

...

...

Intervención en salud pública para población menor de un año en riesgo y con **desnutrición crónica**

...

RESIDENTE EN BOGOTÁ D.C.

...

...



Fundación
Santa Fe de Bogotá



BIENESTAR
FAMILIAR

Alcaldía de Bogotá

...

...

Presentación

El retraso de talla para la edad (**desnutrición crónica**) en la población infantil en Bogotá muestra cifras superiores frente a las cifras nacionales, razón por la cual en el año 2018 se constituyó una **alianza público-privada entre la Alcaldía de Bogotá con sus secretarías de Salud e Integración Social- SDIS, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF y las Fundaciones Éxito y Santa Fe de Bogotá**, cuyo objetivo fue desarrollar una evaluación a partir de una intervención intersectorial en salud pública dirigida a la población menor de 1 año en riesgo o con desnutrición crónica, residentes en Bogotá D.C.

La alianza implementó una **estrategia de fortalecimiento a los programas sociales y de salud** con resultados que visibilizan el problema de la desnutrición crónica en la ciudad y las posibles soluciones intersectoriales para su reversión.



La intervención



►► El objetivo de la evaluación fue **desarrollar una intervención intersectorial en salud pública** dirigida a la población menor de 1 año en riesgo o con desnutrición crónica, residentes en Bogotá D.C.

Éste fue un estudio analítico de antes y después que permitió determinar la magnitud del cambio en el estado nutricional en los niños¹ menores de 12 meses que participaron de la **intervención intersectorial**, el cual se fundamentó en acciones recomendadas en salud pública basadas en la evidencia, como las ideales para lograr la salud y nutrición adecuadas en este grupo de edad.

La **intervención intersectorial en salud pública se desarrolló durante 10 meses** y comprendió cuatro componentes de acción: **atención en salud; atención social; educación a cuidadores y empoderamiento de la comunidad**.

El componente de atención en salud fortaleció el acceso de las **atenciones que requieren los niños en la primera infancia**, en especial en los primeros mil días. Por su parte, en la atención social

se estableció la redención de un **bono** alimentario, de alto valor proteico que incluía queso, huevo de gallina, carne magra, leguminosas, frutas y verduras. Este tenía **dos objetivos durante el proceso: el primero, contribuir al mejoramiento nutricional de los niños** con un aporte de 33% de los requerimientos calóricos diarios² y 100% de los requerimientos de proteínas adicionales a las que los niños recibían en otros programas sociales (la Alcaldía de Bogotá - SDIS ofrece en sus Jardines Infantiles Diurnos 70% de las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes diarias, mientras que el ICBF ofrece en promedio 70% y 100% del requerimiento calórico y proteico día de los niños menores de 1 año, en sus modalidades institucionales y comunitarias en primera infancia³). Es de anotar que el suministro alto de proteína de aproximadamente 2 gramos de proteína por kilogramo de peso de beneficiario, estaba pensado en garantizar el refuerzo que requerían los niños para la recuperación de talla durante la intervención, puesto que la proteína es un nutriente esencial en la garantía del crecimiento lineal.

¹ La expresión niño, en este texto cobija a los géneros femenino y masculino, tal como lo dicta la convención gramatical del español.

² http://sig.sdis.gov.co/images/documentos_sig/procesos/prestacion_de_servicios_sociales_para_la_inclusion_social/doc_aso/11.nutricion/20190531_Ins_pss_043_v0_instructivo_diseno_minuta_patron.docx

³ Aporte en proteína para un niño de 1 año. https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/a38.g6.pp_minuta_patron_modalidad_institucional_y_comunitaria_en_servicios_de_primera_infancia_v1.pdf

⁴ Creciendo en Familia – Alcaldía de Bogotá SIDIS; hogares comunitarios, modalidad familiar de ICBF

El **segundo objetivo** de este componente de la intervención era **promover la pedagogía de educación nutricional, compras asertivas de alimentos**, entre otros aprendizajes que contribuyeron a una mejor utilización y aprovechamiento nutricional del bono. Cada familia participante tuvo la oportunidad de obtener hasta diez bonos. Del mismo modo el proyecto apoyó la **vinculación de los niños a la oferta social del territorio**, pues la estrategia de intervención se planteó como un refuerzo a la oferta ya habilitada por el Estado, por lo que era indispensable que los niños estuvieran inscritos en algún programa de atención a primera infancia⁴.

La educación a cuidadores se centró en la ejecución de dos talleres basados en las **necesidades sentidas de la población como la alimentación en el lactante y niño pequeño y crecimiento y desarrollo infantil**, empleando las habilidades de consejería.



Finalmente, en el **empoderamiento a la comunidad** se fundamentaron las bases para que las instituciones locales generaran **confianza en los participantes**, y establecieran **redes de apoyo en pro de los cuidados, prácticas de crianza y de salud que se debe tener con los niños** en primera infancia, en especial durante la gestación y los primeros dos años.

Para acompañar los procesos anteriores, se estableció la comunicación telefónica, como un mecanismo para monitorear y orientar acerca de las prácticas de alimentación, nutrición y salud de los niños. De igual forma, las llamadas apoyaron el desarrollo de las demás aristas de la intervención como la asistencia a talleres educativos, crecimiento y desarrollo y redención de bonos.

⁴ Creciendo en Familia – Alcaldía de Bogotá SIDIS; hogares comunitarios, modalidad familiar de ICBF

La evaluación

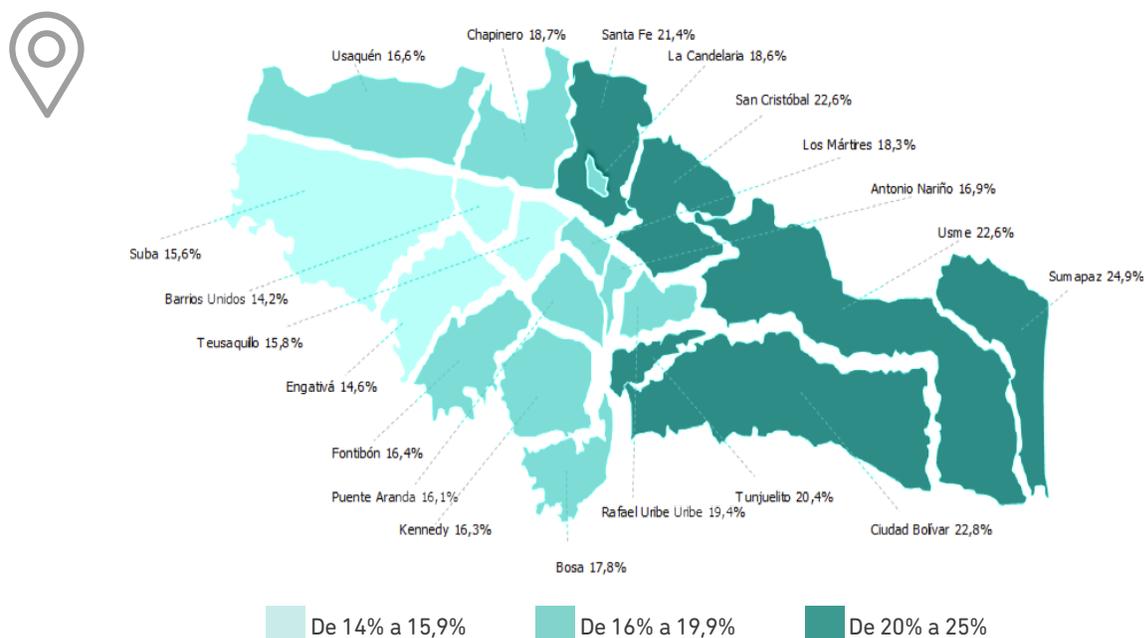


En colaboración con las secretarías de Salud, Integración Social de la Alcaldía de Bogotá e ICBF se llevó a cabo la selección de la muestra en las localidades de San Cristóbal, Kennedy y Engativá.

Figura 1.

Prevalencia de desnutrición crónica en Bogotá por localidades-2018

Fuente: Cálculos de Bogotá cómo vamos 2019



La selección de estas localidades se realizó con base en la **exploración de las bases de datos del SISVAN** (Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional) y el SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública), en las que se identificó que estas localidades tenían altas prevalencias de desnutrición crónica (figura 1). La selección de la muestra en estas localidades inicialmente se planteó

usando también estas bases de datos, pero posteriormente **fue necesario implementar otras estrategias de reclutamiento, como el voz a voz**. Esta última, implicó visitas a lugares de convocatoria comunitaria, recorridos por los barrios, visitas a diferentes sedes de instituciones donde se reunieran madres y niños y difusión a través de medios locales de comunicación.

Los **criterios de elegibilidad** fueron los siguientes:

- ▶▶ Nacidos a término
- ▶▶ Embarazo único
- ▶▶ Estratos 1, 2 y 3
- ▶▶ Que residieran en las localidades priorizadas
- ▶▶ Sin patologías congénitas ni discapacidad
- ▶▶ Clasificados nutricionalmente por antropometría con riesgo y desnutrición crónica

Con estos criterios de selección se tuvieron

★ **1.126 niños** menores de 10 meses que iniciaron el proceso de intervención.

De estos, **482** vivían en la localidad de **Engativá**, **338** en **Kennedy** y **306** en **San Cristóbal**.

El estado nutricional de los niños y las niñas se evaluó en dos momentos: al inicio y final de la intervención, con base en sus medidas antropométricas. La información se analizó inicialmente de forma descriptiva, comparando el antes y el después de los niños que tuvieron adherencia total a la intervención. Posteriormente, se procedió a **identificar los determinantes sociales que afectan la probabilidad de mejorar o empeorar el estado nutricional a través de un modelo estadístico logístico.**



Además de la **medición antropométrica**, se llevaron a cabo evaluaciones en torno a **lactancia materna, alimentación complementaria, cuidado y desarrollo**. La información respecto a estos ítems se recolectó de forma paralela a la información nutricional.

Finalmente, se realizaron seis talleres cualitativos con los participantes del proyecto (dos por localidad). El objeto de estos talleres era **identificar las percepciones de los participantes respecto a los cuatro componentes de la intervención: atención en salud; atención social; educación a cuidadores y empoderamiento de la Comunidad**. Estas percepciones se obtuvieron a través de grupos de discusión y encuestas llevadas a cabo en el marco de estos talleres.

Hallazgos claves de la evaluación



De los **1.126 niños** que cumplieron con el criterio de tener riesgo o desnutrición crónica y que iniciaron la atención, 830 cumplieron con el 100% de las actividades de la intervención y **686** asistieron a las dos evaluaciones. La principal pérdida de muestra se reportó por cambio de ciudad y por incumplimiento de alguna de las líneas intervención. Sobre este último grupo (686) se presentan los hallazgos descriptivos más relevantes de la evaluación:

Tabla 1.

Distribución de los participantes por localidad

Fuente: Cálculos propios de la evaluación



LOCALIDAD	NIÑOS	PORCENTAJE
Engativá	285	41,5
San Cristóbal	189	27,6
Kennedy	170	24,8
Otras localidades	42	6,1
TOTAL	686	100

Tabla 2.

Distribución de los participantes por sexo

Fuente: Cálculos propios de la evaluación



SEXO	NIÑOS	PORCENTAJE
Masculino	362	52,8
Femenino	324	47,2
TOTAL	686	100



Tabla 3.

Distribución de los participantes por edad del cuidador

Fuente: Cálculos propios de la evaluación



EDAD DEL CUIDADOR	NIÑOS	PORCENTAJE
<15 años	1	0,1
15-19 años	58	8,5
20-24 años	160	23,3
25-29 años	152	22,2
30-34 años	109	15,9
35-39 años	61	8,9
40-44 años	23	3,4
45-49 años	25	3,6
50-54 años	35	5,1
55-60 años	44	6,4
>65 años	18	2,6
TOTAL	686	100

Tabla 4.

Distribución de los participantes por nivel educativo del cuidador

Fuente: Cálculos propios de la evaluación



NIVEL EDUCATIVO	NIÑOS	PORCENTAJE
Primaria incompleta	22	3,2
Primaria completa	50	7,3
Secundaria incompleta	127	18,5
Secundaria completa	269	39,2
Téc. o tecnológ. incomp.	13	1,9
Téc. o tecnológ. completo	137	20,0
Profesional incompleto	12	1,7
Profesional completo	33	4,8
Posgrado	1	0,1
Otro	22	3,2
TOTAL	686	100

Transición en el estado nutricional



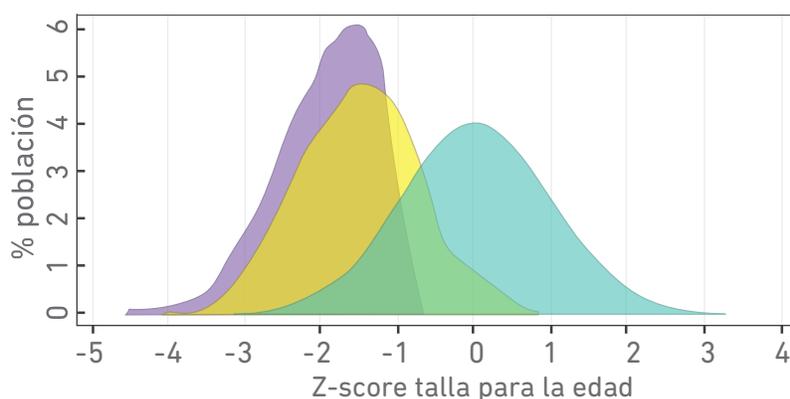
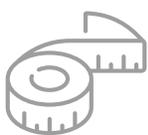
La transición en el estado nutricional entre la primera medición y la segunda, realizada después de la intervención, se encuentra ilustrada en la figura 2.

Figura 2.

Distribución del puntaje Z de talla/edad al inicio de la intervención, al final y estándar OMS

Talla para la edad inicio intervención
 Talla para la edad final de intervención
 Estándar OMS

Fuente: Cálculos propios de la evaluación



En las tabla 5 se encuentra la distribución inicial de los niños según su clasificación antropométrica del indicador de talla para la edad.

Tabla 5.

Indicador talla para la edad línea base

Fuente: Cálculos propios de la evaluación



CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA LÍNEA DE BASE	NIÑOS	PORCENTAJE
Desnutrición crónica	286	41,7
Riesgo de talla baja	400	58,3
TOTAL	686	100

Tabla 6.

Cambios en el indicador talla para la edad.

Fuente: Cálculos propios de la evaluación



CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA LÍNEA DE BASE	RIESGO DE TALLA BAJA POST	RIESGO DE TALLA BAJA POST (%)	TALLA ADECUADA POST	TALLA ADECUADA POST (%)
Desnutrición crónica	117	17	31	4,5
Riesgo de talla baja	203	29,6	148	21,6
TOTAL	320	46,6	179	26,1

►► **43.1% (n=296)** de los niños mejoraron su puntaje Z de talla para la edad, es decir, se acercaron o entraron a un canal de crecimiento más cerca al adecuado.

►► **4.5% (n=31)** de los niños pasaron de retraso en talla a talla adecuada.

►► **21.6% (n=148)** de los niños pasaron de riesgo de desnutrición crónica a talla adecuada

►► **17% (n=117)** pasó de desnutrición crónica a riesgo de desnutrición crónica.

En cuanto al indicador de peso para la talla, al inicio de la intervención se observa que **los niños tenían una clara tendencia al sobrepeso** (figura 3), situación que se revierte en la medición posterior a la intervención, donde se observó una distribución similar a la referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este sentido se identificó que:

►► **26.9% (n=184)** de los niños pasaron de riesgo de sobrepeso a peso adecuado para la talla

►► **6.6% (n=45)** de los niños pasaron de sobrepeso a peso adecuado para la talla

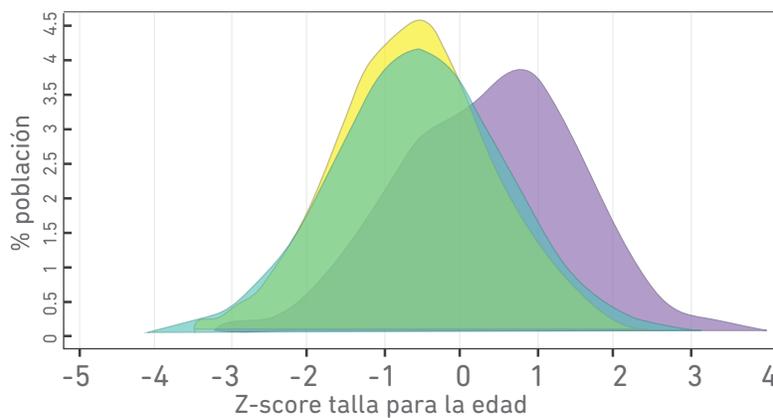


Figura 3.

Distribución del puntaje Z de peso/talla al inicio de la intervención, al final y estándar OMS

- Peso para la edad inicio intervención
- Peso para la edad final de intervención
- Estandar OMS

Fuente: Cálculos propios de la evaluación



Además de los resultados positivos en términos nutricionales, **se encontraron avances en torno a prácticas de salud y cuidado.** En la tabla 7 se observa que los cuidadores mejoraron las prácticas en el transcurso del proyecto: **aumentó la tenencia de carnet de salud infantil, de vacunación y de curvas de crecimiento.** Además, se incrementó el acceso a suplementos alimenticios y se redujo el uso del biberón.

Tabla 7.

Variaciones en cuidado y prácticas de salud entre línea base y seguimiento

Fuente: Cálculos propios de la evaluación



INDICADOR	LÍNEA BASE	LÍNEA FINAL	CAMBIO
No cuenta con carnet de salud infantil	35.9%	19.1%	-16.8%
No cuenta con carnet de vacunación	11.6%	9.1%	-2.5%
Acceso a suplementación con hierro o vitamina A	7.1%	22.8%	+15.7%
Uso del biberón	40.9%	38.6%	-2.1
Cuentan con curvas de crecimiento y desarrollo	39.2%	51.3%	+12.1%

Determinantes de la mejora



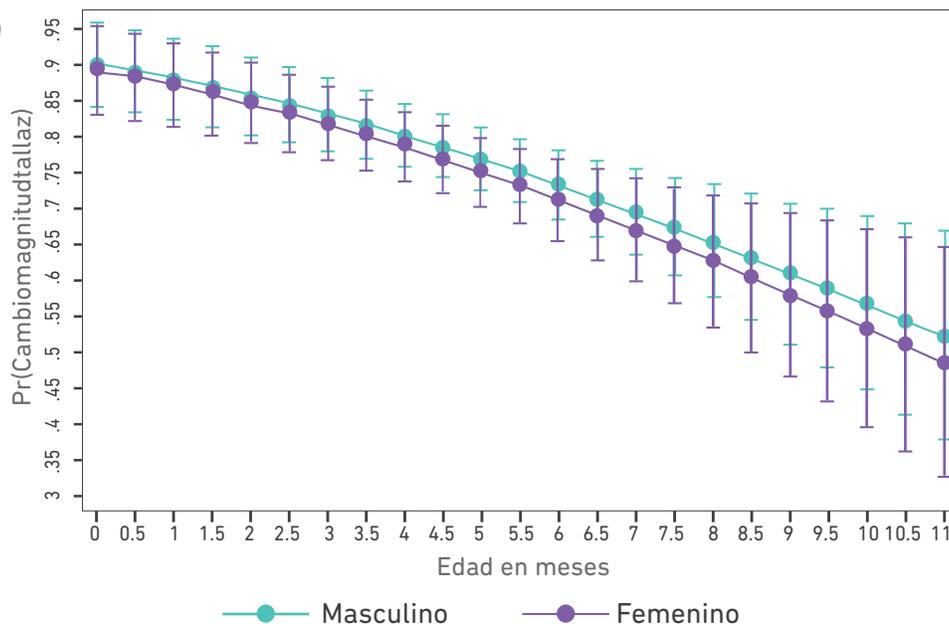
Luego del análisis descriptivo de los datos, se procedió a realizar un ejercicio de inferencia respecto a cuáles son los factores que ejercen mayor influencia sobre la **probabilidad de acercarse o entrar en un canal de crecimiento adecuado**. Esto se realizó mediante la estimación de un modelo logístico. Se encontró que:

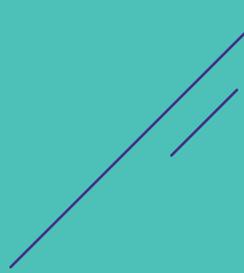
▶▶ Por cada mes adicional de edad que tenga el niño, la probabilidad de acercarse o entrar en su canal de crecimiento adecuado con una intervención nutricional intersectorial disminuye en **20,1%**. Esto ratifica la importancia de que **las políticas públicas de salud y nutrición orientadas a mejorar el estado nutricional de los niños focalicen a la población en edades tempranas**, y fortalezcan los programas que atienden población menor de 2 años, pues en este rango de edad la probabilidad de tener éxito es mayor (figura 4).

Figura 4.

Diagrama de marginales estratificado por sexo y edad presentando la probabilidad de acercarse o estar en el canal de crecimiento adecuado de acuerdo con el indicador de talla para la edad posterior a la intervención según la edad.

Fuente: Cálculos propios de la evaluación





▶▶ La probabilidad de acercarse o estar en el canal de crecimiento adecuado posterior a la intervención disminuyó en **45.9%** si los niños eran alimentados con leches de fórmulas comparados con los que no lo eran durante el transcurso de la intervención. Este resultado, constituye nuevamente un **llamado a la protección de la práctica de la lactancia materna** y el efecto positivo de la misma, en el estado nutricional de los niños.

▶▶ La probabilidad de acercarse o estar en el canal de crecimiento adecuado posterior a la intervención aumentó en **90.5%** si los niños incluyeron en su alimentación leguminosas, comparados con los que no las consumieron durante el transcurso de la intervención. Este hallazgo es un llamado oportuno para que tanto los padres de familia, los directos responsables de la alimentación de los niños, y las entidades estatales responsables de programas de asistencia social, **promuevan el consumo de alimentos altos en proteínas como los granos**, ya que su rico aporte nutricional tiene efecto positivo en el crecimiento lineal de los niños.

▶▶ La probabilidad de acercarse o estar en el canal de crecimiento adecuado posterior a la intervención aumentó en **53%** si los niños pertenecían a **hogar con ingresos superiores a 1 Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV)** en comparación a los niños que pertenecían a hogares con ingresos inferiores durante el transcurso de la intervención.

▶▶ La probabilidad de acercarse o estar en el canal de crecimiento adecuado posterior a la intervención aumentó en **53.7%** si los niños pertenecían a **hogares con jefatura femenina** en comparación a los niños que vivían en hogares con jefatura masculina. La literatura ha mostrado que **las madres empoderadas tienen menos restricciones de tiempo para cuidar a sus hijos**. Además, tienen un mejor estado de salud mental, más control sobre los recursos del hogar, mayor autoestima y mayor acceso a información sobre servicios de salud. Esto implica que **las madres más empoderadas, cuidan mejor de sí mismas y tienen un mejor estado nutricional que favorece las condiciones de sus hijos** al momento de nacer y sus cuidados posteriores⁵.



⁵ Quisumbin y Smith (2007) Intrahousehold Allocation, Gender Relations, and Food Security in Developing Countries en Food Policy for Developing Countries: The Role of Government in Global, National and Local Food Systems

Acciones efectivas:



De manera general, este estudio mostró que **es posible reducir la prevalencia de desnutrición crónica en Bogotá y también en Colombia** cuando se logra visibilizar el retraso en talla como un problema de salud pública y se aborda mediante acciones intersectoriales de salud, educación, desarrollo económico, programas de asistencia social, incluyendo a prestadores de servicios de salud, comunidad y familia.

En cuanto a cada uno de los componentes trabajados se encuentra que:



►► Empoderamiento comunitario

Los **canales de comunicación personales, como mensajería de texto y llamadas telefónicas**, permitieron una **interacción más efectiva** del equipo de campo y los participantes (beneficiarios), lo cual permitió que éstos expresaran de forma más directa sus dudas.

Se identificó que este tipo de contacto favorece a que las instituciones de salud y los talleres comunitarios se constituyan con parte de las redes de apoyo de los cuidadores de estas comunidades. Esto tiene como consecuencia que los **padres y cuidadores tengan acceso a mejor información**.



►► Educación a cuidadores

El estudio y el trabajo de campo evidenciaron que **aplicar las habilidades de consejería permitió orientar adecuada y oportunamente a padres y cuidadores**. Para el caso de la intervención, fue uno de los factores que facilitó la adherencia a los procesos. Además, el **seguimiento personalizado a cada familia** permitió la apropiación de conceptos y el conocimiento de derechos y deberes de los adultos frente al desarrollo de los niños.



►► Atención social

En cuanto a la complementación alimentaria, el estudio mostró que es necesario, en los casos de los niños que ya tienen afectación de talla, que **los paquetes de complementación alimentaria incluyan un refuerzo con un mayor aporte de calorías y proteínas**. Además, que las entregas de alimentos siempre estén acompañadas de **actividades de educación nutricional** de las familias que contribuyan a mejorar sus prácticas de alimentación. La evaluación también permite ratificar la **trascendencia de la lactancia materna** como un componente protector del estado nutricional de los niños en los primeros 2 años de vida.



►► Atención en salud

En cuanto a atención en salud, se evidenció que antes de la intervención, los padres tenían desconocimiento sobre la importancia de las consultas de crecimiento y desarrollo y sobre el derecho de los niños a recibir **fortificación y suplementación casera con micronutrientes**. Después de la intervención, los cuidadores reconocieron estos dos aspectos como **claves para el desarrollo integral de los niños**.

Paralelamente se identificó que las EAPB se deben actualizar en la resolución 1535 de 2002, pues aunque después de la intervención, los participantes contaban con mayores conocimientos respecto a la solicitud del carnet de salud infantil y a la solicitud de suplementos con micronutrientes, en ocasiones estos no eran entregados.

Otros resultados con enfoque de Política Pública



Con base en la evidencia hallada en la intervención y en una revisión sistemática de la literatura, se construyó la **Guía de Prevención y Manejo de la Desnutrición Crónica en menores de un año, como un evento de interés en Salud Pública**.

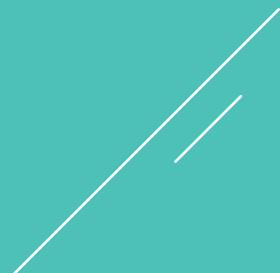
Esta es una herramienta basada en la evidencia existente en la literatura mundial y en la experiencia adquirida en la intervención citada en este docu-

mento, que tiene como propósito **promover las buenas prácticas en torno a la prevención y el manejo de la desnutrición crónica**, desde un enfoque de articulación con distintos sectores, como educación, inclusión (o entidades de gobierno que lideran la atención social), desarrollo económico, salud, prestadores servicios de salud, comunidad, familia y cuidadores principales de los niños, entre otros.

Recomendaciones



Recomendamos la implementación de la **Guía de Prevención y Manejo de la Desnutrición Crónica en menores de un año, como un evento de interés en Salud Pública**, para apoyar la toma de decisiones de sectores y actores involucrados en el proceso de atención y prevención de la desnutrición crónica.



Impacto del estudio:



►► Los resultados del estudio han sido socializados con el despacho del **Alcalde** y las **secretarías de Salud e Integración de la Alcaldía de Bogotá**, con el **ICBF**, con la **Comisión Intersectorial de Primera Infancia** presidida por la primera Dama de la Nación, y el **Cómo Vamos Bogotá**, entre agosto y diciembre de 2019.

►► El **plan estratégico de la Fundación Éxito en 2020** en los programas de Inversión Social – Generación de Conocimiento e Incidencia en Política Pública incorporó los resultados de este estudio.

►► Los resultados también se han socializado en eventos académicos como el **Congreso de Pediatría Social** realizado en Cali -donde fue galardonado con el primer lugar- y en el evento del **Día de la Investigación** realizado por la Fundación Cardioinfantil.



Este estudio fue financiado por la Fundación Éxito y liderado en la ejecución por la Fundación Santa Fe de Bogotá.

Tanto la Fundación Éxito como La Fundación Santa Fe de Bogotá, lideraron los componentes técnicos y de investigación de la intervención.

Agradecemos a La Alcaldía de Bogotá, con sus secretarías de Salud e Integración Social, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a los prestadores de servicios de salud y al equipo técnico y directivo que acompañó e hizo posible esta evaluación.

►► **Equipo Directivo:**

Paula Escobar Gutiérrez

Directora Ejecutiva

Fundación Éxito

Diana María Pineda Ruiz

Líder de Inversión Social y Generación del Conocimiento

Fundación Éxito

Henry Gallardo

Director General

Fundación Santa Fe de Bogotá

Darío Londoño Trujillo

Director Eje de Salud Poblacional

Fundación Santa Fe de Bogotá

Luis Gonzalo Morales Sánchez

Secretario de Despacho

Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía de Bogotá

Amelia Rey Bonilla

Directora de Salud Colectiva

Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía de Bogotá

Gladys Sanmiguel Bejarano

Secretaria de Despacho

Secretaría Distrital de Integración Social –Alcaldía de Bogotá

Juan Carlos Peña Quintero

Director de Nutrición y Abastecimiento

Secretaría Distrital de Integración Social –Alcaldía de Bogotá

Martha Liliana Huertas Moreno

Subdirectora de Nutrición

Secretaría Distrital de Integración Social – Alcaldía de Bogotá

Juliana Salazar Restrepo

Subdirectora para la Infancia

Secretaría Distrital de Integración Social – Alcaldía de Bogotá

Juliana Pungiluppi Leyva

Directora General

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-

Carlos Alberto Aparicio Patiño

Director de Primera Infancia

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-

Zulma Yanira Fonseca Centeno

Directora de Nutrición

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-

Santiago Molina Álvarez

Jefe Oficina de Cooperación y Convenios

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF-

►► **Equipo Investigador:**

Ángela María Orrego Cardona

Coordinadora de Inversión Social y

Generación del Conocimiento

Fundación Éxito

Diana María Pineda Ruiz

Líder de Inversión Social y Generación del Conocimiento

Fundación Éxito

Juan Sebastian Holguín Posada

Analista de Inversión Social y Generación de Conocimiento

Fundación Éxito

Juan Carlos Burgos Castro

Nutricionista Inversión Social y Generación del Conocimiento

Fundación Éxito

Kenny Margarita Trujillo Ramirez

Investigadora principal

Fundación Santa Fe de Bogotá

Gina Paola Arocha Zuluaga

Coordinadora de Proyectos – Coinvestigadora

Fundación Santa Fe de Bogotá

Paula Andrea Castro Prieto

Investigadora Asociada

Fundación Santa Fe de Bogotá

Simon Tomasi

Geógrafo - Coinvestigador

Fundación Santa Fe de Bogotá

Yenny Paola Rueda Guevara

Nutricionista

Fundación Santa Fe de Bogotá

Sergio Mauricio López Moreno

Asesor estadístico

Fundación Santa Fe de Bogotá

Andrea Ramírez Varela

Profesora Asistente

Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

Fundación Santa Fe de Bogotá

►► **Equipo de seguimiento técnico:**

Ángela María Orrego Cardona

Coordinadora de Inversión Social y

Generación del Conocimiento

Fundación Éxito

Amelia Rey Bonilla

Directora de Salud Colectiva

Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía de Bogotá

Carmen Graciela Zamora Reyes

Referente Infancia, Subsecretaría de Salud Pública

Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía de Bogotá

Mabel Ángulo Ángulo

Referente Ruta de Alteraciones Nutricionales, Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía de Bogotá

Martha Patricia Becerra Muñoz

Profesional Especializada, Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Secretaría Distrital de Salud – Alcaldía de Bogotá

Martha Liliana Huertas Moreno

Subdirectora de Nutrición

Secretaría Distrital de Integración Social – Alcaldía de Bogotá

María Victoria Benjumea Rincón

Asesora Subdirección de Nutrición

Secretaría Distrital de Integración Social – Alcaldía de Bogotá

