

LA MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Medición de la seguridad alimentaria del hogar con escalas cualitativas

Martha Cecilia Álvarez Uribe

Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana
Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición y Dietética
Medellín-Colombia
mcau@pijaos.udea.edu.co

INTRODUCCIÓN

Para la medición de la inseguridad alimentaria en el hogar basada en la experiencia, se utilizan escalas compuestas por varios ítems, los cuales reflejan la expectativa teórica de que la inseguridad alimentaria en el hogar comienza con un estímulo negativo que genera primero una preocupación, seguido por una disminución en la calidad de la dieta y si el problema no se corrige se presenta una reducción en el consumo de calorías, primero en los adultos y luego en los niños (1,2).

Para la medición de la seguridad alimentaria en el hogar con estas escalas, se han definido cuatro categorías. 1) Seguridad alimentaria: el hogar muestran un mínimo o nada de evidencia de inseguridad alimentaria. 2) Inseguridad alimentaria leve: se evidencia en las preocupaciones de los miembros del hogar por el abastecimiento insuficiente de alimentos y los ajustes alimentarios. 3) Inseguridad alimentaria moderada: la ingesta de alimentos por los adultos en las familias han sido reducidas de tal modo que implica una experiencia psicológica constante de sensación de hambre. 4) Inseguridad alimentaria severa: en este nivel, todos los miembros del hogar han reducido la ingesta de alimentos hasta el extremo en que los niños experimentan hambre (3).

Surgimiento de las escalas cualitativas para la medición de la seguridad alimentaria en el hogar

En los años 90 en los Estados Unidos, se originó la escala conocida como de Radimer/Cornell (4), la cual se

construyó con las evidencias obtenidas en entrevistas a profundidad realizadas por Radimer a mujeres que vivían en zonas rurales de los Estados Unidos. Estudio que evidenció que: 1) la inseguridad alimentaria se experimenta de manera diferente en los niños y los adultos; 2) la inseguridad alimentaria presenta cuatro dimensiones, referidas a: la calidad, la cantidad, las experiencias psicológicas y sociales; 3) la inseguridad alimentaria con hambre representa el nivel más severo de este fenómeno. En esta misma década surge también la escala para la identificación del hambre en la infancia denominada "The community childhood hunger identification project scale" (CCHIP) (2).

Con base en los estudios anteriores, desde 1995 el Departamento de Agricultura (USDA), introdujo en los Estados Unidos el módulo de inseguridad alimentaria en la "Encuesta nacional de población" (5). Melgar-Quiñonez y su grupo estudiaron la percepción y la experiencia de inseguridad alimentaria entre latinos de California (6) y realizó estudios de validación de esta escala en México, Bolivia, Ecuador, Burkina Faso, Ghana y las Filipinas (7-9). La escala de la USDA fue adaptada y validada en Brasil por Pérez-Escamilla y un grupo de investigadores de la Universidad de Campinas (10-12).

En Venezuela Lorenzana y Sanjur (13) modificaron y validaron el índice de hambre desarrollado en Estados Unidos por Wehler y colaboradores (2). La escala aplicada en Venezuela, fue adaptada lingüísticamente validada en Colombia (14,15), escala que asumió la "Encuesta

nacional de la situación nutricional de Colombia, 2005" (ENSIN) (16).

Surgimiento de la Escala Latinoamericana para la Medición de la Seguridad Alimentaria en el Hogar (ELCSA)

En la 1ª Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en hogar, efectuada en junio del 2007 en el municipio El Carmen de Viboral, Antioquia, Colombia, tuvo como propósito iniciar el proceso en búsqueda de un consenso para la adopción y utilización de una metodología para medir y comprender la inseguridad alimentaria en los hogares de la región. En esta Conferencia, como insumo para el debate el comité científico presenta la "Escala latinoamericana para la medición de la seguridad alimentaria en el hogar" (ELCSA) construida a partir de la experiencia acumulada en Brasil (12), Colombia (16) y Estados Unidos (17). En dicha conferencia, se recomendó a los países, adaptar lingüísticamente los ítems de ELCSA y realizar la validación interna y externa de la escala. Sugerencia que fue

acogida por Colombia, para lo cual se constituyó por el Instituto Colombiano de Estadística (ICBF), el Departamento Administrativo de Estadística (DANE), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional y la Universidad de Antioquia.

La adaptación lingüística de ELCSA, se realizó mediante la ejecución de 12 talleres, con participación de 197 personas de todos los estratos socioeconómicos que vivían en seis municipios de Colombia (18). La validación interna se realizó mediante el modelo de Rasch, la cual muestra una adecuada consistencia interna y la severidad de los ítems están acorde con la literatura científica (19). La inseguridad alimentaria en el hogar se asoció con la mayoría de las variables socioeconómicas obtenidas en la "Encuesta de calidad de vida de Colombia, 2008" (19,20).

Palabras clave: Seguridad alimentaria y nutricional, inseguridad alimentaria,

REFERENCIAS

1. Radimer K, Olson C, Greene J, Campbell C, Habicht J. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *J Nutr Educ* 1992; 24:36S-45S.
2. Wehler C, Scott R, Anderson J. The community childhood identification project: a model of domestic hunger. *J Nutr* 1992; 24:29S-35S.
3. Frongillo EA, Jr. Validation of measures of food insecurity and hunger. *J Nutr* 1999; 129(2S Suppl):506S-509S.
4. Radimer KL. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. *Public Health Nutr* 2002;5(6A):859-64.
5. Bickel GN, Price C, Hamilton W, Cook J, Alexandria V. Guide to Measuring Household Food Security, Revised 2000: US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. Washington: USDA; 2000.
6. Melgar-Quiñonez H, Kaiser LL, Martin AC, Metz D, Olivares A. [Food insecurity among Californian Latinos: focus-group observations]. *Salud Pública Mex* 2003;45(3):198-205.
7. Melgar-Quiñonez H, Zubieta A, McKelly B, Nteziyaremye A, Gerardo M, Dunford C. Household Food insecurity and daily per capita food expenditure in Bolivia, Burkina Faso and the Philippines. *Journal of Nutrition* 2006; 136:1431S-1437S.
8. Melgar-Quiñonez H, Zubieta AC, Valdez E, Whitelaw B, Kaiser L. [Validation of an instrument to monitor food insecurity in Sierra de Manantlan, Jalisco]. *Salud Pública Mex* 2005; 47(6):413-22.
9. Hackett M, Zubieta AC, Hernandez K, Melgar-Quiñonez H. Food insecurity and household food supplies in rural Ecuador. *Arch Latinoam Nutr* 2007; 57(1):10-7.

10. Pérez-Escamilla R, Segall-Correa AM, Kurdian Maranhá L, Sampaio Md Mde F, Marin-Leon L, Panigassi G. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr* 2004;134(8):1923-8.
11. Marin-Leon L, Segal-Correa AM, Panigassi G, Maranhá LK, Sampaio Mde F, Pérez-Escamilla R. [Food insecurity perception in families with elderly in Campinas, Sao Paulo, Brazil]. *Cad Saude Pública* 2005; 21(5):1433-40.
12. Segall-Correa AM, Panigassi G, Sampaio Md Mde F, Marin-Leon L, Pérez-Escamilla R. Validación de un instrumento de inseguridad alimentaria y hambre en el contexto de la política brasilera de comate al hambre. *Perspectives en Nutrición Humana* 2007; Separata:89-102.
13. Lorenzana P, Mercado C. Measuring household food security in poor Venezuelan households. *Public Health Nutr* 2002; Vol 5:851-7.
14. Álvarez M, Estrada A, Montoya E, Melgar-Quiñonez H. Validación de escala de la seguridad alimentaria doméstica en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública de México* 2006; 48(1):199-210.
15. Álvarez MC, Benjumea MV, Roldán P, Maya M, Martínez M, Montoya EC. Perfil alimentario y Nutricional de los Hogares: Análisis comparativo entre las regiones de Antioquia. Medellín; 2005.
16. Álvarez MC, Estrada A. Evaluación cualitativa de la seguridad alimentaria en el hogar. In: Encuesta nacional de la situación nutricional de Colombia, ENSIN 2005. Bogotá: ICBF; 2005. p. 322-331.
17. Nord M, Satpathy A, Nikhil R, Webb P, Houser R. Comparing Household Survey-Based Measures of Food Insecurity Across Countries: Case Studies in India, Uganda, and Bangladesh," paper presentated at International Scientific Symposium on Measurement and Assessment of Food Deprivation and Under-Nutrition, sponsored by the Available as Tufts working paper: <http://nutrition.tufts.edu/academic/fpan/>.
18. Álvarez MC, Vélez O. Adaptación lingüística de la Escala Latinoamericana y Caribeña para la medición de la seguridad alimentaria en el hogar -ELCSA Colombia. Bogotá 2008.
19. 19 Álvarez MC, Melgar-Quiñones H, Estrada A, Fonseca Z. Validación interna. In: Validación interna y externa de la Escala Latinoamericana y Caribeña para la medición de la seguridad alimentaria en Colombia: Encuesta de Calidad de Vida. Bogotá; 2009. p. 41-74.
20. DANE. Base de datos Encuesta de Calidad de Vida -ECV-. Bogotá; 2009.

Integrated food security phase classification (IPC) Clasificación integrada de la seguridad alimentaria por fases (CIF)

Lorena Patricia Mancilla López

Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición y Dietética

Medellín-Colombia

loremam@pijaos.udea.edu.co

La herramienta CIF es una escala estandarizada que integra indicadores de seguridad alimentaria, nutrición e información de los medios de subsistencia de una población para una clara declaración sobre la gravedad de una crisis y las implicaciones para la respuesta humanitaria (1).

Esta herramienta se viene implementando desde 2004 por la Unidad de Evaluación de la Seguridad Alimentaria (FSAU) Somalia y la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO). En 2006 se emite la primera versión y desde 2008 entra en vigencia la versión actualizada 1.1 (1, 2).

El propósito fundamental de la CIF es proveer consenso técnico y lenguaje común para clasificar la severidad en diversos escenarios de crisis de la seguridad alimentaria y su impacto en las vidas humanas y en sus medios de subsistencia; una alerta temprana más clara que influya en la toma de decisiones y el vínculo de la información a un sistema estratégico de respuesta (1).

La herramienta CIF está conformada por cuatro elementos: tabla de referencia, análisis de plantillas, protocolos de cartografía y tablas de población. La tabla de referencia contempla cinco fases en las que se clasifican áreas geográficas y grupos poblacionales en cinco categorías: seguridad alimentaria (1A y 1B), inseguridad alimentaria moderada, crisis alimentaria y de medios de subsistencia aguda; emergencia humanitaria y hambruna/catástrofe humanitaria. Cada fase se distingue por colores que hacen alusión a la gravedad de la situación en la que se encuentre el grupo poblacional analizado, de tal forma que la primera categoría es verde y la más crítica roja (Figura 1).

La tabla de referencia también incluye una columna denominada principales resultados de referencia. Este segmento permite la clasificación en cualquiera de las fases descritas a partir de un análisis basado en la convergencia de evidencia de aspectos relacionados con el

bienestar y la subsistencia humana. Para cada fase del CIF se dispone de una batería de indicadores que han sido seleccionados para la herramienta porque constituyen los principales resultados de referencia, estos son: tasa bruta de mortalidad, desnutrición aguda, retraso del crecimiento, disponibilidad y acceso a los alimentos, diversidad dietética, acceso y disponibilidad de agua, pobreza, desplazamiento, seguridad civil, riesgo, condiciones estructurales y bienes para subsistencia (Figura 1).

La tercera columna de la tabla de referencia es el marco de respuesta estratégica, concebido como el elemento que permite ir más allá de la clasificación del estado de la seguridad alimentaria para avanzar en la toma de decisiones de acuerdo con la clasificación de la población analizada. Este componente tiene tres objetivos generales: mitigar los resultados negativos inmediatos, mantener los medios de subsistencia y orientar acciones a las causas subyacentes y estructurales (Figura 1).

Los otros componentes de análisis de plantillas, los protocolos cartográficos y las tablas de población, son herramientas complementarias y de apoyo a la CIF. El análisis de plantillas está diseñado con el propósito de aumentar la transparencia, facilitar el acceso a la información clave y a la redacción de informes. Este análisis consta de tres partes: fase de clasificación, información clave para mitigar resultados inmediatos, información clave para apoyar los medios de subsistencia y actuar sobre las causas subyacentes. Por su parte los protocolos de Cartografía comunican gran cantidad de información compleja de una forma accesible mediante mapas, con el fin de facilitar la toma de decisiones para la acción. La mayoría de la información del análisis de plantillas se resume en los protocolos de cartografía (Figura 2).

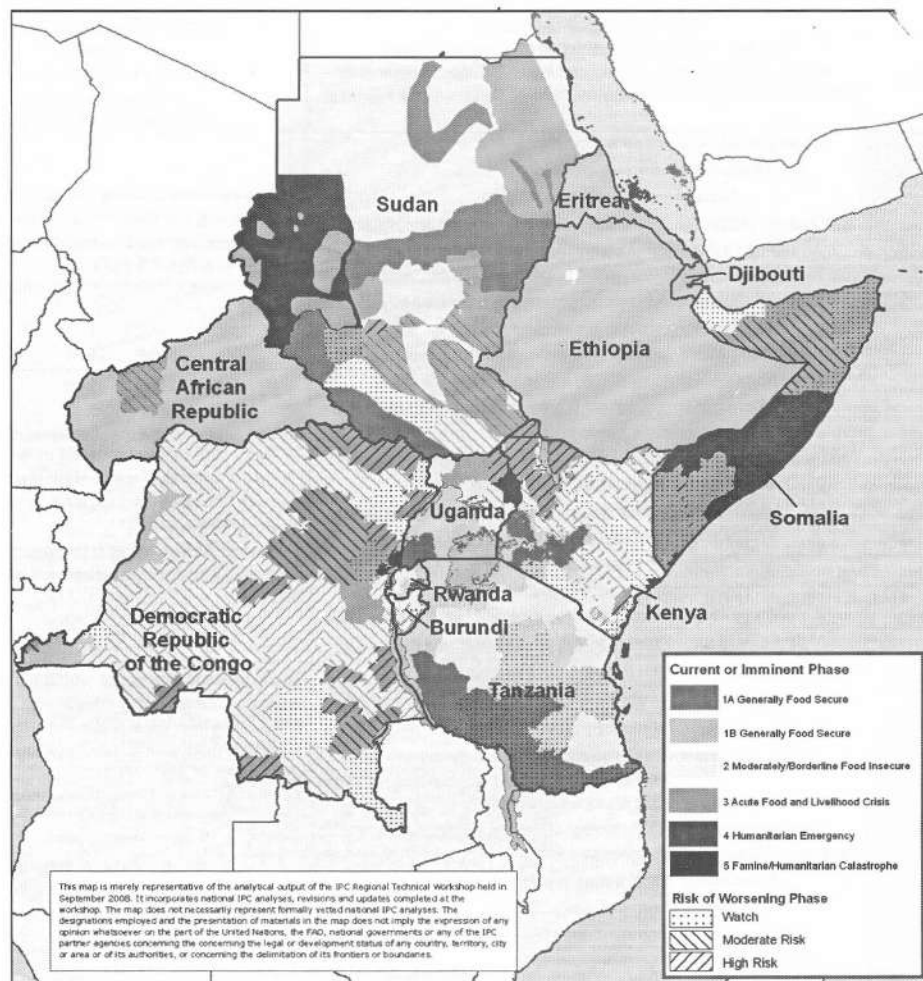
Las tablas estandarizadas de población estiman la cantidad de población que se encuentra en la fase 3, 4 o 5, es decir, en crisis alimentaria y de medio de subsistencia

referencia de la CIF

Classification	Key Reference Outcomes <i>Current or imminent outcomes on lives and livelihoods. Based on convergence of direct and indirect evidence rather than absolute thresholds. Not all indicators must be present for classification..</i>	Strategic Response Framework <i>Objectives: (1) mitigate immediate outcomes, (2) support livelihoods, and (3) address underlying causes</i>
1A Generally Food Secure	<p>Crude Mortality Rate < 0.5 / 10,000 / day</p> <p>Acute Malnutrition < 3 % (w/h <-2 z-scores)</p> <p>Stunting < 20% (h/age <-2 z-scores)</p> <p>Food Access / Availability usually adequate (> 2,100 kcal ppp day), stable</p> <p>Dietary Diversity consistent quality and quantity of diversity</p> <p>Water Access / Avail. usually adequate (> 15 litres ppp day), stable</p> <p>Hazards moderate to low probability and vulnerability</p> <p>Civil Security prevailing and structural peace</p> <p>Livelihood Assets generally sustainable utilization (of 6 capitals)</p>	<p>Strategic assistance to pockets of food insecure groups</p> <p>Investment in food and economic production systems</p> <p>Enable development of livelihood systems based on principles of sustainability, justice, and equity</p> <p>Prevent emergence of structural hindrances to food security</p> <p>Advocacy</p>
1B Generally Food Secur	<p>Crude Mortality Rate < 0.5 / 10,000 / day; USMR < 1 / 10,000 / day</p> <p>Acute Malnutrition > 3% but < 10 % (w/h <-2 z-score), usual range, stable</p> <p>Stunting > 20% (h/age <-2 z-scores)</p> <p>Food Access / Availability borderline adequate (2,100 kcal ppp day); unstable</p> <p>Dietary Diversity chronic dietary diversity deficit</p> <p>Water Access / Avail. borderline adequate (15 litres ppp day); unstable</p> <p>Hazards recurrent, with high livelihood vulnerability</p> <p>Civil Security Unstable; disruptive tension</p> <p>Coping "insurance strategies"</p> <p>Livelihood Assets stressed and unsustainable utilization (of 6 capitals)</p> <p>Structural Pronounced underlying hindrances to food security</p>	<p>Design & implement strategies to increase stability, resilience and resilience of livelihood systems, thus reducing risk</p> <p>Provision of "safety nets" to high risk groups</p> <p>Interventions for optimal and sustainable use of livelihood assets</p> <p>Create contingency plan</p> <p>Redress structural hindrances to food security</p> <p>Close monitoring of relevant outcome and process indicators</p> <p>Advocacy</p>
2 Moderately / Borderline Food Insecure	<p>Crude Mortality Rate 0.5-1 / 10,000 / day, USMR 1-2 / 10,000 / dy</p> <p>Acute Malnutrition 10-15 % (w/h <-2 z-score), > than usual, increasing</p> <p>Disease epidemic; increasing</p> <p>Food Access / Availability lack of entitlement; 2,100 kcal ppp day via asset stripping</p> <p>Dietary Diversity acute dietary diversity deficit</p> <p>Water Access / Avail. 7.5-15 litres ppp day, accessed via asset stripping</p> <p>Destitution / Displacement emerging; diffuse</p> <p>Civil Security limited spread, low intensity conflict</p> <p>Coping "crisis strategies"; CSI > than reference; increasing</p> <p>Livelihood Assets accelerated and critical depletion or loss of access</p>	<p>Support livelihoods and protect vulnerable groups</p> <p>Strategic and complementary interventions to immediately food access / availability AND support livelihoods</p> <p>Selected provision of complimentary sectoral support (e.g., water, shelter, sanitation, health, etc.)</p> <p>Strategic interventions at community to national levels to create, stabilize, rehabilitate, or protect priority livelihood assets</p> <p>Create or implement contingency plan</p> <p>Close monitoring of relevant outcome and process indicators</p> <p>Use "crisis as opportunity" to redress underlying structural causes</p> <p>Advocacy</p>
3 Acute Food and Livelihood Crisis	<p>Crude Mortality Rate 1-2 / 10,000 / day, > 2x reference rate, increasing; USMR > 2 / 10,000 / day</p> <p>Acute Malnutrition > 15 % (w/h <-2 z-score), > than usual, increasing</p> <p>Disease Pandemic</p> <p>Food Access / Availability severe entitlement gap; unable to meet 2,100 kcal ppp day</p> <p>Dietary Diversity Regularly 3 or fewer main food groups consumed</p> <p>Water Access / Avail. < 7.5 litres ppp day (human usage only)</p> <p>Destitution / Displacement concentrated; increasing</p> <p>Civil Security widespread, high intensity conflict</p> <p>Coping "distress strategies"; CSI significantly > than reference</p> <p>Livelihood Assets near complete & irreversible depletion or loss of access</p>	<p>Urgent protection of vulnerable groups</p> <p>Urgently food access through complimentary interventions</p> <p>Selected provision of complimentary sectoral support (e.g., water, shelter, sanitation, health, etc.)</p> <p>Protection against complete livelihood asset loss and / or advocacy for access</p> <p>Close monitoring of relevant outcome and process indicators</p> <p>Use "crisis as opportunity" to redress underlying structural causes</p> <p>Advocacy</p>
4 Humanitarian Emergency	<p>Crude Mortality Rate > 2 / 10,000 / day (example: 6,000 / 1,000,000 / 30 days)</p> <p>Acute Malnutrition > 30 % (w/h <-2 z-score)</p> <p>Disease Pandemic</p> <p>Food Access / Availability extreme entitlement gap; much below 2,100 kcal ppp day</p> <p>Water Access / Avail. < 4 litres ppp day (human usage only)</p> <p>Destitution / Displacement large scale, concentrated</p> <p>Civil Security widespread, high intensity conflict</p> <p>Livelihood Assets effectively complete loss; collapse</p>	<p>Critically urgent protection of human lives and vulnerable groups</p> <p>Comprehensive assistance with basic needs (e.g. food, water, shelter, sanitation, health, etc.)</p> <p>Immediate policy / legal revisions where necessary</p> <p>Negotiations with varied political-economic interests</p> <p>Use "crisis as opportunity" to redress underlying structural causes</p> <p>Advocacy</p>
5 Famine / Humanitarian Catastrophe	<p>Crude Mortality Rate > 2 / 10,000 / day (example: 6,000 / 1,000,000 / 30 days)</p> <p>Acute Malnutrition > 30 % (w/h <-2 z-score)</p> <p>Disease Pandemic</p> <p>Food Access / Availability extreme entitlement gap; much below 2,100 kcal ppp day</p> <p>Water Access / Avail. < 4 litres ppp day (human usage only)</p> <p>Destitution / Displacement large scale, concentrated</p> <p>Civil Security widespread, high intensity conflict</p> <p>Livelihood Assets effectively complete loss; collapse</p>	<p>Critically urgent protection of human lives and vulnerable groups</p> <p>Comprehensive assistance with basic needs (e.g. food, water, shelter, sanitation, health, etc.)</p> <p>Immediate policy / legal revisions where necessary</p> <p>Negotiations with varied political-economic interests</p> <p>Use "crisis as opportunity" to redress underlying structural causes</p> <p>Advocacy</p>

Fuente: IPC Global Partners. Integrated food security phase classification (2).

Figura 2. Mapa CIF África Oriental y Central 2008



Fuente: http://www.ipcinfo.org/attachments/ipc_reg_wkshp_081024.png

aguda o en emergencia humanitaria o en catástrofe humanitaria. Esta información se presenta por área como departamentos, distritos, etc; zonas y sistemas de subsistencia. Las tablas de población proveen información básica para los tomadores de decisiones a cerca de las estrategias a implementar ante una situación de crisis como cambio de políticas o intervención de mercados o bien sea mediante la transferencia de alimentos o dinero (2).

CONCLUSIONES

La clasificación integrada de la seguridad alimentaria por fases (CIF) es una herramienta que plantea una

metodología estandarizada útil para las comparaciones internacionales, en este sentido el grupo de expertos que le dieron origen expresan que la CIF provee "una moneda común" para clasificar la seguridad alimentaria. Tiene la ventaja de ser un sistema de información que además incluye estrategias para la toma de decisiones. Aunque tiene un enfoque de alerta temprana para las crisis agudas y de atención inmediata, plantea el abordaje de las causas estructurales de la inseguridad alimentaria.

La herramienta está diseñada para identificar grupos vulnerables o en inseguridad alimentaria en el ámbito nacional, pero su aplicación se puede extrapolar a unidades más pequeñas de análisis como regiones o departamentos.

La batería de indicadores de la CIF, contempla no solo el tradicional indicador de subnutrición de la FAO, sino también otros de nutrición, diversidad dietética y aquellos relacionados con los medios de subsistencia de las personas como conflictos, bienes o activos, acceso al agua y amenazas ambientales, de esta manera supera en gran medida las

limitantes de otros métodos de medición de la seguridad alimentaria, sin embargo, es necesario desarrollar esta herramienta en Latinoamérica, donde hasta el momento no habido experiencia de su implementación, para afinarla según las características y necesidades de los países de la región y así evaluar las ventajas de su aplicación.

REFERENCIAS

1. FAO. Integrated food security and humanitarian phase classification (IPC) Framework. Briefing notes [Internet] [Citado Julio de 2010] Roma; 2006. Disponible en: <http://www.ipcinfo.org/news.php>
2. IPC Global Partners. Integrated food security phase classification. Thecnical Manual Version 1.1 [Internet] [citado julio de 2010]. Roma; 2008. Disponible en: <http://www.ipcinfo.org/news.php>.

ALIMENTACIÓN A COLECTIVIDADES

Responsabilidad social cuando de alimentación a colectividades se trata

Margarita María Gómez Builes

Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición y Dietética
Medellín-Colombia

La responsabilidad social es hoy en día un enfoque que debe orientar la acción de directivos y profesionales, en todos los niveles de la organización; se espera que al implementarla se fortalezca la gestión en el sentido de que todas las partes interesadas la perciban en términos de confiabilidad, transparencia y creación de valor; este enfoque socialmente responsable se define en la Guía Técnica Colombiana -GTC180- como el compromiso voluntario y explícito que las organizaciones asumen frente a las expectativas y acciones concertadas que se generan con las partes interesadas, en materia de desarrollo humano integral.

En el ejercicio profesional de los nutricionistas dietistas, a nivel de los servicios de alimentación a colectivos, llegó la hora tomar la decisión de alinearse con la gestión socialmente responsable de la organización al interior de la cual se dirige el servicio, e incorporarse con acciones que desde el diseño nutricional del menú, la selección de los alimentos; la planeación de la producción, la educación y acompañamiento al usuario(que por la legislación laboral y de seguridad social, son adultos entre 18-62 años), los impacten nutricionalmente y se controle su morbilidad; la cual como lo evidencian diferentes investigaciones son personas afectadas en un alto porcentaje por enfermedades crónicas degenerativas, cuyas rutinas y hábitos, elevan al 46 % en riesgo de desarrollar síndrome metabólico (OMS).

Desde la experiencia docente en gerencia de servicios de alimentación a colectivos de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, hay empeño por despertar la conciencia de los profesionales del área, con respecto a la responsabilidad y la deuda social acumulada, si desde la gestión no se busca impactar los mencionados indicadores; los espacios académicos nos permiten realizar talleres y conferencias como estrategia de motivación y movilización, como el realizado en el

marco del XIII Congreso Nacional Barranquilla, 2009 con el tema "Alimentación en colectivos humanos y su papel en la transición nutricional y alimentaria del país", en el se presentaron trabajos realizados por la Organización Mundial para la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y datos recogidos en la experiencia de prácticas académicas del ciclo de profundización, en once, empresas de la ciudad de Medellín; en las cuales, se logro evaluar el estado nutricional de cerca de 2.000 empleados, hallando un 56,5% con peso elevado y 52% con presencia de riesgo cardiovascular; esta situación debe generar movilización por un ejercicio profesional socialmente responsable.

En este segundo espacio de carácter nacional Nutrial 2010, aprovechamos la oportunidad, de continuar la motivación a los líderes de los servicios de alimentación el sentido de lograr responsabilidad social cuando de alimentación a colectividades se trata, además de la invitación al Dr. Wanjek, funcionario de la OIT, con trabajos alrededor de los beneficios de una alimentación saludable en los colectivos humanos, vamos a transmitirles preguntas de la GTC 180, frente a como iniciar el cambio de la gestión centrada en la productividad y los costos, por la gestión con enfoque en el desarrollo social:

- Si asumimos nuestra competencia como una parte interesada: ¿qué medidas prioritarias tienen que ser tomadas?
- ¿Qué nuevos recursos o habilidades serán requeridos?
- ¿En qué plazos hay que actuar?
- ¿Cuáles deben ser las adaptaciones que dentro de la organización deben hacerse a: políticas, estrategias, plan de acción y estructura de operaciones?

- ¿Cuáles deben ser los nuevos objetivos y los procesos organizacionales que los apoyan?
- ¿Cuáles son las alianzas que el líder del servicio, debe hacer en la organización y en el entorno, con las partes interesadas, para ser coherentes con las estrategias de responsabilidad social.

El trabajo por encontrar las respuestas pertinentes, que sean comunes y de posible aplicación en los servicios de alimentación en lo local, departamental y nacional; de manera que en sumatoria los resultados, lleguen a iniciar el impacto, sobre el estado de salud, disminuyendo los riesgos de enfermedad cardiovascular, modificando de manera permanente hábitos alimentarios en los usuarios, demanda la conformación de una red, que permita ir diseñando bases de datos de usuarios, indicadores de evaluación, interpretación de resultados, definición de objetivos, estrategias y actividades de acción conjunta, para ello, invitando a vincularse al blog diseñado para la red.

El mayor reto, al implementar este estilo de administración socialmente responsable, lo vamos a tener al tratar de incluirla en la lógica socioeconómica de las empresas en el mediano y largo plazo; normalmente estamos presionados por los intereses de la organización en cuanto a competitividad, creación de valor, crecimiento y sostenibilidad con exigencias sobre características de productos y servicios especificadas por fuera de lo objetivos que definamos para que el servicio de alimentación, haga contribuciones valederas, en la calidad de vida de las partes interesadas.

La propuesta a partir de hoy, es la de realizar el ejercicio de identificar, valorar y gestionar los riesgos asociados a

la implementación de un enfoque integral y estratégico de responsabilidad social, el cual debe estar en concordancia con una gestión integral del riesgo en la organización, Norma Técnica Colombiana NTC 5254.

Los lineamientos para la implementación de la gestión socialmente responsable, según la GTC 180, son:

- Definir la política social de la empresa y del servicio de alimentación.
- Establecer el marco ético de esta responsabilidad.
- Definir los compromisos y responsabilidades de la alta dirección y del líder del servicio de alimentación.
- Procesos que permiten la implementación de la gestión socialmente responsable.
- Compromisos de las partes interesadas.
- Comunicación interna y externa.
- Gestión del cambio.
- Medición, análisis y mejora continua.

Si logramos motivar los nutricionistas dietistas del área de servicios de alimentación y nutrición, frente a que tomen la decisión de comprometerse con los procesos de cambio que demanda la gestión basada en la responsabilidad social, estaríamos correspondiendo a la confianza depositada en nosotros cuando los directivos que nos eligen para dirigir sus servicios y los usuarios de los servicios, nos confían su alimentación y nutrición saludable.

Palabras clave: Alimentación, colectivos, responsabilidad, partes interesadas.

REFERENCIAS

- Heid D, McGrew A. Globalización-antiglobalización. Sobre la reconstrucción del orden mundial. Buenos Aires. Paidós. 2003.
- Hernández D. La responsabilidad social de los conceptos a la gestión en la organización: Universidad de Barcelona-Universidad de Antioquia. 2007.
- ICONTEC: Norma Técnica Colombiana 3793: Salud Ocupacional. Clasificación, registro y estadísticas de ausentismo laboral. 1996:05:15.
- ICONTEC: Guía Técnica Colombiana 180: Responsabilidad social. 2008.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia, 2005. Santafé de Bogotá, noviembre de 2006. Pág. 83-85
- Molina G. Desarrollo socioeconómico. Medellín: 1995.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Normas. Código sustantivo del trabajo con sus modificaciones Decreto Ley 3743 de 1950. [Acceso octubre de 2009]. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co>

Colombia. Ministerio de la Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud 2007[Sede Web]. Resultados Nacionales [Acceso 20 de diciembre de 2008]. Disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9091.PDF>

Colombia. Ministerio de la Protección Social y Colciencias. Encuesta nacional de salud 2007 [Sede Web]. Resultados por departamento: Antioquia [Acceso 20 de diciembre de 2008]. Disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9091.PDF>

OIT. Dimensiones de la productividad del trabajo en las empresas en América Latina. Publicación: Noticias de la OIT. Abril 10 de 2006.

Oficina Internacional del Trabajo. Cambios en el mundo del trabajo, Memoria del Director General. Conferencia internacional del trabajo 95ª. Informe. Ginebra; 2006.

OMS. Commission on social determinants of health. A Conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the commission on determinants of health DRAFT. April, 2007.

OMS. Informe sobre: dieta, nutrición y enfermedades crónicas. 2003. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr32/es/>. Acceso: Noviembre de 2008

OIT. Nuevo Informe: Una deficiente alimentación en el trabajo, afecta la salud y la productividad. Ginebra. Septiembre 15 de 2005. Disponible en: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--es/WCMS_006116/index.htm. Acceso: Noviembre de 2008

Perdiguero T, García R A. La responsabilidad social de las Empresas y los nuevos desafíos de la gestión empresarial. PUV: Universidad de Valencia. 2005.

Solarte R. Responsabilidad social en Colombia: retos desde la complejidad y la búsqueda de no exclusión. Santafé de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2004.

Suam A. Éxito empresarial. Pymes y responsabilidad social empresarial casos de éxito en Centroamérica. CEGESTI—su aliado para el éxito N° 30, 2005.

Wanjek C. OIT: La alimentación en el trabajo: una revolución nutricional en el menú. Panoramas sobre el mundo del Trabajo. Revista del Trabajo N° 55, diciembre de 2005. Disponible en: http://www.ilo.org/wow/Articles/lang--es/WCMS_081446/index.htm. Acceso: Noviembre 27 de 2008.

Sarcopenia: identificación y prevención en el anciano

José Fernando Gómez Montes

Grupo de Investigaciones en Gerontología y Geriátrica
Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud
Manizales-Colombia

La sarcopenia puede ser definida como un síndrome caracterizado por una pérdida progresiva y generalizada de masa muscular y fuerza que conlleva un riesgo aumentado de consecuencias adversas como discapacidad física, pobre calidad de vida y muerte. Se insiste en que tiene elementos para poder ser considerado como un síndrome geriátrico debido a su mayor prevalencia en grupos de ancianos y que tiene contribuciones tanto de enfermedad como del proceso de envejecimiento. La sarcopenia representa un deterioro del estado de salud de un anciano, con una alta prevalencia de alteraciones de la movilidad, riesgo aumentado de caídas y fracturas, deterioro de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, desarrollo de discapacidades, pérdida de la independencia y un aumento considerable del riesgo de morir. Además, la sarcopenia se considera uno de los elementos fundamentales de la fragilidad en el anciano.

Dentro de los criterios utilizados en el grupo de gerontología y geriátrica de la Universidad de Caldas para evaluar fragilidad en ancianos tanto en la comunidad, para estudios epidemiológicos, como en medios clínicos, para seguimiento de pacientes, están los siguientes:

- Velocidad de la marcha: con un punto de corte para considerar discapacidad con una velocidad menor de 0,4 mt/seg.
- Pobre fuerza de agarre: tomando en cuenta el percentil 10, que se considera menor de 15 kg. para ancianos sanos de la región.
- Pérdida de peso inexplicada: utilizando la pregunta de la evaluación mininutricional de pérdida de peso en los últimos tres meses.
- Autorreporte de cansancio físico: se incluyen preguntas de sensación de cansancio del autorreporte de síntomas utilizado por la Organización Mundial de la Salud.
- Baja actividad física: utilizando el cuestionario de las actividades físicas sociales (actividad física jerárquica de Reuben).

Aquellos que tengan tres o más de los cinco criterios valorados, serán clasificados como ancianos frágiles o grupo de alto riesgo, susceptibles de desarrollar discapacidad y dependencia. Grupo de riesgo intermedio con dos características presentes y grupo de riesgo bajo con una característica presente. Aquellos quienes no presentan ninguna de las características se consideran ancianos vigorosos.

Basados en el reciente consenso europeo sobre definición y diagnóstico de sarcopenia, esta ponencia pretende poner en perspectiva la sarcopenia en los ancianos colombianos, relacionándola con los resultados de fragilidad en ancianos de la región.

La nutrición como elemento esencial para un envejecimiento saludable

Gloria Cecilia Deossa Restrepo

Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición y Dietética

Medellín-Colombia

glory@pijaos.udea.edu.co

Nutrición y envejecimiento

En el mundo la población de adultos mayores (60 o más años, OMS) va en aumento. Para Colombia se proyecta hacia el 2050 una esperanza de vida superior a los 79 años y una población total de 72 millones de habitantes, de los cuales el 20% serán adultos mayores, grupo de riesgo de sufrir malnutrición proteico-calórica y como consecuencia enfermedades cardio-cerebrovasculares, anemia, úlceras por presión, deterioro cognoscitivo, fracturas, caídas, entre otras.

La OMS recomienda mantener un IMC saludable en adultos entre 18,5–24,9 kg/m² y evitar ganancia >5 kg durante la vida adulta con el fin de prevenir la aparición de ECNT (Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003); sin embargo en adultos mayores de 65 años un IMC menor de 24,4 o superior a 29,9 se relaciona con aumento de la morbimortalidad.

Inmunosenescencia

Con el envejecimiento se reducen los valores de linfocitos T (LT), la respuesta ante algunas vacunas, se altera la proliferación de antígenos, fagocitos y algunas citocinas, y se producen cambios en el sistema del complemento. La frecuencia de enfermedades autoinmunes aumenta con la edad, en 65 años la incidencia de cáncer es 11 veces mayor y hay 15 veces más mortalidad por esta causa que en los jóvenes. La principal función de las células NK (*natural killer*) es eliminar células cancerígenas o infectadas con virus. Por haber una mayor expansión clonal de linfocitos B, existe una mayor incidencia de linfomas. El zinc contribuye a prevenir la inmunosenescencia, y aunque en algunos casos se recomienda la suplementación con dosis que van desde 15 hasta 100 mg por 2 meses, se debe tener en cuenta que puede interferir con la absorción del cobre.

Sarcopenia

Con la edad se producen cambios celulares, moleculares y bioquímicos que contribuyen a la disfunción muscular, la sarcopenia se define como la declinación progresiva de la masa, la fuerza y la calidad del músculo asociada a la edad y representa un factor de riesgo para la fragilidad, pérdida de independencia y discapacidad física, la pérdida de movilidad resultante de la pérdida de masa muscular predice mayor discapacidad y mortalidad y se asocia con una pobre calidad de vida, con necesidades sociales y de cuidados en salud; la prevalencia de esta condición en adultos mayores de 70 años es cercana al 25% e incrementa a 40% en > 80 años, la causa primaria es la vida sedentaria y la malnutrición.

El envejecimiento se acompaña de cambios estructurales y modificaciones químicas en las proteínas que afectan la excitación-contracción y por tanto influyen en la función de los músculos. Una de las teorías del envejecimiento se relaciona con la producción de radicales libres; en condiciones normales si el sistema de antioxidantes es inadecuado y hay modificación en las proteínas musculares, el proteosoma puede remover las proteínas dañadas; se ha demostrado que la función del proteosoma declina con la edad y que las fibras musculares tipo I producen mayor cantidad de sustancias reactivas del oxígeno vía mitocondrial, a través de la fosforilación oxidativa, en comparación con las fibras tipo II, y por esto tienen una mayor capacidad antioxidante para prevenir el daño oxidativo; un consumo adecuado de antioxidantes fortalecerá la función muscular.

Otro factor asociado a la sarcopenia es el incremento en el nivel de citocinas inflamatorias circulantes. La osteoartritis (OA) es una enfermedad común en los adultos mayores y la degeneración articular se asocia al incremento de

algunas citocinas entre ellas la IL-6, cuyos valores elevados posiblemente pueden contribuir a la reducción de la resistencia y balance entre músculos y tendones en adultos mayores. Una combinación entre el entrenamiento de resistencia y las intervenciones nutricionales, pueden ayudar a combatir la sarcopenia.

Por ser los aminoácidos (aa) potentes estimuladores de la síntesis de las proteínas del músculo, es posible que la pérdida de masa y fuerza muscular que ocurre con el envejecimiento puede deberse en parte a una ingesta de proteínas menor a la óptima. Los aa que contienen arginina tienen un efecto estimulador mayor en la síntesis de proteína muscular, por lo que se ha sugerido que la arginina tiene un efecto anabólico.

La recomendación de proteína (RDA) según la Food and Nutrition Board es de 0,8 g proteína/kg de peso corporal/día para adultos, independientemente de la edad. Este valor representa la mínima cantidad requerida para evitar pérdida progresiva de masa muscular en la mayoría de los individuos, aunque hay evidencia de que la RDA para adultos mayores podría ser mayor de 0,8 g/kg/día. La evidencia indica que una ingesta mayor de proteína puede mejorar la masa, la fuerza y la función muscular en los adultos mayores.

Además otros factores incluyendo el sistema inmune, la cicatrización, la presión arterial, y la salud ósea pueden mejorarse al incrementar la ingesta de proteína por encima de la RDA. Las preocupaciones sobre los potenciales efectos perjudiciales de un consumo mayor de proteínas para la salud ósea, función renal, función neurológica y la función cardiovascular en general, conllevan a consumir menos cantidad de proteína de la requerida. Al parecer una ingesta de proteína de 1,5 g/kg/día, o cercana al 15 a 20% de las calorías totales, es un objetivo razonable para las personas mayores que deseen optimizar el consumo de proteínas en términos de salud y función.

Prevenir la sarcopenia es contribuir al mantenimiento de la integración de la fuerza muscular esquelética, la coordinación, el equilibrio y la propiocepción, lo cual genera bienestar en el adulto mayor. Una alimentación saludable, ejercicio, junto a otros factores, favorece la salud de las personas a lo largo de la vida y es en la etapa última del proceso vital humano, donde es más notorio el impacto de los comportamientos en salud, pues de ellos depende envejecer con buena calidad.

Palabras clave: Envejecimiento, inmunosenescencia, sarcopenia, aminoácidos.

REFERENCIAS

- Santos M. Muscle strength, muscle balance, physical function and plasma interleukin-6 (IL-6) levels in elderly women with knee osteoarthritis (OA). Arch Gerontol Geriatr. 2010 (in press)
- Kim J, Wilson J, Lee S. Dietary implications on mechanisms of sarcopenia: roles of protein, amino acids and antioxidants. J Nutr Biochem. 2010;21:1-13.
- Lang P, Mitchell W, Lapenna A, Pitts D, Aspinall R. Immunological pathogenesis of main age-related diseases and frailty: Role of immunosenescence. Eur Med. 2010;1:112-21.