
0: 2	2	3.8	4.3	4.9	5.6	6.3	7.1	8.0
0: 3	3	4.4	5.0	5.7	6.4	7.2	8.0	9.0
0: 4	4	4.9	5.6	6.2	7.0	7.8	8.7	9.7
0: 5	5	5.3	6.0	6.7	7.5	8.4	9.3	10.4
0: 6	6	5.7	6.4	7.1	7.9	8.8	9.8	10.9
0: 7	7	5.9	6.7	7.4	8.3	9.2	10.3	11.4
0: 8	8	6.2	6.9	7.7	8.6	9.6	10.7	11.9
0: 9	9	6.4	7.1	8.0	8.9	9.9	11.0	12.3
0:10	10	6.6	7.4	8.2	9.2	10.2	11.4	12.7
0:11	11	6.8	7.6	8.4	9.4	10.5	11.7	13.0
1: 0	12	6.9	7.7	8.6	9.6	10.8	12.0	13.3
1: 1	13	7.1	7.9	8.8	9.9	11.0	12.3	13.7
1: 2	14	7.2	8.1	9.0	10.1	11.3	12.6	14.0
1: 3	15	7.4	8.3	9.2	10.3	11.5	12.8	14.3
1: 4	16	7.5	8.4	9.4	10.5	11.7	13.1	14.6
1: 5	17	7.7	8.6	9.6	10.7	12.0	13.4	14.9
1: 6	18	7.8	8.8	9.8	10.9	12.2	13.7	15.3
1: 7	19	8.0	8.9	10.0	11.1	12.5	13.9	15.6
1: 8	20	8.1	9.1	10.1	11.3	12.7	14.2	15.9
1: 9	21	8.2	9.2	10.3	11.5	12.9	14.5	16.2
1:10	22	8.4	9.4	10.5	11.8	13.2	14.7	16.5
1:11	23	8.5	9.5	10.7	12.0	13.4	15.0	16.8
2: 0	24	8.6	9.7	10.8	12.2	13.6	15.3	17.1
2: 1	25	8.8	9.8	11.0	12.4	13.9	15.5	17.5
2: 2	26	8.9	10.0	11.2	12.5	14.1	15.8	17.8
2: 3	27	9.0	10.1	11.3	12.7	14.3	16.1	18.1
2: 4	28	9.1	10.2	11.5	12.9	14.5	16.3	18.4
2: 5	29	9.2	10.4	11.7	13.1	14.8	16.6	18.7

Weight-for-age BOYS Birth to 5 years (z-scores)		 World Health Organization						
Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
2: 6	30	9.4	10.5	11.8	13.3	15.0	16.9	19.0
2: 7	31	9.5	10.7	12.0	13.5	15.2	17.1	19.3
2: 8	32	9.6	10.8	12.1	13.7	15.4	17.4	19.6
2: 9	33	9.7	10.9	12.3	13.8	15.6	17.6	19.9
2:10	34	9.8	11.0	12.4	14.0	15.8	17.8	20.2
2:11	35	9.9	11.2	12.6	14.2	16.0	18.1	20.4
3: 0	36	10.0	11.3	12.7	14.3	16.2	18.3	20.7
3: 1	37	10.1	11.4	12.9	14.5	16.4	18.6	21.0
3: 2	38	10.2	11.5	13.0	14.7	16.6	18.8	21.3
3: 3	39	10.3	11.6	13.1	14.8	16.8	19.0	21.6
3: 4	40	10.4	11.8	13.3	15.0	17.0	19.3	21.9
3: 5	41	10.5	11.9	13.4	15.2	17.2	19.5	22.1
3: 6	42	10.6	12.0	13.6	15.3	17.4	19.7	22.4
3: 7	43	10.7	12.1	13.7	15.5	17.6	20.0	22.7
3: 8	44	10.8	12.2	13.8	15.7	17.8	20.2	23.0
3: 9	45	10.9	12.4	14.0	15.8	18.0	20.5	23.3
3:10	46	11.0	12.5	14.1	16.0	18.2	20.7	23.6
3:11	47	11.1	12.6	14.3	16.2	18.4	20.9	23.9
4: 0	48	11.2	12.7	14.4	16.3	18.6	21.2	24.2
4: 1	49	11.3	12.8	14.5	16.5	18.8	21.4	24.5
4: 2	50	11.4	12.9	14.7	16.7	19.0	21.7	24.8
4: 3	51	11.5	13.1	14.8	16.8	19.2	21.9	25.1
4: 4	52	11.6	13.2	15.0	17.0	19.4	22.2	25.4
4: 5	53	11.7	13.3	15.1	17.2	19.6	22.4	25.7
4: 6	54	11.8	13.4	15.2	17.3	19.8	22.7	26.0
4: 7	55	11.9	13.5	15.4	17.5	20.0	22.9	26.3
4: 8	56	12.0	13.6	15.5	17.7	20.2	23.2	26.6
4: 9	57	12.1	13.7	15.6	17.8	20.4	23.4	26.9
4:10	58	12.2	13.8	15.8	18.0	20.6	23.7	27.2
4:11	59	12.3	14.0	15.9	18.2	20.8	23.9	27.6
5: 0	60	12.4	14.1	16.0	18.3	21.0	24.2	27.9

WHO Child Growth Standards

Simplified field tables

Weight-for-age GIRLS Birth to 5 years (z-scores)		 World Health Organization						
Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0: 0	0	2.0	2.4	2.8	3.2	3.7	4.2	4.8
0: 1	1	2.7	3.2	3.6	4.2	4.8	5.5	6.2
0: 2	2	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6	7.5
0: 3	3	4.0	4.5	5.2	5.8	6.6	7.5	8.5
0: 4	4	4.4	5.0	5.7	6.4	7.3	8.2	9.3
0: 5	5	4.8	5.4	6.1	6.9	7.8	8.8	10.0
0: 6	6	5.1	5.7	6.5	7.3	8.2	9.3	10.6
0: 7	7	5.3	6.0	6.8	7.6	8.6	9.8	11.1
0: 8	8	5.6	6.3	7.0	7.9	9.0	10.2	11.6
0: 9	9	5.8	6.5	7.3	8.2	9.3	10.5	12.0
0:10	10	5.9	6.7	7.5	8.5	9.6	10.9	12.4
0:11	11	6.1	6.9	7.7	8.7	9.9	11.2	12.8
1: 0	12	6.3	7.0	7.9	8.9	10.1	11.5	13.1
1: 1	13	6.4	7.2	8.1	9.2	10.4	11.8	13.5
1: 2	14	6.6	7.4	8.3	9.4	10.6	12.1	13.8
1: 3	15	6.7	7.6	8.5	9.6	10.9	12.4	14.1
1: 4	16	6.9	7.7	8.7	9.8	11.1	12.6	14.5
1: 5	17	7.0	7.9	8.9	10.0	11.4	12.9	14.8
1: 6	18	7.2	8.1	9.1	10.2	11.6	13.2	15.1
1: 7	19	7.3	8.2	9.2	10.4	11.8	13.5	15.4
1: 8	20	7.5	8.4	9.4	10.6	12.1	13.7	15.7
1: 9	21	7.6	8.6	9.6	10.9	12.3	14.0	16.0
1:10	22	7.8	8.7	9.8	11.1	12.5	14.3	16.4
1:11	23	7.9	8.9	10.0	11.3	12.8	14.6	16.7
2: 0	24	8.1	9.0	10.2	11.5	13.0	14.8	17.0
2: 1	25	8.2	9.2	10.3	11.7	13.3	15.1	17.3
2: 2	26	8.4	9.4	10.5	11.9	13.5	15.4	17.7
2: 3	27	8.5	9.5	10.7	12.1	13.7	15.7	18.0
2: 4	28	8.6	9.7	10.9	12.3	14.0	16.0	18.3
2: 5	29	8.8	9.8	11.1	12.5	14.2	16.2	18.7

Weight-for-age GIRLS Birth to 5 years (z-scores)		 World Health Organization						
Year: Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
2: 6	30	8.9	10.0	11.2	12.7	14.4	16.5	19.0
2: 7	31	9.0	10.1	11.4	12.9	14.7	16.8	19.3
2: 8	32	9.1	10.3	11.6	13.1	14.9	17.1	19.6
2: 9	33	9.3	10.4	11.7	13.3	15.1	17.3	20.0
2:10	34	9.4	10.5	11.9	13.5	15.4	17.6	20.3
2:11	35	9.5	10.7	12.0	13.7	15.6	17.9	20.6
3: 0	36	9.6	10.8	12.2	13.9	15.8	18.1	20.9
3: 1	37	9.7	10.9	12.4	14.0	16.0	18.4	21.3
3: 2	38	9.8	11.1	12.5	14.2	16.3	18.7	21.6
3: 3	39	9.9	11.2	12.7	14.4	16.5	19.0	22.0
3: 4	40	10.1	11.3	12.8	14.6	16.7	19.2	22.3
3: 5	41	10.2	11.5	13.0	14.8	16.9	19.5	22.7
3: 6	42	10.3	11.6	13.1	15.0	17.2	19.8	23.0
3: 7	43	10.4	11.7	13.3	15.2	17.4	20.1	23.4
3: 8	44	10.5	11.8	13.4	15.3	17.6	20.4	23.7
3: 9	45	10.6	12.0	13.6	15.5	17.8	20.7	24.1
3:10	46	10.7	12.1	13.7	15.7	18.1	20.9	24.5
3:11	47	10.8	12.2	13.9	15.9	18.3	21.2	24.8
4: 0	48	10.9	12.3	14.0	16.1	18.5	21.5	25.2
4: 1	49	11.0	12.4	14.2	16.3	18.8	21.8	25.5
4: 2	50	11.1	12.6	14.3	16.4	19.0	22.1	25.9
4: 3	51	11.2	12.7	14.5	16.6	19.2	22.4	26.3
4: 4	52	11.3	12.8	14.6	16.8	19.4	22.6	26.6
4: 5	53	11.4	12.9	14.8	17.0	19.7	22.9	27.0
4: 6	54	11.5	13.0	14.9	17.2	19.9	23.2	27.4
4: 7	55	11.6	13.2	15.1	17.3	20.1	23.5	27.7
4: 8	56	11.7	13.3	15.2	17.5	20.3	23.8	28.1
4: 9	57	11.8	13.4	15.3	17.7	20.6	24.1	28.5
4:10	58	11.9	13.5	15.5	17.9	20.8	24.4	28.8
4:11	59	12.0	13.6	15.6	18.0	21.0	24.6	29.2
5: 0	60	12.1	13.7	15.8	18.2	21.2	24.9	29.5

WHO Child Growth Standards

Anexo 3

Marque con una X como considero cada actividad en la estrategia Recuperación Nutricional en la Primera Infancia. Donde 1 es la calificación más baja y 5 la más alta.					
	1	2	3	4	5
CONVOCATORIA					
CAPACITACION Tipo 1: 6 meses – 24 meses					
CAPACITACION 2 Tipo 2: 2 años – 5 años					
CAPACITACION 3 Tipo 3: Madres gestantes y lactantes					
ENTREGA DEL COMPLEMENTO NUTRICIONAL					
COMENTARIOS O SUGERENCIAS:					
<hr/>					