

Proyecto de
Prevención de Anorexibulimia
en Medellín Metropolitana

Contenido del documento

I. Datos básicos del proyecto

II. Marco de referencia

- A. La **Anorexibulimia** en Medellín Metropolitana (Colombia):
Algunas comparaciones nacionales e internacionales
- B. La población adolescente en Medellín Metropolitana
- C. La red de prevención de la **Anorexiabulimia** adolescente en Medellín Metropolitana
- D. Las causas y los efectos de la **Anorexibulimia** en Medellín Metropolitana
- E. La **Anorexibulimia** y la política de la Alcaldía de Medellín.
- F. La política internacional en la prevención de la **Anorexibulimia**
- G. El enfoque del proyecto propuesto

III. El proyecto

- A. El diseño participativo del proyecto
- B. El objetivo del proyecto
- C. La estructura del proyecto
- D. Costos y financiación del proyecto

IV. Ejecución del proyecto

- A. Entidad ejecutora
- B. Ejecución y administración
- C. Período de ejecución

V. Impactos sobre el desarrollo

- A. Resultados esperados
- B. Impactos sociales y ambientales

VI. Otros aspectos

Riesgos

Anexo 1 Cartas de manifestación de compromisos por parte de las instituciones públicas y privadas vinculadas con la red de prevención de la **Anorexibulimia**

Anexo 2 Marco lógico del proyecto

Anexo 3 Carta emitida por la Secretaría de Hacienda del Municipio de Medellín

Anexo 4 Hojas de vida de personal experto que participará en el desarrollo del proyecto



I. Datos básicos del proyecto

Título del Proyecto:

Prevención de la Anorexibulimia en Mujeres Adolescentes en Medellín Metropolitana (Colombia).

Entidad solicitante:

Alcaldía de Medellín.

Entidad ejecutora:

Unidad Ejecutora, adscrita a la Alcaldía de Medellín.

Personas contacto:

Sergio Fajardo V. Alcalde de Medellín.

Lucrecia Ramírez R. Coordinadora Proyectos Especiales Alcaldía de Medellín, Primera Mujer de Medellín.

Enfoques del Proyecto:

Enfoque de derechos humanos, de desarrollo, de equidad de género, de salud pública de las mujeres, etiológico sociocultural, de revalorización de la cultura local, de prevención de tercera generación.

Principales innovaciones en el enfoque:

- Apuesta del Proyecto para visibilizar el papel y el impacto negativo de lo que se ha denominado *"El Proyecto Delgadez"* en el desarrollo de las mujeres, el cual constituye una conspiración política y económica **(o enfoque etiológico cultural)**.

- Apuesta del Proyecto para buscar que las adolescentes y el mundo adulto reconozcan y acepten la cultura local como parte de sus vidas, entendiendo la existencia de biotipos diversos que se alejan de figuras de mujeres extremadamente delgadas **(o enfoque de revalorización de la cultura local)**.

- Apuesta del Proyecto por la prevención de la Anorexibulimia mediante estrategias que permitan la disminución de las presiones que genera *"El Proyecto Delgadez"* y no solamente mediante estrategias de empoderamiento de las mujeres adolescentes **(o enfoque de prevención de tercera generación)**.

Población en riesgo de sufrir Anorexibulimia en Medellín Metropolitana:

33.3 % de la población de adolescentes mujeres, correspondiente a aproximadamente 87.900 personas localizadas en Medellín Metropolitana.

Objetivo del Proyecto y correspondiente indicador:

Disminución en un 25 % de la tasa de prevalencia de los casos clínicos y subclínicos de Anorexibulimia en mujeres adolescentes localizadas en Medellín Metropolitana (Colombia).

Componentes del Proyecto:

- Movilización Social y Comunicaciones
- Educativo
- Responsabilidad Social
- Monitoreo y evaluación

Duración del Proyecto:

1 año.

Valor del Proyecto:

\$ 520 millones en dinero
\$ 7.942 millones en especie
Valor total: 8.462 millones

II. Marco de referencia

A. LA ANOREXIBULIMIA EN MEDELLÍN METROPOLITANA (COLOMBIA): ALGUNAS COMPARACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES (1)

2.1 La Anorexibulimia es una enfermedad de connotación mundial, en cada uno de sus tipos:

- Anorexia (AN).
- Bulimia (BN).
- Trastornos de la Conducta Alimentaria Subclínicos.

La investigación de la Universidad de Antioquia halló que en Valencia España, por ejemplo, un estudio de doble fase (Rojo y colaboradores), con 544 jóvenes de 12 a 18 años, evidenció una prevalencia total del 5.89%. Otro estudio en Navarra -España (Pérez-Gaspar), también de doble fase, en una muestra de 2.862 jóvenes de 12 a 21 años, arrojó un resultado del 4.1%. En Zaragoza España una investigación en una muestra representativa de 4.047 adolescentes escolarizadas, estimó una prevalencia total del 4.51%(2).

*1 Todas las referencias enunciadas a continuación tienen como fuente el siguiente estudio: Universidad de Antioquia. Ana Lucrecia Ramírez-Restrepo (Médica Psiquiatra), Stella Moreno Vélez (Nutricionista Dietista), Margarita María Yepes Isaza (Médica Pediatra), Gloria María Pérez Aristizábal (Psicóloga Clínica), Ana Carmenza Posada Isaza (Médica Salud Pública), Lucy Roldán Palacio (Psicóloga Clínica). **Prevalencia de Anorexibulimia en Mujeres Adolescentes de Medellín. En prensa. 2003.***

Esta investigación es la primera que en Colombia estudia en población general, la prevalencia de anorexibulimia, con una metodología de doble fase, en una muestra representativa de todas las mujeres adolescentes escolarizadas en secundaria (grados 6° a 11°), entre 9 y 19 años de edad. A 474 adolescentes se les midió el riesgo de sufrir anorexibulimia y luego para confirmar el diagnóstico se entrevistó a la población detectada en riesgo (n=142) y a un número igual de adolescentes que no tenían riesgo (n=142).

2 Ruiz-Lázaro Pedro Manuel. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. Congreso Virtual de Psiquiatría INTERPSIQUIS 2002. Salut.htm

Estudios de otros países europeos, como en Noruega (Rosenvinge), han encontrado una prevalencia total del 6.2% (³); y en Italia (Favaro), un 11% (⁴). Con respecto a los tipos clínicos de Anorexibulimia, en estudios de doble fase se reporta una prevalencia en mujeres de 0.2% al 0.5% para Anorexia y del 2% al 3% para Bulimia. La prevalencia en hombres es una décima parte de la de las mujeres. En cuanto a los Trastornos de Conducta Alimentaria Subclínicos, los mismos trabajos españoles muestran una prevalencia entre 3 y 4%.

Por último cabe citar un estudio canadiense, el cual encontró conductas alimentarias alteradas en el 27% de las estudiantes de 12 a 18 años (⁵). En Brasil, por otro lado, se reporta un estudio epidemiológico en Porto Alegre, en el cual el 30% de las mujeres entre 12 y 29 años presentaba comportamiento alimentario de riesgo (⁶).

2.2 La Anorexibulimia es un Trastorno de la Conducta Alimentaria que también afecta a Colombia.

Aunque no existen muchos estudios al respecto, puede enunciarse un trabajo realizado en Bogotá - Colombia, en el cual se tomó como población a un grupo de estudiantes universitarios. Se encontró una prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria del 19.5%, de Anorexia del 0.48%, de Bulimia del 1.2% y de Trastornos de Conducta Alimentaria Subclínicos del 17.5% (⁷).

³ Rosenvinge J, Sundgot Borgen J, Borresen Runi. The prevalence and psychological correlates of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating among 15 year old students: a controlled epidemiological study. *European Eating Disorders Review*, 1999; 7, 382-391.

⁴ Favaro A, Ferrara Silvia, et al. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 2003; 65: 701-708

⁵ Jones J, Bennett S, Olmsted M, Lawson M, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school based study. *Canad Medical Assoc Journal*, 2001; 165(5):547-552.

⁶ Cobelo, A. Annual Report Hispanoamerica SIG. Breve descricao dos transtornos alimentares no Brasil Centros de tratamento

⁷ Angel La, Vasquez R, Chavarro K. Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) en estudiantes de la universidad Nacional de Colombia, sede Santafé de Bogotá. *Acta Med Col* 1997; 22(3): 111-19.

2.3 En Medellín Metropolitana, el problema de la Anorexibulimia es un problema relativamente reciente que cobra niveles de gran preocupación ⁽⁸⁾.

De acuerdo con los resultados del estudio realizado por la Universidad de Antioquia, con el apoyo financiero de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, una tercera parte de la población de mujeres adolescentes localizadas en Medellín Metropolitana está en riesgo de sufrir Anorexibulimia, un 14.7% ya tiene el trastorno subclínico. Todo lo anterior sin distinción de condición social, grado escolar o tipo de colegio (público o privado).

El estudio citado encontró una probabilidad de tener un Trastorno de Conducta Alimentaria del 33% y una prevalencia total del 17.7%, una prevalencia de Anorexia del 0.8%, de Bulimia del 2.3% y de casos subclínicos del 14.6%.

A continuación se presentan las prevalencias totales y desglosadas, en comparación con otros países (véase Cuadro 1):

CUADRO 1					
TASAS DE PREVALENCIA TOTAL Y DESGLOSADAS SEGÚN PAÍSES					
	Medellín (Colombia)	España	Noruega	Italia	Israel
Total	17.7%	5.89%	6.2%	11%	
Subclínicos	14.6%	4.04%	0.7%	4.7%	11-20%
Anorexia	0.8%	0.7%	0.3%	2.0%	
Bulimia	2.3%	0.3%	0.7%	4.6%	

⁸ Medellín Metropolitana está conformado por la Ciudad de Medellín (2.071.392 habitantes a 2004) y por 9 municipios de menor tamaño relativo (que suman 1.023.426 habitantes según datos del año 2000), a saber: Barbosa (37.250 habitantes), Girardota (36.099), Copacabana (53.852), Bello (350.416), Envigado (150.945), Sabaneta (35.938), Caldas (65.955), Itagüí (243.069) y La Estrella (49.902).

La Ciudad de Medellín es el centro de la Metrópoli, participando con el 66% de su población total.

Medellín Metropolitana se asienta, geográficamente, en el denominado Valle de Aburrá y constituye el centro de la dinámica económica y social del Departamento de Antioquia (Colombia).

Desde el punto de vista de las características clínicas de los cuadros, el estudio encontró que el grupo con Anorexia tenía características restrictivas variadas, seleccionaban sistemáticamente harinas, dulces y grasas, disminuían las porciones y consumían altas cantidades de agua, frutas y verduras. Usaban dietas de moda como *"la de la toronja"*, y *"la de piña, avena y apio"*. Sólo un caso presentaba conductas purgativas, vómito y ocasionalmente laxantes, y compensaba algún aumento en la ingesta, que asociaba a depresión, con ejercicio físico intenso, de cuatro horas al día. Llama la atención que para controlar el apetito una de ellas usaba aspirina, café y anfetaminas. Como patologías asociadas referían Síndrome de Intestino Irritable, Gastritis y Depresión. En términos generales, predomina el cuadro restrictivo.

El grupo con Bulimia compensaba los atracones con conductas purgativas múltiples, entre ellas, el vómito, los laxantes y el ejercicio físico intenso. Hacía restricción por medio del ayuno, la selección de alimentos, la disminución de porciones y el consumo alto de agua. Alguna llevaba dietas de moda como *"la del atún"*, una adolescente escondía comida, una usaba anorexígenos y otra usaba faja en el abdomen. Como práctica poco común se encontró el uso del piercing en la lengua para no comer. Se encontraron, como patologías asociadas, la Polifarmacodependencia y la Gastritis.

Por su parte, en los casos subclínicos eran más frecuentes las conductas restrictivas que las purgativas. Entre las estrategias de restricción, el ayuno era la más frecuente, seguida de la selección de alimentos, principalmente los dulces y las harinas. El mecanismo compensatorio más utilizado era el ejercicio físico, especialmente los abdominales, seguido por el alto consumo de agua, la diada atracón/vómito y el uso de laxantes. También se encontraron las prácticas de dietas de moda y una alta frecuencia de consultas a nutricionista dietista. La depresión y el consumo de drogas fueron las patologías asociadas más frecuentes.

Además de los resultados enunciados, el estudio hizo un análisis exploratorio entre varios antecedentes biográficos y la presencia del trastorno. Se encontró asociación estadística y causal entre la presencia del antecedente y la presencia del trastorno en los siguientes: exceso de peso, comentarios adversos, abuso sexual en general y abuso sexual en las formas de caricias indeseadas y coito no deseado.



No se encontró asociación estadística ni causal en los antecedentes de menarca temprana, abuso sexual en las formas de tocar genitales de otros, sexo oral y violación, actividades de riesgo en general, ni modelaje en particular (véase Cuadro 2).

CUADRO 2 ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS ASOCIADOS. PREVALENCIA DE TCA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS DE MEDELLÍN Y EL ÁREA METROPOLITANA. MEDELLÍN. 2003.			
ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS	NO CASOS %	NO CASOS %	OR (95% CI)
Exceso de peso	18.9	46.4	3.71 (2.24-6.12)*
Comentarios adversos de la madre	10.7	25.0	2.78 (1.53-5.03)*
Comentarios adversos del padre	5.9	17.9	3.47 (1.71-7.04)*
Comentarios adversos de hombres de la familia	24.6	50.0	3.06 (1.88-4.99)*
Comentarios adversos de pares hombres	32.2	59.5	2.82 (1.74-4.59)*
Comentarios adversos de pares mujeres	29.4	61.9	3.90 (2.38-6.38)*
Abuso sexual	18.4	38.1	2.72 (1.63-4.53)*
Caricias indeseadas	13.6	32.1	3.00 (1.74-5.17)*
Coito no deseado	5.1	15.5	3.42 (1.61-7.24)*
Abuso Sexual (tocar genitales)	4.5	9.5	2.21 (0.92-5.30)
Abuso Sexual (sexo oral)	2.9	1.2	0.39 (0.51-3.12)
Violación	0.8	2.4	3.01 (0.49-18.3)
Menarca temprana	5.9	10.7	1.92 (0.85-4.34)
Actividad de riesgo(en general)	24.1	15.5	0.57 (0.30-1.09)

Fuente:

Universidad de Antioquia. Ana Lucrecia Ramírez-Restrepo (Médica Psiquiatra), Stella Moreno Vélez (Nutricionista Dietista), Margarita María Yepes Isaza (Médica Pediatra), Gloria María Pérez Aristizábal (Psicóloga Clínica), Ana Carmenza Posada Isaza (Médica Salud Pública), Lucy Roldán Palacio (Psicóloga Clínica). **Prevalencia de Anorexia Bulimia en Mujeres Adolescentes de Medellín. En prensa. 2003.**

2.4 La Anorexibulimia en Medellín Metropolitana es un problema de salud pública. Afecta por igual a mujeres de todas las clases socioeconómicas y exige la definición urgente de políticas y estrategias.

Es por ello que en Medellín Metropolitana se hace urgente implementar tanto medidas preventivas como asistenciales, muy especialmente dirigidas a la población adolescente femenina, así como al conjunto de actores que inciden y contribuyen notoriamente en el origen y desarrollo de la enfermedad.

B. LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN MEDELLÍN METROPOLITANA

2.5 Los y las adolescentes *personas en el rango de edad de 10 a 19 años* representan aproximadamente el 17 % de la población asentada en Medellín Metropolitana.

Particularmente en la Ciudad de Medellín, según cifras de junio de 2004, había localizados cerca de 353.000 adolescentes, de los cuales 179.000 eran de sexo femenino (véase Cuadro 3).

CUADRO 3 ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN A JUNIO DE 2004			
GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Adolescentes entre 10-14 años de edad	90.870	89.845	180.715
Adolescentes entre 15-19 años de edad	83.013	89.243	172.256
TOTAL ADOLESCENTES EN LA CIUDAD	173.883	179.088	352.971
TOTAL POBLACIÓN DE LA CIUDAD	949.799	1.121.593	2.071.392
PARTICIPACIÓN (%) ADOLESCENTES EN TOTAL POBLACIÓN	18.3 %	15.97 %	17.04 %

Fuente:

Departamento Administrativo de Planeación de Medellín. Subdirección Metroinformación. Año 2004.

Se calcula que el número de adolescentes localizados en los demás municipios de Medellín Metropolitana representa una suma cercana a 175.000.

En total, en Medellín Metropolitana habitan aproximadamente 525.000 adolescentes, con una participación estimada de 266.370 adolescentes de sexo femenino.

2.6 Diversos acontecimientos que han marcado la historia de Medellín Metropolitana, especialmente, el narcotráfico y los altos niveles de violencia registrados a principios de la década de los años noventa, han hecho que se reconozca, hoy más que antes, el papel estratégico de los y las adolescentes y la necesidad de potenciar sus capacidades y oportunidades como medio para que sean verdaderos protagonistas del desarrollo.

Para el gobierno, la institucionalidad, el sector privado y la sociedad, cada vez es más claro el reconocimiento de que las relaciones familiares y sociales de los adolescentes, sus niveles de escolaridad, sus condiciones de salud y la calidad de los apoyos institucionales que reciben, son los factores que determinan sus capacidades y competencias para asumir una vida productiva, saludable y responsable consigo mismos y con las demás personas de la población.

2.7 Es así como, en Medellín Metropolitana, la Anorexibulimia de las adolescentes constituye una problemática que preocupa e impacta a las familias, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto y, por tanto, es una preocupación de salud pública, un tema metropolitano y el escenario propicio para la implementación de una política de salud, población y desarrollo.

C. LA RED DE PREVENCIÓN DE LA ANOREXIABULIMIA ADOLESCENTE EN MEDELLÍN METROPOLITANA

2.8 Desde el año 1997 el Grupo de Salud Mental de las Mujeres del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia, inició un trabajo académico en la problemática de la Anorexibulimia. Lo anterior como consecuencia de que percibía un aumento en el número de consultas en el asunto y, además, a que varias instituciones educativas de Medellín Metropolitana estaban demandando atención especializada pues notaban cambios evidentes en los hábitos alimentarios de las estudiantes.

En este contexto, se realizó una primera fase de sensibilización, la cual incluyó conferencias en distintos planteles educativos.

Luego se desarrolló una segunda fase de comprensión por medio de dos investigaciones, la primera cuantitativa en 972 alumnas de cinco colegios de estrato socioeconómico alto de la ciudad, la cual mostró que para las adolescentes *“estar bien, era verse bien”*.

La segunda investigación, de carácter epidemiológico y citada antes en este documento, estudió en una muestra representativa de adolescentes escolarizadas de Medellín Metropolitana, la prevalencia de la Anorexia bulimia.

2.9 En el contexto de este último estudio, así como en el marco de la preocupación que, por otro lado, venían manifestando algunos medios de comunicación, fue como un grupo de entidades públicas y privadas, empresas y especialistas en el tema iniciaron la tercera fase del proyecto, la de intervención, a través de un trabajo colectivo para realizar una profunda reflexión sobre el problema de la Anorexia bulimia, sus implicaciones y efectos, y en general, para propiciar una gran discusión metropolitana en torno al tema.

A esta dinámica se fueron integrando otros actores y en el proceso de aproximadamente un año se dio lugar a la iniciación del trabajo en red para la Prevención de la Anorexia bulimia Adolescente en Medellín Metropolitana. En este grupo, de Promoción y Prevención, participan representantes de las siguientes organizaciones: Alcaldía de Medellín, Universidad de Antioquia, T.V Cámaras (*Canal de Televisión Regional*), Athenea Models (*Agencia de Modelos*), Morales Comunicaciones (*Empresa de Comunicaciones*), Caracol Radio (*Cadena de Radio*), Teleantioquia Noticias (*Canal de Televisión Regional*), Más Que Piel - Teleantioquia (*Programa de Televisión Regional dirigido a adolescentes*), Pola&Asociados (*Empresa de Comunicaciones*), INEXMODA (*Instituto para la Exportación y la Moda, de carácter privado*), Periódico El Colombiano.

En el **Anexo 1**, véase cartas de manifestación de compromisos por parte de las organizaciones vinculadas con la Red.

Como quiera que se atribuye a la moda y el vestuario la responsabilidad de difundir con sus propuestas la versión de la estética femenina, entre los antecedentes de la Red, cobra gran importancia la participación de organizaciones relacionadas con la moda y con los medios de comunicación. Fue precisamente INEXMODA la organización que planteó asumir una discusión seria en torno a esta enfermedad y, por otro lado, la Agencia de Modelos Athenea la que entendió la importancia de propiciar un gran debate y convocó en primera instancia a Caracol Radio y al Periódico El Colombiano para desarrollar una estrategia al respecto.

La Red tiene claridad respecto a que su objetivo no es crear una nueva estética femenina, ni tampoco erradicar por completo los problemas de Anorexia bulimia existentes. Se trata de propiciar una discusión que, por su nivel de trascendencia y resonancia, permita crear una contracorriente de opinión lo suficientemente fuerte como para generar la visión de que *"no es políticamente correcto"* dejarse dominar por esa estética perversa.

2.10 Dentro de las actividades realizadas por la Red durante los 2 últimos años, cabe destacar la realización de numerosos conversatorios públicos con distintos sectores de la sociedad relacionados activamente con la propagación de esta enfermedad. Los sectores a los que ha dirigido los conversatorios son los siguientes:

- **Medios de Comunicación:** con participación de prensa, radio, TV, revistas, portales de internet, cine, presentadoras de medios y modelos, mujeres que trabajan en los medios.
- **Educación:** con participación de educadoras (es), instituciones educativas, instituciones estatales para la educación, padres/madres de familia.
- **Salud:** con participación de médicos, nutricionistas, cirujanos plásticos, instructores de gimnasios y deportólogos.
- **Cadena de la moda:** con participación de textileros, confeccionistas, diseñadores, agencias de modelos, fotógrafos, publicistas, anunciantes.
- **Sector de las Mujeres:** con participación de las distintas organizaciones del movimiento social de mujeres, organizaciones sociales y comunitarias de mujeres y madres de familia.

2.11 El trabajo realizado por la Red con las personas relacionadas de una u otra forma con el tema, ha permitido conocer el pensamiento y las apreciaciones de los habitantes de Medellín Metropolitana respecto al problema de la Anorexia bulimia.

A continuación se transcriben algunos comentarios de diferentes actores, a manera de ejemplos, que ilustran las dimensiones del problema:

Actores relacionados con la educación en Medellín Metropolitana (2003):

“Nosotros que estamos en once grado, en el primer semestre empezamos a comer sánduches, perros, gaseosa y comida rápida. Cuando estamos en el segundo semestre aparece lo de la excursión, el prom y los grados. Entonces vomitamos y empiezan los complejos: llevamos mango, ensalada de frutas, jugos naturales. Esto es un problema aunque la comida chatarra trae ensalada, tomate, carne y pan”

(Estudiantes adolescentes mujeres).

“Estas dietas son las que uno saca de las revistas o de la televisión: “piña con pepino y rábano para rebajar dos kilos”, “la dieta del banano” y la piña con el atún. Todo son complejos que uno se lleva por medio de las revistas”

“Siempre encuentras que el profesor le dice a sus alumnas: “como estás de bonita y de delgada”, entonces ellas empiezan a creerse las más hermosas, las que siempre deben estar esbeltas y tener la figura más bonita. Allí, es donde se debe educar a los profesores”.

(Estudiantes adolescentes mujeres).

“Las madres empiezan a modificar la despensa de las casas con cosas light. Luego las niñas encuentran en sus madres líderes de apoyo para no engordar” **(Docentes).**

Actores relacionados con la salud en Medellín Metropolitana (2003):

“Se le ha puesto énfasis en la ingesta de alimentos a la persona que está portando el síntoma anoréxico, más no a un tratamiento de la situación subyacente que es la depresión, abandono afectivo y otras causas que se presentan en la consulta”.

(Médica).

“Hablar de tablas de pesos ideales sin tener en cuenta la estructura física de las personas, comentarios que se hace con respecto a la comida son como un juicio de valor con respecto a la misma. Hablar siempre sobre comida sana se está convirtiendo en una obsesión. También analizamos el énfasis en los productos diet y light y el manejo inadecuado que se está haciendo de los mismos”.
(Profesional de la Salud).

“Existe una distorsión entre la relación madre hija. Muchas de las niñas están copiando el modelo de las mamás que tienen un cuerpo escultural, van al gimnasio diariamente, hacen dietas y cirugías plásticas”.
(Médica Nutricionista).

“Por parte de los gimnasios se habla de una fuerte presión económica que no consulta los elementos éticos y que hace que el manejo de estas organizaciones se haga por el patrón económico y no por la búsqueda de la salud”.
(Médico).

“Algunos médicos se hacen llamar esteticistas y no están preparados para esto. Esta profesión ha sido oportunista con las niñas que se acercan al prototipo criollo y quieren tener la imagen corporal delgada. Ellos se han aprovechado y esto lo llamamos como una mafia, es el cartel de la vanidad que implica mucho dinero”.

(Psicólogo).

Actores relacionados con los medios de comunicación en Medellín Metropolitana (2003):

“Existe una falta de reflexión generalizada en los medios de comunicación y los periodistas ni siquiera medimos las consecuencias de lo que estamos haciendo. Entonces no es solo moda, es mucho más grave que moda, que estética. Moda es industria, es economía, nos quedamos en que moda es fashion. Entonces en política es igual, no pensamos las consecuencias de lo que estamos diciendo. Este crimen que estamos haciendo no es ni si quiera por plata, yo diría que es por pura falta de reflexión, Por ignorancia e irresponsabilidad”.
(Periodista).

“Yo pienso que los medios influimos muchísimo en el comportamiento y somos directamente responsables de este fenómeno sociocultural. Cuando yo tenía 6 o 7 años, me vestía como niña: con vestiditos, zapaticos y medias veladitas. Las niñas de ahora no, ahora son felices con el descaderado a los 5 años, la ombliguerita. Y los responsables son los medios, porque nos están diciendo como vestirnos”.

(Periodista).

“Ya vimos que echar cantaleta no sirve de nada. Ir a decirle al periodista de farándula: “por favor, vea las reinas no, o las reinas si” La farándula es lo que vende, el público lo pide. Yo, por ejemplo, trabajo con otro periodista, y a ninguno de los dos nos gustan las reinas, pero ¿cómo no vamos a meter una página de reinas en esta semana? Es imposible porque eso es lo que pide el lector, pero ¿cómo lo hacemos, de qué manera le informamos al lector?”.

(Periodista de Medio Escrito).

“A mí me parece que todas las mujeres están siguiendo como un estándar de la mujer europea. El prototipo de Jeniffer López, es el de una mujer robusta y latina, entonces podíamos empezar los medios a implantar la cultura de lo que somos los latinos. Que la gente se empiece a sentir orgullosa de lo que es y cómo es. Es muy difícil que una mujer latina sea como una europea: alta de 1.80 si aquí son de 1.60, y son gorditas”.

(Periodista).

Actores relacionados con la moda y el vestuario en Medellín Metropolitana (2003):

“Entonces yo creo que Medellín es masificador de moda o copiator de unos estereotipos extranjeros. Sin embargo hay un factor muy importante que es el de la sexualidad latina. En Europa tu ves tendencias de pantalones anchos, y si los quieres vender aquí, en cualquiera de las marcas, le tienes que reducir la talla, apretar de cadera, o bajar el tiro. En Europa nunca existieron los pantalones descaderados, y los que viajamos constantemente lo sabemos”.

(Empresario de la Confección).

“Pero llega toda esta tendencia sexy-latina de Brasil y nos toca descaderar los pantalones, porque aquí llega esa moda sexy y exhibicionista. Por más que se ponga de moda un saco cuello tortuga, manga larga..la cirugía les costó 5 millones de pesos y el saco 14 mil pesos. Entonces...hay que escotarlo porque hay que sacar la cirugía que se hicieron”.

(Diseñadora de Vestuario).

“La familia está incentivando a que las niñas sean modelos porque este es el sector textil, el sector que genera empleo. Si un familiar o conocido está en el sector textil, entonces todas las mamás quieren que sus hijas sean modelos. Las están llevando a las agencias desde los cuatro años y todas quieren que se reproduzca eso”.

(Agente de Modelos).

“Hay un fenómeno en este momento: el de las mujeres, de las mamás “cuchibarbies”, pues ni hombres ni mujeres queremos aparentar la edad, engordar o mostrar la arruga. Eso también está influyendo muchísimo en nuestros hijos, porque entonces esa es la mujer que no se permite una arruga ni un kilo de más, aquella que dice

“la moda la tengo que llevar cuéstemelo que me cueste”. Estamos viendo una cantidad de mujeres que se están exhibiendo de una manera que ya no es para su edad”.

(Publicista).

“También los problemas con los papás, que quieren que sus hijas sean modelos. En nuestro caso, recibimos de dos a tres llamadas al día y ni siquiera es iniciativa de la niña, sino de la mamá... “tengo una niña muy hermosa que quiero que sea modelo”. Además, las mamás no son muy objetivas y simplemente en la mayoría de las veces, las impulsan a ser modelos porque eso está de moda”.

(Agente de Modelo).

Mujeres en Medellín Metropolitana (2003):

“Siempre le preguntamos a las demás, “Usted qué hace, cómo hace para estar tan flaca? Donde existan más de dos mujeres reunidas, están hablando de eso”.

(Mujer).

“Las madres ejercemos una presión ante las niñas. Todas tienen que ser lindas, femeninas, tienen que ir al gimnasio... en una casa cuando se detectan desórdenes alimenticios, la mamá empieza a decir “no comas esto, no comas aquello”.

(Madre de familia).

“Los padres, en el manejo de sus hijas, aprueban la delgadez. Cuando una niña está gorda y hace una dieta, lo primero que le dice el papá es “que bueno que adelgazaste, como te ves de linda delgada, mira la diferencia de cuando estabas gorda y ya delgada”. Es un problema muy grande aprobar ese modelo delgado y sentirse feliz porque su hija es modelo, porque es flaca y de pronto se ve más linda que las amiguitas”.

(Madre de familia).

“Las gorditas y feas no consiguen trabajo, ni novio...eso tiene una censura social. “Yo no voy a contratar una persona obesa, que representará a mi empresa”. En las empresas están fomentando la creación de estos modelos de figura corporal”.

(Mujer).

“Otro tema es el de la complicidad que se tiene entre mujeres. Es algo que no se habla muy a público, pero que igual existe siempre. Es ayudar en las dietas, propiciar las cirugías, los tratamientos..”

(Mujer).

“Siempre hay una tendencia a identificarse con modelos. Hay una necesidad de aprobación y de reconocimiento que me llevan a ir al gimnasio, a la dieta, a ser mujer objeto, a no tener claro el norte”.

(Mujer).

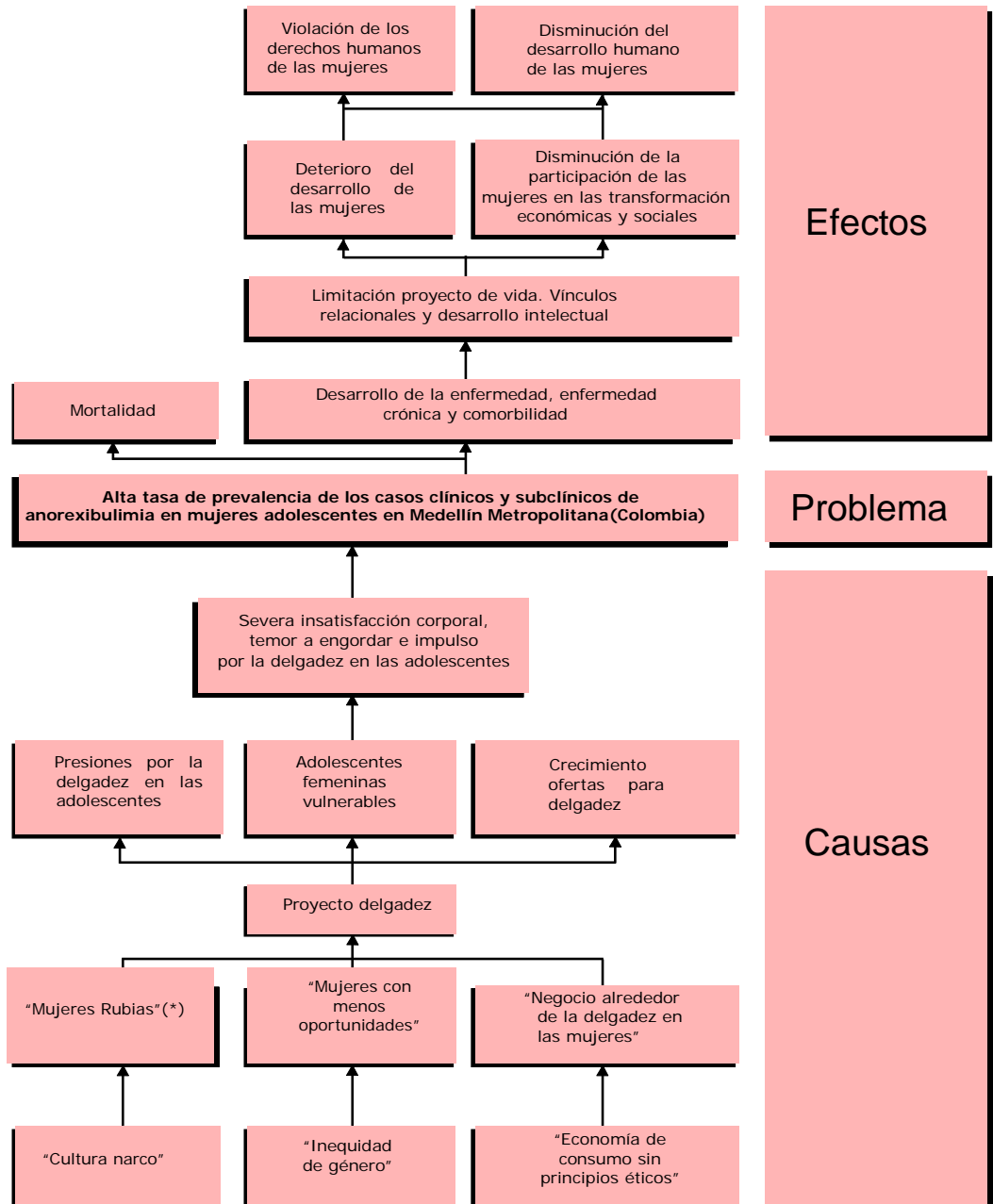
D. LAS CAUSAS Y LOS EFECTOS DE LA ANOREXIBULIMIA EN MEDELLÍN METROPOLITANA

2.12 Para precisar el problema de la Anorexibulimia en Medellín Metropolitana, un Comité de la Red de Prevención de Anorexibulimia en Medellín Metropolitana realizó un trabajo participativo para la construcción del respectivo árbol del problema.

En el siguiente esquema véase un árbol resumido del problema.



Árbol de Causas y Efectos (resumido)



(*) Se entiende por "mujeres rubias" las mujeres con fenotipos diferentes al autóctono, es decir, al fenotipo latino trigueño y de cabellos negros.

E. LA ANOREXIBULIMIA Y LA POLÍTICA DE LA ALCALDÍA DE MEDELLÍN.

2.13 El actual Plan de Desarrollo de Medellín 2004 - 2007 "Medellín Compromiso de Toda la Ciudadanía" ha establecido la Línea Estratégica 2 "Medellín Social e Incluyente". El Plan argumenta la importancia de trabajar por los derechos fundamentales de las personas y por la inclusión social de los grupos más vulnerables de la población.

Particularmente, el Plan expresa la problemática de los y las jóvenes en la Ciudad de Medellín. En la línea 2, en lo relacionado con la Equidad Social, el Plan expone que:

*"Los asuntos que afectan la salud mental y física juveniles aparecen como los más importantes: el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas, la iniciación temprana a la sexualidad con el creciente riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, el maltrato físico y psicológico a que están sometidos en el ámbito familiar en el que observan desintegración y ausencia de una educación en valores, **la bulimia y la anorexia** asociadas a los modelos de consumo, programas y proyectos desarticulados en los que prima un enfoque preventivo de la salud centrado sólo en factores de riesgo que no da relevancia a la promoción de ésta".*

2.14 Para contribuir al desarrollo de los y las adolescentes en Medellín, la Alcaldía de Medellín se encuentra apoyando y gestionando el diseño y ejecución de varias estrategias específicas.

Dentro de éstas, cabe destacar la iniciativa "Red de Prevención del Embarazo Adolescente en Medellín", en la cual participan cerca de 40 entidades públicas y privadas relacionadas con el tema. Recientemente la Red ha diseñado un proyecto de Ciudad para reducir, en los próximos 3 años, la tasa de embarazo adolescente en un 25 %. El proyecto está siendo gestionado ante diferentes cooperantes nacionales e internacionales.



2.15 Particularmente, en el contexto de la problemática ya enunciada sobre Anorexia bulimia, el Plan de Desarrollo establece diferentes estrategias muy relacionadas con la problemática:

En el Componente Salud, expone las siguientes estrategias:

“Ejecutar programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo y la potenciación de factores protectores de la salud”.

“Fomentar la participación social y el empoderamiento de los ciudadanos y las ciudadanas en el ejercicio pleno de los derechos y deberes en materia de salud y de seguridad social en salud”.

2.16 Por su parte, en el contexto del desarrollo de las mujeres, el Componente Equidad Social del Plan establece:

“Preparar y cualificar a las mujeres hacia su participación en los ámbitos social y político y en la toma de decisiones de aquellos asuntos que generan un desarrollo para sí mismas y por ende para toda la sociedad”.

En este ámbito la Alcaldía de Medellín ha emprendido iniciativas muy novedosas como el reciente impulso a un Concurso de Talentos Femeninos, el cual reemplazó el tradicional reinado de belleza.

F. LA POLÍTICA INTERNACIONAL EN LA PREVENCIÓN DE LA ANOREXIBULIMIA

2.17 La estrategia del presente proyecto se inscribe en los lineamientos reconocidos a nivel internacional sobre el tema, los cuales apuntan a la equidad de género, a la promoción de la salud de las mujeres, al respeto de sus derechos económicos, sociales y culturales y a la promoción de su desarrollo.

2.18 Al respecto, la Organización Mundial de la Salud establece la “Política de la OMS en Materia de Género: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS”. Dentro de sus antecedentes, argumenta que:

"Hoy, transcurridos 50 años desde la adopción de esta Constitución (la de la OMS), cada vez más se reconoce que existen diferencias entre las mujeres y los hombres en cuanto a los factores que determinan la salud y la carga de morbilidad".

"Los papeles del hombre y la mujer y las desigualdades en las relaciones de género interactúan con otras variables sociales y económicas, lo que da lugar a que las pautas de exposición a los riesgos para la salud sean diferentes, y a veces no sean equitativas, así como a que existan diferencias en el acceso y la utilización de información, atención y servicios de salud... cada vez se dispone de más datos que demuestran los múltiples vínculos entre el género y la salud".

Por su parte, en lo relacionado con la Meta y los Objetivos, la OMS establece:

"Promover la equidad y la igualdad entre hombres y mujeres, a lo largo de toda la vida, y velar por que las intervenciones no fomenten papeles y relaciones de género poco equitativos".

"Proporcionar información cualitativa y cuantitativa sobre la influencia del género en la salud y la atención en salud."

2.19 Particularmente, en el tema de la Anorexia bulimia, el presente proyecto acoge planteamientos expresados en el ámbito internacional por la OMS, como el expuesto en el documento "Prevención de Enfermedades Mentales" en lo relacionado con "Eating disorders" (Beneto Saraceno) (www.who.int):

"Unhealthy dieting, excessive weight/shape concerns and body dissatisfaction are identified as important disorder-specific attitudinal and behavioural factors, as well as family and social influences, such as modelling behaviour of friends and society 's glamorizing of thinness through mass media and low media literacy. Generic risk factors have also been identified such as insecure attachment, physical and sexual abuse, bullying, low self-esteem, and difficulties in coping with affective stress and conflict".

G. EL ENFOQUE DEL PROYECTO PROPUESTO

En el contexto de todo lo dicho hasta ahora, el presente proyecto se ha concebido partiendo un enfoque innovador, el cual se incorpora en todos sus objetivos, componentes y actividades. Se sustenta en un enfoque de derechos humanos (9) y de desarrollo (10), pero muy especialmente, el proyecto considera estratégicos los siguientes enfoques:

2.20 Enfoque de equidad de género, el cual se refiere a que el Proyecto plantea la necesidad de la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres. La equidad de género reconoce que el hombre y la mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben determinarse y abordarse con miras a corregir el desequilibrio entre los sexos (11).

2.21 Enfoque de Salud Pública de las Mujeres, puesto que el Proyecto plantea el impacto que tiene la Anorexibulimia en la salud de las mujeres y la necesidad de implementación de políticas e intervenciones desde el campo de la salud.

2.22 Enfoque Etiológico Sociocultural, ya que el proyecto parte de considerar que la Anorexibulimia es el resultado de la interacción de múltiples factores- biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. La innovación consiste en la apuesta que hace el Proyecto para visibilizar el papel y el impacto negativo de lo que se ha denominado "*El Proyecto Delgadez*" en el desarrollo de las mujeres, entendido éste como una conspiración política y económica.

⁹ El Proyecto considera que los derechos civiles, económicos, sociales y culturales de las mujeres suponen, precisamente, el respeto por el desarrollo de estilos y proyectos de vida sanos.

¹⁰El Proyecto se sustenta en un enfoque de desarrollo puesto que supone la relación entre el desarrollo de las mujeres y el desarrollo de la sociedad.

¹¹Definición dada por la OMS en "Política de la OMS en Materia de Género: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS".

2.23 Enfoque de revalorización de la cultura local, dado que el Proyecto argumenta la necesidad y diseña estrategias para que las adolescentes y el mundo adulto reconozcan y acepten la cultura local como parte de sus vidas, cultura marcada por biotipos diversos que se alejan de figuras de mujeres extremadamente delgadas.

2.24 Enfoque de prevención de tercera generación, en el sentido de que el Proyecto considera que la prevención de la Anorexia bulimia no puede seguir enfrentándose única y exclusivamente a partir de estrategias de empoderamiento de las mujeres adolescentes, sino también por medio de la disminución de las presiones que genera “*El Proyecto Delgadez*”, el cual alienta la figura delgada en las mujeres y favorece el negocio económico de la industria de la belleza femenina delgada ⁽¹²⁾.

III. EL PROYECTO

A. EL DISEÑO PARTICIPATIVO DEL PROYECTO

2.25 Para la definición de todos los componentes del presente Proyecto, los integrantes de la Red realizaron un trabajo participativo consistente en talleres conducidos por un facilitador. Se realizaron cerca de 6 talleres, con una asistencia promedio cada uno de 8 personas representativas de los sectores de medios de comunicación, salud, académico, mujeres y gobierno público.

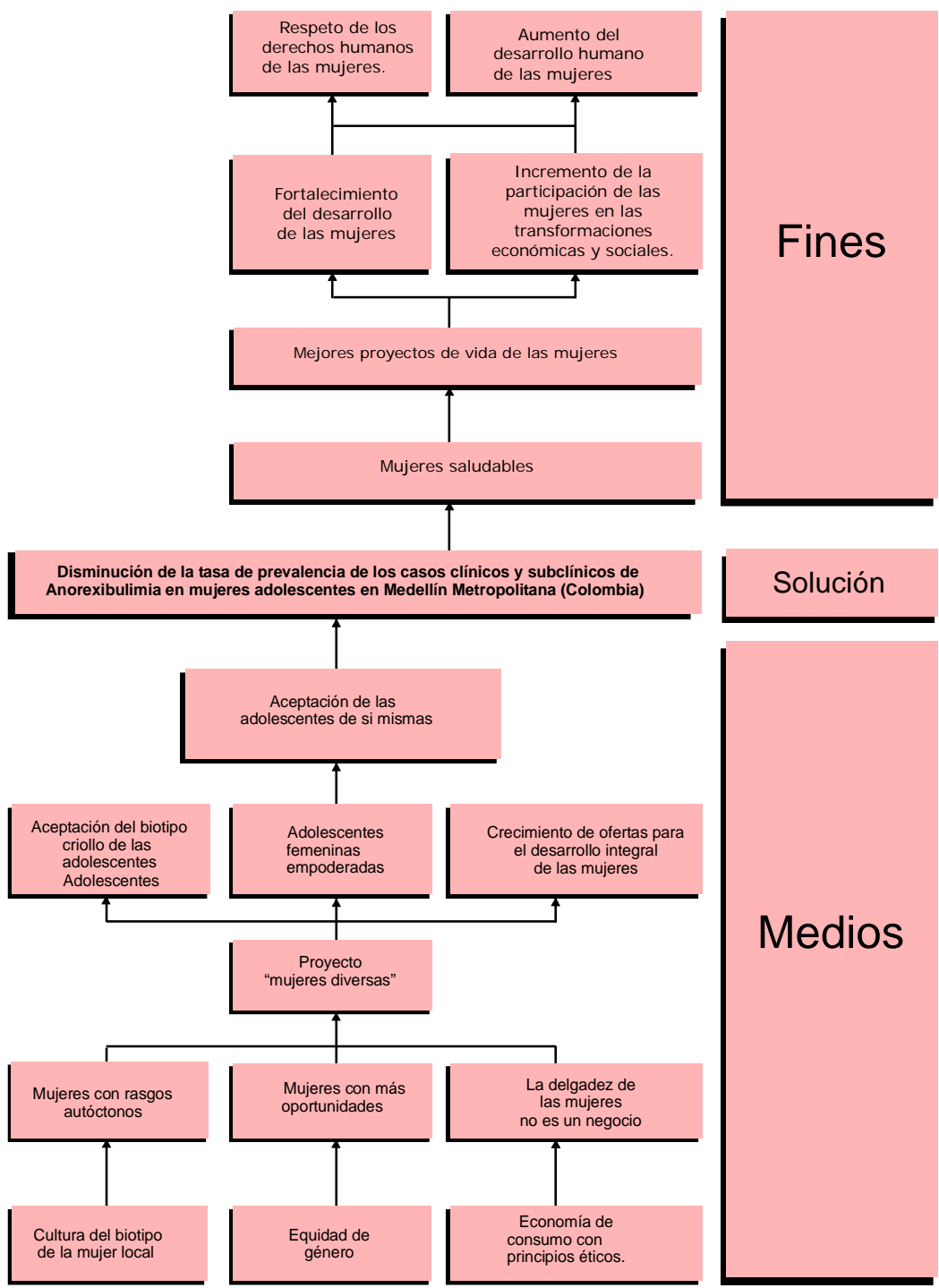
El trabajo participativo abordó lo siguiente:

- Construcción del árbol de problemas.
- Construcción del árbol de soluciones.
- Elaboración del Marco Lógico.
- Definición de otros aspectos del Proyecto.

A continuación se presenta el árbol de soluciones construido para el proyecto y compuesto por medios y fines:

¹². Stice, Eric, Shaw, Heather. Eating Disorder Prevention Programs: A Meta / Analytic Review. Volume 130 (2): 206- 227, March 2004.

Árbol de medios y fines



B. EL OBJETIVO DEL PROYECTO

2.26 El fin último del Proyecto, el cual requiere de múltiples intervenciones públicas y privadas de ciudad metropolitana, es el siguiente:

Medellín Metropolitana ha mejorado las capacidades y las oportunidades de las adolescentes en su calidad de ciudadanas con condiciones para contribuir al desarrollo de la ciudad, de Antioquia y de Colombia.

2.27 Por su parte, el propósito del proyecto es:

Al final de 2007, se ha disminuido en un 25 % la tasa de prevalencia de los casos clínicos y subclínicos de Anorexibulimia en mujeres adolescentes localizadas en Medellín Metropolitana (Colombia).

C. LA ESTRUCTURA DEL PROYECTO

2.28 Dados los enfoques del proyecto, enunciados antes, el Proyecto contempla los siguientes componentes:

Componente 1 "Movilización Social y Comunicaciones": este componente es considerado estratégico y fundamental dentro de la estructura del proyecto, debido a que como se ha evidenciado, la enfermedad de la Anorexibulimia no puede prevenirse única y exclusivamente con estrategias para el empoderamiento de las mujeres, pues las causas del problema también son de tipo cultural. El componente se propone crear una corriente de opinión pública desfavorable a los rigores de una estética femenina de delgadez extrema que propicia la aparición de la Anorexia y la Bulimia.

El componente se desarrollará en 3 fases:

- **Expectativa:** la fase propicia reflexiones en torno a los significados de la "mirada del otro" y su impacto sobre la manera como se perciben las personas.

-Lanzamiento: la fase denuncia los argumentos que utiliza el Proyecto Delgadez para inocular en las mujeres la preocupación constante por el peso y la figura corporal

-Sostenimiento: la fase desarrolla contra-argumentos para combatir, a su vez, los argumentos del Proyecto Delgadez.

Componente 2 "Educativo": se propone crear capacidades en los y las adultas de los sectores de educación y salud para combatir la propagación del Proyecto Delgadez. Este componente, a diferencia de los programas de prevención realizados a nivel internacional, no trabaja con la población expuesta y más bien, propone un trabajo directo con los y las adultas del sector educativo y del sector salud, los cuales constituyen voces autorizadas que legitiman el Proyecto Delgadez.

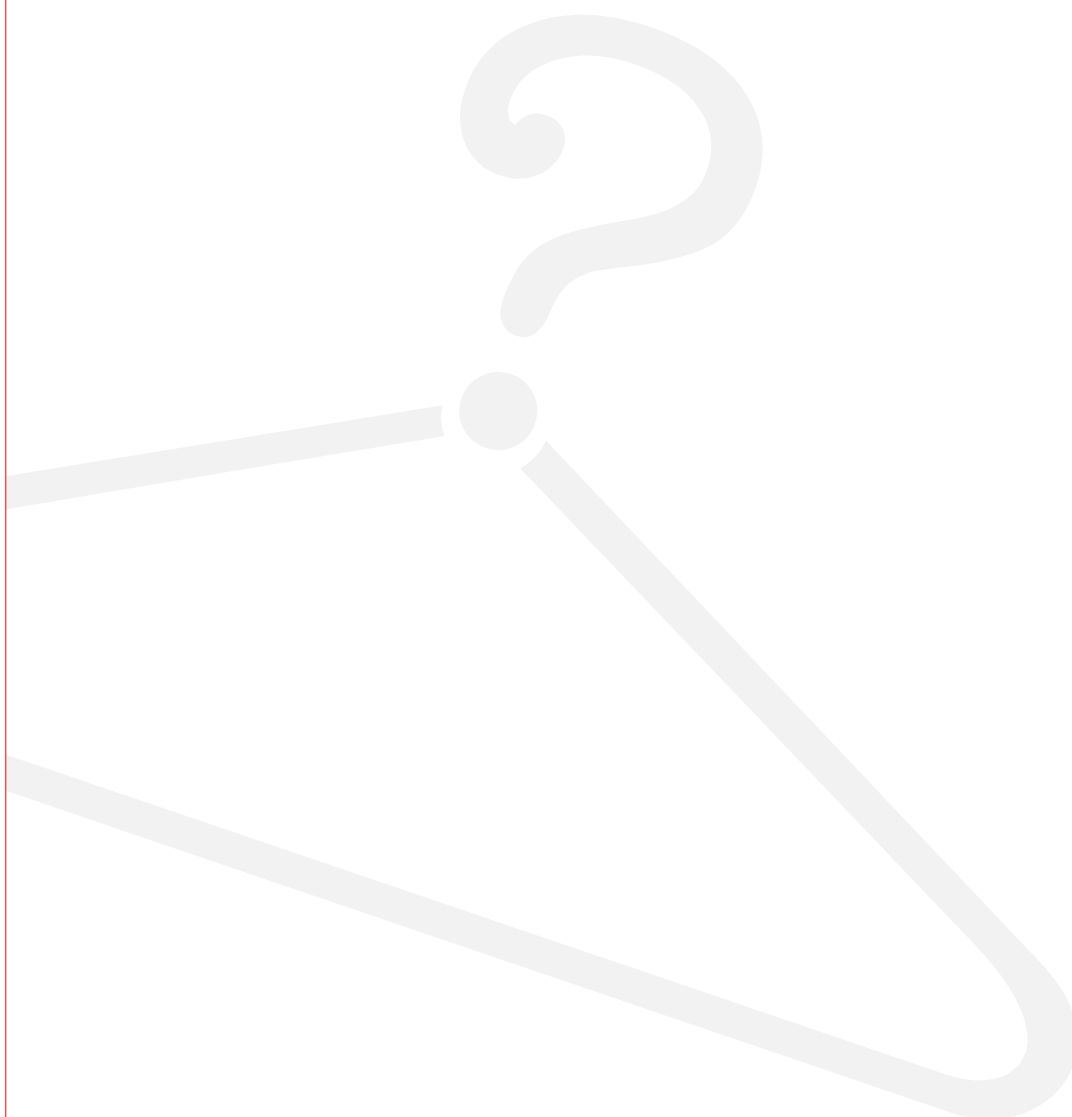
Componente 3 " Responsabilidad Social": en consecuencia con el trabajo realizado por la Red con los sectores sociales involucrados en la problemática, este componente promueve el desarrollo de responsabilidad social en cada uno de ellos. Dicho trabajo permitió descubrir el desconocimiento que tenían sobre su participación en la propagación de un ideal estético extremadamente delgado, permitiendo que se sensibilizaran y se responsabilizaran.

El componente trabajará con sectores tales como moda, comunicaciones, sector publicitario, educación, salud, deportes, padres y madres de familia, industria de alimentos, industria cosmética, industria editorial, sector político, sector gubernamental, así como los sectores de mujeres y hombres. Se buscará impulsar un plan de actividades específicos, según los requerimientos de cada sector, orientado a combatir el Proyecto Delgadez.

Componente 4 "Monitoreo y Evaluación": el proyecto considera este componente como transversal y estratégico dentro del mismo, ya que permitirá controlar los avances, realizar ajustes en los momentos oportunos, sistematizar la experiencia e identificar los impactos en la población objetivo.

El proyecto incluye, además, la administración del mismo. Corresponde al funcionamiento de la Unidad Ejecutora.

Para mayor ilustración sobre la estructura del proyecto, en el Anexo 2 véase el Marco Lógico del mismo.



D. COSTOS Y FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

El valor y las fuentes de financiación del proyecto se presentan en el cuadro de la página siguiente.

PRESUPUESTO			
COMPONENTES	PRINCIPALES RUBROS INCLUIDOS	Presupuesto en dinero (\$) (1)	Presupuesto en especie (\$) (2)
Componente 1 "Movilización Social y Comunicaciones"	Producciones piezas, Programas de TV, free press, entre otros.	370.000.000	3.830.000.000
Componente 2 "Educativo"	Multiplicadores formadas, libros, web, entre otros	150.000.000	2.316.000.000
Componente 3 "Responsabilidad Social"	Foros, reuniones, actividades sectoriales, entre otros.		1.500.000.000
SUBTOTAL		520.000.000	7.646.000.000
Componente 4 "Monitoreo y Evaluación"			200.000.000
SUBTOTAL		520.000.000	7.846.000.000
Administración			96.000.000
SUBTOTALES		520.000.000	7.942.000.000
VALOR TOTAL DEL PROYECTO			8.462.000.000

1. El presupuesto en dinero es aportado principalmente por el Municipio de Medellín y por Orbitel.

2. El proyecto ha realizado una gestión importante para comprometer la vinculación de los medios masivos de comunicación con descuentos tarifarios del 90% en valores de la pauta.

En el anexo 3, véase carta emitida por la Secretaría de Hacienda del Municipio de Medellín

IV. EJECUCIÓN DEL PROYECTO

A. ENTIDAD EJECUTORA.

Municipio de Medellín- Alcaldía de Medellín.

B. EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN.

La estructura propuesta para la ejecución y administración del Proyecto es la siguiente:

- **Junta Directiva del Proyecto**, con la responsabilidad de definir y velar por el cumplimiento de las políticas y enfoques del Proyecto. Estará compuesta por la Primera Mujer de la Ciudad, un grupo de representantes de las instituciones que pertenecen a la Red de Prevención la Anorexibulimia y un representante de la Agencia de Cooperación Internacional de Medellín (ACI). El Secretario Técnico de la Junta corresponde al Gerente de la Unidad Ejecutora del Proyecto.

- **Unidad Ejecutora del Proyecto**, creada para el efecto y compuesta por un Gerente y personal técnico de apoyo. La Unidad estará adscrita, en forma directa, a la Alcaldía de Medellín. Tiene bajo su responsabilidad funciones de coordinación, administración, supervisión, garantía de la ejecución y de la debida utilización de los recursos.

- **Administrador del Proyecto**, la Agencia de Cooperación Internacional de Medellín (ACI) asumirá la responsabilidad de administrar los recursos y las contrataciones del Proyecto, de acuerdo con los lineamientos emitidos por la Junta Directiva y por la Unidad Ejecutora.

La ACI es una organización pública, con participación del Municipio de Medellín, el Area Metropolitana del Valle de Aburrá, las Empresas Públicas de Medellín y las Empresas Varias de Medellín.

- **Ejecutores del Proyecto**, de acuerdo con su experticia, las instituciones y el personal vinculado a la Red de Prevención de la AnorexiBulimia podrán participar en las convocatorias para la ejecución de actividades.

La ejecución del presente Proyecto está respaldada no solamente por la experiencia de las instituciones públicas y privadas que hacen parte de la Red, sino también por expertos con gran reconocimiento en el tema tanto en el contexto nacional como internacional. En el Anexo 4, véase la presentación de varios expertos que participarán en el Proyecto.

Además de la estructura anterior, el Proyecto contará con una auditoría externa.

C. PERÍODO DE EJECUCIÓN

Un (1) año, a partir de la aprobación del proyecto por parte del o los cooperantes internacionales.

V. IMPACTO SOBRE EL DESARROLLO

A. RESULTADOS ESPERADOS.

El principal resultado esperado del proyecto tiene que ver con la reducción en un 25 % de la tasa de casos clínicos y subclínicos de la Anorexia bulimia, estimándose que a mediano y largo plazo contribuye positivamente a mejorar las condiciones de desarrollo de la población femenina adolescente.

B. IMPACTOS SOCIALES Y AMBIENTALES

El Proyecto tendrá importantes impactos sociales en Medellín Metropolitana, pues se basa en evidencias científicas, en trabajos intersectoriales e interdisciplinarios y en el compromiso político, institucional y comunitario, todos los anteriores como elementos esenciales de salud pública dirigidos a mejorar el desarrollo social y la calidad de vida de la población adolescente y de la sociedad en general.

Este Proyecto no genera riesgos ambientales en Medellín Metropolitana, puesto que no tiene impactos en el suelo, aire o medio ambiente.

En todas las etapas del proyecto los interventores del mismo podrán revisar documentos técnicos, informes de gestión, material pedagógico e informes financieros. Todos y cada uno de los técnicos y profesionales contratados por la Alcaldía de Medellín cumplirán las leyes vigentes en el país y con todas las normas relativas a su seguridad social.

Los productos de investigación científica derivados del Proyecto se registrarán por las normas de investigación bioética de la Declaración de Helsinki año 2000, las cuales están perfectamente articuladas con la Resolución 008430 sobre investigación en seres humanos del Ministerio de Salud de Colombia (1993).

VI. OTROS ASPECTOS

RIESGOS

El enfoque y las características del proyecto, con todos sus componentes y actividades no implican riesgos altos frente a sus resultados. La búsqueda de disminución de la Anorexia bulimia se llevará a cabo mediante estrategias de amplio reconocimiento público como son las comunicacionales y las formativas.

El proyecto prevé la sostenibilidad de sus estrategias mediante la incidencia en políticas públicas locales, regionales y nacionales y, además, mediante la promoción para que los Concejos Municipales, máximas autoridades legislativas de los Municipios, expidan Acuerdos Municipales que garanticen la continuidad de la estrategia y la institucionalización de la misma en alguna dependencia municipal.



