



COMISION EUROPEA



Ayuda Humanitaria



ESTADO NUTRICIONAL, DE ALIMENTACIÓN Y CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA EN SEIS SUBREGIONES DEL PAÍS

INFORME FINAL

BOGOTÁ D.C., DICIEMBRE DE 2005

Nota: La Dirección General de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea, financia intervenciones de ayuda humanitaria a las víctimas de catástrofes naturales y conflictos fuera de la Unión Europea. La ayuda se brinda directamente a las víctimas, de manera imparcial, sin distinción de raza, religión u opinión política.

PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS
ESTADO NUTRICIONAL, DE ALIMENTACIÓN Y CONDICIONES DE SALUD DE LA
POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA EN SEIS SUBREGIONES DEL PAÍS
INFORME FINAL
CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN.....	1
2	METODOLOGÍA	3
2.1	ENFOQUE GENERAL	3
2.2	Metodología de análisis	4
2.3	Diseño de la Muestra	14
2.4	Instrumentos y Metodología de recolección.....	19
3	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN	
	OBJETO DE LA EVALUACIÓN	20
3.1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS HOGARES.....	20
3.2	NIVEL EDUCATIVO E INDICADORES LABORALES.....	21
3.3	Características de la vivienda	24
3.4	Ayudas recibidas por el hogar	27
3.5	Gasto Mensual del Hogar	28
3.6	Ingreso Mensual del Hogar	30
3.7	Indicadores de Pobreza	31
4	ADQUISICIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR	34
4.1	FORMA Y LUGAR DE ADQUISICIÓN	34
4.2	ADQUISICIÓN Y CONSUMO	36
4.3	PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR.....	38
5	PERFIL DE MORBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE	
	SALUD.....	43
5.1	Morbilidad global.....	43
5.2	MORBILIDAD ESPECÍFICA	45
5.3	INCAPACIDAD POR PROBLEMAS DE SALUD	49
5.4	CONSULTA DE SALUD	51
5.4.1	Demanda de consulta	52
5.4.2	Persona consultada	53
5.4.3	Lugar de Consulta	56
5.4.4	Razones de no consulta	56

5.5	HOSPITALIZACIÓN	59
5.6	Anemia.....	61
5.6.1	Uso de suplementos de micronutrientes.....	66
6	ESTADO NUTRICIONAL POR ANTROPOMETRÍA.....	71
6.1	NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS	71
6.2	CRECIMIENTO en JÓVENES DE 2 A 20 AÑOS	83
6.3	GESTANTES.....	85
6.4	ADULTOS.....	86
7	ALIMENTACIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS.....	89
7.1	PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA	89
7.2	FRECUENCIA DE CONSUMO	96
7.2.1	Menores de dos años.....	96
7.2.2	Niños y niñas de dos años a cinco años	99
7.3	ASPECTOS GENERALES DE LA ALIMENTACIÓN	101
7.3.1	CONSUMO DE LAS COMIDAS PRINCIPALES.....	101
7.3.2	Calorías consumidas en cada comida.....	103
7.3.3	Consumo de alimentos de origen animal.	105
7.4	RECORDATORIO DE 24 HORAS.....	108
7.4.1	Consumo general de calorías y nutrientes:.....	113
7.4.2	Deficiencias en los consumos de nutrientes	124
7.5	Análisis complementario de los tipos alimentos y preparaciones más frecuentes en el patrón de consumo de niños y niñas menores de 5 años del estudio.	137
8	CONCLUSIONES.....	141
9	COMPARACIÓN DE RESULTADOS.....	150
10	GLOSARIO DE SIGLAS.....	152
11	BIBLIOGRAFÍA.....	154

ANEXO 1: Requerimientos de dieta para menores de 5 años

ANEXO 2: Tablas estadísticas de los resultados

ANEXO 3: Formularios

ANEXO 4: Procedimiento para la toma de medidas antropométricas

ANEXO 5: Procedimiento para la estandarización de alimentos y pesos para la utilización en el recordatorio de 24 horas

INDICE DE CUADROS

		PÁGINA
2-1	Puntos de corte para los indicadores de antropometría	6
2-2	Valores límites para IMC en mayores de 20 años	7
2-3	Ajustes de hemoglobina (g/l) por altitud	12
2-4	Puntos de corte para la anemia en diferentes grupos de edad y sexo	
2-5	Regiones, número de municipios y población desplazada de los universos de estudio	15
2-6	Cobertura por municipio según tipo de muestra	18
3-1	% Hogares según tiempo de desplazamiento	20
3-2	Características de los hogares encuestados	21
3-3	Indicadores laborales por género según grupos de población (%)	22
3-4	Tasa de asistencia escolar según grupos de edad	23
3-5	Tasa de asistencia escolar según tiempo de desplazamiento	24
3-6	% De hogares según materiales de piso, techo y paredes de la vivienda por grupo de población	24
3-7	% Hogares con servicios públicos	26
3-8	% Hogares según propiedad de la vivienda	26
3-9	Proporción de hogares desplazados que recibieron algún tipo de ayuda	28
3-10	Ingreso mensual del hogar	30
3-11	Proporción de hogares según necesidad básica insatisfecha	32
3-12	Proporción de hogares pobres según indicador	33
3-13	Proporción de hogares en condición de miseria según indicador	33
4-1	% De hogares según tiempo de desplazamiento por percepción de seguridad alimentaria en el hogar	42
5-1	Percepción de enfermedad en 15 días anteriores a la encuesta	44
5-2	Percepción de enfermedad global en 15 días, según tiempo de desplazamiento	45
5-3	Percepción de morbilidad específica en los 15 días anteriores a la encuesta, por grupos de edad	46
5-4	Percepción de morbilidad específica en 15 días población de 10 años y mas, según tiempo de desplazamiento	48
5-5	Percepción de morbilidad específica en 15 días población menor de 10 años, según tiempo de desplazamiento diarrea	48
5-6	Percepción de incapacidad en 15 días	49
5-7	Percepción de incapacidad en 15 días población mayor de 10 años, según tiempo de desplazamiento	51
5-8	Consulta por problemas de salud en 15 días. Menores de 10 años	52
5-9	Consulta por problemas de salud en 15 días, en personas de 10 años y más según tiempo de desplazamiento	53
5-10	Persona consultada la última vez por asuntos de salud. % personas	55
5-11	Lugar de la última consulta. % personas	57
5-12	Razones de no consulta de quienes percibieron problemas de salud. % personas	58
5-13	Hospitalización y causas en últimos 12 meses. Menores de 10 años	59
5-14	Distribución porcentual de las causas de hospitalización, por subgrupos de edad y sexo	60
5-15	Referencias de puntos de corte para anemia y anemia severa para personas vivienda a nivel del mar	62
6-1	Promedios del peso y la talla. En niños y niñas menores de 10 años	71

	PÁGINA
6-2 Distribución (%) de niños y niña menores de 10 años según clasificación nutricional de peso para la talla	75
6-3 Distribución (%) de niños y niñas menores de 10 años según clasificación nutricional de peso para la edad	79
6-4 Distribución (%) de niños y niñas menores de 10 años según clasificación nutricional de talla para la edad	82
6-5 Cortes de IMC para adultos	87
7-1 Tiempo de iniciación del pecho después del nacimiento, según tiempo de desplazamiento	90
7-2 Duración de la lactancia general (meses), por genero	91
7-3 Duración de la lactancia general (meses) por genero, según tiempo de desplazamiento	91
7-4 Intensidad de la lactancia general en 24 horas (No. de veces que se pone al pecho)	92
7-5 Intensidad de lactancia: 24 horas	93
7-6 Proporción de niños y niñas que tienen lactancia exclusiva y duración de la lactancia	94
7-7 Proporción de niños y niñas que tienen lactancia exclusiva, según tiempo de desplazamiento	94
7-8 Edad de inicio de alimentos sólidos o líquidos	95
7-9 Edad de inicio de alimentos sólidos y líquidos, según tiempo de desplazamiento	95
7-10 Proporción (%) niños y niñas que consumieron de hierro calcio y zinc proveniente de una fuente animal	107
7-11 Definición de niño o niña que lacta según edad	109
7-12 Valores de referencia de ingesta de leche materna y nutrientes	110
7-13 Consumo promedio por tiempo de desplazamiento	119
7-14 Consumo promedio de micronutrientes en desplazados de 2 a 4 años	124
7-15 Consumo promedio de calorías en niños y niñas menores de 2 años	125
7-16 Consumo promedio de vitamina a en niños y niñas menores de 5 años	126
7-17 Consumo promedio de hierro en niños y niñas	129
7-18 Consumo promedio de zinc en niños y niñas	130
7-19 Consumo promedio de vitamina c en niños y niñas	131
7-20 Consumo promedio de calorías en niños y niñas de 2 a 4 años	132
7-21 Análisis por tiempo de desplazamiento	137
7-22 Niños y niñas desplazados: preparaciones	138
7-23 Niños y niñas estrato 1 receptor: preparaciones	138
7-24 Alimentos o preparaciones informados por ambos grupos estudiados, agrupados según las guías alimentarias para la población colombiana	139

INDICE DE GRÁFICAS

	PÁGINA	
3-1	Distribución etárea de población	21
3-2	Tasas de analfabetismo por grupos de edad según población (%)	23
3-3	Proporción de hogares que recibieron algún tipo de ayuda	27
3-4	Distribución del gasto mensual	29
3-5	Gasto mensual del hogar (pesos)	29
3-6	Ingreso mensual promedio según tiempo de desplazamiento	31
4-1	% Hogares que en los últimos 30 días adquirieron el alimento	36
4-2	Días que consumieron el alimento en los últimos 7 días	37
4-3	% De hogares con inseguridad alimentaria	38
4-4	% De hogares desplazados con inseguridad alimentaria según tiempo de desplazamiento	38
4-5	En los últimos 30 días algún miembro del hogar se quejó de hambre por falta de alimentos en el hogar	39
4-6	En los últimos 30 días algún miembro del hogar se acostó con hambre por que no alcanzó el dinero para la comida?	39
4-7	En los últimos 30 días algún miembro del hogar dejó de desayunar, de almorzar o de comer por falta de dinero para comprar alimentos?	40
4-8	Percepción sobre seguridad alimentaria	40
4-9	% De hogares que han suprimido – disminuido cantidad comprada de alimentos por falta de dinero	41
4-10	% De hogares con percepción de inseguridad alimentaria según su nivel de gasto (como proporción de un salario mínimo legal vigente)	42
5-1	Percepción de enfermedad en 15 días. % personas	45
5-2	Percepción de morbilidad específica en 15 días población menor de 10 años, tasas por 100. Diarrea	47
5-3	Percepción de incapacidad en 15 días. % personas	50
5-4	Porcentaje de población a la que se le aplicó la encuesta Sisben	51
5-5	% Personas que consultaron por problemas de salud en 15 días	53
5-6	Promedio de hemoglobina en hombres y mujeres según edad	62
5-7	Prevalencia (%) de anemia en mujeres gestantes según condición de desplazamiento	63
5-8	Prevalencia (%) de anemia en mujeres no gestantes según edad	64
5-9	Prevalencia (%) de anemia en hombres del estudio	65
5-10	Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben actualmente suplementos de hierro, ácido fólico y calcio	67
5-11	Porcentaje de mujeres lactantes que reciben actualmente suplementos de hierro, ácido fólico y calcio	69
5-12	Porcentaje de niños y niñas que reciben actualmente suplementos de hierro	70
6-1	Promedio WHZ	73
6-2	Prevalencia (%) desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años	74
6-3	Promedio WAZ (peso para la edad: valores de z)	78
6-4	Prevalencia (%) de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años	78
6-5	Promedios de haz (talla para la edad: valores de z)	80
6-6	Prevalencia (%) de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años	81
6-7	Prevalencia (%) de peso deficiente en población de 2 a 20 años	84

	PÁGINA	
6-8	Prevalencia (%) de exceso de peso según IMC en población de 2 a 20 años	85
6-9	Distribución porcentual de la clasificación nutricional de las gestantes	86
6-10	Distribución porcentual de clasificación según IMC en adultos mayores de 20 años	87
6-11	Distribución porcentual del exceso de peso en adultos mayores de 20 años según condición de desplazamiento	88
7-1	Porcentaje de niños y niñas según tiempo de iniciación del pecho después del nacimiento	90
7-2	Porcentaje de niños y niñas que lactan menores de dos años que consumieron alimentos proteicos de origen animal, durante la última semana	96
7-3	Porcentaje de niños y niñas que no lactan menores de dos años que consumieron alimentos proteicos de origen animal, durante la última semana	97
7-4	Porcentaje de niños y niñas que lactan menores de dos años que consumieron otros alimentos durante la última semana	98
7-5	Porcentaje de niños y niñas que no lactan menores de dos años que consumieron otros alimentos durante la última semana	98
7-6	Porcentaje de niños y niñas de dos a cuatro años que consumieron alimentos proteicos de origen animal, durante la última semana	99
7-7	Porcentaje de niños y niñas de dos a cuatro años que consumieron otros alimentos durante la última semana	101
7-8	Proporción de niños y niñas menores de un año que reciben las comidas del día	102
7-9	Porcentaje de niños y niñas de 1 a 4 años que reciben las comidas del día	102
7-10	Distribución % de calorías aportadas por cada comida, en niños y niñas menores de dos años que lactan	103
7-11	Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que reciben las tres comidas principales del día	104
7-12	Distribución % de calorías aportadas por cada comida, en niños y niñas menores de cinco años que no lactan	105
7-13	Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que al menos consume algún alimento de origen animal en su alimentación complementaria del día	106
7-14	Consumo promedio de calorías día en niños y niñas menores de dos años que lactan y no lactan	113
7-15	Consumo promedio de proteínas en niños y niñas menores de dos años que lactan y no lactan	114
7-16	Consumo promedio de vitamina a en niños y niñas menores de dos años que lactan y no lactan	115
7-17	Consumo promedio de calcio en niños y niñas menores de dos años que lactan y no lactan	116
7-18	Consumo promedio de hierro en niños y niñas menores de dos años que lactan y no lactan	116
7-19	Consumo promedio de zinc en niños y niñas menores de dos años que lactan y no lactan	117
7-20	Consumo promedio de vitamina c en niños y niñas menores de dos años que lactan y no lactan	118
7-21	Consumo promedio de calorías en niños y niñas de 2 a 4 años	120
7-22	Consumo promedio de proteínas en niños y niñas de 2 a 4 años	120
7-23	Consumo promedio de vitamina a en niños y niñas de 2 a 4 años	121
7-24	Consumo promedio de calcio en niños y niñas de 2 a 4 años	121
7-25	Consumo promedio de hierro en niños y niñas de 2 a 4 años	122
7-26	Consumo promedio de zinc en niños y niñas de 2 a 4 años	122

Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país

	PÁGINA
7-27 Consumo promedio de vitamina c en niños y niñas de 2 a 4 años	123
7-28 Porcentaje de niños y niñas menores de 2 años que están por debajo del EAR para proteínas	125
7-29 De niños y niñas menores de 2 años que están por encima y por debajo del EAR para vitamina a	126
7-30 Porcentaje de niños y niñas menores de 2 años que están por encima y por debajo del EAR para calcio	127
7-31 Porcentaje de niños y niñas menores de 2 años que están por encima y por debajo del EAR para hierro	128
7-32 Porcentaje de niños y niñas menores de dos años que están por encima y por debajo del EAR para zinc	129
7-33 Porcentaje de niños y niñas menores de dos años que y están por encima y por debajo del EAR para vitamina c	131
7-34 Porcentaje de niños y niñas mayores de 2 años que están por encima y por debajo del EAR en calorías	132
7-35 Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que están por encima y por debajo del EAR para proteínas	133
7-36 Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que están por encima y por debajo del EAR para vitamina a	133
7-37 Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que están por encima y por debajo del EAR para calcio	134
7-38 Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que están por encima y por debajo del EAR para hierro	135
7-39 Porcentaje de niños y niñas de 2 a 4 años que están por encima y por debajo del EAR para zinc	135
7-40 Porcentaje de niños y niñas mayores de 2 años que están por debajo del EAR para vitamina c	136

1 INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio es realizar una evaluación del estado nutricional y alimentario, y de la situación de salud, de una muestra probabilística de población desplazada desde el 2001 por la violencia y localizada en seis subregiones prioritarias (Catatumbo, Cuenca del Pacifico, Influencia antigua Zona de Distensión, Magdalena Medio, Oriente Antioqueño y la Sierra Nevada), frente a las condiciones de una muestra de población de estrato socioeconómico uno receptora. Las poblaciones en las subregiones seleccionadas están mezcladas en la mayoría de municipios y por esto cuando nos referimos a población de estrato uno se identifica como receptora de población desplazada. La evaluación produjo estimaciones válidas y confiables para el universo de 406,887 desplazados residentes en las regiones estudiadas, respecto a características demográficas, socioeconómicas, de condiciones de salud y uso de servicios de salud, de estado nutricional y de suficiencia dietética de niños y niñas menores 5 años de las poblaciones comparadas. Los resultados facilitarán la revisión de los tipos de intervención, la focalización y el impacto de la ayuda alimentaria canalizada a la población desplazada.

Inicialmente, se presenta la metodología empleada y el alcance de los resultados, seguido por la caracterización de los hogares y las personas objeto de la evaluación, los indicadores de adquisición y frecuencia de consumo de alimentos, de percepción de vulnerabilidad y estado de salud, de evaluación nutricional y dietética y de lactancia materna y alimentación complementaria. El informe se finaliza con las conclusiones deducidas de los principales hallazgos del estudio y con la comparación entre los resultados del presente estudio con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia, realizada recientemente por el ICBF. Cinco anexos completan el documento. El anexo 1, sobre los requerimientos que debe aportar la dieta de los menores de 5 años, el anexo 2, con las tablas estadísticas de los resultados, no incluidas en los capítulos de texto, el anexo 3 con los instrumentos utilizados para la recolección de información, el anexo 4 con los procedimientos para la toma de medidas antropométricas y el anexo 5 con el procedimiento para la estandarización de alimentos y pesos para la utilización en el recordatorio de 24 horas.

Todos los indicadores se clasifican rutinariamente para las dos poblaciones comparadas, por edad, sexo y por tiempo de desplazamiento, teniendo en cuenta las limitaciones del tamaño de la muestra. Adicionalmente, se hace referencia ocasional a los resultados del estudio nutricional en desplazados del 2002 – 2003, a la Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia 2005 y a la Encuesta de demografía y salud de Profamilia, cuando se considera viable y pertinente, con la advertencia que no todos los hallazgos de esta investigación son comparables.

En los cuadros del texto y del anexo, las cifras que aparecen entre paréntesis en segunda línea de cada casilla, es el error estándar, que es el indicador de precisión de la estimación muestral. Los limitantes de confianza de la estimación, entre los cuales se encuentra el

verdadero valor del universo inferido, con un 95% de seguridad, se pueden obtener sumando dos veces el error estándar, al valor estimado.

Por otra parte, para precisar la significancia estadística de algunas de las diferencias más importantes observadas en los indicadores del estudio, entre los desplazados y los de estrato socioeconómico 1, se calculó el “error estándar de la diferencia” y se verificó tal significancia a varios niveles (1%, 5%, 10% y 15%). En muchos de los cuadros se marco con asteriscos (1 a 4) el nivel más alto de significancia registrado; por ejemplo, un asterisco (*) significa que la diferencia observada en un indicador, entre los desplazados y los de estrato 1 receptora, es estadísticamente significativa con un 99% de confianza (significancia al 1%); en otro ejemplo, 4 asteriscos (****) expresan diferencia estadísticamente significativa con 85% de confianza (significancia al 15%).

El estudio fue contratado con la Unión Temporal Econometria-SEI, dirigido por Luis Carlos Gómez, experto en análisis social y estadístico, con un equipo conformado por las nutricionistas Patricia Heredia y Sara del Castillo, el estadístico Jhon Jairo Romero y las economistas Mariana Muñoz y María Gloria Cano y se contó con el apoyo técnico de Helena Pachón y Chessa Luter. El trabajo de campo, bajo la responsabilidad de SEI s.a. estuvo a cargo de Yamiled Palacio con la coordinación de Belén Gómez y el apoyo de un equipo de 40 encuestadores, supervisores y auxiliares. Durante el desarrollo de la investigación se contó con el apoyo permanente ECHO, PMA y OPS/OMS. Por otra parte somos plenamente conscientes que el estudio fue posible gracias a la colaboración de todas las personas que brindaron información sobre su situación socioeconómica y nutricional. A ellos extendemos nuestro respecto y agradecimiento.

2 METODOLOGÍA

2.1 ENFOQUE GENERAL

El punto de partida para el diseño de la investigación fue la definición de la población objeto de la misma, conformada por las familias con niños y/o niñas menores de 5 años, desplazados desde enero de 2001, y por las familias de estrato 1 receptoras, también con niños y/o niñas menores, residentes en 60 municipios medianos y pequeños de las regiones preestablecidas. La muestra probabilística seleccionada para la recolección de los datos fue de 2,400 hogares, 1200 desplazados y 1200 de estrato 1 receptoras, de 30 municipios también seleccionados probabilísticamente dentro de los 60 del universo investigado.

La unidad de observación es el hogar que es el conjunto de personas que comparten el mismo techo y comen de la misma olla.

La investigación se enfocó en el análisis de las condiciones de salud y seguridad alimentaria, profundizando en indicadores sobre anemia por medición de hemoglobina en sangre; estado nutricional por medición antropométrica; lactancia materna, alimentación complementaria y uso de suplementos alimenticios; frecuencia de consumo de alimentos en los últimos 7 días, de los niños y niñas menores de 10 años; y recordatorio de alimentos ingeridos durante las últimas 24 horas por los niños y niñas de 6 meses a 4 años de edad.

La seguridad alimentaria y nutricional es un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social, a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo.(INCAP-OPS, 2001).

Dado que en los objetivos del milenio, los países se han comprometido en mejorar la alimentación y nutrición y a reducir la percepción del hambre e inseguridad alimentara, se ha requerido del uso de instrumentos para medir tales percepciones, desarrollados y verificados por investigadores de EEUU. Las medidas son de tipo cualitativo y permiten la construcción de un índice de hambre que capta dos dimensiones de la inseguridad alimentaria percibida: modificación en la ingesta debido a recursos insuficientes y experiencia de hambre en adultos y menores. En algunos países de América Latina se ha empezado a ajustar y validar este instrumento, como es el caso de Argentina.

En consecuencia se adelantó un análisis de percepción de la seguridad alimentaria, tomando como base las experiencias sobre el tema.

2.2 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

A partir de las bases de datos depuradas se analizó la información siguiendo la metodología propuesta a continuación.

a. Historia demográfica y socioeconómica

La caracterización socioeconómica del hogar¹, es el marco para el análisis de la evaluación nutricional y de condiciones de salud, así:

- Identificación de la condición del hogar: Se clasificó la población en hogares en condición de desplazamiento por violencia y población en hogares de estrato socioeconómico 1 receptor.
- Duración del desplazamiento: En el caso de hogares en condición de desplazamiento por violencia se indagó el tiempo que tiene esta condición. Estudios anteriores han demostrado que las condiciones socioeconómicas y nutricionales del hogar varían con el tiempo del desplazamiento por lo cual constituye una importante variable de análisis.
- Información demográfica general del hogar: La estructura sociodemográfica del hogar contiene el tamaño del hogar (número de personas que comparten el mismo techo y comen de la misma olla), la composición étnica del mismo, el género de sus miembros, así como el tipo de jefatura del hogar.
- Condición educativa: Se determinó el nivel educativo de cada miembro del hogar, y se centró el análisis principalmente en la asistencia escolar de menores y en la tasa de analfabetismo.
- Ingresos y gastos: Se determinó el ingreso y gasto promedio del hogar por principales rubros.
- Nivel de pobreza: Se calcularon diferentes indicadores de pobreza en la población estudiada. Se trabajaron los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) – desagregado por componentes (inasistencia escolar, vivienda inadecuada, hacinamiento, servicios públicos inadecuados y alta dependencia económica), Línea de Pobreza y Línea de Indigencia.
- Condiciones sanitarias: Se identificaron las condiciones sanitarias relacionadas con acceso a agua potable, manejo de basuras, presencia de plagas, olores, etc.

¹ El hogar es la unidad de análisis.

- Formas de adquisición de alimentos y lugares en donde se compran. Se averiguó si los alimentos son comprados, regalados, donados o recogidos, y se preguntó por los sitios de adquisición (supermercados, tiendas, plazas, etc.). Esta información ilustra sobre el acceso para el componente de seguridad alimentaria.
- Ayudas recibidas: Se identificó su frecuencia y tipo de ayuda (alimento, aseo, dinero, etc.).

b. Condiciones de salud de los miembros del hogar

Dado que uno de los objetivos de la presente investigación es la identificación de las condiciones de salud de la población, que a su vez influyen en la utilización biológica de los alimentos, se indagó sobre la percepción de la morbilidad de cada uno de los miembros del hogar en los 15 días anteriores a la encuesta, así como el acceso y la utilización de los servicios de salud.

Teniendo en cuenta que en la Ley 715 de 2001 se dictaron disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, que incluye como estrategia complementaria la fortificación de alimentos y la suplementación con micronutrientes, para buscar prevención efectiva de enfermedades asociadas con la carencia de tales micronutrientes específicos, se indagó si los lactantes niños y niñas, y mujeres gestantes eran suplementados con hierro, y desde cuando se había iniciado dicha suplementación.

c. Evaluación Antropométrica

El bienestar nutricional es función de un conjunto de variables que determinan la ingesta de alimentos y de variables que determinan el estado de salud, con especial énfasis en las enfermedades infecciosas y las diferentes interacciones entre los dos factores y algunos factores impredecibles.

Aunque existen varios indicadores directos para medir el estado nutricional de un individuo, las alteraciones en el crecimiento y en las dimensiones corporales expresan de manera sistemática y confiable la magnitud y dirección del desorden nutricional. Por consiguiente la identificación de esta condición se centra en la antropometría nutricional, apoyada en las técnicas antropométricas usuales.

Aparte de la provisión de información sobre las condiciones nutricionales y de salud de los niños, el estado nutricional es también considerado una medida de las condiciones de vida de una comunidad. Adicionalmente, se ha incorporado en los análisis poblacionales, el estado nutricional de la población adulta, mediante el índice de masa corporal (IMC), el cual tiene una correlación con el consumo de alimentos y con la prevalencia de inadecuación alimentaria.

Por lo anterior, la evaluación del estado nutricional se realizó tomando el peso y la talla² no solo a los niños, sino a todos los miembros que estuvieran presentes en el hogar al momento de la encuesta. Los adultos mayores de 65 años no fueron incluidos, dado que no existe aún un método aceptado internacionalmente para hacer una adecuada clasificación del estado nutricional de este grupo poblacional. Se ha sugerido para la valoración de adultos mayores usar el IMC, con los mismos parámetros de los adultos, pero la mayor dificultad ha sido la definición de la metodología para tomar la talla de este grupo.

Para la interpretación del estado nutricional por antropometría se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros:

En los niños y niñas menores de once años se calculó el puntaje z de los indicadores básicos de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla. Los análisis se hicieron para los subgrupos de 0-2, 3-5 y 6-11 años usando el software EPINUT. Se tuvieron en cuenta como parámetro de comparación los datos del Centro Nacional de Estadísticas para la Salud de los Estados Unidos de América (NCHS), recomendados por la OMS como población de referencia internacional. La clasificación que se utilizó para los indicadores según los puntos de corte fue la siguiente:

**CUADRO 2-1
PUNTOS DECORTE PARA LOS INDICADORES DE ANTROPOMETRÍA**

	Crónica (Talla/Edad)	Global (Peso/Edad)	Aguda (Peso/Talla)
Sobrepeso	> +2 de	> +2 de	> +2 de
Déficit	< -2 de	< -2 de	< -2 de
Déficit Severo	< -3 de	< -3 de	< -3 de

Fuente: "El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría". Informe de un Comité de expertos de la OMS. Ginebra 1995

Adicionalmente, se hizo el cálculo del IMC (Peso en Kg) / (Talla en Mts)² en los niños y jóvenes de 2 a 20 años, agrupándolos por género y grupos de edad de la siguiente manera: 2-5, 6-12 y 13 a 20 años.

La clasificación por edad sigue las recomendaciones de CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*, de Estados Unidos) para IMC – para edad. Los puntos de corte se describen a continuación:

- Peso deficiente: IMC-para-edad < percentil 5
- Riesgo de sobrepeso: IMC-para-edad del percentil 85 percentiles a < percentil 95
- Sobrepeso: IMC-para-edad > = percentil 95

En las personas mayores de 20 años los resultados del IMC se presentan por género y se usan los puntos de corte recomendados por la OMS, así:

² El equipo utilizado y el procedimiento aplicado se presenta en el anexo 4.

CUADRO 2-2
VALORES LÍMITES PARA IMC EN MAYORES DE 20 AÑOS

IMC mayores de 20 años	IMC	
	Limite inferior	Limite Superior
Peso deficiente	9	18.49
Peso normal	18.5	24.99
Sobrepeso	25	29.99
Obesidad	30	y más

Fuente: OMS

d. Condiciones de lactancia materna y alimentación complementaria

La evaluación de estos dos aspectos tan básicos en la situación de salud y nutrición de los niños y niñas menores de 5 años se obtuvo con preguntas basadas en la experiencia ENDS 2000 incluyendo iniciación de lactancia materna, duración, lactancia exclusiva, terminación de lactancia y razones, causas de no inicio de la lactancia en los casos que aplicara y edad de inicio de alimentación complementaria (sólidos y líquidos).

El análisis se hizo por frecuencias, utilizando la experiencia de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 (ENDS 2000) de Profamilia y en total concordancia con las preguntas sobre este componente en la Encuesta Nacional de la situación Nutricional del ICBF (ENSIN³), llevada a cabo conjuntamente con la ENDS 2005.

La información sobre lactancia materna exclusiva se analizó en forma indirecta de la siguiente manera. Se seleccionaron los niños y niñas menores de 6 meses. En este grupo se tomaron las respuestas a 4 preguntas: ¿aun le está dando pecho a? ¿Qué edad tenía ... cuando recibió por primera vez líquidos? ¿Qué edad tenía... cuando recibió por primera vez sólidos? ¿Le dio de comer o beber algo distinto a pecho a... durante el día (6 AM – 6 PM) o la noche de ayer (6 PM – 6 AM)?. Si la primera pregunta era afirmativa, la segunda y la tercera “No aplica” y la cuarta “No”, se clasificaba al niño como: si recibía lactancia exclusiva.

Esta clasificación es acorde con la definición de la OPS/OMS de lactancia exclusiva que implica haber mantenido la lactancia hasta los seis meses sin haber proporcionado ningún alimento ni bebida adicionales. (OPS/OMS, 1998).

El análisis de información se realiza desagregando los niños en desplazados y población de estrato 1 receptora, según tiempo de desplazamiento y, en la medida de lo posible, por género (niños y niñas). Este enfoque permite puntualizar los comportamientos de la

³ En la medida de lo posible, se compararon los resultados de la presente encuesta con los de la Encuesta ENSIN. El capítulo 9 presenta el resumen de cuadros comparativos. La comparación entre el estrato uno receptor con la población del nivel 1 del Sisben de la ENSIN-2005 se debe hacer con reservas por dos motivos: 1. El Sisben 1 y el estrato uno, aunque tienen una alta correlación no son exactos. 2. La encuesta realizada se concentró en seis subregiones.

práctica de lactancia materna y la introducción de alimentos en la dieta del menor de dos años en las poblaciones estudiadas.

e. Evaluación dietética de niños y niñas menores de 5 años de edad

Para los menores de 5 años, la evaluación dietética se realizó a través de dos metodologías que aportan información complementaria. La primera fue la frecuencia de consumo por tipo de alimento y la segunda el recordatorio de 24 horas que es el recuento de las comidas y bebidas ingeridas durante las 24 horas anteriores a la encuesta.

La frecuencia de consumo, se aplicó a la totalidad de niños y niñas menores de 10 años del hogar, y el recordatorio de 24 horas, se aplicó a un niño por hogar menor de 5 años de edad. En ambos casos, la persona entrevistada fue la madre, o el cuidador permanente del niño, o la persona quien prepara los alimentos y está presente en el momento del consumo de alimentos de los niños.

La frecuencia de consumo permite:

- Analizar el patrón de consumo del individuo o del grupo estudiado (en este caso niños y niñas menores de cinco años).
- Corroborar información del recordatorio de 24 horas.
- Estimar consumos de más largo plazo.
- Analizar consumos de todos los grupos de alimentos, en especial si la dieta es monótona, y evitar subestimación de los consumos.

(Maria Teresa Menchu. INCAP 1999)

El recordatorio de 24 horas permite determinar el consumo promedio de nutrientes e identificar en los grupos estudiados el tipo de nutrientes cuyo consumo está por debajo del requerimiento promedio estimado, utilizando parámetros internacionales que están siendo adoptados por Colombia. La frecuencia de consumo permite en una unidad de 8 días observar la variabilidad de la dieta, y se constituye en un complemento del recordatorio de 24 horas.

El recordatorio de 24 horas, proporciona análisis adicionales como:

- Porcentaje de niños y niñas que consumen el número mínimo diario recomendado de comidas principales.
- Porcentaje de niños y niñas que consumen por lo menos un alimento de origen animal por día.
- Porcentaje de hierro, calcio y zinc provenientes de una fuente animal, consumido al día.
- Porcentaje de calorías consumido en cada comida.

- Lista de alimentos consumidos por los niños y niñas.

Por último, para la aplicación del recordatorio se realizaron varias acciones anteriores al operativo:

- Intenso entrenamiento y estandarización de los encuestadores. Para esto se contó con la asesoría de tres nutricionistas, una de ellas de la Universidad de Cornell especialista en epidemiología nutricional y las dos restantes del equipo consultor de Econometría con experiencia en epidemiología, salud pública y alimentos.
- Un conjunto de ayudas visuales (modelos y fotos), la mayoría de las cuales fueron una adaptación de los utilizados en la ENSIN-ICBF 2004-2005, con el fin de optimizar la calidad de la información referida al consumo de alimentos. Los modelos y fotos fueron pesados y medidos para cada uno de los alimentos, siguiendo un riguroso método de estandarización⁴ con el fin de poder calcular posteriormente los nutrientes ingeridos por el niño.
- Mucho énfasis en el entrenamiento sobre el alto grado de respeto que debían tener los encuestadores en relación con lo que consumían las familias y sobre las técnicas para evitar sesgos en las respuestas. También, en el cuidado con las formas como se reportan los alimentos, crudo cocido, bruto o neto, etc. con el fin de no cometer errores posteriores en los análisis.
- Rigurosa supervisión en campo tanto en la aplicación del recordatorio como en diligenciamiento del formulario, para lo cual las supervisoras participaron durante todo el entrenamiento.
- Revisión permanente desde Bogotá de la información que se iba enviando de los municipios, con el fin de hacer a tiempo los ajustes que fueran necesarios. Esta labor fue realizada por una nutricionista entrenada en la metodología.

Los formularios usados para la recolección de la información de frecuencia de consumo y recordatorio de 24 horas se encuentran en el anexo 3.

f. Evaluación de percepción de vulnerabilidad

Se presenta en esta sección una clasificación de la vulnerabilidad alimentaria desde leve hasta severa, para facilitar la definición de intervenciones focalizadas.

Se aplicó para el efecto una escala sencilla denominada ESCALA PARA LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR⁵, que se aplicó

⁴ En el anexo 5 se presenta una descripción de la estandarización realizada y las medidas equivalentes para cada modelo utilizado.

⁵ La adaptación y validación de una escala de seguridad alimentaria en una comunidad de Caracas, Venezuela *Paulina Lorenzana Dellohain y Diva Sanjur* Universidad Simón Bolívar Caracas, Venezuela y Cornell University, Ithaca, NY. Venezuela.2000

también en la ENSIN – ICBF 2004-2005, la cual tiene en cuenta la Escala de Hambre adaptada por Paulina Lorenzana en Venezuela.

El instrumento consta de 14 preguntas de percepción sobre la seguridad alimentaria, y se realizó solo a una persona del hogar (madre, o en su ausencia a la cabeza de familia). Las preguntas son:

1. ¿En los últimos 30 días faltó dinero en el hogar para comprar alimentos?
2. ¿En los últimos 30 días, en el hogar, disminuyó el número de comidas como por ejemplo dejar de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero para comprar alimentos?
3. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años, comió menos de lo que deseaba por falta de dinero para comprar alimentos?
4. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años, dejó de desayunar, de almorzar o de comer por falta de dinero para comprar alimento?
5. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años, comió menos en la comida principal porque la comida no alcanzo para todos?
6. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años, se quejó de hambre por falta de alimentos en el hogar?
7. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años, se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para la comida?
8. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar menor de 18 años, comió menos de lo que deseaba por falta de dinero para comprar alimentos?
9. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar menor de 18 años, dejó de desayunar, de almorzar o de comer por falta de dinero para comprar alimento?
10. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar menor de 18 años, comió menos en la comida principal por que la comida no alcanzo para todos?
11. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar menor de 18 años, se quejó de hambre por falta de alimentos en el hogar?
12. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar menor de 18 años, se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para la comida?
13. ¿En los últimos 30 días ha tenido que suprimir algún alimento que usualmente compraba porque el dinero no le alcanza?

14. ¿En los últimos 30 días ha tenido que disminuir la cantidad que usualmente compraba de algún alimento porque el dinero no le alcanzaba?

Las opciones de respuesta para las preguntas de la 1 a la 12 son: Si y No, y si la persona contesta que Si, tiene las opciones: Siempre, Algunas veces y Rara vez.

Las opciones en las preguntas 13 y 14, son Si y No.

La escala le asigna un valor a las respuestas de cada pregunta (12 primeras), y la clasificación final de seguridad alimentaria en el hogar se hace con la sumatoria de dichos valores.

Los valores de cada respuesta son:

No	cero
Rara vez	uno
Algunas veces	dos
Siempre	Tres

La primera pregunta es ¿En los últimos 30 días faltó dinero en el hogar para comprar alimentos? Si la respuesta es negativa, se clasifica el hogar como SEGURO, y se pasa de una vez a las preguntas 13 y 14 que son complementarias; Estas son ¿En los últimos 30 días ha tenido que disminuir la cantidad de algún alimento porque el dinero no le alcanza? y ¿En los últimos 30 días ha tenido que suprimir algún alimento que usualmente compraba porque el dinero no le alcanza? Esto teniendo en cuenta que una familia pueda que no le haya faltado dinero, pero que si su situación se empieza a deprimir la primera acción que se realiza es disminuir o eliminar la compra de algunos alimentos.

Si la respuesta a la primera pregunta de seguridad alimentaria era SI, el hogar se clasificaba como INSEGURO, pero para afinar el grado de inseguridad se sumaron los puntajes de las respuestas a las preguntas 1 a 12 con la siguiente interpretación:

Cero	Hogar seguro
1-14	Hogar levemente inseguro
15-26	Hogar moderadamente inseguro
>27	Hogar severamente inseguro

g. Prevalencia de anemia

Teniendo en cuenta que la deficiencia de micronutrientes también es un indicador del estado nutricional, una forma complementaria de evaluar dicho estado es a través de la prevalencia de enfermedades relacionadas con el déficit de micronutrientes como, es el caso de la anemia por deficiencia de hierro, que afecta principalmente a niños y mujeres en periodo de gestación.

Para esta evaluación se utilizó el espectrofotómetro (hemoCue B-hemoglobina) mediante el cual fue posible determinar el nivel de hemoglobina y calcular la prevalencia de anemia. La sangre tomada fue del tipo capilar lo que facilitó considerablemente la recolección de las muestras.

La muestra se tomó a todos los integrantes de las familias seleccionadas, que se encontraran presentes al momento de la encuesta, previo consentimiento informado. A las personas que no lo autorizaron, no se les tomó la muestra de sangre.

Para el desarrollo de esta medición, al igual que para el resto de componentes, se hizo una capacitación cuidadosa por el proveedor de los equipos, en la toma de la medición, y en el cuidado y calibración del equipo, a las profesionales con perfil de supervisión en trabajos de campo y a las supervisoras. La empresa certificó el personal entrenado y entregó un manual de operación detallado del procedimiento a seguir a cada uno de los equipos de campo⁶.

Teniendo en cuenta que el equipo produce resultados inmediatos, cuando estos estuvieron muy por debajo, o por encima, de los rangos establecidos, se reconfirmaron en forma inmediata a través de una segunda muestra.

Antes del cálculo de la prevalencia de anemia en las poblaciones estudiadas, se hizo la corrección de la hemoglobina por altitud, teniendo en cuenta la siguiente tabla⁷:

**CUADRO 2-3
AJUSTES DE HEMOGLOBINA (G/L) POR ALTITUD**

ALTITUD (M)	HEMOGLOBINA (G/L)
<1000	0
1000	1
1500	4
2000	7
2500	12
3000	18
3500	26
4000	34
4500	44
5000	55
5500	67

Fuente: Nestel, Penélope. "Adjusting hemoglobin values in program surveys".

⁶ Informe Final de Trabajo de Campo

⁷ Centres for Disease Control and Prevention. Criteria for anemia in children and childbearing-aged women. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1989; 38: 400-404

El ajuste tomado se hizo aproximando la altitud del municipio al valor más cercano por encima o por debajo a los 500 metros. Los datos de la tabla anterior están basados en la siguiente ecuación.

$$Hb : (-0.32 * (\text{altitud.en.metros} * 0.0033) + 0.22 * (\text{altitud.en.metros} * 0.0033))^2$$

En seguida se tomaron los siguientes puntos de corte sugeridos por la OMS⁸, para la definición de anemia en personas viviendo a nivel del mar:

CUADRO 2-4
PUNTOS DE CORTE PARA LA ANEMIA EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD Y SEXO

EDAD	PUNTO DE CORTE (gr/dL) PARA ANEMIA	PUNTO DE CORTE PARA ANEMIA SEVERA
Menores de 6 meses	< 9.5**	< 7
De 6 – 59 meses	< 11	
De 5 – 11 años	< 11.5	
De 12 – 14 años	< 12	
Mujeres mayores de 15 años no embarazadas	< 12	
Mujeres embarazadas	< 11	
Hombres mayores de 15 años	< 13	

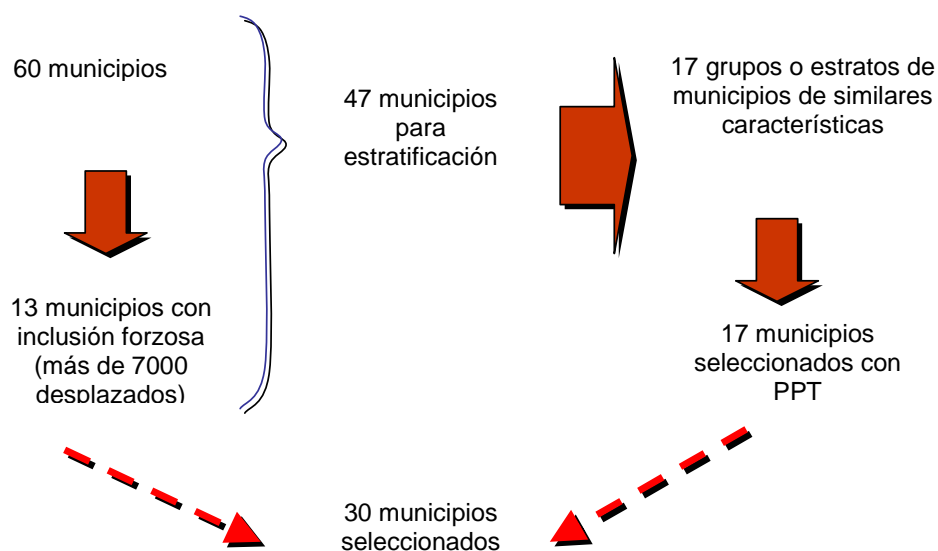
** Teniendo en cuenta que en los puntos de corte de la OMS no está especificado el rango de edad de niños y niñas menores de 6 meses, para el análisis se tomó el punto de la siguiente referencia: Dallman, PR. Pediatrics. 16th ed. New Cork, 1977. P.1111

Por último, para complementar el análisis de anemia, del consumo de alimentos, también se indagó por la suplementación con micronutrientes en grupos específicos como son niños y niñas menores de cinco años (hierro) y las mujeres gestantes y lactantes (hierro, calcio y ácido fólico).

⁸ WHO/UNICEF/UNU, ed. Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. WHO/NHD/01.3. Geneva: WHO,2001

2.3 DISEÑO DE LA MUESTRA

La recolección de datos se llevó a cabo en un total de 2400 hogares, 1200 desplazados y 1200 de estrato socioeconómico 1 receptora según la clasificación para servicios públicos del Departamento Nacional de Planeación, con niños y niñas menores de 5 años, en 30 municipios medianos y pequeños, de 6 áreas geográficas seleccionadas con base en los resultados del estudio de *Rapid Need Assessment* PMA – CICR 2004 del estudio de vulnerabilidad alimentaria, 2003, y sobre la situación de seguridad de las zonas. En forma esquemática, el diseño de la muestra se hizo por medio del siguiente procedimiento:



De un universo de 60 municipios se seleccionó probabilísticamente una muestra de 30 municipios. En cada municipio de la muestra, se seleccionaron 40 hogares desplazados y 40 de estrato 1 receptores.

a. Delimitación del universo de estudio

La delimitación del universo de estudio fue realizado con base en los aspectos antes mencionados y teniendo en cuenta la información más reciente y la cantidad de desplazados desde el 2001, dando prioridad a los municipios con más de 900 personas (200 familias) y la disponibilidad de información nutricional recopilada en estudios del último año. En el cuadro 2.5, se presenta el resumen del universo delimitado por microregión.

CUADRO 2-5
REGIONES, NÚMERO DE MUNICIPIOS Y POBLACIÓN DESPLAZADA DE LOS UNIVERSOS DE ESTUDIO

MICRO REGIÓN	NÚMERO DE MUNICIPIOS	NÚMERO DE PERSONAS DESPLAZADAS	NÚMERO DE PERSONAS ESTRATO 1 RECEPTOR *
Catatumbo	3	12,703	20,065
Cuenca del Pacífico	18	96,334	324,478
Influencia Zona de Distensión	4	34,786	127,038
Magdalena Medio	9	38,990	133,642
Oriente Antioqueño	14	55,935	114,075
Sierra Nevada	12	168,139	389,224
Total general	60	406,887	1,108,522

FUENTE: RSS, Presidencia de la República, 2005

b. Estratificación de los Municipios

Como una estrategia de optimización (reducción del error de muestreo), se clasificaron los 60 municipios del universo de estudio en 30 grupos o estratos, combinando municipios lo más parecidos posibles en función de variables supuestamente asociadas con la situación nutricional de la población desplazada, así: Microregión, tamaño de la cabecera municipal (nivel de urbanización), número de desplazados y proporción de los mismos sobre población total. La estratificación óptima es la que logra máxima homogeneidad en los municipios agrupados, máxima heterogeneidad entre un estrato y otro, y tamaño de estratos aproximadamente similar (en función de número de desplazados).

En una primera fase, ocho de los municipios con una cantidad de desplazados igual o mayor que el tamaño promedio de los estratos fueron declarados de inclusión forzosa, pues se constituyeron por sí mismos en estrato (estratos de certeza) y tuvieron probabilidad de selección igual a 1.00.

En la segunda fase, se procedió a la conformación de 22 estratos con los restantes 52 municipios. En un paso inicial se distribuyó la cuota de estratos por región en proporción al número de desplazados existentes. En seguida, se recalculó el tamaño promedio de estos nuevos estratos. Surgió en esta oportunidad un segundo set de municipios de inclusión forzosa (cinco) por su tamaño similar o mayor que el tamaño promedio de los estratos. Se conformaron finalmente 17 estratos de no certeza (cuadro 2.5), cuyo tamaño fluctuó alrededor de 6,000 desplazados.

c. Selección probabilística de un municipio por estrato de no certeza

Dentro de cada estrato de no certeza, se seleccionó un municipio con probabilidad proporcional al número de hogares desplazados (PPT). Para el efecto se calculó la probabilidad de cada municipio (probabilidad = N° de desplazados en el municipio / total desplazados del estrato), se acumularon las probabilidades de los municipios del estrato (suman siempre 1.00), y se tomó un número aleatorio entre 1 y 100, el cual indicó el

municipio seleccionado. El cuadro 2.5 presenta la estratificación del universo de municipios e identifica los seleccionados. Debido a la reducida cantidad de desplazados existentes, muy inferior a la requerida, los municipios de Barbacoas y El Castillo fueron reemplazados por Dagua y Granada (Meta), mediante selección aleatoria dentro del resto de municipios de los estratos respectivos. La información justificativa fue debidamente verificada y documentada, con anticipación, por autoridades municipales y por la Red de Solidaridad Social y de algunas ONG's en los propios municipios. Los estratos con un solo municipio corresponden a los de inclusión forzosa. En cada municipio de la muestra, se seleccionaron 40 hogares desplazados y 40 de estrato 1 receptores.

d. Selección Probabilística de un máximo de cuatro puntos de concentración por municipio

Sí el municipio tenía 4 o menos puntos de concentración, todos entraron automáticamente en la muestra (con probabilidad 1). Sí el municipio tenía 5 o más puntos de concentración, se escogieron 4 con probabilidad proporcional al número de hogares desplazados de cada punto.

e. Selección de 10 hogares o más por punto de concentración pendiente

Sí el máximo de puntos de concentración era 4 o más se hizo, selección aleatoria de 10 hogares en cada uno de ellos. Sí eran menos de 4 puntos de concentración se hizo selección de:

- 10 hogares por punto, si son cuatro puntos.
- 13 ó 14 hogares por punto, si son tres puntos
- 20 hogares por punto, si son dos puntos.
- 40 hogares en un solo punto.

Para la selección de los hogares, se procedió de la siguiente manera:

- a) Delimitación aproximada del perímetro ó área del punto de concentración, con la ayuda de conocedores del lugar como líderes comunitarios, juntas de acción comunal, personeros municipales, funcionarios de la Red de Solidaridad Social, entre otros.
- b) Identificación de las manzanas o áreas amanzanadas existentes dentro del perímetro del área del punto de concentración.
- c) Listado por orden de contigüidad geográfica de las manzanas o áreas amanzanadas y existentes en el punto de concentración.
- d) Si eran dos o más manzanas o áreas, selección aleatoria de una de ellas, como manzana de arranque de la encuesta.

- e) En la manzana o áreas seleccionada (o si existía solamente una manzana o área en el punto de concentración), se hizo identificación aleatoria de un punto de arranque del barrido del área para la encuesta.
- f) Previa definición de una estrategia de recorrido, contacto con cada uno de los hogares existentes para la aplicación de la encuesta filtro, la determinación del carácter o no de desplazado y la aplicación de la encuesta correspondiente, hasta completar diez encuestas de desplazados y otras 10 encuestas de estrato 1 receptores. Si no se completaron las encuestas previstas en la manzana seleccionada, se siguió con la siguiente manzana del listado en orden geográfico.

Como se partió de que la comparación más eficiente para los efectos analíticos de la investigación, es la selección de un grupo control “idéntico” en sus características a las del grupo tratamiento o experimental, se seleccionó población de estrato 1 receptor residente en el área y población desplazada.

Si los de estrato 1 receptor recepto no estaban mezclados en cantidad suficiente con los desplazados, se hizo una selección aleatoria de los de estrato 1 receptores en manzanas de estratos socioeconómico 1 receptor. Para el efecto, en cada municipio de la muestra:

- Se identificaron las manzanas del estrato 1 receptores.
- Se seleccionaron cuatro manzanas con probabilidad proporcional al tamaño (PPT)
- Dentro de cada manzana se seleccionaron, con arranque aleatorio, un total de 10 hogares de estrato 1 receptores.

El diseño probabilístico propuesto, resultó en 2400 hogares seleccionados con probabilidad desigual de selección. La probabilidad final de cada hogar, es el producto de las probabilidades de las diferentes etapas del proceso de selección.

En consecuencia, para la producción de estimaciones insesgadas de los resultados, fue necesario ponderar los valores muestrales por el recíproco de la probabilidad final de selección de cada hogar y persona. Dicho recíproco se denomina factor de expansión, y aparte de corregir el sesgo por probabilidades desiguales, genera estimaciones de valores absolutos para el universo investigado. Para el procesamiento rutinario de los resultados se convirtió el factor de expansión en un factor de corrección alrededor de la unidad. De tal forma, la suma de los factores de corrección de todas las personas de la muestra da el tamaño total de esta.

Teniendo en cuenta lo anterior, la muestra seleccionada de municipios con su respectiva cobertura en el trabajo de campo fue la siguiente:

**CUADRO 2-6
COBERTURA POR MUNICIPIO SEGÚN TIPO DE MUESTRA**

GRUPO	MUNICIPIO	HOGARES DESPLAZADOS		HOGARES DE ESTRATO 1 RECEPTOR	
		MUESTRA	REALIZADO	MUESTRA	REALIZADO
1	FLORENCIA	40	40	40	40
1	GRANADA – META (antes el castillo)	40	40	40	40
1	BARRANCABERMEJA	40	40	40	40
1	CASABE (YONDÓ)	40	40	40	40
1	SAN PABLO	40	76	40	40
1	MORALES	40	40	40	40
2	QUIBDO	40	40	40	40
2	LLORÓ	40	40	40	40
2	RIO SUCIO	40	40	40	40
2	UNGUÍA	40	34	40	40
2	LA UNIÓN	40	9	40	40
2	GRANADA - ANTIOQUIA	40	68	40	40
3	RIOHACHA	40	40	40	40
3	SANTA MARTA	40	40	40	40
3	FUNDACIÓN	40	40	40	40
3	CIÉNAGA	40	40	40	40
3	CONVENCIÓN	40	40	40	40
3	EL TARRA	40	40	40	40
4	SAN LUIS	40	40	40	40
4	SAN FRANCISCO	40	40	40	40
4	COCORNÁ	40	40	40	40
4	CARMEN DE VIBORAL	40	37	40	40
4	MARINILLA	40	43	40	40
4	SAN RAFAEL	40	39	40	40
5	TUMACO	40	40	40	40
5	BUENAVENTURA	40	40	40	40
5	DAGUA (antes Barbacoas)	40	14	40	40
5	SAN JUAN DEL CESAR	40	40	40	40
5	VALLEDUPAR	40	40	40	40
5	PUEBLO BELLO	40	40	40	40
TOTAL		1200	1200	1200	1200

Se observa en el cuadro 2.6 que, en cinco de los municipios, la muestra de desplazados fue inferior a 40 hogares, y que en dos, fue superior a esta cifra. Lo sucedido fue el no hallazgo de los desplazados requeridos en los primeros y la selección del complemento necesario en los dos con el excedente.

2.4 INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN

Durante los primeros meses de ejecución del proyecto se diseñaron los formularios de recolección compuestos por una hoja colectiva para identificación de hogares elegibles, y cuatro formatos a manera de módulos para la recolección de las variables de vivienda, hogar y de cada uno de sus miembros, así: (ver anexo 3).

- Hoja de alistamiento y selección de viviendas: en la cual se listan todas las viviendas y hogares contactados, y se identifican los que cumplen con la definición de desplazado de interés del estudio y tienen miembros menores de 5 años.
- Modulo 1. Vivienda, hogar y adquisición de alimentos. Para la obtención de información sobre: identificación y características de la vivienda, detalles del departamento; caracterización socioeconómica de los miembros del hogar; apoyos recibidos; ingresos y gastos del hogar; adquisición de alimentos; y percepción de seguridad alimentaria.
- Modulo 2. Educación, ingresos laborales y salud, de personas de 10 años y más. Incluye además, suplementos nutricionales recibidos por algunos de los miembros del hogar, comidas adicionales fuera del hogar y datos de antropometría y bioquímica (hemoglobina).
- Modulo 3. Educación, salud y consumo de alimentos en personas menores de 10 años. Incluye adicionalmente, lactancia materna y alimentación complementaria, frecuencia y consumo de alimentos en 7 días, suplementos nutricionales, comidas adicionales fuera del hogar y datos de antropometría y bioquímica, y el Modulo 3.1. con el recordatorio de 24 horas.

Este formulario fue ajustado tras un proceso de prueba piloto en donde se visitaron 205 viviendas para lograr un total de 31 encuestas efectivas, 25 a hogares de estrato 1 receptor y 6 a hogares desplazados, en el municipio de Facatativa.

En el mes de marzo y la primera semana de abril de 2005 se realizó la capacitación y selección del equipo para la recolección. En la capacitación del recordatorio participó activamente la OPS-OMS por medio de la consulta de la nutricionista Helena Pachón. Fueron seleccionadas un total de 40 personas, que se distribuyeron en 5 grupos conformados por un supervisor, un encargado del recordatorio, un responsable de la toma de muestras de sangre, un crítico y 4 encuestadores. La recolección de información en campo se llevó a cabo entre el 4 de abril y el 29 de mayo de 2005.

En total se visitaron 10,000 hogares en los 30 municipios. De estos se identificaron (por medio de un cuestionario filtro, alistamiento y selección de viviendas) aquellos en condición de desplazamiento por violencia durante los últimos 4.5 años y los de estrato 1 receptor, con niños y niñas menores de 5 años, hasta completar 1,200 hogares de estrato 1 receptor y 1,200 hogares en condición de desplazamiento.

A continuación se presentan los resultados de la investigación.

3 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN OBJETO DE LA EVALUACIÓN

Los hogares⁹ objeto de esta investigación fueron aquellos en condición de desplazamiento forzoso y hogares de estrato socioeconómico 1 receptores con personas menores de cinco años (50% del total corresponde a cada grupo de población). Como marco de análisis de su situación nutricional y de salud (principal objeto de este trabajo), se identificó su composición demográfica, condición educativa, ingresos y gastos, nivel de pobreza, condiciones sanitarias y ayudas recibidas en los últimos tres meses.

Adicional a la comparación entre las dos poblaciones mencionadas (desplazados y estrato 1 receptor) se tuvo en cuenta la comparación al interior de la población en condición de desplazamiento según la duración de esta condición o tiempo de desplazamiento. Al respecto, se debe aclarar que los resultados muestran que sólo el 10% de la población desplazada tiene menos de 6 meses de desplazamiento, lo cual implica no poder realizar desagregaciones adicionales en aras de garantizar representatividad y precisión en las estimaciones. Entre 7-12 meses de desplazamiento se tiene el 11% de los desplazados y un 79% tiene más de 12 meses de desplazamiento; tal como se presenta en el siguiente cuadro.

CUADRO 3-1
% HOGARES SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

INDICADOR	% HOGARES
Entre 0 – 6 meses	9.9
Entre 7 – 12 meses	11.0
Más de 12 meses	79.1

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

3.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS HOGARES

En términos generales, los hogares desplazados objeto de esta evaluación tienen, en promedio, 5.8 personas, de las cuales tres son menores de 12 años. En promedio viven 1.1 hogares por vivienda y un 13% de los hogares tienen jefatura única femenina. Características similares fueron encontradas en hogares de estrato 1 receptor, donde en promedio se componen de 5.2 personas de las cuales 2.5 corresponde a menores de 12 años, 1.1 hogares conviven en la misma vivienda y el 16% tienen jefatura única femenina.

La distribución por género al interior del hogar es muy similar entre las dos poblaciones tratadas. Un 52% del total de los miembros del hogar son mujeres.

⁹ El hogar es la unidad de análisis.

**CUADRO 3-2
CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES ENCUESTADOS**

INDICADOR	HOGARES DESPLAZADOS	HOGARES DE ESTRATO 1 RECEPTOR
Personas hogar	5.79	5.18
% mujeres	52.73	52.68
% hogares con jefatura femenina	13%	16%
Hogares por vivienda	1.08	1.06

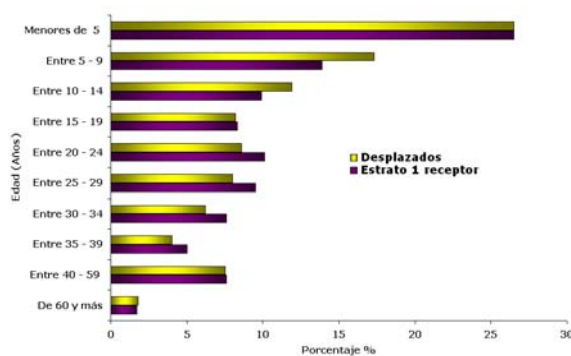
() : Error estándar

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

La edad promedio de los hogares es de 17 años (16.9 años en hogares desplazados y 17.8 en hogares de estrato 1 receptor). Esta edad promedio es el resultado de haberse focalizado en hogares con niños y/o niñas menores de cinco años. De las mujeres de 11 y más años, un 6.6% se encuentran en embarazo y un 25% está lactando, estas proporciones son similares en las dos poblaciones.

Como se puede ver en la siguiente gráfica, un 26% de los miembros del hogar tienen menos de cinco años y cerca de un 30% tiene entre 5 y 14 años. Se puede identificar que en los hogares de estrato 1 receptor se tiene una concentración levemente superior de población con edad mayor a 20 años, frente a los hogares desplazados.

**GRÁFICA 3-1
DISTRIBUCIÓN ETÁREA DE POBLACIÓN**



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

3.2 NIVEL EDUCATIVO E INDICADORES LABORALES

La mitad de la población objeto de la investigación es mayor de 11 años (51% en hogares desplazados y 55% en estrato 1 receptor). Esta edad es utilizada por las entidades responsables de realizar las estadísticas nacionales, como el límite inferior para que una persona sea considerada en edad de trabajar¹⁰ (población en edad de trabajar – PET-). De

¹⁰ Se aclara que ésta es un práctica que no tiene relación con la legislación colombiana.

éstos, cerca de la mitad (un 47% en hogares desplazados y un 50% en estrato 1 receptor) es población económicamente activa, PEA, es decir, aquellos que el mes anterior a la encuesta trabajaron o buscaron empleo como principal actividad.

Al preguntarle a la población económicamente activa (PEA) acerca de su principal actividad durante los últimos 15 días, solamente un 2,2% declararon haber estado buscando trabajo. Dada la evidencia en otros estudios¹¹, se puede afirmar que las poblaciones de bajos recursos no declaran estar en búsqueda de empleo, por lo contrario, su actividad principal está en el rebusque y en trabajos informales.

El número de ocupados como proporción del número total de personas del hogar es del 23.8%. Lo que implica que de 5.8 personas por hogar, 1.4 están ocupados en actividades económicas.

Al analizar la participación laboral por género se encuentra que tanto para hogares desplazados como de estrato 1 receptor, la proporción de mujeres en edad de trabajar es superior a la encontrada en hombres, sin embargo, solo una cuarta parte de ellas participan activamente en el mercado laboral.

Otra diferencia entre los dos grupos poblacionales es que las personas miembros de hogares de estrato 1 receptor tienen una mayor participación en el mercado laboral frente a los de hogares desplazados¹².

**CUADRO 3-3
INDICADORES LABORALES POR GÉNERO SEGÚN GRUPOS DE POBLACIÓN (%)**

INDICADOR	HOGARES DESPLAZADOS	HOGARES DE ESTRATO 1 RECEPTOR
POBLACIÓN TOTAL		
Población en edad de trabajar*	50.9 (0.9)	54.8 (0.9)
Población económicamente activa	47.4 (1.3)	49.7 (1.3)
HOMBRES		
Población en edad de trabajar **	48.2 (1.3)	52.6 (1.4)
Población económicamente activa **	75.6 (1.6)	80.2 (1.5)
MUJERES		
Población en edad de trabajar ****	53.3 (1.3)	56.8 (1.3)
Población económicamente activa	24.6 (1.5)	24.4 (1.5)

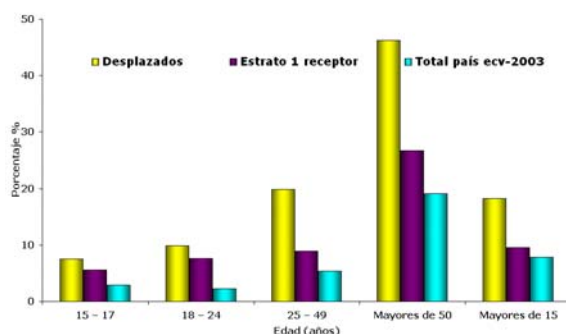
Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

¹¹ DNP, Evaluación de impacto de Familias en Acción, Empleo en Acción, Jóvenes en Acción, 2003-2005.

¹² De los indicadores analizados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 1% entre la población desplazada y de estrato 1 receptor, en la población total en edad de trabajar; diferencias significativas al 5% al comparar a los hombres en edad de trabajar y económicamente activo y finalmente diferencias significativas al 15% en proporción de mujeres en edad de trabajar. La significancia estadística se muestra en los cuadros por medio de asteriscos, entre mas asteriscos se presenten, mayor es la significancia estadística.

En el tema educativo se indagó sobre analfabetismo y asistencia escolar. Con respecto al analfabetismo se encuentran mayores tasas en la población desplazada frente a la población de estrato 1 receptor¹³. El 18.3% de la población desplazada mayor de 15 años no sabe leer ni escribir, frente un 9.6% de esta misma población del estrato 1 receptor. Al desagregar por grupos de edad se observa la menor tasa en el grupo de 15 – 17 años y la mayor en el grupo de 50 años – y más. Estas tasas son significativamente superiores a las encontradas para el país a partir de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003, especialmente en el grupo de mayores de 50 años.

GRÁFICA 3-2
TASAS DE ANALFABETISMO POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN POBLACIÓN (%)



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

De otro lado, al analizar las tasas de asistencia escolar de las personas entre 7 y 11 años se observan tasas superiores al 95%. La tasa de asistencia desciende de manera significativa al pasar del 95% al 70% en el grupo de 12 a 17 años y aún más en el grupo de 18 a 25 años. Lo anterior se presenta porque en esos grupos de edad se inicia la educación secundaria y superior, y las restricciones de carácter económico obligan a la población a desertar del sistema escolar e ingresar a la fuerza laboral.

CUADRO 3-4
TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR SEGÚN GRUPOS DE EDAD

GRUPO DE EDAD	HOGARES DESPLAZADOS	HOGARES ESTRATO 1 RECEPTOR
Entre 7 – 11 años	92.9 (1.4)	96.0 (1.4)
Entre 12 – 17 años	69.5 (2.4)	70.8 (2.8)
Entre 18 – 25 años	9.7 (1.4)	12.5 (1.6)

(): Error estándar
**** Diferencia estadística al 15%

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

¹³ Según los resultados, se presentan diferencias estadísticamente significativas al 1% en la tasa de analfabetismo para los grupos de edad de 25-49 años, mayores de 50 años y en general para la población mayor de 15 años.

Al analizar la tasa de asistencia escolar según el tiempo de desplazamiento, se observa que la población de 7 a 17 años que asiste a los establecimientos educativos aumenta en la medida que el tiempo de desplazamiento es mayor. En forma contraria, la tasa de asistencia decrece en el grupo de 18 a 25 años según aumenta el tiempo de desplazamiento.

**CUADRO 3-5
TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

GRUPO DE EDAD	ENTRE 0 - 11 MESES	12 MESES Y MÁS
Entre 7 - 11 años	91.2 (3.3)	93.5 (1.6)
Entre 12 - 17 años	58.7 (5.8)	71.2 (2.6)
Entre 18 - 25 años	13.3 (4.6)	9.1 (1.4)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Un 47% de los hogares en condición de desplazamiento habitan en viviendas inadecuadas, mientras en el caso de estrato 1 receptor, el 35% habitan este tipo de viviendas. Se considera que una vivienda es inadecuada cuando las viviendas cumplen alguna de las siguientes condiciones: (i) viviendas construidas con deshechos (tugurios) o improvisadas en vagones de trenes, containers, carpas, cuevas, lonas etc. (ii) paredes en zinc, tela, lona o sin paredes o (iii) pisos en tierra o arena.

El siguiente cuadro presenta el porcentaje de hogares según el material de los pisos, techos y paredes de la vivienda. La gran mayoría de la población habita viviendas con pisos de cemento o tierra (arena); paredes de bloque, ladrillo o prefabricado o madera burda; y techos de teja de barro, zinc o asbesto sin cielo raso.

**CUADRO 3-6
% DE HOGARES SEGÚN MATERIALES DE PISO, TECHO Y PAREDES DE LA VIVIENDA POR GRUPO DE POBLACIÓN**

	HOGARES DESPLAZADOS	HOGARES DE ESTRATO 1 RECEPTOR	TOTAL
MATERIAL DE PISO			
Alfombra	3.1 (0.4)	6.0 (0.8)	5.7 (0.7)
Madera pulida	0.3 (0.2)	0.1 (0.1)	0.2 (0.1)
Madera burda	14.3 (1.4)	13.9 (1.6)	13.9 (1.5)
Cemento	38.3 (2.1)	45.0 (2.1)	44.5 (2.0)
Tierra o arena	43.9 (2.3)	35.1 (2.1)	35.7 (2.0)
Otro	0.2 (0.2)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)

Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país

	HOGARES DESPLAZADOS	HOGARES DE ESTRATO 1 RECEPTOR	TOTAL
MATERIAL DE LAS PAREDES			
Bloque, ladrillo, prefabricado	33.8 (2.1)	40.4 (2.1)	39.9 (1.9)
Tapia pisada o adobe	6.9 (0.8)	5.8 (0.9)	5.9 (0.8)
Bahareque	3.8 (0.7)	5.7 (1.0)	5.6 (0.9)
Madera burda	41.7 (2.2)	40.0 (2.2)	40.2 (2.0)
Guadua, caña, esterilla, otros vegetales	1.5 (0.4)	0.7 (0.2)	0.7 (0.2)
Zinc, tela, desechos, plástico	12.3 (1.7)	7.4 (1.1)	7.8 (1.0)
Sin paredes	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
MATERIAL DE LAS PAREDES			
Placa de cemento	2.1 (0.3)	1.4 (0.3)	1.4 (0.3)
Teja de barro, zinc, asbesto con cielo raso	3.1 (0.4)	5.4 (0.8)	5.2 (0.8)
Teja de barro, zinc, asbesto sin cielo raso	85.5 (1.4)	87.1 (1.3)	87.0 (1.2)
Desechos	6.6 (1.1)	4.8 (0.9)	4.9 (0.8)
Paja o palma	2.8 (0.7)	1.4 (0.4)	1.5 (0.4)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Por otra parte, el 38.5% de los hogares desplazados cuentan con servicios públicos inadecuados, mientras en el caso de hogares de estrato 1 receptor el porcentaje es de 28.7%. Se considera que tienen servicios inadecuados en la medida que cumplan alguna de las siguientes condiciones: (i) vivienda que no tengan servicio sanitario o (ii) viviendas sin acueducto y el agua para preparar los alimentos proviene de agua lluvia, río, quebrada, manantial, nacimiento de agua, carrotanque o aguatero.

Sin embargo, es importante precisar que en general, la cobertura del servicio de energía eléctrica es muy superior a la de los servicios asociados con saneamiento básico, especialmente la conexión al alcantarillado y recolección de basuras. El siguiente cuadro presenta el porcentaje de hogares con servicios públicos por tipo de servicio¹⁴.

¹⁴ Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 1% entre los hogares desplazados y de estrato 1 receptor en la cobertura de los servicios de energía eléctrica, alcantarillado y recolección de basuras; y diferencias significativas la 5% en la cobertura del servicio de acueducto.

CUADRO 3-7
% HOGARES CON SERVICIOS PÚBLICOS

SERVICIO PÚBLICO	HOGARES DESPLAZADOS	HOGARES DE ESTRATO 1 RECEPTOR
Energía eléctrica***	85.2 (1.4)	95.2 (0.7)
Acueducto**	69.4 (2.0)	74.8 (1.8)
Alcantarillado***	22.2 (1.4)	28.4 (1.7)
Recolección de basuras***	49.8 (2.3)	64.3 (2.1)

() Error estándar

** Diferencia estadística al 5% *** Diferencia estadística al 1%

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

El 99% de los hogares tanto desplazados como de estrato 1 receptor declararon tener presencia de plagas en la vivienda (roedores, cucarachas, insectos, etc.).

Así mismo, al indagar sobre la percepción de riesgo que tienen los hogares, el 48% tanto de hogares desplazados como de estrato 1 receptor, afirman que su vivienda se encuentra en riesgo de inundación, avalancha o derrumbes y el 100% declara estar en zona de riesgo por vientos fuertes, basuras o fallas de electricidad y de gas.

En cuanto a la tenencia de la vivienda, un 43% de los hogares desplazados declaran ser propietarios, de estos el 70% no tiene título de propiedad. En el caso de los hogares de estrato 1 receptor, el 56% son propietarios, de los cuales un 57% carecen de título de propiedad. El arriendo es la tenencia más importante, después de la propiedad, para los hogares desplazados. Mientras para los de estrato 1 receptor, después de la propiedad, la tenencia más importante es la ocupación de hecho, seguida por el arriendo.

CUADRO 3-8
% HOGARES SEGÚN PROPIEDAD DE LA VIVIENDA

PROPIEDAD DE LA VIVIENDA	HOGARES DESPLAZADOS	HOGARES DE ESTRATO 1 RECEPTOR
Propiedad con título de algún miembro del hogar	11.6 (1.5)	23.9 (1.8)
Propiedad sin título de algún miembro del hogar	30.1 (2.1)	32.4 (2.1)
Arriendo	24.7 (1.9)	11.3 (1.2)
Empeño o anticresis	0.7 (0.5)	0.2 (0.1)
Usufructo	15.6 (1.6)	10.7 (1.3)
Ocupada de hecho	11.7 (1.3)	17.2 (1.7)
Prestada	5.5 (1.2)	4.3 (0.9)
Total	100	100

() Error estándar

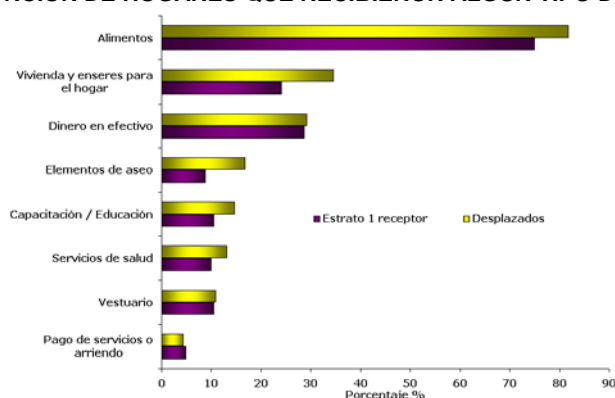
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

3.4 AYUDAS RECIBIDAS POR EL HOGAR

A los hogares se les preguntó acerca de las ayudas que han recibido durante los últimos tres meses. Los resultados muestran que el 66% de los hogares desplazados y el 55% de los hogares de estrato 1 receptor afirman haber recibido alguna ayuda por parte de amigos, familiares, vecinos o alguna institución pública o privada. Estas ayudas las recibieron 2 o 3 veces (en promedio) en los últimos tres meses.

Como se observa en la siguiente gráfica, la principal ayuda que reciben las dos poblaciones es en alimentos (siendo más importante para la población desplazada¹⁵), seguida por vivienda, enseres para el hogar y dinero en efectivo. Cabe resaltar que ayudas en educación, capacitación o servicios de salud son recibidas por menos del 15% de los hogares.

GRÁFICA 3-3
PROPORCIÓN DE HOGARES QUE RECIBIERON ALGÚN TIPO DE AYUDA



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005.

Al analizar la proporción de hogares desplazados que reciben algún tipo de ayuda según el tiempo que haya transcurrido desde su desplazamiento inicial, se observa que más de dos terceras partes de la población recibe algún tipo de ayuda independientemente al tiempo que lleven en desplazamiento. Sin embargo, es mayor la proporción de población que reporta haber recibido ayuda entre los 7 y 11 meses en comparación con aquellos de 0-6 meses o de más de 12 meses. Otros estudios dan evidencias que permiten explicar esta situación. Las familias mantienen fuertes lazos de solidaridad y la ayuda estatal que pudieron recibir durante los primeros meses del desplazamiento es remplazada por otras fuentes (amigos, vecinos y otros familiares).

¹⁵ Se observaron diferencias estadísticamente significativas al 5% solo en la proporción de hogares que recibieron algún tipo de ayuda en alimento.

De otro lado, al analizar el comportamiento del tipo de ayuda se observa que la recepción de artículos como alimentos, elementos de aseo, vestuario, vivienda y enseres para el hogar decrecen con el pasar del tiempo, contrario a lo encontrado con las ayudas en dinero que aumentan al aumentar el tiempo de desplazamiento.

CUADRO 3-9
PROPORCIÓN DE HOGARES DESPLAZADOS QUE RECIBIERON ALGÚN TIPO DE AYUDA

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	ENTRE 0 – 6 MESES	ENTRE 7 – 11 MESES	12 MESES Y MÁS	TOTAL
Recibieron algún tipo de ayuda	67.2 (7.6)	83.4 (3.6)	64.5 (2.5)	66.4 (2.2)
Ayuda en alimentos	92.2 (2.8)	93.1 (2.3)	79.1 (2.5)	81.8 (2.0)
Ayuda en elementos de aseo	27.8 (6.8)	19.5 (5.5)	15.2 (2.3)	16.8 (2.0)
Ayuda en educación	16.4 (4.1)	18.9 (5.0)	13.9 (1.6)	14.7 (1.4)
Ayuda en servicios de salud	6.4 (2.2)	25.5 (7.6)	12.2 (2.1)	13.1 (1.9)
Ayuda en pago de arriendo o servicios públicos	6.9 (2.5)	0.9 (0.6)	4.5 (1.4)	4.3 (1.1)
Ayuda en vestuario	16.1 (5.8)	18.3 (5.7)	9.3 (1.8)	10.8 (1.7)
Ayuda en dinero	19.1 (5.6)	15.4 (4.5)	32.2 (2.8)	29.2 (2.4)
Ayuda en vivienda o enseres del hogar	53.6 (7.8)	34.2 (6.5)	32.4 (2.9)	34.5 (2.6)

() Error estándar

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Por su parte, al analizar el número de veces que los hogares recibieron algún tipo de ayuda en los últimos tres meses no se observan diferencias importantes entre los hogares desplazados y los de estrato 1 receptor, excepto en ayudas en alimentación y elementos de aseo donde los hogares desplazados recibieron ayuda 7 y 5 veces respectivamente frente a 9 y 3 veces de los hogares de estrato 1 receptor.

3.5 GASTO MENSUAL DEL HOGAR

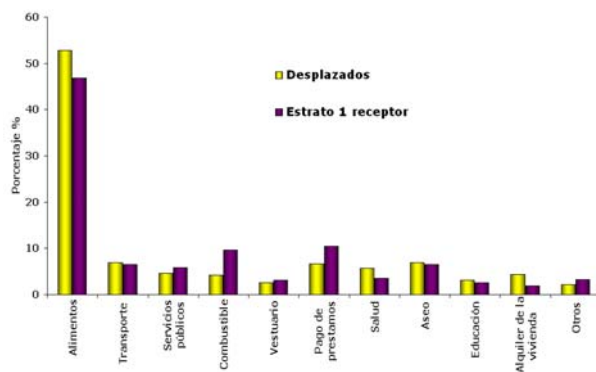
En promedio, los hogares desplazados registran un gasto mensual de \$253,307 pesos, 42% inferior al registrado por los hogares de estrato 1 receptor (\$361,318 pesos). Las categorías de mayor gasto son alimentos, transporte, pago de préstamos y elementos de aseo.

Para el análisis del gasto mensual del hogar fueron tenidas en cuenta 12 categorías de gasto permitiendo así realizar una aproximación a la estructura del gasto de los hogares estudiados. Como se puede ver en la siguiente gráfica, en términos generales, no se

observan diferencias en la distribución del gasto de los hogares desplazados frente a los hogares de estrato 1 receptor.

Aproximadamente un 50% del gasto se hace en alimentos y el 50% restante se distribuye en aspectos como transporte, servicios públicos, pago de deudas, elementos de aseo y pago del arrendamiento de la vivienda.

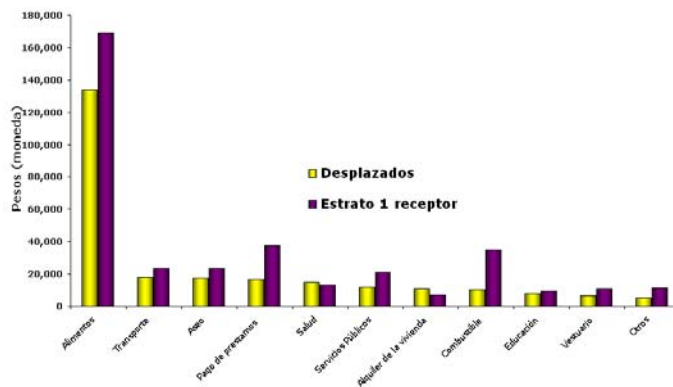
**GRÁFICA 3-4
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO MENSUAL**



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

El mayor nivel de gasto de los hogares de estrato 1 receptor se refleja en las magnitudes del mismo en las diferentes categorías, siendo importante mencionar que las mayores diferencias se encuentran en el gasto en combustible, servicios públicos y en el pago de préstamos (denotando el mayor acceso del estrato 1 receptor a servicios públicos y préstamos).

**GRÁFICA 3-5
GASTO MENSUAL DEL HOGAR (PESOS)**



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Los resultados muestran que el gasto promedio de los hogares desplazados es mayor según aumenta el tiempo de desplazamiento. En promedio, el gasto mensual aumenta un 13.3% si se comparan los hogares con menos de 6 meses de desplazamiento y los que llevan 12 meses y más. Al desagregar por ítems de gasto, el gasto en vestuario, salud y alquiler de la vivienda, muestran un comportamiento contrario al total, al presentar un decrecimiento a lo largo del tiempo.

3.6 INGRESO MENSUAL DEL HOGAR

El ingreso mensual promedio de los hogares desplazados objeto de la investigación es de \$247,932 pesos, un 65% del salario mínimo mensual¹⁶. El ingreso promedio de los hogares de estrato 1 receptor, es un 27% superior al de los hogares desplazados, sin que éste llegue a ser un salario mínimo. Por su parte, los resultados arrojan que la situación más crítica en cuanto a nivel de ingreso corresponde a hogares desplazados con jefatura única femenina donde su ingreso mensual promedio no llega a ser ni la mitad de un salario mínimo mensual.

**CUADRO 3-10
INGRESO MENSUAL DEL HOGAR**

TIPO DE HOGAR	INGRESO MENSUAL	% SLMV
Hogares desplazados	\$247,932 (30997)	64.9
Hogares estrato 1 receptor	\$314,225 (14170)	82.4
Hogares desplazados con jefatura única femenina	\$176,959 (27804)	46.4
Hogares estrato 1 receptor con jefatura única femenina	\$260,296 (28050)	68.2

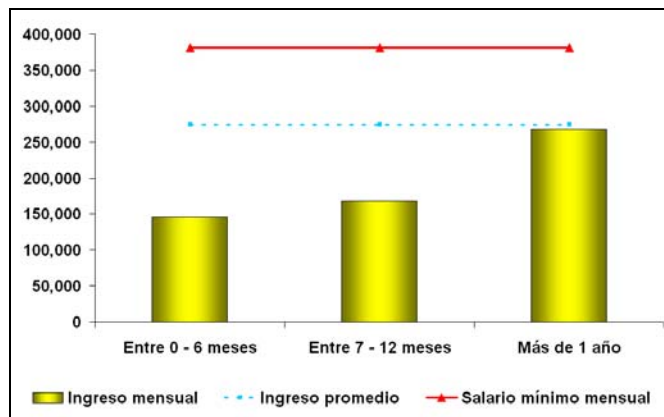
(): Error estándar

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Como se observa en la siguiente gráfica el ingreso mensual del hogar aumenta según aumenta el tiempo de desplazamiento. Para los hogares cuyo tiempo de desplazamiento es inferior a seis meses su ingreso mensual es equivalente al 38% del salario mínimo, para aquellos cuyo tiempo de desplazamiento oscila entre 7 y 12 meses su ingreso corresponde al 44% del salario mínimo y aquellos que registran más de un año de desplazamiento este porcentaje solo alcanza el setenta por ciento. Como se ve, aunque el ingreso aumenta con el tiempo, este no supera o por lo menos iguala un salario mínimo.

¹⁶ Salario mínimo mensual legal vigente 2005: \$381,500 = US\$165.86

GRÁFICA 3-6
INGRESO MENSUAL PROMEDIO SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Al comparar los ingresos y gastos promedio informados por los hogares se encuentra que los hogares desplazados informan un ingreso 2% inferior al gasto (muy similar) y en el caso del estrato 1 receptor, la diferencia es del 15%.

3.7 INDICADORES DE POBREZA

El nivel de pobreza se ha medido a partir de las necesidades básicas insatisfechas (NBI), la línea de pobreza (LP) y la línea de indigencia (LI).

El índice NBI incorpora variables relacionadas con las características de la vivienda (vivienda inadecuada, servicios inadecuados, hacinamiento), dependencia económica e inasistencia escolar. En la medida que uno de estos factores se cumple se considera que el hogar está en condición de pobreza. La situación se considera crítica (misericordia) si se presentan dos o más de los factores. Por otra parte, desde el punto de vista de la LP son pobres aquellos hogares que perciben menos de \$223,864 pesos mensuales per cápita y están en condición de indigencia (LI) cuando el ingreso es menor de \$91,994 pesos mensuales per cápita.

Los resultados muestran una mayor proporción de hogares desplazados en situación de pobreza frente al estrato 1 receptor.

En el siguiente cuadro se muestra la proporción de hogares que tienen al menos una de las necesidades básicas insatisfechas. Como puede verse, se presenta un porcentaje mayor de hogares con necesidades básicas insatisfechas con relación a las condiciones de la vivienda (hacinamiento y vivienda inadecuada); y los componentes como dependencia económica y

servicios públicos inadecuados muestran proporciones superiores al 38%. Como consecuencia de la alta asistencia escolar, ya reportada en este informe anteriormente, se presenta una baja proporción de hogares (menos del 5%) en donde algún menor entre 7 y 11 años no asiste a algún establecimiento educativo.

Es importante hacer notar que la proporción de población desplazada es superior en todos los factores de necesidades básicas insatisfechas frente a la de estrato 1 receptor, siendo mayor la diferencia en el factor de dependencia económica¹⁷.

**CUADRO 3-11
PROPORCIÓN DE HOGARES SEGÚN NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA**

NECESIDAD BÁSICA	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR
Vivienda inadecuada*	47.0 (2.3)	35.3 (2.1)
Servicios inadecuados*	38.5 (2.1)	28.7 (1.9)
Hacinamiento*	47.7 (2.3)	34.9 (2.1)
Inasistencia escolar	4.2 (0.8)	2.7 (0.7)
Dependencia económica*	43.1 (2.2)	28.9 (1.9)

() : Error estándar * Diferencia estadística al 1%

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Como se mencionó, los hogares que presentan uno de los indicadores anteriores se clasifican como pobres, igualmente las personas que en ellos residen. Teniendo en cuenta lo anterior, el 85% de los hogares desplazados se encuentra en condición de pobreza frente al 73% de los hogares de estrato 1 receptor.

Por otra parte, según el indicador de línea de pobreza, el 99% de los hogares desplazados se encuentran por debajo de la línea de pobreza lo que esta acorde con los bajos ingresos y gastos registrados por estos hogares.

¹⁷ La diferencia entre poblaciones se confirma si se tiene en cuenta que existen diferencias estadísticamente significativas al 1% en la proporción de hogares de desplazados y de estrato 1 receptor que presentan cada una de las necesidades excepto inasistencia escolar de menores.

CUADRO 3-12
PROPORCIÓN DE HOGARES POBRES SEGÚN INDICADOR

TIPO DE HOGAR	NBI*	LÍNEA DE POBREZA
Desplazados	85.4 (1.5)	98.9 (0.4)
Estrato 1 receptor	73.0 (1.9)	98.5 (0.4)
Total país (ECV 2003)	16.5 (0.4)	58.2 (0.5)
Total estrato 1 receptor (ECV 2003) ¹⁸	33.1 (1.2)	79.1 (1.3)

() : Error estándar * Diferencia estadística al 1%
Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

En cuanto al porcentaje de hogares en condición de miseria o indigencia, el siguiente cuadro muestra que esta proporción es superior al 90% bajo el criterio de línea de indigencia y del 59% si se mira bajo la óptica de los hogares con dos o más necesidades básicas insatisfechas para la población en condición de desplazamiento. Llama la atención la brecha existente entre la proporción de hogares desplazados y los hogares de estrato 1 receptor de todo el país en condición de miseria, siendo significativamente superior para la población desplazada¹⁹.

CUADRO 3-13
PROPORCIÓN DE HOGARES EN CONDICIÓN DE MISERIA SEGÚN INDICADOR

TIPO DE HOGAR	NBI MISERIA	LÍNEA DE INDIGENCIA*
Desplazados	59.3 (2.2)	92.8 (1.1)
Estrato 1 receptor	38.1 (2.1)	79.7 (1.8)
Total país (ECV 2003)	4.7 (0.2)	20.7 (0.4)
Total estrato 1 receptor (ECV 2003)	10.5 (0.7)	34.7 (1.1)

() : Error estándar * Diferencia estadística al 1%
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

¹⁸ Es importante tener en cuenta que para el cálculo de este indicador fueron tenidas en cuenta las 6 regiones, las cuales incluyen capitales de departamento.

¹⁹ Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas al 1% en la proporción de hogares desplazados y de estrato 1 receptor en condición de miseria si se miran a través de NBI o de LP.

4 ADQUISICIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR

A continuación se presentan los resultados sobre la forma de adquirir los alimentos, el lugar de adquisición, el consumo y la percepción de vulnerabilidad relacionada a la seguridad alimentaria.

4.1 FORMA Y LUGAR DE ADQUISICIÓN

La adquisición de alimentos en el hogar refleja, en parte, el acceso a los alimentos, el cual es uno de los componentes de la seguridad alimentaria.

El acceso está dado por varios aspectos, entre ellos la capacidad adquisitiva del hogar para adquirir los bienes básicos, la cual se analizó en un acápite anterior. Sin embargo, aunque la compra es la principal forma de adquisición de alimentos en la sociedad capitalista, en diferentes comunidades y especialmente cuando se habla de grupos vulnerables, se presentan otras formas de adquisición que se tornan muy importantes cuando de acceso se trata.

Entre dichas otras formas están, la producción para autoconsumo, los subsidios en alimentos directamente o en dinero, las donaciones de alimentos, la recolección directa, entre otros (ver anexo 2, adquisición de alimentos: lugar y forma de adquisición).

Dependiendo del tipo de alimento, los resultados muestran que en los hogares desplazados dependiendo del tipo de alimento, del 76% al 95% de los hogares compran los alimentos. Los mayoritariamente comprados son los productos perecederos de origen animal (lácteos, carne de res, vísceras, cerdo, embutidos) y otros productos como pan, arepa, gaseosa los cuales generalmente no se entregan en los subsidios, o no se producen en proyectos productivos pequeños.

Los alimentos más frecuentemente producidos en el predio de la vivienda son pollos, gallina, huevos, pescado, frutas y yuca.

Otra de las formas de adquisición analizada es el subsidio, donación o regalo, por lo cual se incluyó como una de las formas de adquisición. Teniendo en cuenta que existe un programa para población desplazada en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Red de Solidaridad Social con el apoyo del PMA, que hace entrega gratuita de un producto adicionado, como es el caso de la bienestarina, se indagó por la adquisición de este alimento. La bienestarina, se reporta en el 92% de hogares como donada o regalada. Sin embargo, es curioso observar que en un 7% de los hogares aparece como comprada, siendo que es un producto de carácter gratuito, posiblemente utilizado por los hogares como un mecanismo de compensación para adquirir otros alimentos.

Otros alimentos que son subsidiados, donados o regalados son las frutas, yuca, plátano, atún, granos y leche. Este último alimento, aunque no se especificó su forma (líquida o en polvo), se presume que se recibe básicamente en polvo, que es la forma en que se entrega en las donaciones.

Cuando se analizan los resultados correspondientes a los hogares de estrato 1 receptor, se observa que para la mayor parte de alimentos, el porcentaje de hogares que los adquieren a través de la compra, es mayor que en el grupo de desplazados.

Tanto en los hogares desplazados como de estrato 1 receptor, la forma de adquisición por intercambio o recolección se presentó en una forma muy baja. El alimento con mayor porcentaje de intercambio en los hogares fue la bienestarina, lo cual se dio en cerca de 1% de los hogares, 0.93% desplazados vs. 1.15% de estrato 1 receptor.

Cuando se analiza el lugar de adquisición de alimentos, es interesante observar que el mayor sitio para casi todos ellos, tanto en los hogares desplazados como de estrato 1 receptor, son las tiendas de barrio. La compra en supermercados es muy baja. Esto puede ser debido a que en las tiendas de barrio se consiguen los productos en pequeñas cantidades o volúmenes unitarios. Aunque esta presentación de los alimentos es más costosa que cuando se compra un volumen mayor en un supermercado, el flujo de caja diario con que cuentan los hogares les hace imposible adquirir presentaciones mayores de algunos tipos de alimentos.

El hecho de que un alto porcentaje de los hogares compren en las tiendas de barrio, en especial la población desplazada, ratifica lo encontrado en el Estudio sobre las Condiciones de la Población Desplazada PMA-2003, donde el menudeo refleja, aún después de 12 meses y más de desplazamiento, su condición de rebusque para solventar sus necesidades diarias de alimentos.

Solo alimentos como arroz, pasta, azúcar y aceite son adquiridos, en parte, en el supermercado, pero esto se presenta en un porcentaje mayor de los hogares de estrato 1 receptor que en los hogares desplazados.

Otro sitio alternativo al que acuden los hogares de estrato 1 receptor más que los hogares desplazados, es a la plaza de mercado, donde por lo general se consiguen algunos alimentos a un costo menor que en las tiendas. Del 10 al 20% de los hogares que adquirieron alimentos como la papa, plátano, yuca, frutas, pescado e hígado, lo hicieron en la plaza de mercado. Aunque es interesante resaltar que este porcentaje es mayor en los hogares de estrato 1 receptor que en los desplazados.

Por otra parte, se encuentra nuevamente como una constante, la dependencia de la solidaridad de los vecinos o familiares, superando los aportes de las donaciones de alimentos. Es muy preocupante que 1 de cada 10 hogares desplazados dependa de sus vecinos para contar con alimentos tan básicos como la leche, granos y verduras. Así mismo un poco más de 15 de cada 100 familias dependen de sus vecinos para consumir pescado,

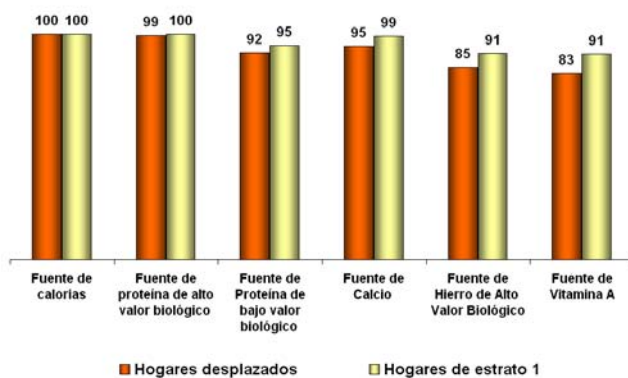
plátano y yuca, alimentos base en muchas regiones de la dieta diaria. Inclusive más de 30% de los hogares no reciben la bienestarina del subsidio del estado, sino como parte de la solidaridad de sus vecinos.

Es adicionalmente importante el hecho de que no más del 50% de los hogares desplazados adquiera alimentos básicos como granos y la misma bienestarina lo cual es grave por la alta vulnerabilidad que estas hogares presentan, que se puede fácilmente ratificar con la mayoría de las variables analizadas en el presente estudio y que corroboran varios de los hallazgos del estudio del 2003, referenciado anteriormente.

4.2 ADQUISICIÓN Y CONSUMO

El patrón de consumo de alimentos entre hogares desplazados y de estrato 1 receptor es el mismo, aunque el volumen de adquisición sea menor en los hogares desplazados (tal como se describió en la sección de gastos del hogar). Con mínimas diferencias, la adquisición prioritaria está centrado en los alimentos generadoras de calorías y los alimentos fuente de proteínas, calcio, hierro y vitamina A, son adquiridos con menor frecuencia. En esta población, tanto en desplazados como de estrato 1 receptor, se presenta un alto consumo de gaseosas y refrescos, en especial en población de estrato 1 receptor

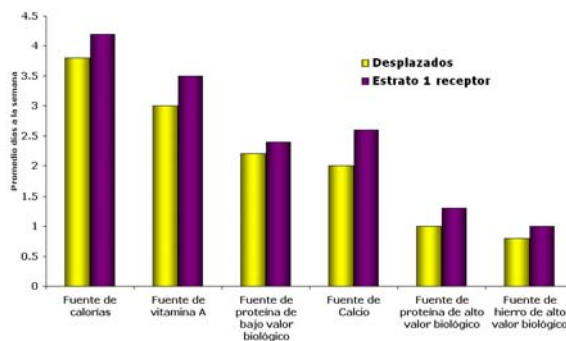
GRÁFICA 4-1
% HOGARES QUE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ADQUIRIERON EL ALIMENTO



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Se destaca, dentro de las diferencias entre las dos poblaciones un mayor consumo de leche, carnes, pollo, enlatado y embutido en los hogares de estrato 1 receptor. Las diferencias mas notorias, están en el consumo de verduras que en desplazados es el 60.3% y en estrato 1 receptor es del 77%, la carne de res (58% vs 73%) y en el pollo, donde en desplazados apenas alcanza el 55% mientras en estrato 1 receptor supera el 71%.

GRÁFICA 4-2
DÍAS QUE CONSUMIERON EL ALIMENTO EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

En cuanto a la frecuencia de consumo en los últimos 7 días, no se observan mayores diferencias entre hogares desplazados y de estrato 1 receptor, y son constantes los altos consumo semanales de alimentos fuente de calorías y los bajos consumo de alimentos fuente de proteínas de alto valor biológico, hierro y vitaminas, situación que refleja el patrón de consumo de los hogares de estratos bajos y medios de la población colombiana según estudios recientes como las canastas de alimentos de Bogotá D.C. ICBF 2004, Bogotá Rural UNAL 2002, San Andrés y Leticia UNAL 2004 y 2005. Así como en los estudios de caso realizados con desplazados en Medellín y Bogotá (UNAL 2003 y 2004 respectivamente).²⁰

La gráfica anterior también muestra diferencias interesantes, que se traducen en calidad de la dieta las cuales van más allá del patrón de consumo, en nutrientes como por ejemplo, el calcio, proteína y el hierro de alto valor biológico. Estos son consumidos con mayor frecuencia en la última semana por los hogares de estrato 1 receptor, lo cual alerta sobre las carencias específicas asociadas a bajos consumos de alimentos fuente de estos nutrientes, por parte de los hogares desplazados. Dado que estos alimentos han sido caracterizados como deficitarios en la población colombiana²¹, en general, si los desplazados tienen consumos inferiores que el estrato más bajo de la población, ello preconiza problemáticas mayores en déficit de hierro evaluado en este estudio, y alerta por otros no estudiados como el déficit de calcio y vitamina A. Cabe destacar que esta situación confirma los hallazgos del estudio PMA-2003.

²⁰ Los estudios de Canasta realizados para familias de todos los estratos, pero con información de muestra significativa de estrato 1 receptor

²¹ INS 1996

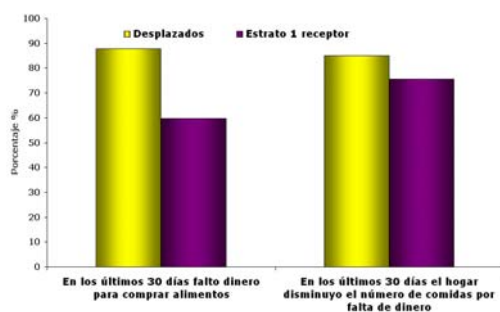
4.3 PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR

La percepción de la seguridad alimentaria es un componente relativamente nuevo en estudios de vulnerabilidad e inseguridad alimentaria y su importancia radica en que permite alertar sobre el riesgo de inseguridad alimentaria desde el hogar y la cotidianidad de las familias. A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del módulo de percepción de seguridad alimentaria identificando las diferencias entre población desplazada y población de estrato 1 receptor.

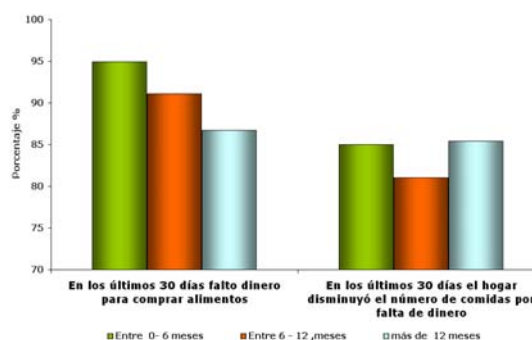
Inicialmente se describen los resultados de las preguntas en forma individual para concluir con el análisis consolidado en donde se obtienen índices agregados de percepción de inseguridad alimentaria, tal como se explicó en el capítulo 2 (metodología).

El 88% de las familias desplazadas reportan que en el último mes les faltó dinero para comprar alimentos y de ellas, el 85% tuvo necesidad de disminuir el número de comidas por la misma causa. En las familias de estrato 1 receptor la situación no es mejor, pues al 60% de las familias les faltó dinero y el 76% de ellas debieron disminuir el número de comidas por este motivo. Ambas situaciones están directamente relacionadas con la disminución de ingesta de alimentos en las familias entrevistadas.

GRÁFICA 4-3
% DE HOGARES CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA



GRÁFICA 4-4
% DE HOGARES DESPLAZADOS CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

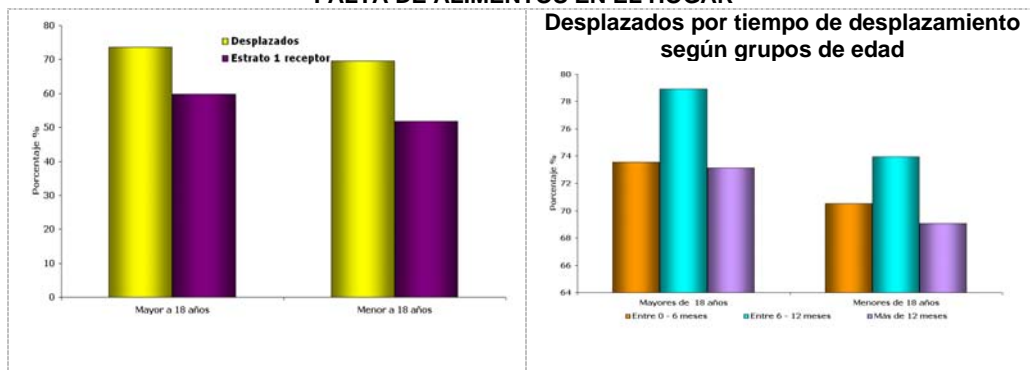
Al hacer el análisis por tiempo de desplazamiento, se observó que a medida que aumenta el tiempo, disminuye el porcentaje de hogares que en el último mes les faltó dinero para comprar alimentos.

De esos hogares, a pesar de que al aumentar el tiempo de desplazamiento aparentemente logran ir teniendo un poco más de capacidad adquisitiva, la mayor parte de ellos (80%-85%), en forma constante, deben omitir alguna comida por falta de dinero.

En algunos de los análisis se diferencian dos grupos de población en las familias, los mayores de 18 años y los menores de 18 años, siendo estos últimos los más frágiles ante cualquier cambio que afecta la seguridad alimentaria de la familia. Cabe destacar que en los dos grupos estudiados (desplazados y estrato 1 receptor) hay la tendencia clara a proteger a los niños y niñas, aunque en ambos grupos el porcentaje de personas menores de edad que disminuye su consumo es alto, y explica la situación de desnutrición crónica y aguda que muestran los resultados del presente estudio.

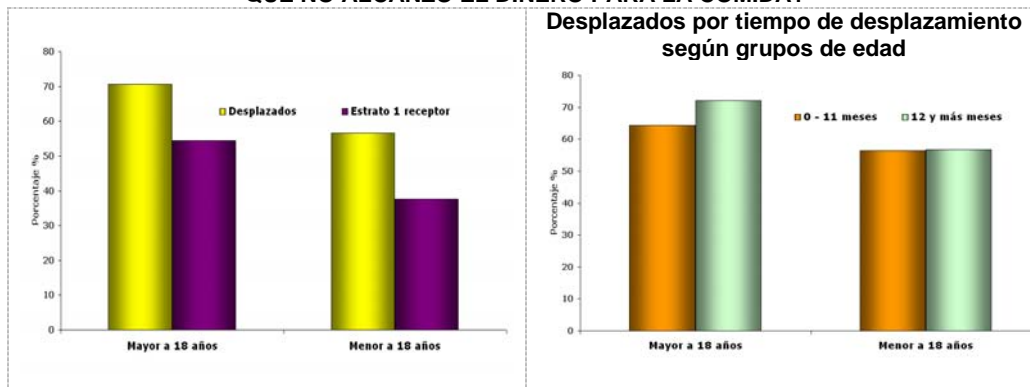
Cuando se indaga, si algún integrante del hogar se quejó de hambre o se acostó con hambre en los últimos treinta días, la situación observada es similar a la de los hallazgos anteriores, es decir, frecuencia más alta en los mayores de 18 años, corroborando lo planteado en los párrafos precedentes. Por tiempo de desplazamiento, hay una mayor afectación entre los 6 y 12 meses.

**GRÁFICA 4-5
EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR SE QUEJÓ DE HAMBRE POR FALTA DE ALIMENTOS EN EL HOGAR**



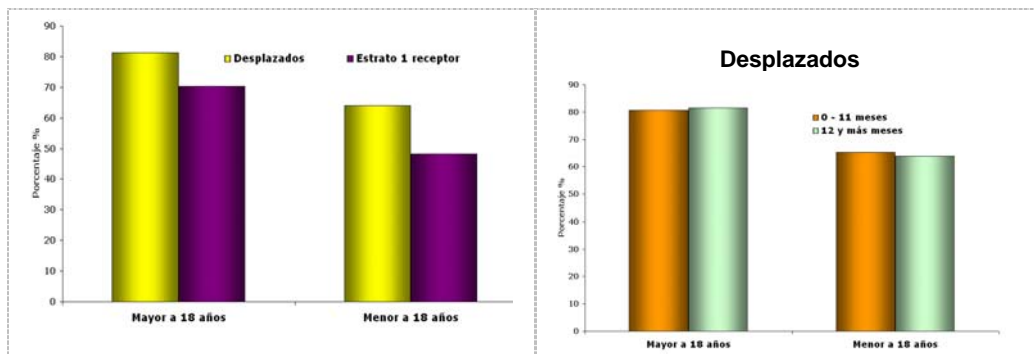
Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

**GRÁFICA 4-6
EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR SE ACOSTÓ CON HAMBRE POR QUE NO ALCANZÓ EL DINERO PARA LA COMIDA?**



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

GRÁFICA 4-7
EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR DEJO DE DESAYUNAR, DE ALMOZAR O DE COMER POR FALTA DE DINERO PARA COMPRAR ALIMENTOS?

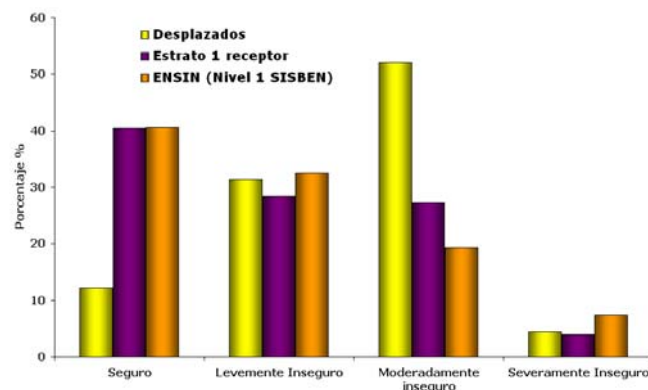


FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Estos resultados son muy similares a los obtenidos para los tiempos de desplazamiento, en el estudio del PMA 2003, donde también se identificó la población con un tiempo de desplazamiento entre 6 y 12 meses como la más vulnerable.

En los párrafos anteriores se hizo el análisis de las preguntas en forma individual. A continuación se presenta el análisis resultado de la escala de percepción de la seguridad alimentaria de las familias, que se obtuvo contabilizando las 12 primeras preguntas de la sección de percepción de vulnerabilidad alimentaria. El resultado es el siguiente: el 12% de las familias desplazadas encuestadas se percibe en seguridad alimentaria y el 40% de las familias de estrato 1 receptor.

GRÁFICA 4-8
PERCEPCIÓN SOBRE SEGURIDAD ALIMENTARIA



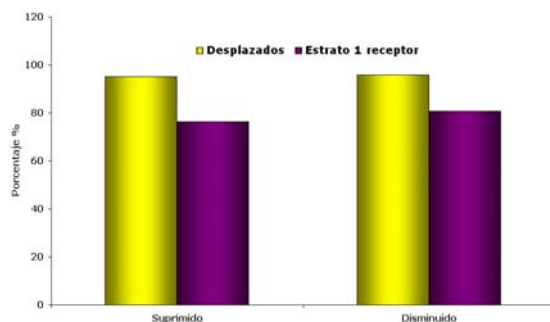
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

De acuerdo a la puntuación dada por la escala, el 87% de las familias desplazadas se clasifican como en inseguridad alimentaria, (31% de inseguridad leve más 52% de inseguridad moderada más 4% de inseguridad severa). En la Encuesta ENSIN-2005, el 40.6% de la población Sisben 1 se sienten seguros.

En las familias de estrato 1 receptor, a pesar que el porcentaje de ellas que se clasifica en inseguridad alimentaria es menor que en desplazados (60%), es un porcentaje significativo. Este porcentaje está distribuido en inseguridad leve, el 28%, inseguridad moderada, 27% y en inseguridad severa el 4%.

Como se mencionó en la metodología (capítulo 2), las dos últimas preguntas sobre eliminación o disminución de la compra de alimentos por falta de dinero, se realizaron al total de hogares y no fueron incluidas en la puntuación de la escala. Los resultados de estas preguntas se presentan en la siguiente gráfica en donde se observa claramente una mayor disminución y omisión de compra por parte de los desplazados que en los de estrato 1 receptor.

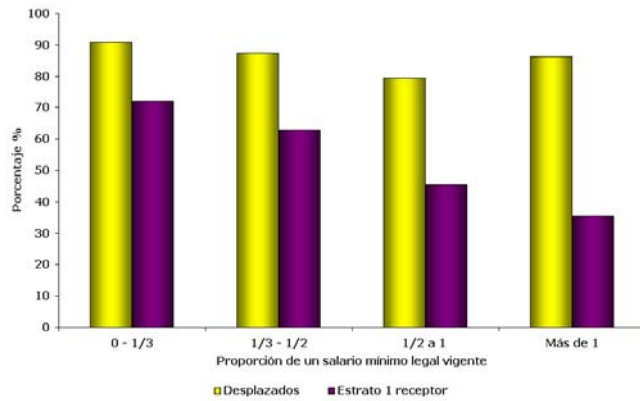
GRÁFICA 4-9
%DE HOGARES QUE HAN SUPRIMIDO – DISMINUIDO CANTIDAD COMPRADA DE ALIMENTOS POR FALTA DE DINERO



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En el caso de los hogares de estrato 1 receptor, el aumento en el nivel de gasto del hogar disminuye su percepción de inseguridad alimentaria, tal como se ve en la siguiente gráfica. Esta tendencia no es tan clara en el caso de población desplazada en donde la percepción de inseguridad alimentaria permanece aunque aumente el gasto (s debe recordar que el promedio de gasto de los hogares de estrato 1 receptor es de \$361 mil pesos y el de población desplazada es de \$253 mil, de estas cifras, la mitad se destina en alimentos).

GRÁFICA 4-10
% DE HOGARES CON PERCEPCIÓN DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA SEGÚN SU NIVEL DE GASTO (Como proporción de un salario mínimo legal vigente)



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Por tiempo de desplazamiento

En lo que tiene que ver con la percepción de la vulnerabilidad alimentaria, a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento las familias cambian su percepción de la seguridad alimentaria en el hogar. Se hace notorio el aumento de la proporción de los hogares que se sienten seguros (7 a 13%), y la disminución de la proporción de aquellos levemente inseguros (de 39 a 30%). De tal forma, al pasar el tiempo por cada 6 hogares que perciben que mejoran su seguridad alimentaria, 3 hogares perciben que su seguridad alimentaria se deteriora y aumenta su vulnerabilidad. En ambos casos modificando el número de hogares que se perciben como levemente inseguros.

CUADRO 4-1
% DE HOGARES SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO POR PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	SEGURO	LEVEMENTE INSEGURO	MODERADAMENTE INSEGURO	SEVERAMENTE INSEGURO	TOTAL
0 - 11 meses	6,89% (1,48)	38,74% (4,78)	51,27% (4,78)	3,11% (1,63)	100
12 y mas meses	13,32% (1,49)	29,75% (2,26)	52,31% (2,48)	4,63% (1,23)	100

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

5 PERFIL DE MORBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el fin de tener una visión integral de la situación de salud percibida por las poblaciones estudiadas, se indagó la morbilidad sentida en los quince días anteriores a la entrevista, y los días de incapacidad general y en cama asociados con dicha morbilidad, como una dimensión de la severidad de los problemas, y se preguntó por la demanda de servicios ambulatorios en el mismo lapso de tiempo, y de hospitalización en los últimos doce meses.

Como complemento de las mediciones de salud y estado nutricional por antropometría, se evaluaron los niveles de anemia por deficiencia de hierro, mediante la prueba espectrofotómetro y se analizan las respuestas a las preguntas sobre consumo de suplementos de hierro ácido fólico y calcio.

En este diagnóstico de la situación de salud, se presentan los resultados en forma comparativa para los dos grupos de población estudiada, vale decir, los desplazados y los de estrato socioeconómico 1, con su clasificación por edad y sexo (10 y más años).

Los indicadores de percepción de morbilidad e incapacidad muestran niveles inusualmente altos, respecto a los observados en estudios en población general. En los desplazados es mayor el problema, comparado con las personas del estrato 1 receptor, lo cual contrasta con una menor demanda de servicios ambulatorios en los primeros, debido muy posiblemente a dificultades de acceso. La demanda de hospitalización tiene comportamiento diferente según edad. En los niños y niñas de 10 años las tasas en desplazados son mayores, y en la población de 10 años y más, las mujeres registran tasas 2 a 3 veces más altas que los hombres.

5.1 MORBILIDAD GLOBAL

Definida como la percepción de cualquier problema de salud en los quince días anteriores a la entrevista, la morbilidad global presenta niveles más altos en población desplazada, tanto en los totales como en los subgrupos comparados (cuadro 5.1).

CUADRO 5-1
PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD EN 15 DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA
(tasa por 100)

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	DESPLAZADOS			ESTRATO 1 RECEPTOR		
	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
Menores de 2	58.03 (5.2)	65.48 (5.0)	61.38 (3.67)	55.22 (5.1)	45.33 (5.5)	50.41 (3.77)
2 - 5	46.56 (2.9)	37.81 (2.7)	42.05 (1.99)	32.50 (2.7)	37.19 (2.8)	34.84 (1.96)
6 - 9	34.84 (3.1)	36.99 (3.2)	35.91 (2.24)	32.73 (3.7)	37.06 (3.5)	35.02 (2.57)
Total	44.18 (2.0)	40.84 (2.0)	42.51 (1.41)	36.43 (2.1)	38.43 (2.0)	37.44 (1.46)

() : Error estándar

Total niños y niñas. Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 5% (95% de confianza)

Total niños. Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)

De 10 años y más

GRUPO DE EDAD	DESPLAZADOS			ESTRATO 1 RECEPTOR		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
10 - 19	38.8 (2.8)	44.8 (2.7)	42.1 (1.9)	31.9 (3.0)	40.2 (2.9)	36.5 (2.1)
20 - 49	49.0 (2.5)	60.1 (2.2)	55.2 (1.6)	46.6 (2.3)	50.9 (2.1)	48.9 (1.6)
50 y más	72.8 (5.3)	80.2 (4.6)	76.6 (3.5)	50.2 (6.5)	62.4 (6.7)	55.6 (4.8)
Total	47.2 (1.8)	56.2 (1.7)	52.1 (1.2)	42.5 (1.8)	48.1 (1.7)	45.5 (1.2)

() : Error estándar

Total hombres y mujeres. Desp vs. Est 1 receptor: diferencia significativa al 1% (99% de confianza)

Total hombres. Desp vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 10% (90% de confianza)

Total mujeres. Desp vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)

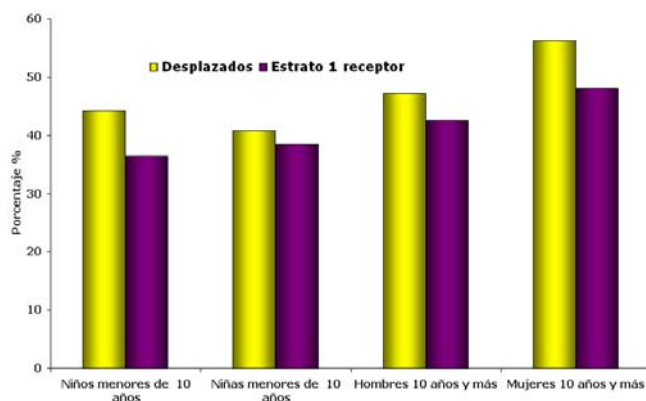
Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Las tasas de morbilidad son altas (mayores de 45%) en los niños y niñas menores de 2 años, disminuyen con la edad hasta los nueve años (alrededor del 35%) y luego aumentan, progresivamente, hasta alcanzar niveles de más del 70% en desplazados de 50 y más años. las diferencias entre desplazados y estrato 1 receptor a nivel de subtotaes por edad (0-10, 10 y más) y en hombres son estadísticamente significativas con 95% o más de confianza (significancia al 5%) (Cuadro y gráfica 5.1).

Para facilitar la calificación de la situación de salud de las poblaciones estudiadas, es pertinente señalar que la tasa de morbilidad global observada en quince días, en encuestas de población general, fluctúa en un rango del 30 al 40%²².

²² Estudios Nacionales de Salud 1964-1965, 1977-1980, 1987-1989. encuestas de Demografía y salud 1990, 1995 y 2000

GRÁFICA 5-1
PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD EN 15 DÍAS
% Personas



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Según tiempo de desplazamiento, hay reducción en la morbilidad global de los desplazados con el aumento del tiempo transcurrido en el municipio receptor. La mayor disminución se observa en las mujeres de 10 años y más, en las cuales la tasa de morbilidad es 10 puntos porcentuales menor (cuadro 5.2).

CUADRO 5-2
PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD GLOBAL EN 15 DÍAS, SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

GENERO Y EDAD	TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO		
	ENTRE 0 - 11 MESES	12 MESES Y MÁS	TOTAL
Niños (0-9)	47.17 (4.5)	43.8 (2.2)	44.18 (2.0)
Niñas (0-9)	42.16 (4.1)	41.09 (2.2)	40.84 (2.0)
Hombres (10 y más)	57.1 (3.9)	45.3 (2.0)	47.2 (1.8)
Mujeres (10 y más)	64.2 (3.4)	54.7 (1.8)	56.2 (1.7)

() Error estándar

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

5.2 MORBILIDAD ESPECÍFICA

Se averiguó por la percepción de problemas específicos de salud de fácil identificación, a saber: diarrea y problemas respiratorios en menores de 10 años, problemas dentales, lesiones por accidente o violencia, y envenenamiento, en todas las edades, y problemas mentales, y consumo de alcohol y de drogas ilegales, en los de 10 años y más.

En la población de 10 años y más, los problemas específicos de cierta importancia son los de salud mental, emocional y de los nervios, y los problemas dentales. Los problemas mentales tienden a aumentar con la edad, y son en general, mas percibidos por las mujeres que por los hombres. Las patologías dentales registran mayor prevalencia en la población de 20 a 49 años de ambos sexos (cuadro 5.3). En las pruebas de significancia, fueron estadísticamente significativas, con 95% o más de confianza, las diferencias entre desplazados y estrato 1 receptor en las tasas de problemas mentales del total de hombres y del total de mujeres.

**CUADRO 5-3
PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LOS 15 DÍAS ANTERIORES A LA
ENCUESTA, POR GRUPOS DE EDAD**

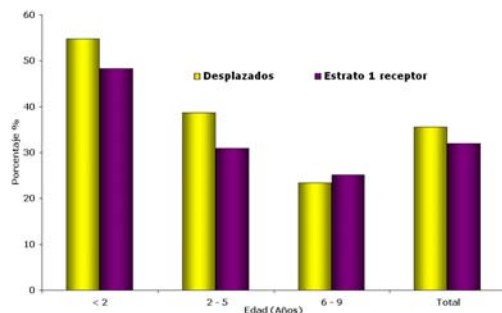
Grupo Edad (años)		Gripa, tos o resfriado	Diarrea o soltura del estomago	otro diferente a los anteriores	Dental	Lesión por accidente o violencia	envenenamiento
< 2	Desplazados	75,87 (2,61)	47,02 (3,00)	18,17 (1,94)	7,60 (1,77)	0,55 (0,23)	0,00 (0,00)
	Estrato 1 receptor	66,75 (2,81)	45,15 (2,92)	19,99 (2,34)	4,29 (1,29)	1,63 (0,86)	0,59 (0,59)
2 - 5	Desplazados	63,83 (2,03)	39,51 (2,06)	19,25 (1,51)	6,77 (1,05)	1,48 (0,41)	0,24 (0,19)
	Estrato 1 receptor	62,62 (2,09)	31,22 (1,97)	13,02 (1,29)	6,58 (1,07)	1,44 (0,49)	0,44 (0,33)
6 - 9	Desplazados	52,90 (2,46)	21,90 (2,11)	19,91 (1,89)	10,46 (1,55)	1,61 (0,52)	0,08 (0,08)
	Estrato 1 receptor	45,56 (2,91)	22,02 (2,44)	19,48 (2,38)	8,68 (1,64)	0,25 (0,12)	0,00 (0,00)
Grupo Edad (años)		Salud Mental	Consumo de bebidas alcoholicas	Consumo de drogas o sustancias prohibidas	Dental	Lesión por accidente o violencia	envenenamiento
10 y más	Desplazados	14,71 (0,83)	1,74 (0,29)	0,14 (0,07)	10,57 (0,68)	1,51 (0,31)	0,11 (0,04)
	Estrato 1 receptor	10,31 (0,78)	2,15 (0,37)	0,18 (0,10)	10,13 (0,76)	1,09 (0,23)	0,15 (0,06)

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

En el conjunto de menores de 10 años, las tasas de morbilidad por diarrea y problemas respiratorios, son un poco más altas en los desplazados, y se reducen con el incremento de la edad tanto en desplazados como en estrato 1 receptor. En los niños y niñas menores de 2 años, las tasas son considerablemente altas, 76% en desplazados y 66% en estrato 1 receptor.

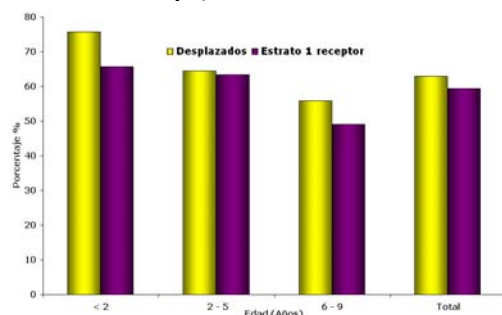
Se confirma aquí lo registrado en prácticamente todas las encuestas de salud, es decir, una prevalencia de problemas respiratorios (63 y 60% en niños y niñas) casi dos veces mayor que la prevalencia de enfermedad diarreica (35 y 32%).

GRAFICA 5-2
PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN 15 DÍAS POBLACIÓN MENOR DE 10 AÑOS,
TASAS POR 100
Diarrea



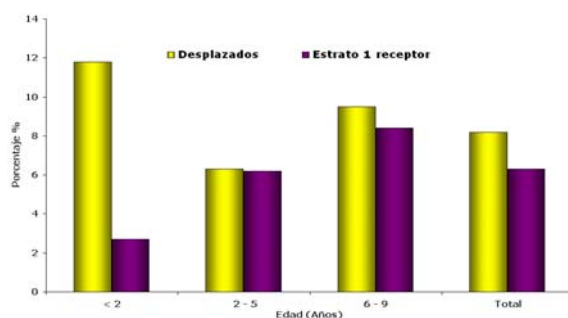
Prevalencia total niños y niñas. Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 10% (90% de confianza)

Gripa, tos o resfriado



Prevalencia total niños y niñas Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 10% (90% de confianza)
 Prevalencia total niñas Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 10% (90% de confianza)

Problemas dentales - Prevalencia



Prevalencia total niños y niñas Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 10% (90% de confianza)
 Prevalencia total niños Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 5% (95% de confianza)

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Menos del 1.5% de niños y niñas menores de 10 años, tanto en hogares desplazados como en los de estratos sufrió alguna lesión por accidente y violencia, y una proporción inferior al 0.5% sufrió algún tipo de envenenamiento.

Los resultados también muestran un decrecimiento en la percepción de morbilidad específica (problemas dentales y mentales) con el aumento del tiempo transcurrido desde el desplazamiento, tanto en hombres como mujeres de 10 años y más. Sin embargo, el mayor descenso se observa en la percepción de problemas mentales en hombres (cuadro 5.4).

CUADRO 5-4
PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN 15 DÍAS POBLACIÓN DE 10 AÑOS Y MAS,
SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	PROBLEMA DENTAL		PROBLEMA MENTAL	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Entre 0 - 11 meses	13.9 (2.5)	12.4 (1.9)	15.5 (3.0)	20.8 (2.5)
12 Meses y más	9.2 (1.2)	10.8 (1.0)	9.9 (1.2)	17.4 (1.3)
Total	10.0 (1.1)	11.0 (0.9)	10.8 (1.1)	17.9 (1.2)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En los menores de 10 años, la percepción de los varios tipos de morbilidad específica, registra algunas reducciones según tiempo de desplazamiento, no significativas, la mayoría de ellas (cuadro 5.5).

CUADRO 5-5
PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN 15 DÍAS POBLACIÓN MENOR DE 10 AÑOS,
SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

Diarrea

GENERO	ENTRE 0 - 11 MESES		12 MESES Y MÁS		TOTAL	
	PREVALENCIA	# DÍAS	PREVALENCIA	# DÍAS	PREVALENCIA	# DÍAS
Niños	40.09 (4.4)	4.7 (0.5)	35.73 (2.1)	4.2 (0.3)	36.2 (1.9)	4.3 (0.2)
Niñas	35.17 (3.8)	3.8 (0.3)	35.47 (2.2)	4.2 (0.2)	34.91 (1.9)	4.1 (0.2)

Gripa, tos o resfriado

GENERO	ENTRE 0 - 11 MESES		12 MESES Y MÁS		TOTAL	
	PREVALENCIA	# DÍAS	PREVALENCIA	# DÍAS	PREVALENCIA	# DÍAS
Niños	64.54 (4.4)	7.578 (0.4)	63.27 (2.1)	7.729 (0.3)	63.21 (1.9)	7.7 (0.2)
Niñas	60.77 (4.3)	7.761 (0.4)	63.6 (2.1)	7.552 (0.3)	62.74 (1.9)	7.6 (0.2)

() Error estándar

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

CUADRO 5.5
PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN 15 DÍAS POBLACIÓN MENOR DE 10 AÑOS
(CONTINUACIÓN)
Problema dental - Prevalencia

GENERO	ENTRE 0 - 11 MESES	12 MESES Y MÁS	TOTAL
Niños	8.5 (2.1)	9.1 (1.4)	9.1 (1.2)
Niñas	10.5 (2.5)	6.5 (1.2)	7.3 (1.1)

() Error estándar

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

5.3 INCAPACIDAD POR PROBLEMAS DE SALUD

Para dimensionar en forma indirecta la severidad de los problemas percibidos, se preguntó por la reducción o suspensión de las actividades habituales de la población de 6 años y más, debido a problemas de salud, y por la permanencia en cama, durante los 15 días anteriores a la encuesta. En incapacidad general, las diferencias entre desplazados y población de estrato 1 receptor, son claras y sistemáticas. El 13.2% de los hombres desplazados, frente a 9.3% de estrato 1 receptor, tuvieron algún tipo de incapacidad por razones de salud. En las mujeres desplazadas, el 15% tuvo incapacidad general, frente al 13.2% del estrato 1 receptor. Las tasas aumentan con la edad en las dos poblaciones, al igual que el número promedio de días de incapacidad. Es interesante destacar que entre los desplazados es mayor el número de días de incapacidad de los hombres, que el de las mujeres de la misma edad. Por otra parte, y en contraste con los hombres, las mujeres de estrato 1 receptor registran mayor incapacidad general que las desplazadas (cuadro 5.6 y gráfica 5.3).

CUADRO 5-6
PERCEPCIÓN DE INCAPACIDAD EN 15 DÍAS

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	INCAPACIDAD GENERAL POR PROBLEMAS DE SALUD				DE LOS QUE SE ENCONTRARON INCAPACITADOS, % QUE TUVIERON QUE GUARDAR CAMA			
	PREVALENCIA %		NÚMERO DE DÍAS		PREVALENCIA %		NÚMERO DE DÍAS	
	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR
HOMBRES								
10 - 19	9.5 (1.6)	5.2 (1.4)	3.9 (0.4)	3.2 (0.5)	82.3 (5.5)	64.9 (12.3)	3.4 (0.4)	3.2 (0.6)
20 - 49	14.2 (1.6)	11.0 (1.5)	6.8 (0.6)	5.8 (0.6)	86.9 (3.1)	57.2 (7.0)	4.9 (0.6)	4.8 (0.5)
50 y más	22.4 (4.6)	11.6 (3.6)	6.1 (0.9)	8.4 (2.0)	71.0 (10.5)	81.0 (9.7)	4.4 (0.7)	6.3 (2.2)
Total	13.2 (1.1)	9.3 (1.0)	5.9 (0.4)	5.6 (0.5)	83.6 (2.8)	60.8 (5.8)	4.5 (0.4)	4.7 (0.5)

Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país

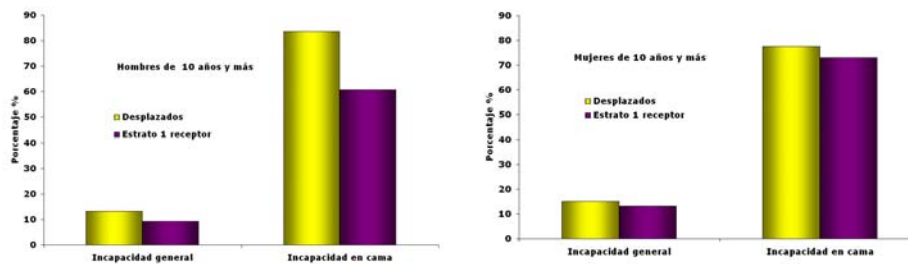
GRUPO DE EDAD (Años)	INCAPACIDAD GENERAL POR PROBLEMAS DE SALUD				DE LOS QUE SE ENCONTRARON INCAPACITADOS, % QUE TUVIERON QUE GUARDAR CAMA			
	PREVALENCIA %		NÚMERO DE DÍAS		PREVALENCIA %		NÚMERO DE DÍAS	
	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR
MUJERES								
Entre 10 - 19 años	10.8 (1.7)	10.8 (1.8)	3.5 (0.3)	5.1 (0.8)	78.5 (6.1)	73.5 (7.6)	2.9 (0.3)	4.4 (0.7)
Entre 20 - 49 años	15.8 (1.4)	13.8 (1.5)	5.4 (0.3)	5.3 (0.5)	76.5 (3.7)	74.8 (5.0)	4.2 (0.3)	4.4 (0.6)
50 Años y más	29.3 (4.9)	18.7 (5.3)	5.5 (0.9)	7.8 (1.7)	80.6 (6.8)	56.4 (16.4)	3.4 (0.4)	6.7 (2.2)
Total	15.0 (1.1)	13.2 (1.1)	4.9 (0.3)	5.4 (0.4)	77.6 (2.9)	73.1 (4.1)	3.8 (0.2)	4.5 (0.5)

Prevalencia de incapacidad general hombres. Desp. vs Est 1 receptor: Diferencia significativa al 5% (95% de confianza)
 Prevalencia de incapacidad en cama hombres. Desp. vs Est 1 receptor: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Respecto a la incapacidad en cama (esta población es un porcentaje de aquellos que declararon no haber podido realizar sus actividades normales por razones de salud – incapacidad), sólo hay diferencias contundentes entre hombres desplazados y de estrato 1 receptor de 50 años y más, con mayor prevalencia en los primeros (cuadro 5.6). En el subgrupo de hombres, las diferencias son más marcadas entre desplazados y estrato 1 receptor (cuadro 5.6 y gráfica 5.3). Es de resaltar que en el caso de hogares con jefatura femenina, un 20% de estas mujeres cabeza de familia se declararon incapacitadas por razones de salud en la población desplazada, frente aun 11.5% en la población de estrato 1 receptor.

**GRÁFICA 5-3
 PERCEPCIÓN DE INCAPACIDAD EN 15 DÍAS
 % Personas**



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Según tiempo de desplazamiento (cuadro 5.7), se nota un decrecimiento en la tasa de incapacidad general tanto en hombres como en mujeres a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento. Este decrecimiento es más marcado en las mujeres. No se observan cambios en el número de días de incapacidad. De otro lado, en las personas que debieron

permanecer en cama, no es significativo al decrecimiento observado, a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento (cuadro 5.7).

CUADRO 5-7
PERCEPCIÓN DE INCAPACIDAD EN 15 DÍAS POBLACIÓN MAYOR DE 10 AÑOS, SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

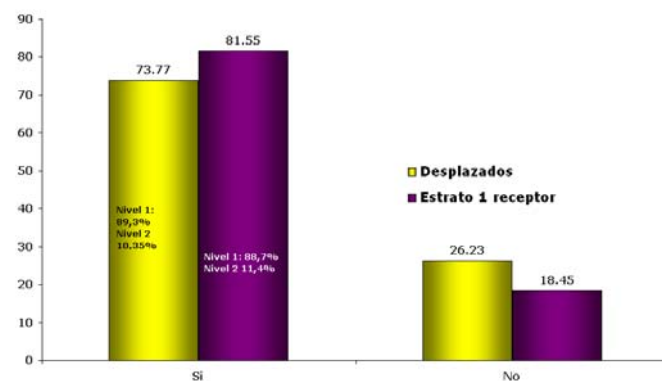
TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	INCAPACIDAD GENERAL POR PROBLEMAS DE SALUD				DE LOS QUE SE ENCONTRARON INCAPACITADOS, % QUE TUVIERON QUE GUARDAR CAMA			
	PREVALENCIA		NÚMERO DE DÍAS		PREVALENCIA		NÚMERO DE DÍAS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Entre 0 - 11 meses	16.0 (2.5)	21.5 (2.7)	5.9 (0.7)	5.0 (0.5)	82.9 (4.8)	80.2 (5.1)	3.5 (0.4)	4.0 (0.5)
12 Meses y más	12.6 (1.3)	13.9 (1.1)	5.9 (0.5)	4.9 (0.3)	83.7 (3.3)	76.8 (3.4)	4.7 (0.5)	3.7 (0.3)
Total	13.1 (1.1)	15.0 (1.1)	5.9 (0.4)	4.9 (0.3)	83.5 (2.8)	77.6 (2.9)	4.5 (0.4)	3.8 (0.2)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

5.4 CONSULTA DE SALUD

Al 74% de la población desplazada y al 82% de la población estrato uno receptor se le aplicó la encuesta SISBEN. De estos, un 89% fue calificado en nivel 1. Esta cobertura del SISBEN se ve reflejada en el indicador de demanda de servicios médicos, dado que la población desplazada demanda menos los servicios de salud que el estrato uno receptor, lo cual es grave en la medida que tienen unas mayores tasas de morbilidad general e incapacidad por enfermedad.

GRÁFICA 5-4
PORCENTAJE DE POBLACIÓN A LA QUE SE LE APLICÓ LA ENCUESTA SISBEN



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

5.4.1 DEMANDA DE CONSULTA

La población desplazada de los varios subgrupos de edad analizados tuvo una demanda de servicios ambulatorios de salud un poco más baja. En los 15 días anteriores a la entrevista, consultaron por problemas de salud el 47% de menores de 10 años, frente al 57% del estrato 1 receptor; un 49% de los hombres desplazados de 10 y más años, frente al 57% del estrato 1 receptor, y un 55% de las mujeres también de 10 y más años, frente al 64% del estrato 1 receptor (cuadro 5.8 y gráfica 5.5).

CUADRO 5-8
CONSULTA POR PROBLEMAS DE SALUD EN 15 DÍAS
Menores de 10 años

GRUPO DE EDAD	DESPLAZADOS						ESTRATO 1 RECEPTOR					
	NIÑOS		NIÑAS		TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		TOTAL	
	TASA x 100	# VECES	TASA x 100	# VECES	TASA x 100	# VECES	TASA x 100	# VECES	TASA x 100	# VECES	TASA x 100	# VECES
Menores de 2	55.3 (5.5)	1.2 (0.1)	57.5 (5.5)	1.2 (0.1)	56.3 (3.9)	1.19 (0.05)	70.2 (4.9)	1.1 (0.0)	64.5 (5.8)	1.2 (0.1)	67.6 (3.7)	1.2 (0.04)
2 - 5	49.0 (3.2)	1.3 (0.1)	42.8 (3.1)	1.1 (0.0)	45.9 (2.2)	1.21 (0.05)	55.7 (3.3)	1.1 (0.1)	55.1 (3.2)	1.0 (0.1)	55.3 (2.3)	1.1 (0.03)
6 - 9	42.6 (4.0)	1.1 (0.1)	44.1 (4.0)	1.1 (0.1)	43.3 (2.8)	1.12 (0.04)	56.1 (4.8)	1.1 (0.0)	48.9 (4.5)	1.2 (0.2)	52.3 (3.3)	1.1 (0.08)
Total	48.1 (2.3)	1.2 (0.1)	45.2 (2.2)	1.1 (0.0)	46.6 (1.6)	1.18 (0.03)	58.6 (2.4)	1.2 (0.1)	54.8 (2.4)	1.1 (0.0)	56.7 (1.7)	1.1 (0.04)
Tasa de consulta total niños y niñas. Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)												
Tasa de consulta total niños. Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)												
Tasa de consulta total niñas. Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)												

Personas de 10 años y más

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	DESPLAZADOS				ESTRATO 1 RECEPTOR			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	TASA x 100	# VECES	TASA x 100	# VECES	TASA x 100	# VECES	TASA x 100	# VECES
10 - 19	56.3 (5.1)	1.1 (0.0)	44.6 (4.5)	1.2 (0.0)	63.6 (6.0)	1.1 (0.0)	60.8 (4.9)	1.1 (0.0)
20 - 49	44.3 (3.9)	1.1 (0.0)	57.4 (2.8)	1.3 (0.1)	56.8 (4.0)	1.2 (0.0)	64.3 (3.2)	1.3 (0.1)
50 y más	47.9 (7.0)	1.3 (0.2)	66.0 (5.7)	1.5 (0.3)	47.5 (9.8)	1.3 (0.2)	67.3 (7.6)	1.3 (0.2)
Total	48.6 (2.9)	1.1 (0.0)	54.7 (2.3)	1.3 (0.0)	57.2 (3.2)	1.2 (0.0)	63.6 (2.5)	1.2 (0.0)

Tasa de consulta total hombres. Despl. vs. Est. 1: Diferencia Significativa al 5% (95% de confianza)

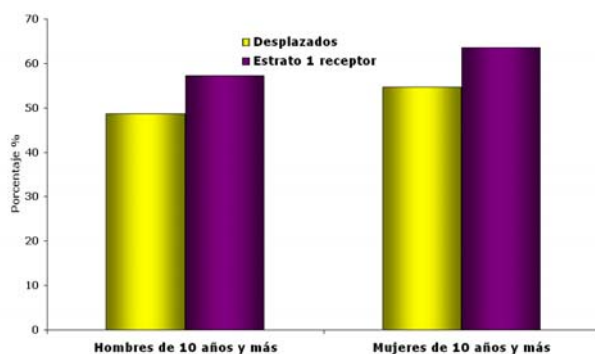
Tasa de consulta total mujeres. Despl. vs. Est. 1: Diferencia Significativa al 5% (95% de confianza)

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

El promedio de consultas por persona en el lapso de 15 días, presenta una diferencia sistemática entre hombres y mujeres desplazados de 10 años y más: las mujeres consultan más veces.

Aunque la diferencia en la demanda de servicios no tiene el mismo comportamiento en todos los subgrupos de edad, el indicador sugiere que a pesar de la mayor percepción de morbilidad, la población en desplazamiento consulta menos que la población receptora.

GRÁFICA 5-5
% PERSONAS QUE CONSULTARON POR PROBLEMAS DE SALUD EN 15 DÍAS



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Según aumenta el tiempo de desplazamiento, se incrementa sustancialmente la tasa de consulta, especialmente en los hombres (cuadro 5.9).

CUADRO 5-9
CONSULTA POR PROBLEMAS DE SALUD EN 15 DÍAS, EN PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	HOMBRES		MUJERES	
	TASA x 100	# VECES	TASA x 100	# VECES
Entre 0 - 11 meses	26.0 4.7	1.2 (0.1)	42.2 (5.2)	1.3 (0.1)
12 Meses y más	54.0 3.2	1.1 (0.0)	57.5 (2.5)	1.3 (0.1)
Total	48.6 (2.9)	1.1 (0.0)	54.7 (2.3)	1.3 (0.0)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

5.4.2 PERSONA CONSULTADA

El médico es el más importante proveedor de atención en salud. Tanto en desplazados como en población estrato 1 receptor, el médico suministró entre 2/3 y 4/5 de la atención ambulatoria solicitada por personas de todas las edades, sin diferencia notoria entre las poblaciones comparadas (Cuadro 5.10).

Le siguen en importancia de atención las enfermeras y otro personal de salud (diferente del odontólogo), y el personal de droguería en los diferentes subgrupos de niños y niñas menores de 10 años de edad, las enfermeras suministran entre el 5 y 8 % de las atenciones

ambulatorias y el personal de droguerías entre el 6 y el 11%, con diferencias poco importantes entre desplazados y estrato 1 receptor. El resto de las atenciones (menos del 10%) es suministrado por una gama de personas que incluyen los dentistas y/o odontólogos, médicos tradicionales, amigos y familiares, en forma similar para desplazados y estrato 1 receptor (cuadro 5.10).

En la población de 10 años y más, los otros proveedores importantes (a parte del médico) dentista y/o odontólogo, el personal de droguerías, las enfermeras de los establecimientos de salud y los amigos y familiares, sin observarse diferentes sistemáticas importantes entre desplazados y población de estrato 1 receptor (cuadro 5.10).

Por otra parte, la proporción de consultantes al principal proveedor de atención, el médico, no cambia significativamente con el tiempo de desplazamiento.

CUADRO 5-10
PERSONA CONSULTADA LA ÚLTIMA VEZ POR ASUNTOS DE SALUD
% Personas

TRATANTE	MENORES DE 2 AÑOS		2 - 5 AÑOS		6 - 9 AÑOS		10 - 19 AÑOS				20 - 49 AÑOS				50 AÑOS Y MÁS			
							HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1
Médico	75.6	82.8	78.2	73.0	72.7	68.5	73.6	65.6	74.5	83.6	69.6	73.2	81.5	83.8	82.3	79.0	84.2	95.6
Enfermera u otra de salud	8.2	6.4	7.1	6.2	4.9	5.4	3.1	1.1	8.6	2.5	1.5	1.9	5.2	5.2	0.1	0.6	6.6	1.9
Dentista - Odontólogo	0.0	0.0	1.5	2.1	3.0	6.8	2.8	10.4	5.7	6.0	7.9	8.9	4.4	4.1	1.9	0.0	0.9	0.0
Personal droguería	8.6	7.0	5.5	11.2	10.2	10.9	9.1	10.7	3.6	3.0	12.1	9.6	3.6	3.7	6.4	12.1	0.9	2.2
Otro	7.5	3.7	7.6	7.5	9.3	8.5	11.3	12.3	7.6	5	9.1	6.5	5.4	3.2	9.3	8.3	7.3	0.3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

5.4.3 LUGAR DE CONSULTA

Los hospitales, centros y puestos de salud del sector público brindan entre el 66 y 80% de la atención demandada por los desplazados y entre 56 y 76% en los de estrato 1 receptor. Los centros de atención ambulatoria de EPS/ARS, siguen en importancia como lugar de atención, aunque el volumen de atención sólo llega a un máximo de 9.0% de la solicitada por los desplazados y a un 16% de la demandada por el estrato 1 receptor (ambos grupos en mujeres de 50 y más años); en este caso, la población de estrato 1 receptor registra en todos los grupos de edad una mayor proporción de atención que los desplazados. Comportamiento similar se observa en la atención ofrecida en los consultorios médicos particulares, que con excepción de la suministrada a mujeres de 10-19 (poca diferencia), presenta proporciones más altas en los de estrato 1 receptor. Las droguerías, como se vió desde antes, son otro lugar de atención en salud, en las dos poblaciones, con pocas diferencias en la mayoría de los subgrupos por edad y sexo; la excepción se da en los niños de 2 a 5 años y en los hombres de 50 y más, con porcentajes de demanda mayor en los de estrato 1 receptor (cuadro 5.11).

El tiempo de desplazamiento tampoco afecta la proporción de consultados según lugar de atención.

5.4.4 RAZONES DE NO CONSULTA

En los primeros grupos de edad (menores de 10 años), el “no considerar necesaria la consulta”, fue la principal razón para no buscar atención de los que percibieron problemas de salud. Esta razón de no demanda de servicio, es la segunda en importancia en los de 10 años y más, en los cuales la proporción varía alrededor del 40% en los desplazados y 25 a 29% en los de estrato 1 receptor (cuadro 5.12).

El “valor de la consulta” es la segunda causa en importancia del no requerimiento de atención entre los menores de 10 años, y la primera en los mayores de edad. En contraste con la razón anterior, por obvias razones (menor ingreso), la proporción fue, en todas las edades, más alta en los desplazados.

La falta de confianza en la oferta disponible (no confía en los médicos, consultó y no sirvió, y no cree que le puedan ayudar) es otro factor de no demanda de poca importancia en los menores de 10 años (menos del 1%) y de importancia progresiva con el aumento de la edad en los mayores de 10 años (hasta un 10% en los mayores de 50 y más) (cuadro 5.12).

Los factores de insatisfacción con las características de la oferta y con la atención recibida, son el otro grupo de causas de cierta importancia en la explicación en la no demanda de atención. Se incluyen aquí la no consecución de citas, la mala atención, la pérdida de la visita, los horarios inapropiados, el exceso de trámites y la espera excesiva. Las proporciones varían entre 0 y 2.5% en los desplazados de las diferentes edades. No se observa un patrón sistemático en las proporciones de las dos poblaciones (cuadro 5.12). Al igual que el tipo de persona consultada y el lugar de consulta, no se observan cambios importantes en las razones de no consulta según tiempo de desplazamiento.

CUADRO 5-11
LUGAR DE LA ÚLTIMA CONSULTA
% Personas

INSTITUCIÓN	MENORES DE 2 AÑOS		2 - 5 AÑOS		6 - 9 AÑOS		10 - 19 AÑOS				20 - 49 AÑOS				50 AÑOS Y MÁS			
	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
							DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC
Hospital, CS. PS	80,4	71,9	77,3	67,6	66,3	64,1	66,2	55,9	75,8	78,6	67,4	58,3	80,5	76,0	72,4	56,0	72,8	75,4
Clínica privada	0,3	2,4	0,6	1,9	0,0	0,5	0,3	1,1	0,0	3,3	0,2	1,2	0,5	1,3	0,6	1,6	0,6	0,0
Centro de atención EPS/ARS	2,2	12,3	4,1	8,5	4,3	12,7	3,6	6,7	5,8	8,1	5,1	15,3	5,1	11,9	3,6	12,5	9,4	15,9
Consultorio médico particular	1,8	5,0	1,9	2,3	2,3	4,0	0,7	2,7	2,0	1,2	3,1	6,1	2,7	3,4	0,8	6,6	3,2	5,6
En el hogar	4,0	0,6	5,4	3,8	5,7	4,6	8,6	10,3	5,2	3,7	5,4	3,3	4,6	2,2	9,2	4,7	4,8	0,7
En el trabajo	0,6	0,0	0,4	0,1	0,4	0,1		0,0		0,4		0,4		0,0		1,0		0,0
En Droguería	8,6	7,1	5,5	11,4	10,2	11,3	10,9	10,7	3,6	3,0	12,3	9,6	3,6	3,7	6,4	12,1	1,1	2,2
Otro	2,1	0,8	4,7	4,3	10,9	2,7	9,6	12,5	7,5	1,9	6,5	5,8	2,9	1,6	7,0	5,5	8,1	0,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

CUADRO 5-12
RAZONES DE NO CONSULTA DE QUIENES PERCIBIERON PROBLEMAS DE SALUD
% Personas

RAZÓN	MENORES DE 2 AÑOS		ENTRE 2 - 5 AÑOS		ENTRE 6 - 9 AÑOS		ENTRE 10 - 19 AÑOS				ENTRE 20 - 49 AÑOS				50 AÑOS Y MÁS			
							HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC	DESP.	EST. 1 REC
No consideró necesario	52.8	62.2	47.3	66.5	49.6	61.4	30.3	46.8	37.2	44.3	33.5	44.0	30.6	44.3	37.0	46.3	29.0	59.2
Consulta cara	39.2	28.7	42.4	24.9	39.4	29.2	52.5	28.9	47.1	30.2	45.0	31.3	50.8	27.2	48.1	28.8	55.8	20.8
Barreras de acceso	5.8	5.4	3.3	3.6	4.9	8.8	6.2	2.4	6	6.2	3.9	6.1	6.5	16.5	7.8	0.3	0	31.2
Insatisfacción con la atención	1.5	1.2	3.3	2.2	3.6	0.7	3.8	11.8	5.4	7.9	6.4	11.7	6.3	10.8	6.6	6	14.2	4.4
Otra	3.5	4.4	4.7	3.8	4.1	2.9	7.0	10.5	6.6	14.7	7.0	5.9	7.1	5.9	1.5	9.7	0.0	0.0

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

5.5 HOSPITALIZACIÓN

Para un período de 12 meses, se registraron tasas de hospitalización un poco más altas en los desplazados de la mayoría de los subgrupos por edad y sexo (cuadro 5.13).

La tasa es muy alta en los menores de 2 años desplazados (23.6% en niños y 18.5% en niñas), y se reduce progresivamente hasta los 19 años. A partir de esta edad vuelve a incrementarse. El conjunto de las mujeres de 10 y más, registran una tasa 10 puntos superior a la de los hombres, tanto en desplazados como en estrato 1 receptor

El promedio de hospitalizaciones por persona – año, varía entre 1.1 y 1.7 en desplazados y entre 1.1 y 2.2 en estrato 1 receptor (cuadro 5.13)

La distribución de las hospitalizaciones según grandes grupos de causas tienen las siguientes características (cuadro 5.14):

- En los desplazados, la enfermedad física es la principal causa en lo menores de 10 años más del 85% y en los hombres de 10 y más (del 58 al 75%). En las mujeres desplazadas de 10 y más, sólo explica el 28% de las hospitalizaciones. En los menores, la proporción es mayor en los de estrato 1 receptor de las diferentes edades. En cambio, en las mujeres desplazadas de 20 a 49 la proporción es mayor que en las de estrato 1 receptor.
- Como se esperaba, el parto normal y las complicaciones del embarazo, parto y posparto explican en conjunto el 60% de las hospitalizaciones de las mujeres desplazadas, y el 73% de las de estrato 1 receptor.
- Los accidentes y violencias son la otra importante causa de hospitalización en los hombres de 10 y más años (25%) y en los niños (10%). En promedio, las proporciones son similares para el conjunto de los desplazados y los de estrato 1 receptor.

CUADRO 5-13
HOSPITALIZACIÓN Y CAUSAS EN ÚLTIMOS 12 MESES
Menores de 10 años

GRUPO DE EDAD	TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR 100						NÚMERO DE VECES					
	DESPLAZADOS			ESTRATO 1 RECEPTOR			DESPLAZADOS			ESTRATO 1 RECEPTOR		
	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
Menores de 2	23.6 (5.1)	18.5 (4.0)	21.3 (3.4)	15.0 (3.9)	15.0 (3.9)	14.9 (3.9)	1.3 (0.1)	1.8 (0.3)	1.5 (0.2)	1.3 (0.2)	1.5 (0.2)	1.4 (0.1)
2 - 5	12.7 (2.3)	10.4 (1.9)	11.5 (1.5)	7.7 (1.7)	7.7 (1.7)	6.2 (1.3)	1.9 (0.4)	1.7 (0.3)	1.8 (0.3)	2.0 (0.4)	1.3 (0.1)	1.7 (0.2)
6 - 9 años	5.8 (1.6)	6.2 (1.7)	6.0 (1.2)	12.2 (3.1)	12.2 (3.1)	5.3 (1.8)	1.1 (0.1)	1.2 (0.1)	1.1 (0.1)	1.2 (0.1)	1.6 (0.3)	1.3 (0.1)
Total	12.4 (1.6)	10.1 (1.3)	11.2 (1.0)	10.3 (1.5)	10.3 (1.5)	7.4 (1.1)	1.6 (0.2)	1.6 (0.2)	1.6 (0.1)	1.6 (0.2)	1.5 (0.1)	1.5 (0.1)

Tasa total niños y niñas. Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 15% (85% de confianza)

Tasa total niñas. Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 15% (85% de confianza)

CUADRO 5.13
HOSPITALIZACIÓN Y CAUSAS EN ÚLTIMOS 12 MESES
(CONTINUACIÓN)
De 10 años y más

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR 100						NÚMERO DE VECES					
	DESPLAZADOS			ESTRATO 1 RECEPTOR			DESPLAZADOS			ESTRATO 1 RECEPTOR		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
10 - 19	4.9 (1.1)	10.8 (1.9)	8.1 (1.6)	4.5 (1.3)	13.2 (2.0)	9.3 (1.3)	1.5 (0.2)	1.7 (0.2)		1.5 (0.2)	1.1 (0.1)	
20 - 49	8.4 (1.3)	22.3 (2.0)	16.1 (1.3)	5.4 (1.0)	19.0 (1.6)	12.7 (1.0)	1.6 (0.2)	1.5 (0.2)		2.1 (0.5)	1.4 (0.1)	
50 y más	9.2 (2.9)	8.3 (2.3)	8.7 (1.8)	8.2 (3.7)	9.9 (3.3)	8.9 (2.5)	1.1 (0.1)	1.3 (0.2)		2.2 (0.8)	1.2 (0.1)	
Total	7.2 (0.8)	17.3 (1.4)	12.7 (0.8)	5.3 (0.8)	16.7 (1.2)	11.4 (0.7)	1.5 (0.2)	1.6 (0.1)		1.9 (0.3)	1.3 (0.1)	

Tasa total hombres. Despl. vs. Est 1 receptor: Diferencia significativa al 15% (85% de confianza).

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

CUADRO 5-14
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN, POR SUBGRUPOS
DE EDAD Y SEXO.

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	COMPLICACIONES NACIMIENTO		PARTO NORMAL		ACCIDENTE O VIOLENCIA		ENFERMEDAD FÍSICA		OTRA	
	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1
Niños										
Menores de 2	-	0.0 (0.0)	-	-	0.8 (0.8)	0.0 (0.0)	98.3 (1.3)	100.0 (0.0)	0.9 (1.0)	-
2 - 5	-	3.7 (2.4)	-	-	11.2 (5.1)	1.0 (1.0)	88.2 (5.1)	95.3 (2.6)	0.6 (0.6)	-
6 - 9	-	7.9 (7.6)	-	-	26.3 (12.2)	12.1 (8.9)	71.6 (12.2)	80.0 (11.1)	2.1 (2.1)	-
Total	-	3.9 (2.6)	-	-	10.1 (3.4)	4.1 (2.9)	89.0 (3.4)	92.0 (3.8)	0.9 (0.5)	-
Niñas										
Menores de 2 años	2.7 (1.7)	0.0 (0.0)	-	-	3.4 (2.5)	0.0 (0.0)	82.4 (9.6)	100.0 (0.0)	11.5 (9.5)	0.0 (0.0)
2 - 5	9.4 (6.3)	1.8 (1.8)	-	-	5.9 (4.3)	3.4 (2.6)	84.6 (7.3)	94.8 (3.2)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
6 - 9	15.1 (12.0)	10.9 (10.4)	-	-	0.0 (0.0)	9.3 (8.1)	85.0 (12.0)	72.8 (14.2)	0.0 (0.0)	7.0 (7.0)
Total	8.8 (4.3)	3.0 (2.3)	-	-	4.1 (2.5)	3.5 (2.0)	84.1 (5.3)	92.1 (3.4)	2.9 (2.6)	1.4 (1.4)
Hombres										
10 - 19	-	-	-	-	34.9 (11.6)	21.1 (10.3)	57.5 (11.8)	78.9 (10.3)	7.6 (7.2)	0.0 (0.0)
20 - 49 años	-	-	-	-	19.4 (5.7)	37.5 (9.7)	74.9 (6.3)	58.4 (9.7)	5.7 (3.3)	4.1 (3.1)
50 y más	-	-	-	-	32.4 (16.5)	0.0 (0.0)	67.6 (16.5)	100.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
Total	-	-	-	-	24.6 (5.2)	28.8 (7.2)	69.8 (5.5)	68.6 (7.3)	5.6 (2.8)	2.6 (1.9)

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	COMPLICACIONES NACIMIENTO		PARTO NORMAL		ACCIDENTE O VIOLENCIA		ENFERMEDAD FÍSICA		OTRA	
	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1	DESP.	EST. 1
Mujeres										
10 - 19	14.4 (5.3)	42.5 (8.3)	42.5 (9.2)	34.9 (7.7)	2.3 (1.2)	0.9 (0.6)	36.7 (9.9)	21.0 (6.4)	4.1 (2.1)	0.7 (0.7)
20 - 49	17.5 (3.7)	29.4 (4.4)	45.5 (5.2)	44.7 (4.6)	2.3 (1.2)	2.8 (1.3)	23.4 (3.8)	19.0 (3.1)	11.4 (3.8)	4.1 (2.3)
50 y más	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	26.1 (16.8)	8.3 (8.1)	73.9 (16.8)	89.0 (8.6)	0.0 (0.0)	2.7 (2.8)
Total	16.2 (3.0)	31.8 (3.8)	43.3 (4.4)	40.8 (3.9)	3.1 (1.2)	2.5 (1.0)	28.1 (3.8)	21.7 (2.9)	9.4 (2.9)	3.2 (1.7)

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

5.6 ANEMIA

La anemia es reconocida desde hace mucho tiempo como la deficiencia nutricional específica más difundida, que incide sobre la salud y el bienestar de la población, y que se manifiesta con niveles bajos de hemoglobina.

La anemia por deficiencia de hierro (ferropénica) se caracteriza por la producción de eritrocitos pequeños y la disminución de la concentración de hemoglobina circulante. Es en realidad la última etapa de la deficiencia de hierro, y representa el punto final de un periodo prolongado de pérdida o supresión de este elemento. (Pollit y Leibel 1984).

En la conferencia conjunta de FAO-OMS de 1.992 en Roma, las naciones participantes adoptaron la Declaración Mundial sobre Nutrición y el Plan de Acción para la Nutrición, que plantea numerosos esfuerzos para reducir o eliminar la desnutrición por deficiencia de micronutrientes.

Para el 2005 el Plan de Acción aprobado por la Asamblea General ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia se tienen varios compromisos que ratifican como meta a diez años, en, *la reducción en al menos un tercio la carencia de hierro en mujeres y niños y niñas*. Esta, y las demás metas, fueron adoptadas como compromiso prioritario con las poblaciones mas vulnerables, siendo, en el caso de Colombia, la población desplazada, la principal.

Uno de los grandes valores del presente estudio, es generar por primera vez datos sobre anemia de una población de tan alta vulnerabilidad como es la desplazada.

Para la definición de anemia se hizo la corrección de la hemoglobina por altitud, teniendo en cuenta la siguiente fórmula.²³:

$$Hb : (-0.32 * (altitud.en.metros * 0.0033) + 0.22 * (altitud.en.metros * 0.0033))^2$$

²³ Centre for Disease Control and Prevention. Criteria for anemia in children and childbearing-aged women. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1989; 38: 400-404

Se tomaron los puntos siguientes de corte sugeridos por OMS²⁴, para personas viviendo a nivel del mar:

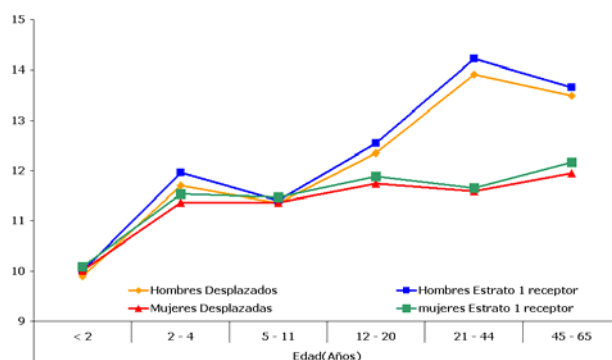
CUADRO 5-15
REFERENCIAS DE PUNTOS DE CORTE PARA ANEMIA Y ANEMIA SEVERA PARA PERSONAS VIVIENDA A NIVEL DEL MAR

EDAD	PUNTO DE CORTE (gr/dL) PARA ANEMIA	PUNTO DE CORTE PARA ANEMIA SEVERA
Menores de 6 meses	< 9.5	< 7
6 – 59 meses	< 11	
5 – 11 años	< 11.5	
12 – 14 años	< 12	
Mujeres mayores de 15 años no embarazadas	< 12	
Mujeres embarazadas	< 11	
Hombres mayores de 15 años	< 13	

** Teniendo en cuenta que en los puntos de corte de la OMS no está especificado el rango de edad de niños y niñas menores de 6 meses, para el análisis se tomó el punto de la siguiente referencia: Dallman, PR. Pediatrics. 16th ed. New Cork, 1977. P.1111

Para ver el panorama general de la situación en los grupos estudiados, se tomaron los promedios de los valores de hemoglobina ajustaos por altitud, para los diferentes grupos de edad. La gráfica 5.6 muestra el comportamiento de los niveles de hemoglobina en gr/dL para los grupos desplazados y de estrato 1 receptor.

GRÁFICA 5-6
PROMEDIO DE HEMOGLOBINA EN HOMBRES Y MUJERES SEGÚN EDAD



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

²⁴ WHO/UNICEF/UNU, ed. Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. WHO/NHD/01.3. Geneva: WHO,2001

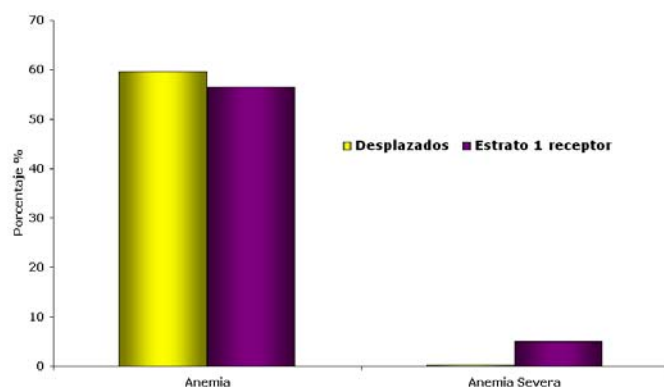
Las curvas de la hemoglobina para ambos sexos en desplazados, presentan valores inferiores que en la población estrato 1 receptor. Los promedios más bajos de hemoglobina se registran en niños menores de dos años, lo cual ratifica la importancia de la introducción de los alimentos complementarios ricos en hierro, y la suplementación con este micronutriente a partir de 6 meses de edad. A medida que aumenta la edad, los promedios tienden a aumentar. Se observan diferencias significativas por género en el grupo de 21 a 44 años, siendo mayor el promedio de hemoglobina en hombres que en mujeres. La principal razón es la edad fértil de las mujeres.

En seguida se describe la prevalencia de anemia por grupos de edad y sexo, separando las mujeres gestantes.

Anemia en Mujeres Gestantes

Los resultados obtenidos para este segmento de la población son de una gravedad sin precedentes.

**GRÁFICA 5-7
PREVALENCIA (%) DE ANEMIA EN MUJERES GESTANTES SEGÚN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO**



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Más de la mitad de las gestantes desplazadas y de estrato 1 receptor presenta anemia (59.7 y 56.5%); no obstante, menos del 5% tiene anemia severa (gráfica 5.6). En ambos grupos la prevalencia es mayor que la observada en gestantes de población general la cual se presenta en alrededor del 43% (INS). En el caso de la encuesta ENSIN-2005 la anemia en mujeres gestantes de 13 a 49 años, del Sisben 1, es de 48.1%.

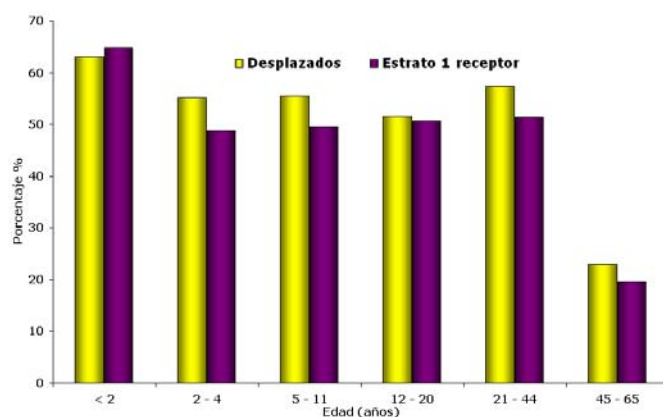
Es importante destacar que dentro del grupo de gestantes, el 31.7% de las mismas son menores de 20 años, lo cual puede estar influyendo la alta prevalencia en todo el grupo.

Teniendo en cuenta los datos reportados de anemia en gestantes en el país, se normatizó la estrategia de suplementación con hierro, en este grupo. Sin embargo, el desarrollo de la estrategia en estas poblaciones no es satisfactorio, pues sólo alcanza el 27% de las mujeres gestantes desplazadas y el 30% de las de estrato 1 receptor.

Por lo anterior, no son sorprendentes los datos de anemia, si se tienen en cuenta los altos índices de inseguridad alimentaria en esta población, baja cobertura de suplementación y en algunos casos baja adherencia a la suplementación, documentada en varios estudios y reportes del programa de suplementación.

Anemia en Mujeres

GRÁFICA 5-8
PREVALENCIA (%) DE ANEMIA EN MUJERES NO GESTANTES SEGÚN EDAD



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Los grupos más afectados, tanto en desplazados como en población estrato 1 receptor, son los niños y niñas menores de dos años (63% y 65% respectivamente), probablemente debido a una crítica relación con el momento de la instauración de la alimentación complementaria, pues como se ha dicho en párrafos precedentes, la dieta es altamente deficitaria en fuentes de hierro de alto valor biológico (gráfica 5.8).

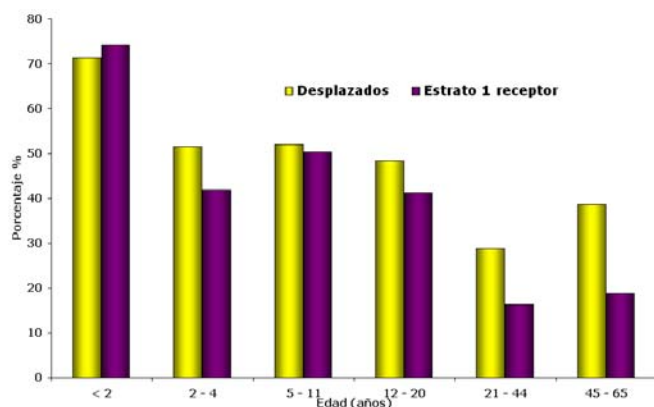
Respecto a los demás grupos de edad, la anemia sigue siendo muy alta en las niñas desplazadas de 2 a 4 años y de 5 a 11 (55% en ambos grupos) y la prevalencia se mantiene por encima del 50% hasta los 44 años en las mujeres no gestantes. Ello indica el riesgo potencial para los futuros bebés en caso de que estas mujeres se conviertan en madres.

Conviene señalar, por otra parte, que la población escolar es también prioritaria en la suplementación, pues la anemia altera patrones de entendimiento y concentración para el aprendizaje y las niñas serán las futuras mujeres en edad fértil. Por esto, en los trabajos de F. Viteri se referencia la importancia de los estudios de impacto de la suplementación con hierro en niñas escolares.

Anemia en Hombres

La prevalencia de anemia en hombres también es preocupante, y las cifras son parecidas a las de las mujeres, en los menores de 20 años. La prevalencia mayor en hombres se presenta en el grupo de niños menores de 2 años de edad (71% en desplazados y 74% en estrato 1 receptor), probablemente por una inadecuada introducción de alimentos complementarios ricos en hierro, en especial de origen animal. Esta prevalencia se reduce en cerca del 50% en los desplazados entre los menores de 2 y los de 2 a 4 años se estabiliza hasta los 20 años, se reduce nuevamente en el grupo de 21 a 44 años y se eleva en los de 45 años y más. Las cifras en los hombres desplazados son sistemáticamente más altas que en los de estrato 1 receptor. (gráfica 5.9).

**GRÁFICA 5-9
PREVALENCIA (%) DE ANEMIA EN HOMBRES DEL ESTUDIO**



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Los datos son preocupantes en el diagnóstico no solo de la población desplazada sino también en la de estrato 1 receptor, pues esta condición tendrá efectos negativos en su salud, capacidad de concentración, estudio, trabajo, etc.

Cuando se comparan las cifras presentadas anteriormente con algunos datos en población general, es interesante recordar la prevalencia del 31% en escolares (niños y niñas de 5 a 14 años) registrada en el Estudio Nacional de Salud del INS en 1977- 1980, que dio origen a un importante llamado al país sobre la gravedad de la situación.

En el estudio realizado en 1996 por el INS en población general del país, sobre deficiencia de micronutrientes en niños de 12 a 59 meses y en mujeres en edad fértil, se determinó la deficiencia de hierro medida por hemoglobina y la deficiencia de depósitos de hierro por ferritina plasmática. Los resultados mostraron un problema significativo, pues los menores de 5 años (Hb < 11 g/dl) registró prevalencia del 23%, siendo los grupo más afectados los

de 12 a 24 meses, con 36.7%. Para el caso de las mujeres en edad fértil la prevalencia superó el 23 %, y para las mujeres gestantes alcanzó el 43%.

Por otra parte, las cifras observadas son coherentes con las registradas por la Encuesta Nutricional en Población Desplazada en Puerto Asís Putumayo, en Junio de 2004, en la cual el 50.1% de los niños menores de cinco años (6 a 59 meses) presentaron anemia (hemoglobina inferiores a 11.0 g/dl).²⁵ De ese total, el 3.6% presentó hemoglobinas < 7.0 g/dl.

Según la caracterización de severidad de la anemia de la OMS por el porcentaje de población que la padezca, se considera que el problema es severo en la población desplazada y de estrato 1 receptor, ya que es superior al 40% en la mayor parte de grupos de edad y sexo. Por esto se recomienda considerar seriamente la necesidad de intervención en estas poblaciones

5.6.1 USO DE SUPLEMENTOS DE MICRONUTRIENTES

Los resultados de los estudios de anemia realizados en el país hasta la fecha, muestran la gravedad el problema de la Anemia, especialmente en la población más vulnerable (niños y niñas menores de 5 años y mujeres gestantes y lactantes), y sustentan el desarrollo y el mejoramiento de estrategias tales como la fortificación de alimentos de consumo básico y la suplementación obligatoria como medida profiláctica en la población prioritaria.

Se define como “Suplementación Nutricional” la administración de suplementos en una forma eficaz para corregir rápidamente las deficiencias de micronutrientes existentes, o para evitar que estas se produzcan en poblaciones de alto riesgo. El objetivo primario de los programas de suplementación con hierro es el de mejorar los depósitos corporales para disminuir las deficiencias de este micronutriente y prevenir por consiguiente la anemia en la población. La estrategia tiene dos objetivos: impacto a corto plazo y focalización de la población objetivo. Esta es pues una medida de salud pública, con un alto componente de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

A pesar de que en Colombia se hace fortificación de la harina de trigo, la anemia no se resuelve únicamente con esta medida, y debe complementarse con la suplementación, enfatizando que esta nunca se plantea como una medida a largo plazo, sino como una intervención puntual, con demostrada efectividad en el sostenimiento de la protección de los depósitos de hierro, luego de ser recuperados, con estrategias de educación y mejoramiento de la dieta en el accionar cotidiano de los hogares con riesgo.

Los suplementos de hierro son prescritos rutinariamente a las mujeres en estado de gestación. La mayoría de expertos está de acuerdo en que esta es una forma muy eficaz para mejorar la salud de la madre y el niño. La suplementación con ácido fólico en el período periconcepcional se recomienda como una forma de prevenir malformaciones del

²⁵ ACH, Encuesta Nutricional Puerto Asís, Putumayo. Junio 2004.

tubo neural, ya que la diferenciación celular ocurre en las primeras semanas del embarazo. Por esta razón, el mantenimiento de la suplementación posparto, además de ayudar a la madre a mantener reservas y trasladarlas al niño o niña a través de la leche materna (Res. 0412 / 2000 Min. Salud).

La suplementación con hierro en niños y niñas preescolares y escolares, no es parte de la normatividad en Colombia, sin embargo, la prevalecía de deficiencia nutricional de hierro, como riesgo para la presentación de la anemia nutricional, ha sido ampliamente demostrada.

Estudios recientes de Fernández Viterí (Premio Colsubsidio de Investigación en Pediatría, 2001), sobre *suplementación con hierro para prevenir la anemia en niños y niñas escolares*, ratificaron un aspecto que es decisivo para sustentar medidas de protección específica, y es el reconocimiento que aproximadamente el 50% de los sujetos con deficiencia de hierro se identifican con anemia reconocible.

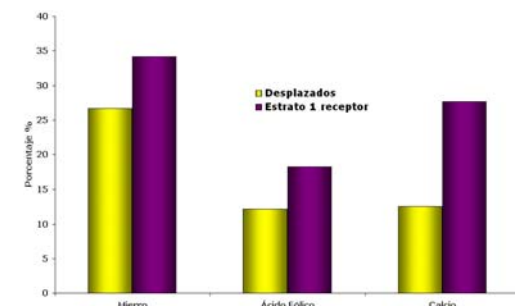
La suplementación es una medida necesaria dado que, a pesar de la intensa acción desarrollada en torno a la educación nutricional, la población no tiene consumos suficientes y protectores de alimentos fuentes de hierro, como lo demuestra el Estudio sobre Situación Nutricional y Hábitos Alimentarios, realizado para niños y niñas escolarizados de Santa Fe de Bogotá, INS 1.991, donde se describe una baja ingesta de alimentos fuentes de vitaminas y minerales, siendo crítico el consumo de hierro ante una baja ingesta de carnes y derivados, situación que pone en riesgo a este grupo poblacional.

Suplementos de micronutrientes Embarazadas

- Hierro

Los porcentajes de población suplementada con hierro en ambas poblaciones son bajos, 27% de las mujeres en condición de desplazamiento y sólo 34% de estrato 1 receptor (gráfica 5.10).

**GRÁFICA 5-10
PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ACTUALMENTE
SUPLEMENTOS DE HIERRO, ÁCIDO FÓLICO Y CALCIO**



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Hilando más fino en este componente, se registra además una muy baja adherencia a la medida de suplementación, pues en ningún grupo las intensidades de uso superan los cinco meses. Otro aspecto importante, es que generalmente las gestantes reciben la suplementación profiláctica, pero en muchas ocasiones, como muestran estos resultados, requieren cantidades un poco mayores, es decir dosis de tratamiento, las cuales deben ser formuladas por un médico.

- Ácido Fólico

La situación con este suplemento es aún más grave que la de hierro, con el agravante de que por su rol metabólico también tiene mucho que ver en la repercusión de las secuelas de la anemia en la gestante y no solo con su papel protector de las malformaciones del tubo neural.

Sólo el 12% de la población desplazada y el 18.3% de la de estrato 1 receptor están suplementada con Ácido Fólico, lo cual es muy grave dado que se supone, de acuerdo con la norma, que por lo menos el mismo porcentaje de mujeres suplementadas con hierro, deberían estar recibiendo Ácido Fólico, y lo que se muestra es que el porcentaje, de por sí bajo, de suplementación con hierro, es tristemente el doble de el de suplementación con Ácido Fólico (gráfica 5.10).

- Calcio

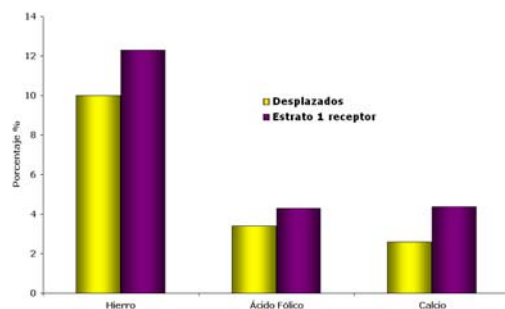
En calcio la situación es similar a la del Ácido Fólico en población desplazada, donde sólo alcanza el 12.6% de población desplazada. En población de estrato 1 receptor el porcentaje de suplementación con calcio, sin llegar a ser adecuado, es mayor que para las gestantes desplazadas, alcanzando el 28%. Habría que analizar adicionalmente con más detalle, el consumo de alimentos fortificados o enriquecidos así como el consumo de alimentos ricos en calcio (gráfica 5.10).

Suplementos de micronutrientes en mujeres lactantes

El panorama para la mujeres lactantes de los dos grupos no es mejor que lo que se registra para gestantes; por el contrario, aunque la norma nacional²⁶ logra involucrar a este grupo como sujeto de suplementación obligatoria con hierro, ácido fólico y calcio, los resultados son dramáticos, por decir lo menos, y a diferencia de las gestantes, fue imposible aproximar un nivel de adherencia por intensidad de uso, por la ambigüedad de la información reportada por las mujeres en esta condición fisiológica.

²⁶ Resolución 0412 de 2000 (en revisión)

GRÁFICA 5-11
PORCENTAJE DE MUJERES LACTANTES QUE RECIBEN ACTUALMENTE SUPLEMENTOS DE HIERRO, ÁCIDO FÓLICO Y CALCIO



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

- Hierro

En mujeres lactantes, la suplementación apenas alcanza el 10% en desplazados el 12.3% en las de estrato 1 receptor lactantes, apenas alcanza el 12%, con un inicio tardío de la suplementación, por encima del cuarto mes de lactancia, al contrario de lo sugerido por la profilaxis, que debe darle continuidad a la suplementación que se trae en la gestación, y no suspenderla (gráfica 5.11).

Los resultados en esta población refuerzan la álgida situación en materia de anemia de las mujeres en edad fértil, pues las medidas profilácticas de suplementación de hierro en el país no tienen coberturas, ni efectos significativos, sólo puede esperarse que empeore la situación, y que se den situaciones agudas en poblaciones de alto riesgo, como las examinadas en este estudio.

- Ácido Fólico

Tiene un porcentaje asombrosamente bajo, alcanzando sólo el 3,5% en mujeres lactantes desplazadas y el 44% en las de estrato 1 receptor. Es fácil concluir que la suplementación con Ácido Fólico en esta población, en ninguno de los dos grupos examinados, es significativa, a pesar de la importancia de este micro nutriente como protector de la anemia por déficit de hierro mas severa, dado su rol metabólico en el complejo hemínico, entre otras funciones fisiológicas, para la mujer en edad fértil y sus futuras gestaciones (gráfica 5.11).

- Calcio

Al igual que los dos micronutrientes anteriores, puede decirse que es nula la suplementación con calcio, especialmente en las mujeres lactantes desplazadas (2.6%), con el agravante de que el calcio tiene un mayor requerimiento, por estar la mujer en el momento de producción de leche para su bebé, pues como se mostró en el acápite de

adquisición y consumo, no hay déficit en el consumo de lácteos en ambos grupos examinados (gráfica 5.11).

Suplemento de hierro en niños y niñas menores de 5 años

La suplementación en niños y niñas es un dato que debe evaluarse con un comentario previo, dado que la suplementación como tal, no es en el momento norma nacional, y sólo se ha considerado en las normas locales de secretarías de salud de algunas capitales de Departamento.

En consecuencia es posible que las respuestas dadas por los padres y cuidadores de los niños y niñas durante el estudio, correspondan más bien a procesos de tratamiento en los programas de crecimiento y desarrollo.

**GRÁFICA 5-12
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE RECIBEN ACTUALMENTE SUPLEMENTOS DE
HIERRO**



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Se observa tanto en niños desplazados como en los de estrato 1 receptor, que la suplementación con hierro, o la terapia con hierro, la reciben el 16 y 20% de niños respectivamente. Esto indica que también es una población con alto riesgo nutricional, que no recibe protección por vía de la profilaxis (gráfica 5.12).

Estos datos, alertan sobre la urgencia de revisar las medidas de intervención, pues se confirma, después de años de investigaciones y estudios, que no mejoran la situación de anemia y su tratamiento preventivo, y por el contrario, se exagera en población de alto riesgo como los desplazados, y se hace más aguda en población históricamente pobre, como es la de estrato 1 receptor.

6 ESTADO NUTRICIONAL POR ANTROPOMETRÍA

Como se mencionó en la metodología, la antropometría es el método usado más frecuentemente para evaluar el estado nutricional de individuos y grupos de población. Es una medición de resultados que comprende varios factores, como la alimentación, el estado de salud y las modalidades generales de asistencia, por lo cual resulta muy apropiada para evaluar intervenciones, hacer seguimiento del estado nutricional de un individuo o grupo y tomar algunas decisiones de programas de nutrición para comunidades.

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos en cada uno de los grupos poblacionales. El anexo 2 incluye los cuadros de algunos de los componentes graficados en este capítulo.

6.1 NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS

En primer lugar, se hizo un análisis de los promedios peso y talla por edades para los dos grupos estudiados. El cuadro 6.1 resume esta situación.

CUADRO 6-1
PROMEDIOS DEL PESO Y LA TALLA
En niños y niñas menores de 10 años

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS		EDAD EN AÑOS				
		< 2	2 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 9
Peso (kg)	Desplazados	8.55 (0.14) [2.11]	12.61* (0.11) [1.81]	16.10 (0.13) [2.08]	20.39 (0.23) [2.83]	24.31**** (0.31) [3.82]
	Estrato 1 receptor	8.74 (0.13) [2.08]	13.19* (0.12) [1.90]	16.32 (0.16) [2.37]	19.98 (0.43) [3.31]	25.31**** (0.54) [4.43]
Talla (cm)	Desplazados	70.90 (0.55) [8.58]	89.19* (0.37) [6.03]	102.27 (0.38) [5.91]	115.30** (0.46) [6.41]	124.10** (0.53) [6.30]
	Estrato 1 receptor	71.81 (0.49) [8.36]	90.91* (0.37) [5.95]	102.95 (0.39) [5.78]	113.91** (0.43) [6.11]	126.08** (0.82) [6.92]

En niños

NIÑOS		EDAD EN AÑOS				
		< 2	2 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 9
Peso (kg)	Desplazados	8.94 (0.19) [2.14]	12.88** (0.17) [1.81]	16.50 (0.14) [2.08]	21.02* (0.31) [2.91]	24.30 (0.47) [4.03]
	Estrato 1 receptor	9.15 (0.19) [2.05]	13.50** (0.18) [2.02]	16.20 (0.22) [1.96]	19.51* (0.29) [3.05]	25.15 (0.85) [4.49]

**PROMEDIOS DEL PESO Y LA TALLA
En niños
(continuación)**

Niños		EDAD EN AÑOS				
		< 2	2 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 9
Talla (cm)	Desplazados	72.04 (0.72) [8.68]	89.68** (0.54) [6.02]	103.16 (0.49) [5.69]	116.14** (0.69) [6.83]	123.94 (0.81) [6.21]
	Estrato 1 receptor	72.99 (0.64) [8.09]	91.37** (0.58) [6.30]	102.46 (0.55) [5.60]	113.94** (0.59) [6.18]	125.18 (1.15) [6.72]

En niñas

Niñas		Edad en años				
		< 2	2 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 9
Peso (kg)	Desplazados	8.14 (0.19) [2.01]	12.34* (0.14) [1.78]	15.74** (0.21) [2.06]	19.73 (0.32) [2.70]	24.31**** (0.40) [3.63]
	Estrato 1 receptor	8.33 (0.18) [2.08]	12.88* (0.14) [1.73]	16.43** (0.23) [2.70]	20.38 (0.75) [3.54]	25.45**** (0.67) [4.41]
Talla (cm)	Desplazados	69.71 (0.81) [8.40]	88.71** (0.51) [6.04]	101.47** (0.55) [6.09]	114.40 (0.59) [5.93]	124.27** (0.69) [6.39]
	Estrato 1 receptor	70.60 (0.74) [8.62]	90.43** (0.44) [5.54]	103.37** (0.55) [5.95]	113.88 (0.61) [6.07]	126.95** (1.12) [7.08]

() Error estándar

[]: Desviación estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1 receptor

* al 1% de significancia(99% de Confianza)

** al 5% de significancia(95% de Confianza)

*** al 10% de significancia (90% de Confianza)

**** al 15% de significancia (85% de Confianza)

Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

En una apreciación de conjunto, los promedios de peso y talla de los niños y niñas menores de 10 años, son un poco inferiores en la población desplazada que en los de estrato 1 receptor. De la observación de las diferencias por subgrupos de edad, el total de desplazados de ambos sexos de 6-7 años, registran, en cambio, promedios de peso y talla un poco más altos que los de estrato 1 receptor, y las cifras son estadísticamente significativas en ambas medidas en los niños (con 90% ó más de confianza) (cuadro 6.1 y anexo 2). En los niños de 4-5 años, también el peso y la talla de los desplazados son ligeramente mayores que los de estrato 1 receptor, sin alcanzar significancia estadística, y en los de 8-9 años, las diferencias, a favor de los de estrato 1 receptor en este caso, tampoco son significativas. Esta situación en los niños, particularmente, sugiere una tendencia por edad hacia la igualación de su condición nutricional con los de estrato 1 receptor, y el fenómeno no se repite en forma similar en las niñas (cuadro 6.1).

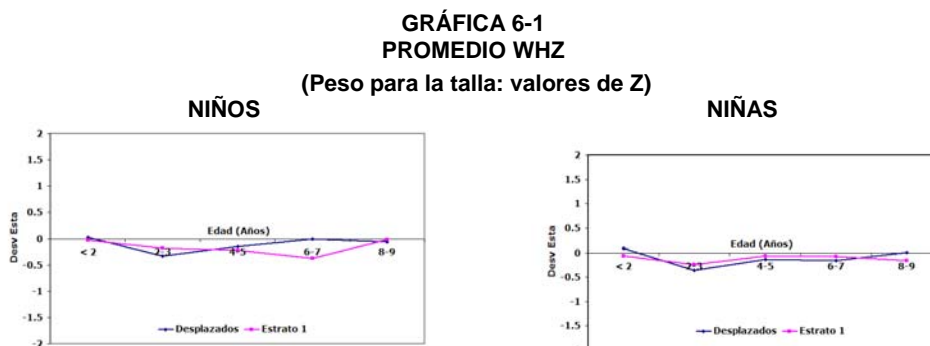
A continuación se analiza el comportamiento de los indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, por edad en las dos poblaciones.

A pesar de que el peso y talla al nacimiento se ve afectado, entre otros, por el deficiente estado nutricional materno, en general, en los primeros meses de vida, los indicadores presentan una situación de transitorio bienestar, influenciados probablemente por la lactancia materna. Con la disminución o suspensión de esta lactancia, la introducción de inadecuada alimentación complementaria, y la dieta familiar, y la aparición de las enfermedades infecciosas, se deteriora la situación nutricional, reflejada con mayor rapidez en el componente de peso, pero con mayor prolongación, en la talla. Los indicadores basados en el peso, más sensibles a las intervenciones focalizadas, inician una recuperación más temprana, y los de la talla, influenciados en forma general por las deficientes condiciones socioeconómicas, apenas tienden tardíamente a una estabilización.

Aunque en promedio, es inferior la condición de los desplazados, son más rápidas las señales de mejoramiento, probablemente por el mayor efecto inicial de tales intervenciones y ayudas.

Desnutrición Aguda

Este indicador es particularmente sensible a problemas agudos de salud, e indica cambios rápidos del estado nutricional.



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

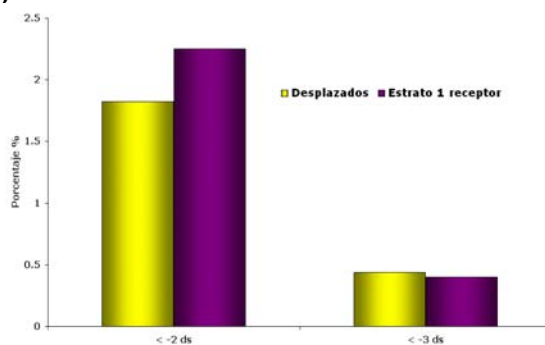
La gráfica 6.1 muestra en las dos poblaciones comparadas (desplazados y estrato 1 receptor), tanto en niños como en niñas, un arranque armónico en la curva de crecimiento (primeros 2 años de edad), reflejado en valores de Z de peso para la talla cercanos a cero. En los cuatro subgrupos, se presenta una disminución de los valores de Z a la edad de 2-3 años, más pronunciado en los desplazados. Este hecho puede estar ligado a la transición alimentaria que se da de los 6 meses en adelante, con la introducción precoz de alimentos de la dieta familiar, muchas veces inadecuados, lo cual produce un impacto negativo mientras el niño o la niña vive el proceso de adaptación. Esto se ve agravado por las condiciones de vulnerabilidad de las familias, tanto desplazadas como de estrato 1 receptor.

A partir de esa edad, en tres de los subgrupos, la excepción son los niños de estrato 1 receptor, se inicia un proceso de recuperación de la relación peso- talla, rápido hasta los 4-5 años, pero un poco por debajo del nivel de arranque. La tendencia continúa con regularidad en los niños desplazados, hasta los 6-7 años, y se mantiene el nivel ahí en adelante hasta los 9 años, en una relación muy armónica. En las niñas desplazadas se estabiliza la relación hasta los 6-7 años, y luego vuelve a mejorar hasta alcanzar el nivel de armonía de los niños a los 9 años de edad. La tendencia de las niñas de estrato 1 receptor tiene un nivel intermedio hasta los 6-7 años, y luego desciende un poco hasta los 9 años. En los niños de estrato 1 receptor, el descenso y su condición peso-talla se da hasta los 6-7 años y luego mejora rápidamente hasta el nivel armónico de los otros subgrupos.

La recuperación inicial de los tres subgrupos es consistente no sólo en el efecto esperado de los programas estructurados de complementación alimentaria, sino con la reducción de las infecciones agudas propias de la edad. Lo anterior, sumado al hecho de que la talla se afecta seriamente en condiciones socioeconómicas difíciles a través del tiempo, facilita la rápida ganancia de peso hasta llegar a una figura armónica, y en ocasiones genera exceso de peso y obesidad. Al desbalance continuado del peso para la talla de los niños de estrato 1 receptor hasta los 6-7 años, no se le ve una fluida explicación, excepto que pudieran estar afectados por las condiciones ambientales, al permitirles sus padres, quizás, mayor exposición a ciertos riesgos, lo cual podría causar retardo en el efecto de las intervenciones focalizadas; la diferencia en este comportamiento respecto a los desplazados, es estadísticamente significativa al 99% de confianza (anexo 2).

La prevalencia de desnutrición aguda de niños y niñas menores de 10 años es muy similar en desplazados y de estrato 1 receptor (1.9 y 1.7%) El déficit severo fue de 0.3% (gráfica 6.2 y cuadro 6.2).

GRÁFICA 6-2
PREVALENCIA (%) DESNUTRICIÓN AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Comentario: ANTES ESTABA LA DE 10 AÑOS

Los niños y niñas menores de cinco años desplazados y los de estrato 1 receptor presentan una tasa mayor (1.8% y 2.3%) que los reportados por la encuesta ENSIN-2005, en donde la proporción de niños y niñas, Sisben1, con deficiente peso para la talla es de 1.3%.

Es muy importante destacar que en población desplazada, a diferencia de la población de estrato 1 receptor, el porcentaje de desnutrición aguda tiende a aumentar con el incremento de la edad, lo cual puede ser reflejo del periodo de vulnerabilidad alimentaria por el cual están atravesando, que puede ocasionar un cambio rápido de peso hacia el déficit (cuadro 6.2).

**CUADRO 6-2
DISTRIBUCIÓN (%) DE NIÑOS Y NIÑA MENORES DE 10 AÑOS SEGÚN CLASIFICACIÓN
NUTRICIONAL DE PESO PARA LA TALLA**

DESAGREGACIÓN		DESNUTRICIÓN AGUDA		PESO ADECUADO PARA LA TALLA	SOBREPESO
		<-3 DS (SEVERA)	<-2 DS	>= -2 A <=2 DS	> 2 DS
Desplazados		0.31 (0.24)	1.90 (0.46)	96.63 (0.57)	1.47 (0.35)
Estrato 1 receptor		0.29 (0.20)	1.69 (0.40)	96.26 (0.59)	2.05 (0.44)
Edad (años)					
<2	Desplazados	0.13 (0.13)	1.62** (0.56)	94.76 (1.37)	3.62 (1.27)
	Estrato 1 receptor	1.03 (0.71)	4.40** (1.24)	91.73 (1.71)	3.87 (1.23)
2 - 4	Desplazados	0.63 (0.59)	1.94 (0.80)	97.20 (0.86)	0.86 (0.34)
	Estrato 1 receptor	0.00 (0.00)	0.85 (0.48)	97.89 (0.73)	1.25 (0.55)
< 5	Desplazados	0.44 (0.37)	1.82 (0.54)	96.27 (0.75)	1.91 (0.53)
	Estrato 1 receptor	0.40 (0.28)	2.25 (0.57)	95.46 (0.81)	2.28 (0.59)
5 - 9	Desplazados	0.07 (0.07)	2.04*** (0.86)	97.27 (0.88)	0.70 (0.20)
	Estrato 1 receptor	0.04 (0.04)	0.43*** (0.25)	98.05 (0.61)	1.52 (0.56)
Niños <5	Desplazados	0.91 (0.76)	2.52 (0.96)	95.16 (1.18)	2.33 (0.72)
	Estrato 1 receptor	0.79 (0.55)	2.34 (0.85)	95.61 (1.14)	2.05 (0.78)
Niños 5 -9	Desplazados	0.14 (0.14)	2.23 (1.01)	97.24 (1.03)	0.53 (0.23)
	Estrato 1 receptor	0.10 (0.10)	0.64 (0.46)	98.33 (0.71)	1.02 (0.54)
Niñas <5	Desplazados	0.00 (0.00)	1.16 (0.52)	97.32 (0.93)	1.52 (0.78)
	Estrato 1 receptor	0.00 (0.00)	2.16 (0.77)	95.31 (1.16)	2.53 (0.88)
Niñas 5 -9	Desplazados	0.00 (0.00)	1.82 (1.42)	97.30 (1.45)	0.88 (0.34)

Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país

DESAGREGACIÓN		DESNUTRICIÓN AGUDA		PESO ADECUADO PARA LA TALLA	SOBREPESO
		<-3 DS (SEVERA)	<-2 DS	>= -2 A <=2 DS	> 2 DS
	Estrato 1 receptor	0.00 (0.00)	0.25 (0.25)	97.82 (0.96)	1.94 (0.93)

() Error estándar

DS: desviación estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1 receptor

* al 1% de significancia(99% de Confianza)

** al 5% de significancia(95% de Confianza)

*** al 10% de significancia (90% de Confianza)

**** al 15% de significancia (85% de Confianza)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Por tiempo de desplazamiento, la desnutrición aguda de los niños y niñas menores de 10 años es mayor en los desplazados que tienen menos de un año de desplazamiento (3% vs 1.7%), pero las cifras tienen un alto error estándar (anexo 2).

Como se mencionó anteriormente, el indicador peso para la talla también permite examinar el comportamiento del sobrepeso, cuando se analizan los niños y niñas que se encuentran por encima de +2 ds. El menor porcentaje de exceso de peso en el grupo de desplazados frente al de estrato 1 receptor (1.5% y 2%) no es significativo.

Los resultados obtenidos, son acordes con el Estudio de Perfil Epidemiológico de Población Desplazada y Población Estrato Uno No Desplazada en Cuatro Ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena.²⁷, en donde los niveles de desnutrición aguda de los niños y niñas menores de 5 años, no presentaron diferencias significativas entre población desplazada y estrato 1 receptor, aunque presentaron un mayor nivel que en el presente estudio (3.9% de desnutrición aguda para población desplazada y 4.3 para población de estrato 1 receptor).

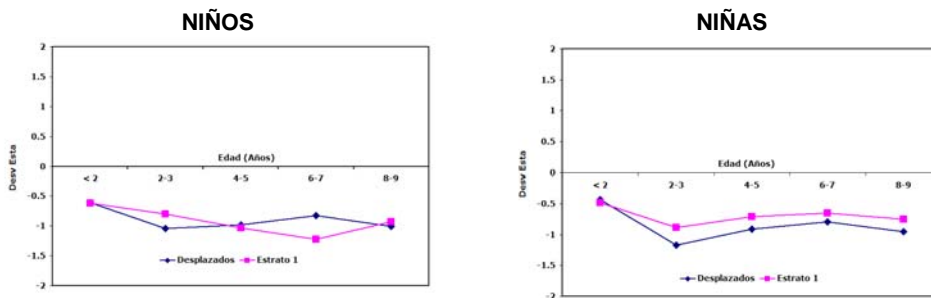
Resultados también similares se presentaron en niños y niñas desplazados de 6 a 59 meses en el Putumayo (ACH, Encuesta Nutricional Puerto Asís, Putumayo, junio 2004) en donde el porcentaje de desnutrición aguda fue de 1.4% y de desnutrición aguda severa ($z < -3$ ds), de 0.1%.

Desnutrición Global

El indicador peso para la edad representa un consolidado de los dos indicadores anteriores (crecimiento lineal y proporción corporal), por lo cual puede ser usado para el diagnóstico general de desnutrición.

²⁷ OPS / INS. Organización Panamericana de la Salud / Instituto Nacional de Salud. 2002.

GRÁFICA 6-3
PROMEDIO WAZ
(Peso para la Edad: Valores de Z)



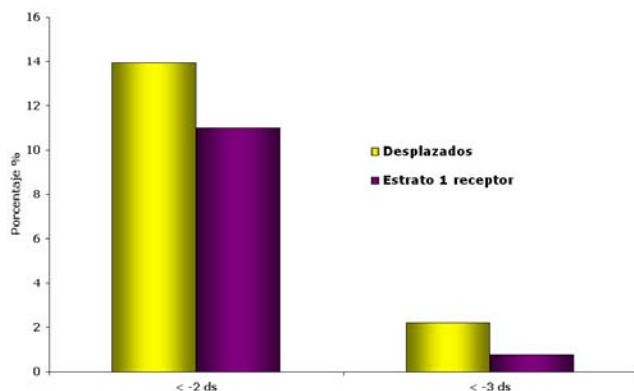
Fuente: Estudio PMA/OPS 2005.

El comportamiento de los valores de Z de la relación peso para la edad, es bastante parecida al registrado para los pesos para la talla (gráfica 6.3). Valores altos en el grupo de edad inicial (0-1 año) en desplazados y estrato 1 receptor, y en niños y niñas; reducción en todos los subgrupos a los 2-3 años, igualmente más pronunciado en los desplazados; mejoramiento en tres de los subgrupos, con la misma excepción de los niños de estrato 1 receptor, hasta los 6-7 años; continuación del deterioro de la situación de estos últimos hasta los 6-7 años y recuperación de ahí en adelante, hasta igualar los logros de los niños desplazados a los 8-9 años; y leve tendencia al descenso de las niñas de ambas poblaciones hasta los 8-9 años, pero manteniéndose la distancia entre desplazados (condición un poco inferior) y estrato 1 receptor, siendo esto último diferente a los observado en la relación peso para la talla, en la cual las niñas desplazadas llegan a los 8-9 años en condiciones un poco mejor (gráfica 6.3).

Se vuelve a evidenciar en esta relación peso-edad, la alta vulnerabilidad de niños y niñas de las dos poblaciones en los primeros años de vida.

Al igual que el indicador anterior, los niños y niñas de la población desplazada menor de 10 años presentó una desnutrición global mayor que la de estrato 1 receptor, (12.3% y 10.7), pero la diferencia no es significativa (gráfica 6.4 y cuadro 6.3).

GRÁFICA 6-4
PREVALENCIA (%) DE DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005.

Los niños y niñas menores de cinco años desplazados presentan una desnutrición global significativamente más alta (al 85% de confianza) que los de estrato 1 receptor (13.9 y 11%). A su vez, estas cifras son mayores que las de la encuesta ENSIN, en donde la proporción de niños y niñas, Sisben 1, menores de 5 años, con deficiente peso para la edad es de 10.3%.

La diferencia en desnutrición global entre desplazados y estrato 1 receptor menores de 10 años, es estadísticamente significativa (al 90% de confianza) dentro del grupo de niñas (13 y 8.3%).

A diferencia con lo observado en la presente investigación, el estudio OPS-INS en cuatro ciudades²⁸, no registró diferencias en la desnutrición global de desplazados y de población de estrato 1 receptor menores de cinco años (8.5 y 8.7% respectivamente).

²⁸ Estudio de Perfil Epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia: Montería, Soacha, Cali y Cartagena. OPS / INS. Organización Panamericana de la Salud / Instituto Nacional de Salud. 2002.

CUADRO 6-3
DISTRIBUCIÓN (%) DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS SEGÚN CLASIFICACIÓN
NUTRICIONAL DE PESO PARA LA EDAD

DESAGREGACIÓN		DESNUTRICIÓN GLOBAL		PESO ADECUADO PARA LA EDAD	SOBREPESO
		<-3 DS (SEVERA)	<-2 DS	>= -2 A <=2 DS	> 2 DS
Desplazados		1.77** (0.45)	12.33 (1.04)	86.87 (1.08)	0.79 (0.34)
Estrato 1 receptor		0.70** (0.23)	10.73 (0.98)	88.03 (1.04)	1.24 (0.40)
Edad (años)					
<2	Desplazados	2.10 (1.11)	11.37 (2.03)	85.72 (2.35)	2.91 (1.36)
	Estrato 1 receptor	1.11 (0.70)	11.60 (1.99)	86.47 (2.17)	1.94 (0.98)
2 - 4	Desplazados	2.26** (0.78)	15.51** (1.85)	84.32** (1.85)	0.18**** (0.10)
	Estrato 1 receptor	0.50** (0.21)	10.60** (1.52)	88.43** (1.59)	0.97**** (0.53)
< 5	Desplazados	2.20** 0.64	13.93**** (1.38)	84.85 (1.45)	1.22 (0.53)
	Estrato 1 receptor	0.75** 0.31	11.00**** (1.21)	87.64 (1.29)	1.36 (0.50)
5 - 9	Desplazados	1.02 (0.48)	9.49 (1.49)	90.46 (1.49)	0.04**** (0.04)
	Estrato 1 receptor	0.59 (0.26)	10.13 (1.66)	88.90 (1.75)	0.97**** (0.63)
Niños <5	Desplazados	2.82 (1.16)	12.46 (1.83)	85.35 (2.05)	2.19 (1.07)
	Estrato 1 receptor	1.17 (0.58)	12.85 (1.88)	85.62 (1.98)	1.53 (0.74)
Niños 5 -9	Desplazados	1.96 (0.93)	10.32 (1.79)	89.59 (1.79)	0.09 (0.09)
	Estrato 1 receptor	1.02 (0.49)	14.19 (2.89)	85.74 (2.89)	0.07 (0.07)
Niñas <5	Desplazados	1.61** (0.60)	15.32** (2.06)	84.38** (2.06)	0.30 (0.13)
	Estrato 1 receptor	0.31** (0.19)	9.10** (1.51)	89.72** (1.63)	1.17 (0.67)
Niñas 5 -9	Desplazados	0.00 (0.00)	8.60 (2.42)	91.40 (2.42)	0.00**** (0.00)
	Estrato 1 receptor	0.25 (0.25)	6.82 (1.86)	91.47 (2.14)	1.71**** (1.14)

() Error estándar; DS: desviación estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1 receptor

* al 1% de significancia(99% de Confianza)

** al 5% de significancia(95% de Confianza)

*** al 10% de significancia (90% de Confianza)

**** al 15% de significancia (85% de Confianza)

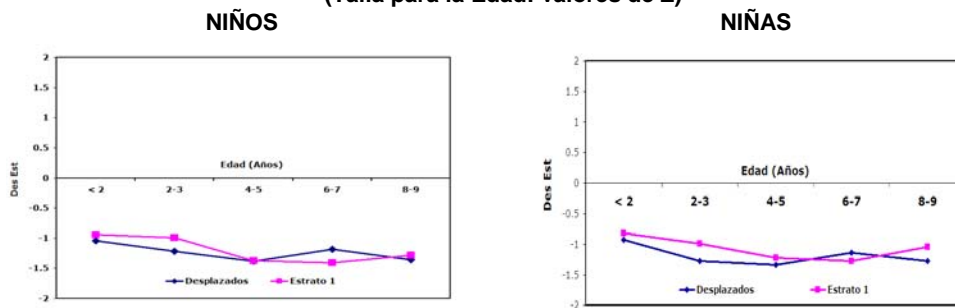
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

El tiempo de desplazamiento no produce diferencias significativas en la desnutrición global (anexo 2).

Desnutrición Crónica

El indicador **talla para la edad** refleja el crecimiento lineal y puede medir a largo plazo una disminución de dicho crecimiento. Está muy asociado a condiciones socioeconómicas de la familia y a procesos de largo plazo.

GRÁFICA 6-5
PROMEDIOS DE HAZ
(Talla para la Edad: valores de Z)

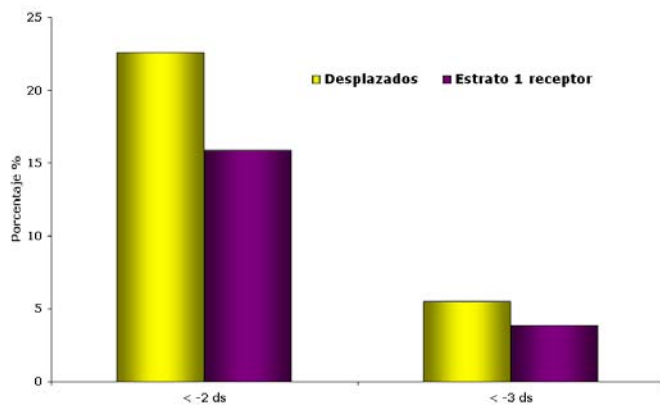


Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Los valores de Z de la talla para la edad (gráfica 6.5) muestran un retraso acumulativo en la talla de los desplazados hasta los 4-5 años, con tendencia a la estabilización en las edades siguientes de esta población. Los niños y niñas del estrato 1 receptor presentan una prolongación del deterioro hasta los 6-7 años, y leve tendencia al mejoramiento a los 8-9 años. En promedio, es inferior la relación talla-edad de los desplazados, excepto en el entrecruce a los 6-7 años, por el inicio más temprano en su recuperación. La tendencia por edad de los valores de Z de esta relación de niños y niñas, es muy similar, en las dos poblaciones.

Es alto el porcentaje de niños y niñas menores de 10 años con desnutrición crónica, tanto en desplazados como en estrato 1 receptor, (22.1% y 17.5%) y la diferencia es estadísticamente significativa con 99% de confianza. La desnutrición crónica severa (5.1% y 3.7%, respectivamente), también es más alta en desplazados (gráfica 6.6 y cuadro 6.4).

GRÁFICA 6-6
PREVALENCIA (%) DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005.

En cuanto a los niños y niñas menores de cinco años, tanto desplazados como de estrato 1 receptor, las altas tasas de desnutrición crónica (22.6% y 15.9%), son superiores a las reportadas en la Encuesta ENSIN-2005 en donde la proporción de niños y niñas Sisben 1 menores de 5 años con deficiencia de la talla para la edad es del 17.2%. La desnutrición crónica severa (<-3 ds) con tasas de 5.5% y 3.9% en desplazados y estrato 1 receptor. Estos datos reflejan no solo la desventaja socioeconómica que tienen los niños y niñas estudiados, sino la vulnerabilidad mayor que de la población desplazada.

Comentario: CAMBIAR VALORES A LOS DEL 2005

Cuando la desnutrición crónica se revisa separadamente para los niños y niñas menores de 2 y los de 2 a 4 años, se observa el efecto acumulativo del retraso en talla a medida que aumenta la edad. Es así como en la población desplazada las tasas son 18.2% y 25.2% y en la población estrato 1 receptor, 12.5% y 18.2%, siendo significativas las diferencias al 90% de confianza (cuadro 6.4).

Las tasas de desnutrición crónica son un poco más altas en niños que en niñas, en las dos poblaciones, pero en estas últimas, la diferencia entre desplazados (21%) y estrato 1 receptor (14.2%) es mucho mayor y significativa estadísticamente, con un 99% de confianza (cuadro 6.4).

CUADRO 6-4
DISTRIBUCIÓN (%) DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS SEGÚN CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL DE TALLA PARA LA EDAD

DESAGREGACIÓN		DESNUTRICIÓN CRÓNICA		TALLA ADECUADA PARA LA EDAD
		<-3 DS (SEVERA)	<-2 DS	>= -2 DS
Desplazados		5.09**** (0.66)	22.13* (1.27)	77.87* (1.27)
Estrato 1 receptor		3.73**** (0.55)	17.53* (1.18)	82.47* (1.18)
Edad (años)				
<2	Desplazados	4.31 (1.29)	18.22*** (2.44)	81.78*** (2.44)
	Estrato 1 receptor	4.21 (1.23)	12.5*** (1.98)	87.50*** (1.98)
2 - 4	Desplazados	6.19*** (1.18)	25.29** (2.14)	74.71** (2.14)
	Estrato 1 receptor	3.64*** (0.85)	18.16** (1.87)	81.84** (1.87)
< 5	Desplazados	5.48 (0.88)	22.59* (1.62)	77.41* (1.62)
	Estrato 1 receptor	3.87 (0.71)	15.9* (1.39)	84.10* (1.39)
5 - 9	Desplazados	4.41 (0.94)	21.30 (2.02)	78.70 (2.02)
	Estrato 1 receptor	3.43 (0.82)	21.17 (2.26)	78.83 (2.26)
Niños <5	Desplazados	4.67 (1.09)	23.32*** (2.34)	76.68*** (2.34)
	Estrato 1 receptor	5.55 (1.28)	18.08*** (2.13)	81.92*** (2.13)
Niños 5 -9	Desplazados	4.90 (1.16)	23.26 (2.80)	76.74 (2.80)
	Estrato 1 receptor	4.79 (1.59)	28.43 (3.82)	71.57 (3.82)
Niñas <5	Desplazados	6.23* (1.35)	21.91* (2.25)	78.09* (2.25)
	Estrato 1 receptor	2.12* (0.58)	13.60* (1.75)	86.40* (1.75)
Niñas 5 -9	Desplazados	3.89 (1.51)	19.19 (2.93)	80.81 (2.93)
	Estrato 1 receptor	2.33 (0.78)	15.39 (2.60)	84.61 (2.60)

() Error estándar

DS: desviación estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1 receptor

* al 1% de significancia(99% de Confianza)

** al 5% de significancia(95% de Confianza)

*** al 10% de significancia (90% de Confianza)

**** al 15% de significancia (85% de Confianza)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Respecto al tiempo de desplazamiento, sólo en el conjunto de niños y niñas de 5 a 9 años, es significativo el efecto de dicho tiempo. La tasa en los que llevan más de un año de desplazamiento es 10 puntos más alta (23 vs 13.3%) (anexo 2).

En el Estudio OPS/ INS del 2002²⁹ la prevalencia de desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 5 años alcanzó el 16% en los desplazados y el 12.6% en los de estrato 1 receptor. Aunque las tasas son inferiores a lo registrado por este estudio, es coherente la diferencia entre las dos poblaciones (no significativo en el estudio referenciado).

En conjunto, respecto a los tres indicadores, es posible concluir, que para población menor de 5 años, la desnutrición global de la población tanto desplazada como estrato 1 receptor, está en aumento a expensas de los problemas nutricionales crónicos, que son un acumulado histórico, el cual se exagera en la población desplazada, por cuenta de sus graves problemáticas coyunturales.

6.2 CRECIMIENTO EN JÓVENES DE 2 A 20 AÑOS

El crecimiento en adolescentes puede estar afectado por desnutrición prolongada, infecciones y enfermedades crónicas. Sin embargo, el bajo peso, o la baja estatura, en adolescentes, no solo es un indicador de desnutrición durante la niñez, sino que también puede ser un indicador acumulativo del estado nutricional durante la adolescencia. El bajo peso en adolescentes se traduce en incremento de riesgo en la salud, especialmente en mujeres, pensando en una futura gestación.

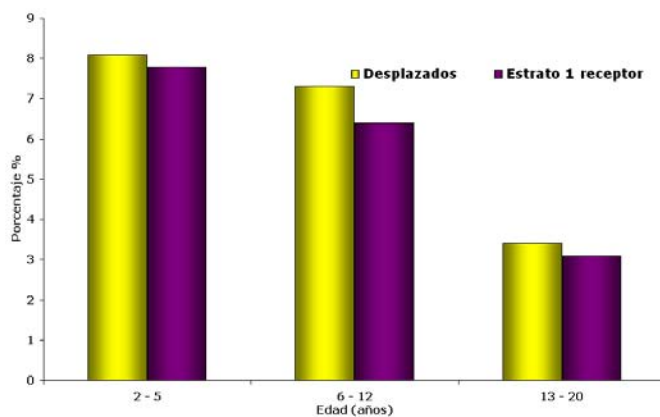
El indicador recomendado para este grupo poblacional es el Índice de Masa Corporal - IMC- (peso/talla²), según la edad. Los puntos de corte dados por el CDC (Center for Disease Control, de Atlanta, EUA), se mencionan a continuación:

- Peso deficiente: <P5 (menos de percentil 5)
- Normalidad: >=P5 y <P85 (mayor de percentil 5 y menor de percentil 85)
- Riesgo sobrepeso: >=P85 y <P95 (mayor de percentil 85 y menos de percentil 95)
- Sobrepeso: >=P95 (mayor de percentil 95)

Los parámetros están dados para población de 2 a 20 años. Sin embargo, como es un rango de edad muy amplio, se presenta la información en tres grupos de edad, 2 a 5, 6 a 12 y 13 a 20 años.

²⁹ Ibidem

GRÁFICA 6-7
PREVALENCIA (%) DE PESO DEFICIENTE EN POBLACIÓN DE 2 A 20 AÑOS



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

La gráfica 6.7 muestra mayor peso deficiente según el indicador IMC a menor edad, tanto en población desplazada como de estrato 1 receptor. Sin embargo, siempre se observa un poco más afectada la población desplazada, en todos los grupos de edad.

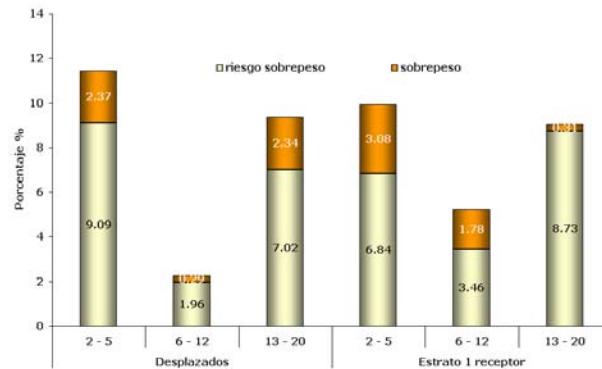
En niños y niñas menores de 10 años, la clasificación por IMC presenta un porcentaje mayor de niños y niñas con problemas nutricionales hacia el déficit que el valor Z score de peso para la talla.

Por género, en el grupo de desplazados, existe una diferencia grande entre el porcentaje de población de 12 a 20 años de bajo peso, especialmente (7.8% vs 1.4%).

En el conjunto de niños y niñas menores de 10 años, el porcentaje acumulativo de niños con sobrepeso y con riesgo de sobrepeso es de alrededor de 8%, siendo los valores similares para los desplazados y los de estrato 1 receptor. Sin embargo, este valor es menor que el estándar de referencia de crecimiento NCHS en el cual el 10% de la población cae entre el percentil 85 y 95 (sobrepeso) y otro 5% por debajo del 95% (obesidad).

El grupo de 2 a 5 años de edad es el que presenta mayores niveles de riesgo y de exceso de peso (11.5% en desplazados y 9.9% en estrato 1 receptor) (gráfica 6.8). En los adolescentes, la cifra es alrededor del 9%.

GRÁFICA 6-8
PREVALENCIA (%) DE EXCESO DE PESO SEGÚN IMC EN POBLACIÓN DE 2 A 20 AÑOS



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

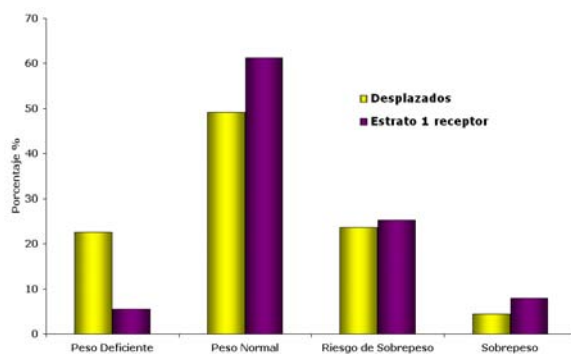
Según sexo, el exceso de peso lo tienen mayoritariamente las mujeres adolescentes (11.1% vs 3.2% en hombres). Similar es la situación de las adolescentes de estrato 1 receptor (13.6% vs 0.4% en hombres).

Por último, es importante comentar que el exceso de peso en los niños, está influenciado en forma importante por los altos índices de retraso en el crecimiento, que son acumulativos a través del tiempo.

6.3 GESTANTES

El peso de la gestante se ha asociado al peso del bebé al nacer y a su estado general de salud. Se tomó como parámetro de clasificación el IMC según edad gestacional. El análisis se realizó sin clasificación por tiempo de gestación, por el reducido tamaño de la muestra de este grupo.

GRÁFICA 6-9
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

El 23% de las mujeres embarazadas desplazadas tienen peso deficiente, frente al 5.5% de las de estrato 1 receptor, y solo la mitad presentan un peso adecuado para su edad gestacional (gráfica 6.9). Esto es un signo de alerta. El bajo peso en este grupo es un signo de riesgo en el estado de salud y nutrición del producto de la gestación. El alto porcentaje de madres de bajo peso desplazadas, puede estar reflejando el efecto de la alta proporción de adolescentes en este grupo (31.72%).

En cuanto al exceso de peso, el 28% de las madres desplazadas gestantes y el 23% de las estrato 1 receptor, presenta sobrepeso o riesgo de sobrepeso (gráfica 6.9). Esta condición también es considerada como malnutrición, y su control es muy importante, porque conlleva también problemas al momento del parto que pueden poner en riesgo la vida de la madre o del niño. Como complemento, es importante evaluar los hábitos alimentarios de los hogares, pues en la mayoría de los casos, ante la falta de recursos económicos, se recurre generalmente a alimentos económicos que sacian el hambre, pues aportan un volumen considerable de calorías.

6.4 ADULTOS

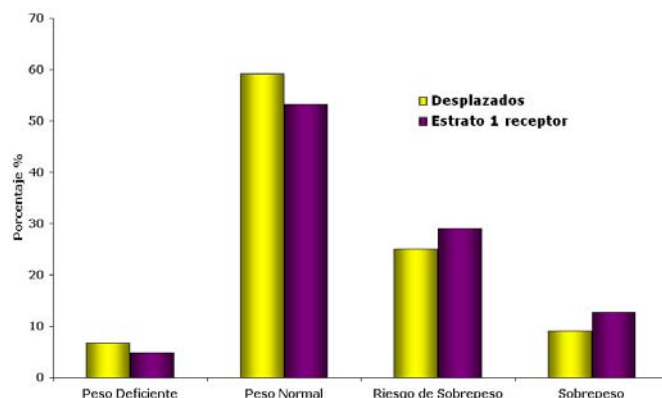
El IMC es el indicador más sensible y objetivo del estado nutricional de la población adulta. Se deriva de las medidas de peso y talla de individuos de ambos sexos, está consistentemente relacionado con el peso corporal, y es relativamente independiente de la talla. Este indicador tiene similares ventajas que el peso para la talla en niños o niñas, y refleja tanto el peso deficiente como el sobrepeso y la obesidad.

**CUADRO 6-5
CORTES DE IMC PARA ADULTOS**

IMC mayores de 20 años	IMC	
	Limite inferior	Limite Superior
Peso deficiente	9	18.49
Peso normal	18.5	24.99
Sobrepeso	25	29.99
Obesidad	30	y más

El indicador está muy relacionado al consumo de alimentos y a la prevalencia de inadecuación alimentaria en la comunidad.

**GRÁFICA 6-10
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CLASIFICACIÓN SEGÚN IMC EN ADULTOS MAYORES DE 20 AÑOS**



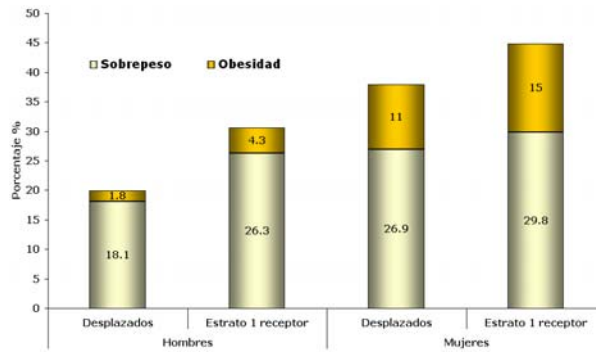
Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

La gráfica 6.10 muestra un bajo porcentaje de población mayor de 20 años con peso deficiente, tanto en desplazados como en los de estrato 1 receptor (6.7 y 4.8%).

En cambio, el sobrepeso y la obesidad, en conjunto, muestran tasas altas, siendo menores en los desplazados (34%) que en el estrato 1 receptor (42%).

Las mujeres de ambas poblaciones registran en mayor problema de sobrepeso y obesidad (gráfica 6.11).

GRÁFICA 6-11
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL EXCESO DE PESO EN ADULTOS MAYORES DE 20 AÑOS SEGÚN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Como ya se dijo, los hábitos alimentarios con base en alimentos económicos de alto volumen calórico, producen a largo plazo el otro extremo de la malnutrición, y es el exceso de peso en la población.

Por tiempo de desplazamiento, ninguna de las diferencias observadas en el IMC es estadísticamente significativa (anexo 2).

7 ALIMENTACIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS

En este acápite se presenta el componente alimentario de los niños y niñas menores de cinco años, mostrando un panorama desde la lactancia materna hasta el consumo de otros alimentos diferentes a la leche materna. El consumo de alimentos se analizó a través de dos metodologías. La frecuencia de consumo y el recordatorio de 24 horas. Es por esto que, posterior a los resultados de lactancia, se presentan los análisis de consumo, primero por frecuencia y después por recordatorio, mirando la complementariedad en la información que los dos métodos aportan. Los análisis se hacen por separado para niños y niñas de dos años y de dos a cinco años, teniendo en cuenta que en el primer grupo está incluido un aspecto alimentario de gran importancia como es la lactancia materna.

7.1 PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es considerada como el primer indicador de vulnerabilidad alimentaria familiar, dado que hasta los dos años es un paliativo para la inseguridad alimentaria de esta población, pues contrarresta la carencia de ingresos de la familia.

Por ello la última Asamblea Mundial de la Salud (OMS-2004) dirige una especial recomendación para la población vulnerable, promoviendo la lactancia materna exclusiva, que es el consumo de solo leche materna sin otro líquido, durante 6 meses y más, como el factor protector por excelencia, y la lactancia materna hasta los 2 años y más, con una suficiente y adecuada alimentación complementaria.

Niños y niñas menores de dos años que recibieron alguna vez leche materna

La práctica de la lactancia materna en la población encuestada está ampliamente difundida, pues la practican más del 98% de la población desplazada y cerca del 97% de la población de estrato 1 receptor. El resultado que es similar al encontrado en el estudio de desplazados PMA-2002. Esto quiere decir que la práctica de la lactancia materna, levemente mayor en desplazados que en familias de estrato 1 receptor, tiende a mantenerse, entre otras razones, por las precarias condiciones de esta población.

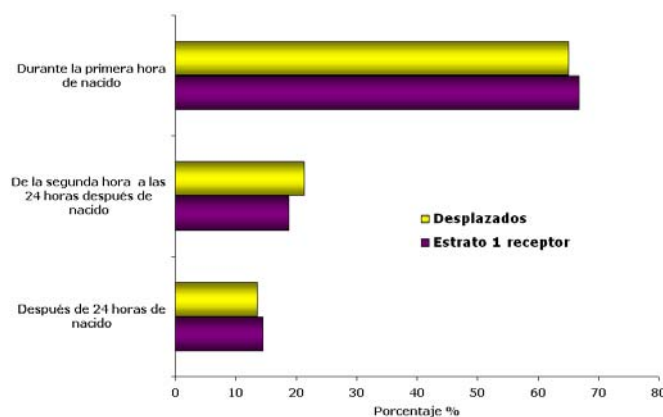
Las razones más importantes del 2% de niños y niñas que no lactan en las familias desplazadas son el rechazo por parte del niño o niña y la enfermedad de la madre, y en el 3% de las familias de estrato 1 receptor, la declaración de la madre que no le bajó leche, y el rechazo del niño o la niña.

Iniciación de la lactancia

El afianzamiento de la práctica de la lactancia materna, tiene una gran relación con el tiempo de inicio posterior al alumbramiento, se dice en las recomendaciones que se debe colocar el niño o la niña al pecho antes de los primeros 20-30 minutos³⁰ después del parto.

En las familias estudiadas, la diferencia entre población desplazada y de estrato 1 receptor es mínima, registrando los 2/3 ambas poblaciones un tiempo de iniciación de 1 hora (gráfica 7.1).

**GRÁFICA 7-1
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN TIEMPO DE INICIACIÓN DEL PECHO DESPUÉS DEL NACIMIENTO**



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

**CUADRO 7-1
TIEMPO DE INICIACIÓN DEL PECHO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	DURANTE LA PRIMERA HORA DE NACIDO	DE LA SEGUNDA HORA A LAS 24 HORAS DESPUÉS DE NACIDO	DESPUÉS DE 24 HORAS DE NACIDO
0 - 11 meses	68.05 (3.74)	14.06* (2.75)	17.89**** (3.11)
12 y mas meses	64.43 (1.96)	22.86* (1.75)	12.7**** (1.24)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

El tiempo de desplazamiento afecta la práctica de la lactancia materna. A medida que este aumenta, la iniciación precoz de la lactancia tiende a disminuir (cuadro 7.1).

³⁰ Asamblea Mundial de la Salud. 57 Asamblea.2004

Las diferencias entre población desplazada y de estrato 1 receptor, no son significativas en la duración de la lactancia. En ambas poblaciones es de un poco más de 12 meses. Tampoco son significativas las diferencias entre niños y niñas (cuadro 7.2).

Los 12 meses del tiempo total de lactancia de los bebés, están muy cerca de la mediana de duración de la lactancia materna en la población general del país, que es de 13 meses, según lo registra la ENDS 2000 de Profamilia. En el caso de la Encuesta ENSIN, el promedio de lactancia general es de 15 meses. Se debe recordar que la recomendación de lactancia general es de 24 meses.

**CUADRO 7-2
DURACIÓN DE LA LACTANCIA GENERAL (MESES), POR GENERO**

DESAGREGACIÓN	MESES (PROMEDIO)		
	NIÑAS	NIÑOS	TOTAL
Desplazados	12.30 (0.37) [7.84]	12.07 (0.38) [7.91]	12.19 (0.27) [7.87]
Estrato 1 receptor	12.06 (0.39) [8.10]	12.24 (0.41) [7.64]	12.16 (0.28) [7.87]

() Error estándar

[] Desviación estándar

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

**CUADRO 7-3
DURACIÓN DE LA LACTANCIA GENERAL (MESES) POR GENERO, SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	MESES DE DURACIÓN (PROMEDIO)		
	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
0 - 11 meses	12,28 (0,82)	11,09 (0,76)	11,67 (0,56)
12 y mas meses	12,33 (0,51)	12,60 (0,42)	12,47 (0,33)

() : Error estándar

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Según género, no hay diferencia en la duración de la lactancia general por tiempo de desplazamiento (cuadro 7.3).

La intensidad de la lactancia, medida por el número de veces que se pone al pecho en el día y en la noche, se muestra en el cuadro 7.4. En general, los bebés de familias en desplazamiento forzoso succionan más veces, ya sea porque permanecen mas con sus madres (las madres desplazadas no están en su mayoría empleadas, en tanto que las del

estrato 1 receptor trabajan en mayor proporción), o porque la aplican como mecanismo protector ante la escasez de comidas.

El grupo de edad donde se presentó mayor diferencia en el número de veces que se pone al pecho, fue el de 4 a 6 meses, donde los bebés de familias desplazadas lactan en promedio 13 veces al día vs 8 en los bebés de familias estrato 1 receptor. Esto refleja el paso traumático a la alimentación complementaria, el cual se detallará más adelante.

Tampoco hay diferencias en la duración de la lactancia entre los niños y las niñas lactados (cuadro 7.2).

El cuadro 7.4 muestra adicionalmente un comportamiento esperado, como es el número mayor de veces que se pone al pecho en el día que en la noche, en los dos grupos, pero se destaca que los desplazados maman un mayor número de veces en la noche que los de estrato 1 receptor, comportamiento que se ha asociado como un mecanismo de compensación, debido al déficit de nutrientes de la alimentación complementaria.

**CUADRO 7-4
INTENSIDAD DE LA LACTANCIA GENERAL EN 24 HORAS (N° DE VECES QUE SE PONE AL PECHO)**

DESAGREGACIÓN		EDAD (MESES)			
		0 - 3	4 - 6	7 - 12	13 - 24
DESPLAZADOS, Día y noche		12.59 (0.98) [7.80]	12.66* (1.32) [6.50]	8.49 (0.47) [5.36]	5.93 (0.81) [3.55]
ESTRATO 1 RECEPTOR, Día y noche		13.28 (1.33) [8.32]	8.41* (0.78) [4.49]	8.66 (0.50) [5.60]	6.55 (1.63) [5.43]
Día	Desplazados	8.64 (0.86) [5.54]	8.34* (0.97) [4.07]	5.32 (0.36) [4.54]	3.66 (0.57) [3.13]
	Estrato 1 receptor	9.11 (0.98) [5.69]	5.03* (0.50) [4.64]	5.57 (0.37) [4.68]	3.78 (1.01) [2.44]
Noche	Desplazados	3.95 (0.48) [3.67]	4.31**** (0.39) [2.54]	3.19 (0.20) [1.95]	2.27 (0.31) [1.73]
	Estrato 1 receptor	4.18 (0.62) [2.95]	3.38**** (0.50) [2.05]	3.09 (0.23) [2.15]	2.77 (0.67) [1.92]

() Error estándar

[] Desviación estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1 receptor

* al 1% de significancia(99% de confianza)

** al 5% de significancia(95% de confianza)

*** al 10% de significancia(90% de confianza)

**** al 15% de significancia(85% de confianza)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

**CUADRO 7-5
INTENSIDAD DE LACTANCIA: 24 HORAS**

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO		EDAD			
		0 - 3 MESES	4 - 6 MESES	7 - 12 MESES	13 - 24 MESES
0 - 11 meses, Día y noche		13.58 (2.53)	17.27 (5.53)	3.87 (0.57)	0.38 (0.20)
12 y más meses, Día y noche		11.64 (1.09)	11.57 (1.14)	3.86 (0.42)	0.70 (0.19)
Día	0 - 11 meses	8.32 (1.56)	11.54 (4.02)	3.92** (0.55)	2.72 (1.03)
	12 y más meses	8.74 (1.01)	7.90 (0.84)	5.69** (0.41)	3.75 (0.62)
Noche	0 - 11 meses	5.27 (1.52)	5.73 (1.55)	3.41 (0.34)	2.88 (0.26)
	12 y más meses	3.56 (0.44)	4.12 (0.33)	3.14 (0.23)	2.21 (0.33)

() Error estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre tiempo de desplazamiento

* al 1% de significancia(99% de confianza)

** al 5% de significancia(95% de confianza)

*** al 10% de significancia(90% de confianza)

**** al 15% de significancia(85% de confianza)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En los niños y niñas de 0 a 3 meses de edad, tiende a disminuir el número de veces que se pone al pecho según tiempo de desplazamiento (13.6 a 11.6), y ello ocurre básicamente durante la noche (5.3 a 3.6). En los niños y niñas de 4 a 6 meses de edad, la tendencia es igual, disminuye un tanto el número de veces que se pone al pecho con el tiempo de desplazamiento (17.3 a 11.6) y ello también sucede en el día (11.5 a 7.9) (cuadro 7.5).

- ***Lactancia Materna Exclusiva:***

La evaluación de la lactancia materna exclusiva es compleja; por ello se incluyeron en el formulario de recolección de información varias preguntas de control.

Se investigó para niños y niñas menores de 6 meses, y este indicador es la proporción de niños y niñas que tienen lactancia exclusiva como práctica para dos rangos de edad meses: de 0 a 3 y de 4 a 5.

CUADRO 7-6
PROPORCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS QUE TIENEN LACTANCIA EXCLUSIVA (%) Y DURACION DE LA LACTANCIA (Meses)

	Desplazados	Estrato 1 receptor
% de niños y niñas con lactancia exclusiva	18,4	17,8
Tiempo de duración de la lactancia exclusiva (o edad promedio de introducción de líquidos)	1,5	1,2
Recomendación OPS/OMS para lactancia exclusiva	6,0	6,0
Tiempo de duración de la lactancia total	12,19	12,16
Recomendación OPS/OMS para lactancia total	24,0	24,0

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

El cuadro 7.6 muestra claramente como en los niños y niñas desplazados menores de 6 meses la proporción no presenta diferencia con los de estrato 1 receptor. En ambos casos, sólo el 18% de los niños y niñas reciben lactancia materna exclusiva, durante un tiempo promedio de 1.51 meses para desplazados y 1.22 para vulnerables, a pesar de la recomendación de los programas impulsados desde hace varios años en el país, pues su práctica protege la salud y garantiza la nutrición del niño o niña menor de 6 meses. El indicador confirma la alta vulnerabilidad de los niños y niñas menores de 6 años.

CUADRO 7-7
PROPORCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS QUE TIENEN LACTANCIA EXCLUSIVA, SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO		PROPORCIÓN
0 -11 meses		34.67 (14.43)
12 y más meses		14.64 (3.82)
Edad (meses)	Tiempo de desplazamiento	
0 - 3	0 - 11 meses	48.88**** (16.50)
	12 y más meses	22.18**** (6.24)
4 - 5	0 - 11 meses	3.66 (4.11)
	12 y más meses	5.44 (2.72)

() Error estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre tiempo de desplazamiento

* al 1% de significancia(99% de confianza)

** al 5% de significancia(95% de confianza)

*** al 10% de significancia(90% de confianza)

**** al 15% de significancia(85% de confianza)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

La lactancia materna exclusiva ya mencionada, básica para la seguridad alimentaría, disminuye al aumentar el tiempo de desplazamiento, pasando de un 35% a un 15%. Según duración, el 49% de los desplazados en el último año tiene lactancia materna exclusiva durante 3 meses o menos, y el 3.7%, de 4 a 5 meses. En los desplazados de más de 12 meses, sube un poco la proporción con lactancia materna exclusiva durante 4 a 5 meses a 5.4% (cuadro 7.7).

La duración de la lactancia exclusiva o el inicio de la introducción de líquidos es, en promedio, de 1.2 meses para estrato uno receptor y 1.5 para desplazados. Se debe recordar que la recomendación de las organizaciones de la salud es de lactancia exclusiva durante seis meses. El promedio de meses de introducción de sólidos es de 2.7 en desplazados y de 3 meses en niños y niñas de estrato 1 receptor. (cuadro 7.8).

**CUADRO 7-8
EDAD DE INICIO DE ALIMENTOS SÓLIDOS O LÍQUIDOS**

DESAGREGACIÓN	MESES (PROMEDIO)	
	SÓLIDOS	LÍQUIDOS
Desplazados	2.79 (0.28) [1.50]	1.51 (0.22) [1.29]
Estrato 1 receptor	2.63 (0.31) [1.29]	1.22 (0.14) [1.16]

() Error estándar

[] Desviación estándar

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

**CUADRO 7-9
EDAD DE INICIO DE ALIMENTOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS, SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	PROMEDIO	
	SÓLIDOS	LÍQUIDOS
0 - 11 meses	3,32 (0,43)	1,29 (0,51)
12 y mas meses	2,70 (0,31)	1,55 (0,24)

() Error estándar

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

El cuadro 7.9 corrobora la información del cuadro anterior, y se observa como a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento se introducen más precozmente los sólidos, y aunque la introducción de líquidos no sufre mayor variación por el tiempo de desplazamiento, es precoz en ambos casos la introducción de alimentos diferentes a la leche materna en esta población.

Cabe resaltar para los tres aspectos analizados, como a medida que el riesgo se agudiza, por situaciones de vulnerabilidad, se acude a la lactancia materna como un comportamiento protector, para tratar de contrarrestar situaciones adversas en lo alimentario y nutricional.

7.2 FRECUENCIA DE CONSUMO

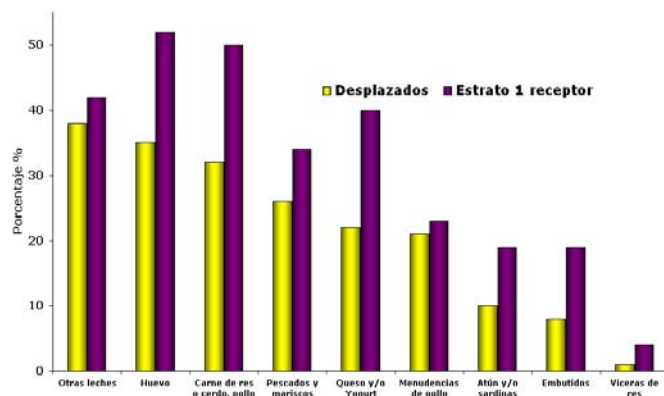
Se indagó a la madre o cuidador permanente del niño o la niña, si en los últimos 7 días anteriores a la entrevista, había consumido los alimentos especificados en la encuesta y durante cuantos días de esa semana.

7.2.1 MENORES DE DOS AÑOS

En el análisis de este grupo se puede dilucidar el patrón de inclusión de alimentos diferentes a la leche materna. El corte en los 2 años es el recomendado a nivel internacional para la lactancia materna. Por esta razón la información se clasifica según la condición de lactancia de los niños y niñas, es decir si lactan o no.

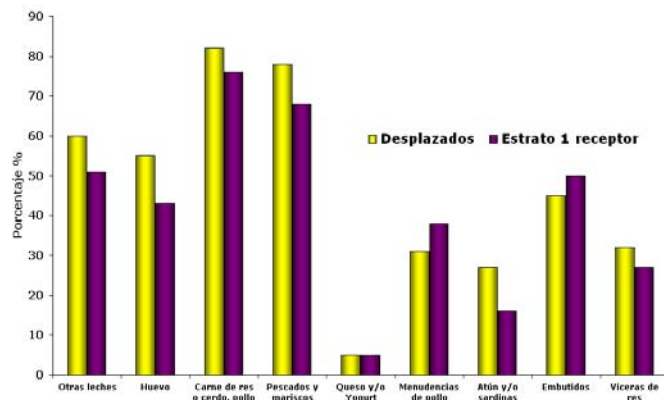
Primero se revisan los alimentos de origen proteico, teniendo en cuenta la importancia que ellos tienen en el crecimiento y salud de los niños y niñas, y después otros alimentos, de diferente tipo (frutas, verduras, granos, grasas y azúcares) dando especial importancia a proteínas de origen vegetal, vitaminas, fibra y calorías.

GRÁFICA 7-2
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE LACTAN MENORES DE DOS AÑOS QUE CONSUMIERON ALIMENTOS PROTEICOS DE ORIGEN ANIMAL, DURANTE LA ULTIMA SEMANA



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

GRÁFICA 7-3
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NO LACTAN MENORES DE DOS AÑOS QUE CONSUMIERON ALIMENTOS PROTEICOS DE ORIGEN ANIMAL, DURANTE LA ULTIMA SEMANA



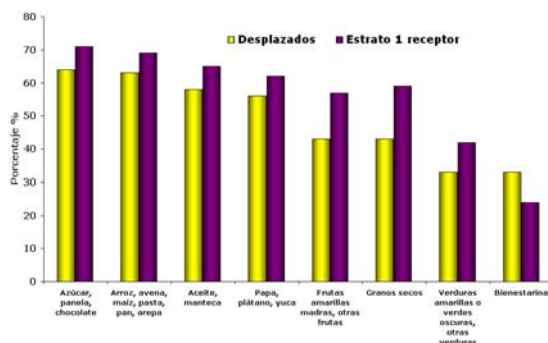
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Las gráficas 7.2 y 7.3 muestran las diferencias en el patrón de consumo de alimentos diferentes a la leche materna. En los niños y niñas que lactan, el porcentaje que consume otros alimentos es mucho más bajo que en los que no lactan. Sin embargo es importante recalcar que la leche materna adicionalmente le aporta un gran porcentaje de las proteínas que requiere para su crecimiento. El promedio de edad de este grupo es de 11.1 meses.

En los niños y niñas que no lactan, del 60 al 100% consumen leche, derivados lácteos y carnes, mientras que en los niños y niña que lactan, el porcentaje máximo de consumidores es 23%. Su promedio de edad en meses es de 15.5.

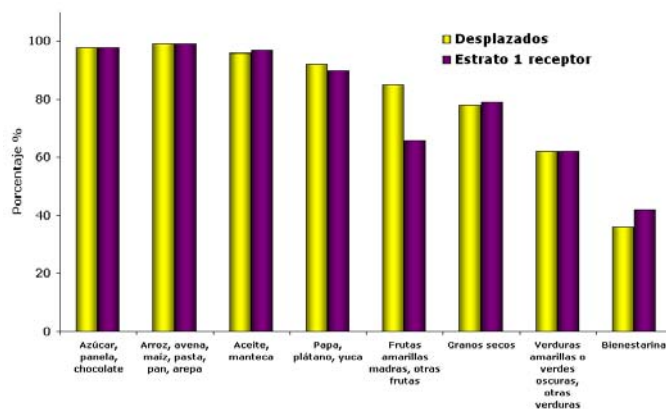
De los alimentos de origen animal, los desplazados consumen preferencialmente el huevo y carne de res, comportamiento similar a los de estrato 1 receptor, siendo mayor el porcentaje de estos últimos. Llama la atención el mediano consumo de menudencias de pollo, y el consumo más alto, tanto en desplazados como en estrato 1 receptor, de derivados lácteos, sin que se presenten diferencias entre los que lactan y no lactan.

GRÁFICA 7-4
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE LACTAN MENORES DE DOS AÑOS QUE CONSUMIERON OTROS ALIMENTOS DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

GRÁFICA 7-5
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS QUE NO LACTAN MENORES DE DOS AÑOS QUE CONSUMIERON OTROS ALIMENTOS DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Según las gráficas 7.4 y 7.5, no hay marcadas diferencias entre los que lactan y no lactan en el consumo de otros alimentos, como proteínas de origen vegetal, verduras, frutas, cereales, tubérculos, azúcares y grasas. En ambos grupos, el mayor consumo va por cuenta de los cereales y los azucares. Sin embargo, el análisis más cuantitativo establece diferencias en cantidades y aportes de alimentos entre los que lactan y no lactan, como se verá más adelante.

Por lo anterior, es importante incentivar el consumo de leche materna para alcanzar los requerimientos de energía y de macro y micronutrientes.

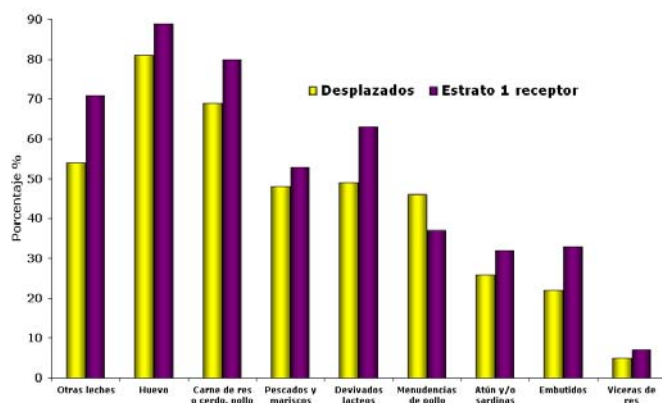
Es interesante ver como, tanto los niños y niñas desplazados como de estrato 1 receptor que lactan, reciben bienestarina, siendo mucho más alto el consumo en los desplazados. Este alimento distribuido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, está dirigido

siempre a niños y niñas mayores de seis meses. Sin embargo, la consumen probablemente todos los miembros del hogar, o al menos todos los niños y niñas, a pesar de los lineamientos de la institución, que enfatizan el consumo en los hijos mayores.

7.2.2 NIÑOS Y NIÑAS DE DOS AÑOS A CINCO AÑOS

Es interesante observar como el huevo es el alimento de origen proteico que consume el mayor porcentaje de niños y niñas en una semana. Sin embargo, a pesar del costo menor, existe de un 15% a 20% de niños y niñas que no lo consumieron en la última semana. El promedio de días por semana, en el consumo de este alimento, fue de sólo 3.2 y 3.6 días en desplazados y de estrato 1 receptor, a pesar de su bajo costo (gráfica 7.6).

**GRÁFICA 7-6
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE DOS A CUATRO AÑOS QUE CONSUMIERON ALIMENTOS PROTEICOS DE ORIGEN ANIMAL, DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA**



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

La leche es uno de los alimentos que se espera reciban el 100% de los niños y niñas, por sus grandes aportes de calcio para el crecimiento. Sin embargo, solo el 54% de los niños y niñas desplazados y el 75% de los niños y niñas de familias estrato 1 receptor (gráfico 7.6), recibieron en la última semana leche (líquida o en polvo), con un promedio de 4.8 y 5.0 días por semana, respectivamente. Los derivados lácteos son consumidos por un porcentaje menor de niños y niñas (49 a 63%) con relación a la leche, y el promedio de días consumidos es menor (2.5 vs. 3.0 días/sem.), probablemente por su mayor costo en el mercado.

Es preocupante que los alimentos proteicos que menos consumen los niños y niñas sean las vísceras de res, teniendo en cuenta los altos porcentajes de anemia, y el bajo cubrimiento de la suplementación con micronutrientes.

Los enlatados y embutidos, son después de las vísceras, los alimentos que menos consumen los niños y niñas (22% al 33%), con un promedio de 2.2 y 2.5 días por semana, en niños y niñas desplazados y de estrato 1 receptor (gráfico 7.6).

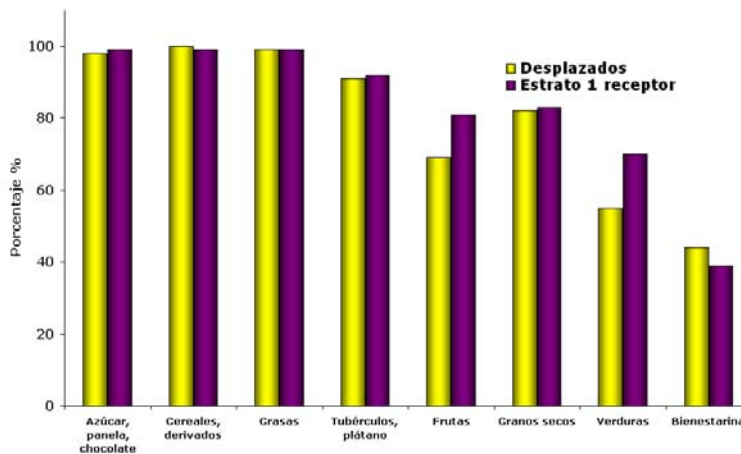
En general, todos los alimentos de origen proteico son consumidos en menor proporción por los niños y niñas menores de cinco años desplazados que por los pertenecientes a estrato 1 receptor, a excepción de las menudencias de pollo que son más consumidas en el primer grupo. Este alimento es consumido por más de la tercera parte de los niños y niñas de ambos grupos, con un promedio de dos días por semana, probablemente porque su costo es bastante bajo. Todos los porcentajes de consumo de alimentos proteicos entre niños y niñas de población desplazada y estrato 1 receptor, fueron estadísticamente diferentes, a excepción de las vísceras de res y el pescado.

Sobre otros alimentos de la dieta, el consumo de leguminosas, que aportan proteínas de origen vegetal, se observa en un poco más del 80% de niños y niñas desplazados y de estrato 1 receptor (gráfico 7.7). Por el contrario, teniendo en cuenta que el Bienestar Familiar llega a la mayor parte de lugares del país, la bienestarina solo la consumen el 44% de niños y niñas desplazados y el 39% de niños y niñas de familias en estrato 1 receptor. El promedio de días de consumo fue de 3.9 días y 4.4 días respectivamente.

Algunos de los alimentos menos consumidos por los niños y niñas son, después de la bienestarina, las verduras (55% de los niños y niñas desplazados y 70% de los estrato 1 receptor) con un promedio de 4.6 días, y las frutas (69% y 81% respectivamente) con promedios en 4.9 y 5.5 días. El consumo bajo de las verduras y algunas frutas, no se presenta por el costo de las mismas, sino más bien por los hábitos culturales que pesan más que su contenido nutricional y su precio.

Por el contrario, los alimentos que principalmente aportan calorías, como los cereales, tubérculos, azúcares y grasas, son consumidos por cerca del 100% de los niños y niñas de ambas poblaciones. Los azúcares y grasas son consumidos casi la totalidad de días a la semana (6.6 y 6.8 días).

GRÁFICA 7-7
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE DOS A CUATRO AÑOS QUE CONSUMIERON OTROS ALIMENTOS DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Las diferencias en consumo de verduras, frutas y Bienestarina, entre los niños y niñas desplazados y estrato 1 receptor, fueron estadísticamente significativas.

7.3 ASPECTOS GENERALES DE LA ALIMENTACIÓN

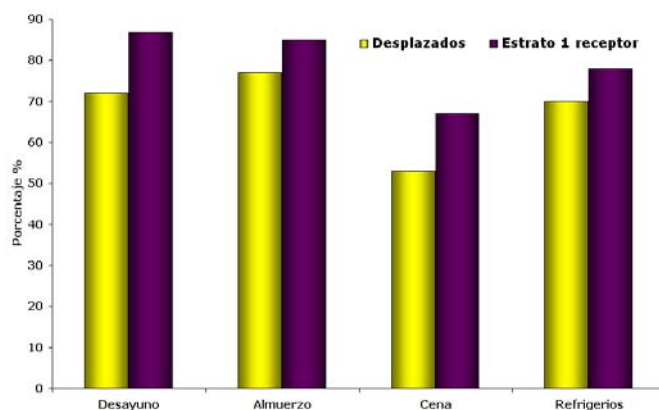
Aspectos complementarios sobre la alimentación como son el consumo de comidas principales y los alimentos de origen animal, son el objeto de esta sección.

7.3.1 CONSUMO DE LAS COMIDAS PRINCIPALES.

Se presentan inicialmente los aportes de calorías de los diferentes eventos de comida en un día, para obtener un panorama del acceso que tienen los niños y niñas menores de cinco años a las comidas principales. Para ello se analizaron los que recibieron, el día anterior, desayuno, almuerzo, comida y refrigerios.

La descripción se clasifica por edad, separando casi siempre los niños y niñas menores de un año, pues a pesar de las limitaciones del tamaño de la muestra, su alimentación está influenciada por la lactancia materna. También hay clasificación adicional por género cuando lo permiten los errores de muestreo.

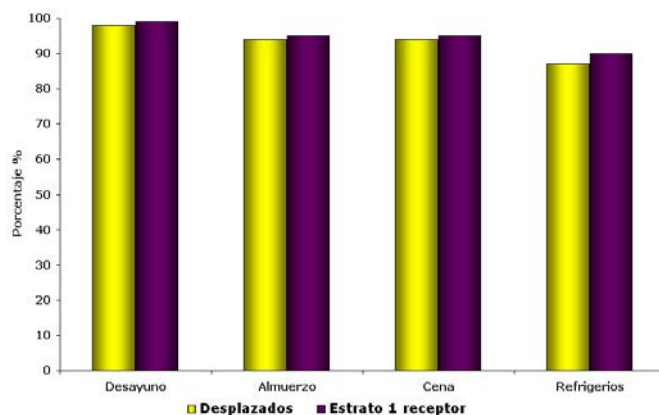
GRÁFICA 7-8
PROPORCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO QUE RECIBEN LAS COMIDAS DEL DÍA



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En todas comidas principales, es más bajo el porcentaje de menores de un año desplazados que las reciben con respecto a lo observado en el estrato 1 receptor. Es importante anotar que de las comidas principales del día, cerca de la mitad (47%) de los niños y niñas desplazados no reciben cena, el 28% no reciben desayuno y casi la cuarta parte no recibe almuerzo (23%). Por otra parte, un 30% de los niños y niñas desplazados de esta edad no reciben refrigerios (gráfica 7.8)

GRÁFICA 7-9
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 4 AÑOS QUE RECIBEN LAS COMIDAS DEL DÍA



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

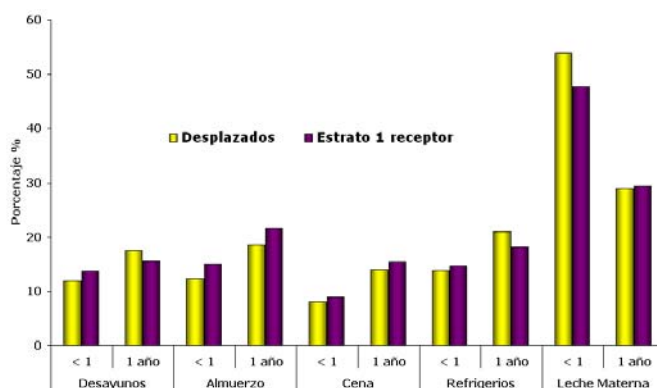
En la población de 1 a 4 años, donde la alimentación complementaria se instaure completamente y se asume la dieta familiar, el desayuno es la comida que consumen casi todos los niños y niñas, tanto desplazados como del estrato 1 receptor (98 y 99%) a pesar de

que cuando se analizan los contenidos de dichos desayunos, estos son muy pequeños o ligeros (agua de panela y pan, tinto, etc.). No obstante, el 6% de niños y niñas desplazados no consumen almuerzo o cena, y un 13% no tienen refrigerios; estos últimos, consumidos en mayor proporción que lo registrado en menores de 1 año. Es de anotar, que para estos niños y niñas un poco mayores, sigue siendo más alta la proporción de desplazados que no consumen cada una de las comidas, habiendo diferencias significativas con el estrato 1 receptor, con un 80% o más de confianza (gráfica 7.9).

7.3.2 CALORÍAS CONSUMIDAS EN CADA COMIDA

Uno de los indicadores calculados fue la distribución de calorías aportadas por alimentos diferentes a la leche materna en un día. La información se presenta separada para lactantes y para no lactantes (gráficas 7.10, 7.11)

GRÁFICA 7-10
DISTRIBUCIÓN % DE CALORÍAS APORTADAS POR CADA COMIDA, EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE LACTAN



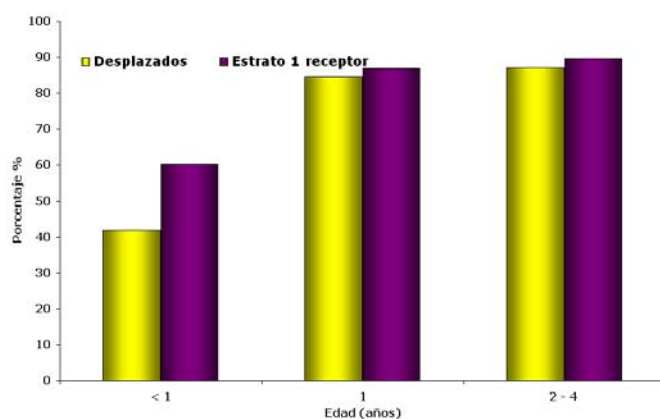
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

La gráfica 7.10 muestra para menores de 2 años el porcentaje de calorías-día aportado por cada comida principal, y por la leche materna. Tanto en desplazados como en población de estrato 1 receptor, la lactancia materna representa el mayor aporte, con una importante diferencia entre estos dos grupos. En desplazados el aporte de la lactancia es del 54% en los menores de 1 año y del 39% en los de un año. En los de estrato 1 receptor, es del 29% en las dos edades. Lo anterior lleva a dos observaciones:

- 1) La lactancia materna se constituye, no sólo para niños y niñas menores de 6 meses de lactancia exclusiva, en un factor de protección de las situaciones de desnutrición más severas que registran los niños y niñas menores de 1 año desplazados.

- 2) Al igual que lo muestra la ENDS- Profamilia 2000³¹, no se han incrementado los porcentajes de lactancia materna por encima de los 12 meses de edad, a pesar de las situaciones agudas de crisis y de vulnerabilidad alimentaria de las poblaciones.

GRÁFICA 7-11
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE RECIBEN LAS TRES COMIDAS PRINCIPALES DEL DÍA



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Otro indicador de consumo alimentario, es el porcentaje de niños y niñas que reciben las tres comidas principales (desayuno, almuerzo y comida), así no reciban refrigerios entrecomidas. Se hizo la revisión según grupos de edad, teniendo en cuenta que en los niños y niñas menores de un año no se diferencian tan claramente las comidas principales (gráfica 7.11). Sólo el 42% de los niños y niñas menores de 1 año desplazados frente al 60% de los de estrato 1 receptor, reciben las tres comidas. De nuevo, hay que tener en cuenta la lactancia materna, no contabilizada en este cálculo.

Subiendo en la edad, el 15% de los niños y niñas desplazados de un año de edad y el 13% de los de 2 a 4 años, no reciben las tres comidas, siendo la diferencia con los de estrato 1 receptor de sólo 2 puntos porcentuales.

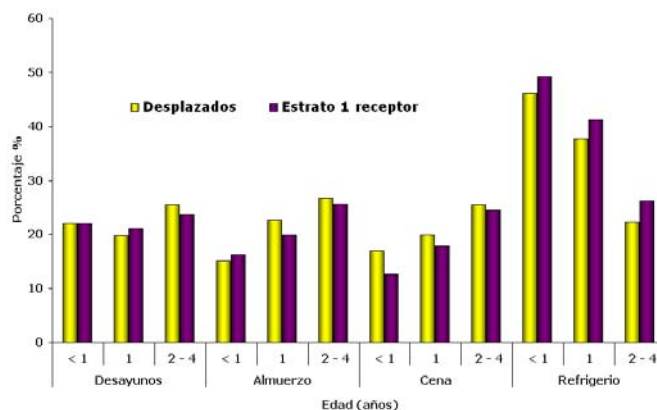
Al analizar las gráficas en conjunto, cabe reiterar, que aunque no se puede plantear que en este rango de edad, realicen todos los tiempos de comida de la dieta familiar, dado que están apenas instaurando la alimentación complementaria, es llamativo que las omisiones de alguno de los tiempos de consumo, sean mayores entre los desplazados que en los de estrato 1 receptor.

Para los niños y niñas mayores de 1 año, no hay tantas diferencias entre desplazados y del estrato 1 receptor, lo cual se confirma en la frecuencia de consumo, donde si bien son

³¹ ENDS-Profamilia 2000 y 1995. Prácticas de Lactancia que no han podido ser modificadas a pesar del Programa de Lactancia Materna instauradas en el país desde 1990

importantes las omisiones de eventos de comida en la población desplazada, lo son en igual proporción en estrato 1 receptor.

GRÁFICA 7-12
DISTRIBUCIÓN % DE CALORÍAS APORTADAS POR CADA COMIDA, EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE NO LACTAN



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En los niños y niñas que no lactan (gráfica 7-12), se observa para ambas poblaciones, el mayor porcentaje de calorías aportadas por refrigerios o entre comidas, especialmente en los niños y niñas menores de dos años, (entre 38 y 49%). Como se indicó anteriormente, el patrón de consumo de los niños y niñas pequeños no es tan ordenado en las comidas principales, especialmente cuando se está iniciando la alimentación complementaria, o se está asimilando el patrón de consumo de la familia. En los de 2 a 4 años, en ambos grupos, se observa que cada una de las tres comidas principales con la suma de los refrigerios, aportan cada una, en promedio, cerca de la cuarta parte de las calorías del día.

Según tiempo de desplazamiento, la tendencia global es a disminuir las calorías consumidas a mayor tiempo de desplazamiento, excepto para los niños y niñas mayores de 1 año, donde a expensas del almuerzo aumenta la proporción de calorías, factor que también puede deberse a que los niños y niñas de esa edad asumen la dieta familiar completa, y van dejando la complementaria, y este fenómeno no está exclusivamente asociado a los tiempos de desplazamiento.

7.3.3 CONSUMO DE ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL.

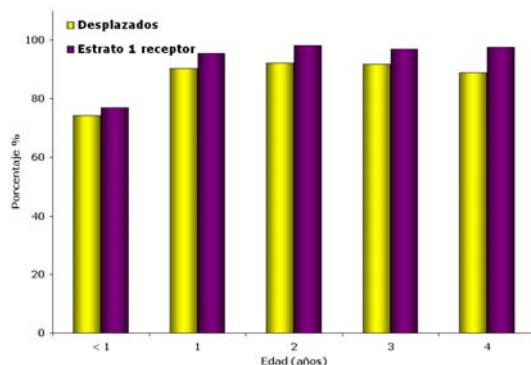
En consideración al hecho de que en la primera infancia se registra la etapa crítica de crecimiento y desarrollo, la demanda de nutrientes está íntimamente relacionada con el

consumo de alimentos fuente de nutrientes de alto valor biológico³². Por ello se establece como criterio trazador del análisis de la calidad de la dieta, la inclusión de alimentos de origen animal, en especial para el caso de proteínas, hierro, calcio y zinc.

Proporción de niños que consumen

Se analiza el porcentaje de población que consume al menos un alimento de origen animal en el día, diferente a la leche materna. Para ello, se creó una variable en la cual se clasificó cada uno de los alimentos como de origen vegetal, animal u otros, como sal, los condimentos, el azúcar y el agua. La gráfica 7.13 muestra la situación:

GRÁFICA 7-13
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE AL MENOS CONSUME ALGÚN ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL EN SU ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL DÍA



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

La tendencia por edad de la proporción de consume algún alimento de origen animal en su alimentación complementaria es incremental hasta los dos años (92.3% en desplazados), lo cual es tradicional-cultural, por su más difícil digestión y por las campañas educativas asociadas con la lactancia materna. Lo que es preocupante, es la reducción de esta proporción a partir de los 3 años, especialmente en los desplazados (88.9% a los 4 años), sugiriendo un deterioro progresivo de la calidad de la dieta con el aumento de la edad, documentado también en otros estudios³³ (gráfica 7.13)

Consumo de micronutrientes de origen animal.

El cuadro 7.10 resume la proporción de niños y niñas que consumen hierro, calcio y zinc proveniente de una fuente animal, captada en el recordatorio de 24 horas, por año de edad. En los desplazados, mientras el consumo de hierro muestra una tendencia de aumento con el incremento de la edad, pasando de 9.6% en los niños y niñas menores de 1 año, a 15.6%

³² Nelson y otros. Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del niño 1990

³³ Informe complementario al cumplimiento de los derechos del niño en Colombia. Derecho a la alimentación 2005.

en los de 4 años de edad, el consumo de calcio y zinc se reducen sistemáticamente con el aumento de edad, cambiando la proporción de consumo de calcio entre los de 0 y los de 4 años, de 68 a 42% y de zinc de 45 a 29%. El alcance de las cifras anteriores se entiende al estar plenamente demostrada la importancia metabólica de los micronutrientes provenientes de una fuente de alto valor biológico, suministrada por la dieta, por su mayor absorción³⁴.

Cabe resaltar para los niños y niñas de 1 a 4 años, la repetición de la constante observada hasta ahora respecto al mayor consumo de los tres micronutrientes por parte de la población de estrato 1 receptor, lo que indica una mejor calidad de su dieta. Esto no significa que los de este estrato tengan una buena situación en el consumo de micronutrientes de origen animal. Es gravísimo el hecho de que más del 80% de los niños y niñas de estrato 1 receptor, que son los pobres históricos, no lleguen a consumir alimentos de origen animal que sean fuentes de hierro, y que más del 35% no consumen fuentes de calcio. Se muestra a través de esta situación descrita una de las causas de los altísimos niveles de anemia observados en este estudio, en ambos grupos evaluados y en especial para caso de los desplazados se reafirman las grandes brechas en el consumo de hierro y calcio mostradas en el estudio del 2002³⁵.

CUADRO 7-10
PROPORCIÓN (%) NIÑOS Y NIÑAS QUE CONSUMIERON DE HIERRO CALCIO Y ZINC
PROVENIENTE DE UNA FUENTE ANIMAL

EDAD EN AÑOS	HIERRO		CALCIO		ZINC	
	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR
< 1	9.63 (2.6)	9.68 (1.9)	68.17 (6.1)	59.18 (5.2)	44.62 (7.6)	32.07 (4.7)
1	10.80 (1.2)	13.50 (1.1)	57.07 (2.9)	67.08 (2.6)	32.95 (2.9)	44.85 (2.3)
2	13.62 (1.2)	16.51 (1.4)	51.10 (2.8)	64.88 (2.2)	29.70 (2.1)	43.64 (2.9)
3	15.95 (1.2)	19.81 (1.6)	49.84 (3.2)	56.73 (3.1)	34.22 (2.5)	41.03 (2.5)
4	15.62 (1.3)	19.66 (1.4)	41.79 (3.1)	52.61 (2.6)	29.26 (2.0)	38.03 (2.4)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Por último, es importante destacar, para el caso del calcio, como a pesar de que en los desplazados se mantiene la lactancia materna como factor protector, por más tiempo e intensidad que en el estrato 1 receptor, la caída del aporte de calcio en general y respecto al estrato 1 receptor, después del año de edad se pueden encontrar diferencias significativas del 5 y 10% y está mostrando que los aportes de calcio por vía de la alimentación

³⁴ Nutrición y dieta. OPS/OMS 1999

³⁵ Estudio de Desplazados PMA .2002

complementaria en población desplazada es drásticamente inferior a los aportes recibidos por la población de estrato 1 receptor en los mismos rangos de edad.

7.4 RECORDATORIO DE 24 HORAS³⁶

El recordatorio de los alimentos consumidos en las últimas 24 horas fue concebido a finales de los años 30 y desarrollado en los años 40 en Europa, Estados Unidos (NHANES I, II, III) Canadá y posteriormente en México y Guatemala (INCAP). Es sin duda el método de evaluación de ingesta más ampliamente utilizado en todo el mundo, mediante Encuestas Nutricionales que se llevan a cabo para describir el consumo de la población y explicar la situación nutricional de la misma (Serra M. y Ribas B. 2000).

Se utiliza solo o combinado con otros métodos, como el cuestionario de frecuencia de consumo. Es un método sencillo y rápido, que requiere un procedimiento riguroso, y es hoy por hoy el método de elección en los estudios epidemiológicos transversales como el que nos ocupa.

Es en si mismo una valoración alimentaria mediante la cual se le pide a un individuo que recuerde todo lo que haya comido durante las 24 horas previas. Consiste en definir y cuantificar todas las comidas y bebidas ingeridas (Aranceta y Buruaga 1998).

El método de recordatorio de 24 horas, hace necesario que un individuo enumere los alimentos específicos que se consumieron en las últimas 24 horas, los cuales luego serán analizados por la persona o profesional que recaba la información.

La fiabilidad y la validez del recordatorio alimentario son aspectos importantes. La validez es el grado en el cual el método realmente refleja el consumo habitual.

El recordatorio de 24 horas:

- Proporciona una imagen global del consumo.
- Es un método rápido y relativamente fácil, si se estandariza.

Debe tenerse en cuenta en su aplicación, para optimizar la técnica, que:

- Se basa en la memoria.
- Requiere conocimientos de los tamaños de las porciones.
- Requiere destrezas para entrevistar

³⁶ En el anexo 5 se presentan las tablas de referencia utilizadas para la evaluación de ingesta.

Como se explicó en la metodología, para el desarrollo de esta técnica en el presente estudio, se hicieron varias acciones previas al operativo de campo como fueron: elaboración de manual de estandarización en recordatorio, el cual fue adaptado de la metodología proPAN; estandarización de las encuestadoras en metodología del recordatorio de 24 horas; elaboración de modelos y fotos para ayudar a las personas entrevistadas a definir mejor las cantidades consumidas; y estandarización de los pesos y medidas de los modelos y fotos.

Parámetros de referencia para el análisis

Antes de presentar los resultados es importante señalar los aspectos tenidos en cuenta para el análisis de la información y los parámetros de referencia usados

- Como el recordatorio se aplica a los niños y niñas menores de cinco años, la entrevista en todos los casos se realizó a la madre o el cuidador que hubiera preparado los alimentos del niño o la niña el día anterior y que hubiera estado presente en el momento del consumo; a esa persona se la consideró el informante clave del recordatorio de 24 horas del niño o niña seleccionado.
- En el recordatorio se le hizo énfasis a la madre para que mencionara además de todos los alimentos y comidas ingeridos, la leche materna en su recuento de comidas del niño o la niña.
- Teniendo en cuenta la importancia de la lactancia materna en los niños y niñas menores de dos años, los análisis se hicieron por separado los que lactan y los que no lactan. Se consideró como lactante aquel niño o niña que de acuerdo con su edad consume un número mínimo de veces que se pone al pecho³⁷ que hace significativo su aporte lácteo en la dieta por vía de la leche materna, a diferencia de niños y niñas con “lactancia exclusiva”, que es aquel menor de seis meses donde todo el aporte de calorías y nutrientes proviene de la leche materna.
- Se definió niño o niña que lacta de la siguiente manera (cuadro 7.11)

**CUADRO 7-11
DEFINICIÓN DE NIÑO O NIÑA QUE LACTA SEGÚN EDAD**

EDAD	DEFINICIÓN DE NIÑO QUE LACTA
0 a 3 meses	Si recibe 6 o mas veces LM en 24 horas
4 a 6 meses	Si recibe 5 o mas veces LM en 24 horas
7 a 12 meses	Si recibe 4 o mas veces LM en 24 horas
13 a 18 meses	Si recibe 3 o mas veces LM en 24 horas
19 a 24 meses	Si recibe 2 o mas veces LM en 24 horas
> 24 meses	Niño no lactante así reciba algo de leche materna

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

³⁷ Es decir cuyo consumo de Leche Materna era un mínimo significativo en Calorías y Nutrientes vs la alimentación considerada complementaria a la leche materna.

A pesar de que no existen estudios que muestren un valor promedio de veces que se pone al pecho que aporten el volumen de leche estimado que consume un niño o una niña, se decidió tomar un número de veces mínimo para llamar al niño o niña como “lactante”. Esto, teniendo en cuenta que de esta definición se asumirá una cantidad de nutrientes que aporta la leche materna para los niños y niñas lactantes, los cuales serán sumados al consumo general.

- Como es complejo saber cuanta leche ingiere un niño o niña en cada mamada, para hacer el cálculo de la ingesta de leche materna se aplicó lo sugerido en la publicación de la WHO, 1998, “Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge”, en la cual se comparan los diferentes estudios existentes para países desarrollados y en desarrollo, sobre cantidad de ingesta de leche materna en niños y niñas menores de dos años. En estos estudios se discriminan 3 categorías de ingesta de leche, bajo, promedio y alto. Las categorías corresponden a la ingesta de energía de leche materna así: bajo (media -2 ds), promedio (media) y alto (media +2 ds).
- Para este proyecto se usaron en el cálculo de la energía y nutrientes aportados por la lactancia materna, las cantidades promedio de leche ingerida reportadas por los estudios de países en desarrollo (Perú, México, Honduras, Guatemala) referenciados en el artículo mencionado en el párrafo anterior. Se tomaron los valores equivalentes a los niños y niñas que lactan parcialmente, teniendo en cuenta el bajo porcentaje de niños y niñas que recibe lactancia materna exclusiva, como se mostró en los resultados anteriores de lactancia. A continuación se presentan las cantidades tomadas como referencia (cuadro 7.12)

**CUADRO 7-12
VALORES DE REFERENCIA DE INGESTA DE LECHE MATERNA Y NUTRIENTES**

EDAD		NIÑOS Y NIÑAS				
		0-2 M	3-5 M	6-8 M	9-11 M	1 AÑO
Ingesta de leche	g/día *	617	663	660	616	549
	cc/día **	599	644	641	598	533
NUTRIENTES	Por 100 c***	Por 599 cc	Por 644 cc	Por 641 cc	Por 598 cc	Por 533 cc
Calorías	69,6	417	448	446	416	371
Proteínas	1,0	6,2	6,6	6,6	6,2	5,5
Vitamina A	64,0	383,4	412,2	410,2	382,7	341,1
Vitamina C	5,0	30,0	32,2	32,1	29,9	26,7
Hierro	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Calcio	32,2	192,9	207,4	206,4	192,6	171,6
Zinc	0,2	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9

* WHO, 1998, “Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge”. Table 7

** El ajuste a cc se hizo con la densidad de la leche materna de 1.030

*** Nutrientes reportados de leche materna por 100cc en software PROPAN.

Por último, si el niño o la niña son clasificados como “LACTANTE” a los nutrientes aportados por alimentos complementarios, se le adiciona los nutrientes aportados por la leche materna según el grupo de edad que tenga el niño o niña (según cuadro anterior). Una vez se ha hecho esta operación, se inicia el análisis estimando los promedios de calorías y nutrientes totales consumidos y el porcentaje de niños y niñas que se encuentran por debajo del requerimiento estimado.

Para definir el referente técnico con el que se analizarán los resultados del presente estudio se procedió de la siguiente manera:

- Se revisaron las recomendaciones para el país determinadas por el ICBF en 1988 y publicadas en 1990 y 2000 sin modificación alguna; en ellas se aplica como criterio base las Recomendaciones Diarias de Calorías y Nutrientes. Sin embargo, no se tomaron dichas recomendaciones debido a que están actualmente siendo modificadas. La nueva propuesta a nivel internacional está basada en el trabajo que desde hace unos años han venido realizando los siguientes grupos: Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine of the United States y el correspondiente Comité de Canadá (FNB:IOM), y el de la WHO y la FAO.
- La nueva propuesta de estos grupos, consistió en cambiar el paradigma de evitar los estados de deficiencia, determinados por la manifestación clínica, por la maximización de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida. El comité FNB:IOM propone que los valores de referencia de ingesta de energía y nutrientes se usen para múltiples propósitos, la mayoría de los cuales cae en dos amplias categorías: evaluación de la ingesta existente de nutrientes y planeación de futuras ingestas de nutrientes. Cada categoría, adicionalmente, se puede subdividir en usos para dietas individuales y en usos para dietas de grupos. Dado que un solo valor, como era el RDA, no se puede usar para todos los propósitos, se proponen cuatro valores de referencia dietética, EAR (requerimiento promedio estimado), RDA (ingesta dietaria recomendada), AI (ingesta adecuada) y UL (nivel máximo de ingesta tolerable). Estos nuevos valores se han denominado DRI en su conjunto (Dietary Referente Intakes).
- Por lo anteriormente mencionado, se decidió para el presente estudio, tomar como *referente* los valores establecidos en la propuesta que está desarrollando el ICBF para los requerimientos de calorías y nutrientes para la población colombiana, los cuales son en su mayor parte adaptados del comité FNB IOM y algunos tomados de FAO/OMS. Sin embargo es importante aclarar que esta propuesta se encuentra actualmente en revisión y se espera a más tardar en dos meses tener los resultados finales de la misma. En el anexo 2 se presenta las tablas de los datos y valores utilizados y las referencias mencionadas.

- Es importante aclarar que para el análisis específico del calcio, hasta la fecha el Instituto de Medicina de los Estados Unidos no ha definido un valor de EAR para este nutriente. Sin embargo el consenso de expertos de Australia y Nueva Zelanda estableció valores de EAR siguiendo la metodología recomendada por la FAO/OMS en 2001. Además, tuvieron en cuenta sus indicadores dentro de los que se encuentran estudios de balance, estimación factorial de los requerimientos y evaluación en los cambios de la densidad de la masa corporal y el contenido mineral del hueso. En cada grupo de población se consideraron las condiciones que determinan las necesidades de este nutriente.³⁸ Es por esto que solo para el calcio, se utilizó la referencia dada por este estudio. Los valores establecidos para grupos de edad y sexo que se retomaron son: niños y niñas de 1 a 3 años 360 mg/día y niños y niñas de 4 a 8 años 520 mg/día.
- Los análisis se hacen usando el EAR, como valor mínimo de nutrientes requerido. En los casos en los cuales no se cuenta con este valor, se toma como referencia el AI, haciendo la claridad que en este último caso la forma de analizar los resultados será diferente. Es decir, se dirá que el consumo promedio de los niños y niñas “está bien” si es igual o por encima del AI, pero si está por debajo no se podrá decir que es deficiente.
- Para energía el requerimiento es calculado en forma diferente al resto de nutrientes. Es así como se utiliza el EER (requerimiento energético estimado) que indica la medida que cubre los requerimientos del 50% de la población. En este caso no se calcula como en el caso de los macro y micronutrientes el RDA (+2 DS), pues se pretende que se cubran los requerimientos pero al mismo tiempo que no se favorezcan problemas de obesidad para la población.
- Teniendo en cuenta que en este estudio se pretende conocer y comparar las ingestas promedio de nutrientes de los grupos analizados, así como saber cuales nutrientes o energía se deberían incluir en una intervención posterior, sólo se tomó la información del recordatorio de un sólo día. Por esta razón no se estima la distribución de las ingestas en términos de percentiles sino que se calculan los promedios de consumo de nutrientes y se analiza el porcentaje de niños y niñas que se encuentran por debajo del EAR o EER (para el caso de la energía).

Se presentan enseguida los resultados obtenidos por esta metodología, diferenciados en dos grupos de edad: niños y niñas menores de dos años y niños y niñas mayores de dos años. En primer lugar se presentan los promedios del consumo de cada uno de los nutrientes y posteriormente el porcentaje de niños y niñas que se encuentran por debajo de los requerimientos tomados como parámetros.

³⁸ Commonwealth department of health and ageing, Australia. Mistry of Health New Zealand, National Health and Medical Research council. Nutrient Values for Australia and New Zealand including Recommended Dietary Intakes. P.163 –168. 2005. copy righth

7.4.1 CONSUMO GENERAL DE CALORÍAS Y NUTRIENTES:

7.4.1.1 Niños y Niñas Menores de dos Años

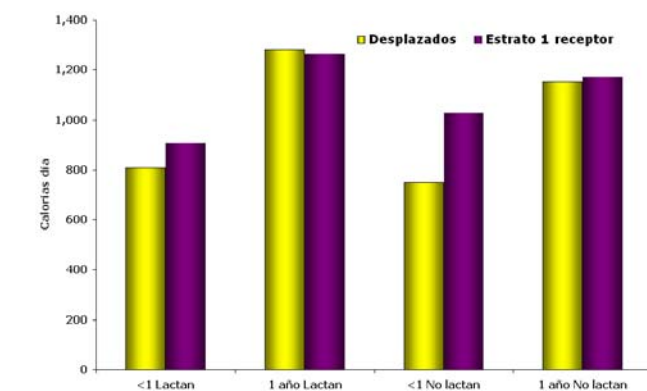
Uno de los factores claves para la sobrevivencia del niño o la niña en la primera infancia es el consumo de calorías. Asegurar tal consumo es una prioridad y una obligación de los responsables del bienestar de esta población³⁹.

A la luz de los resultados observados sobre la práctica de la lactancia materna en los grupos de población estudiados, es importante la distinción del análisis entre lactantes y no lactantes, como una estrategia de alerta de la fragilidad de una población. La población desplazada es una población doblemente vulnerable por la muy baja proporción de niños y niñas con lactancia exclusiva, situación que no se ve mejor para la población de estrato 1 receptor. Por otra parte, la población general del país no presenta mayores cambios en un lapso de 15 años⁴⁰.

Los resultados siguientes, aunque tienen un incremento promedio de nutrientes aportados por la leche materna (como se indicó en la metodología), varían dependiendo de la ingesta vía alimentación complementaria, la cual es en general bastante precoz, tanto en desplazados como en población de estrato 1 receptor.

La gráfica 7.14 muestra claramente como los niños y niñas desplazados menores de dos años tienden a unificar sus consumos de calorías a medida que el niño o la niña crecen, y a incrementar su dependencia de la alimentación no láctea. También se observa en los desplazados que los lactantes presentan mayor ingesta calórica que los no lactantes.

GRÁFICA 7-14
CONSUMO PROMEDIO DE CALORÍAS DÍA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE LACTAN Y NO LACTAN



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

³⁹ OMS. 54 Asamblea Mundial de la Salud.

⁴⁰ ENDS – Profamilia 1990, 1995, 2000

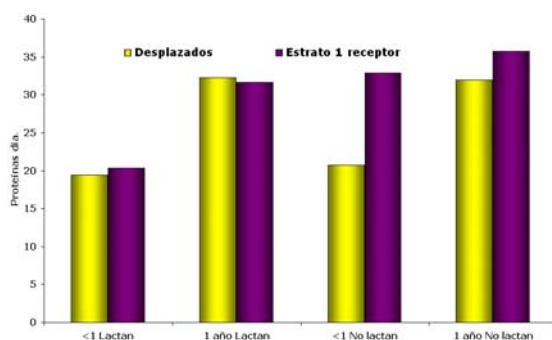
Las diferencias en consumo de calorías entre desplazados y población estrato 1 receptor, son más agudas que para otros componentes del estudio. Los niños y niñas lactados de estrato 1 receptor consumen más calorías que los desplazados. Sin embargo, cuando se examinan los niños y niñas no lactados, las diferencias son mayores entre las dos poblaciones, llegando a ser hasta de 400 calorías en niños y niñas menores de un año, una diferencia calórica que para niños y niñas tan pequeños puede implicar la sobrevivencia o la muerte. Las diferencias se van disminuyendo, con el aumento de la edad hasta los 24 meses de vida.

En el consumo de proteínas (gráfica 7.15) se mantiene la tendencia descrita para las calorías, siendo mayor el consumo tanto en niños y niñas de estrato 1 receptor lactados como no lactados que para los desplazados, con el agravante que para los niños y niñas no lactados la diferencia de proteínas consumidas entre estrato 1 receptor y desplazados es de más de 10 gramos.

Al analizar entre niños y niñas lactados las diferencias entre desplazados y estrato 1 receptor, estas no son tan grandes, al punto de que la gráfica 7.15 muestra que los niños y niñas lactados de la población desplazada, presentan ingestas mayores de proteínas que los niños y niñas lactados de estrato 1 receptor. Cabe aclarar que las diferencias están basadas fundamentalmente en la alimentación proveniente de fuentes diferentes a la Leche Materna, aspecto que aunque parezca favorable en términos de valores absolutos, hace dudar en cambio de la situación de los desplazados.

En varios estudios realizados con esta población por la Universidad Nacional⁴¹, se muestra como se afectan los consumos de proteína de los niños y niñas lactados de la población desplazada, debido al aumento del consumo de leches de fórmula donadas a esta población, y al incremento del consumo de las bienestarina por vía de las ayudas institucionales, afectando por otra parte el mantenimiento en esta población de la lactancia exclusiva. .

GRÁFICA 7-15
CONSUMO PROMEDIO DE PROTEÍNAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE LACTAN Y NO LACTAN



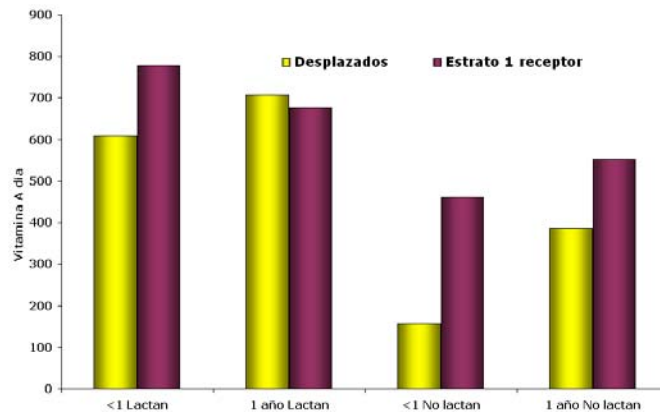
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

⁴¹ Millán y Ochoa. 2000 y Acevedo y Estupiñán 2005 UNAL : Trabajos de grado Unidades Móviles ICBF

Aunque el consumo de Vitamina A de los niños y niñas lactados de los dos grupos es mayor que el de no lactados, como era de esperarse, por los aportes de leche materna, se encuentra una gran diferencia entre los niños y niñas desplazados y de estrato 1 receptor (gráfica 7.16). Para estos últimos, es mucho mayor el consumo de Vitamina A, por vía de la alimentación complementaria, tanto en lactados como en no lactados, manteniéndose la constante de ser este grupo de edad el más vulnerable entre los vulnerables.

En los niños y niñas lactados hacia los 24 meses de edad, vuelve a verse como se aproximan los consumos, pero en los no lactados se mantiene la diferencia en más de 150 mcg de vitamina A.

GRÁFICA 7-16
CONSUMO PROMEDIO DE VITAMINA A EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE LACTAN Y NO LACTAN

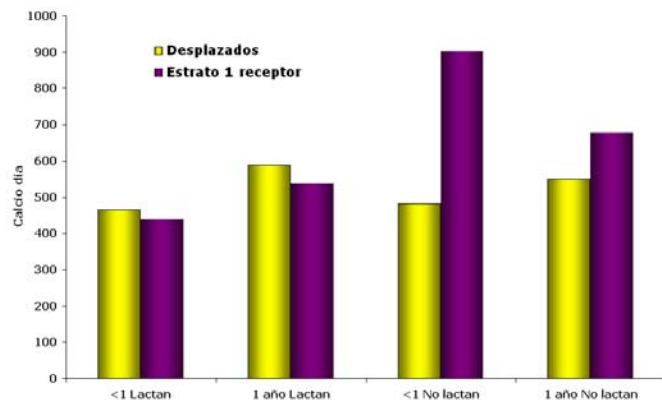


FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Las diferencias en el consumo promedio de calcio entre niños y niñas no lactantes desplazados y de estrato 1 receptor, se acercan a los 500 mg (gráfica 7.17). Si la población de estrato 1 receptor tiene bajo consumo, es extremadamente reducido el calcio consumido por la población desplazada a expensas de la alimentación complementaria y proviene de manera mínima de consumos que decrecen por vía de la leche materna, la cual es cada vez menos representativa a medida que el niño y la niña crece.

En el caso de los niños y niñas lactantes, para ambos grupos el consumo de calcio es inferior al de los niños y niñas no lactantes (gráfica 7.17).

GRÁFICA 7-17
CONSUMO PROMEDIO DE CALCIO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE LACTAN Y NO LACTAN

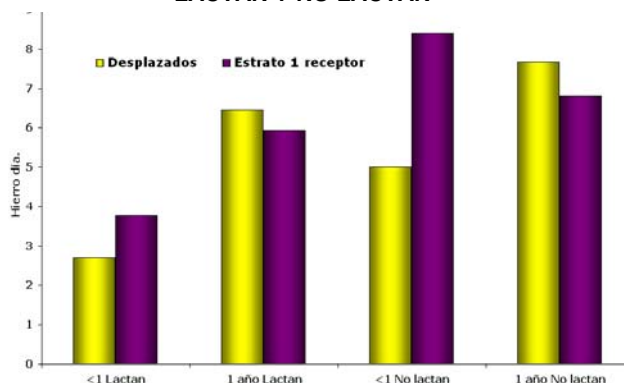


FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

El hierro, tanto para niños y niñas lactados como no lactados, la población de estrato 1 receptor tiene mayores consumos que la población desplazada (gráfica 7.18). Cabe anotar que las diferencias en el consumo promedio entre niños y niñas no lactados y lactados son significativas, a favor de los primeros. Además, reitera la brecha entre estrato 1 receptor y desplazados, muy por debajo en estos últimos.

Los aportes de consumos mayores, sin decir que sean adecuados, en niños y niñas no lactados y de estrato 1 receptor, tienen que ver con la alimentación complementaria, dado que la leche materna en si misma no es fuente de hierro, y en que es por ello muy crítico el periodo de instauración de la complementaria en los niños y niñas lactados, observándose en desplazados diferencias para niños y niñas no lactados de 4 mg en no lactados y demás de 1,5 mg en niños y niñas lactados.

GRÁFICA 7-18
CONSUMO PROMEDIO DE HIERRO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE LACTAN Y NO LACTAN

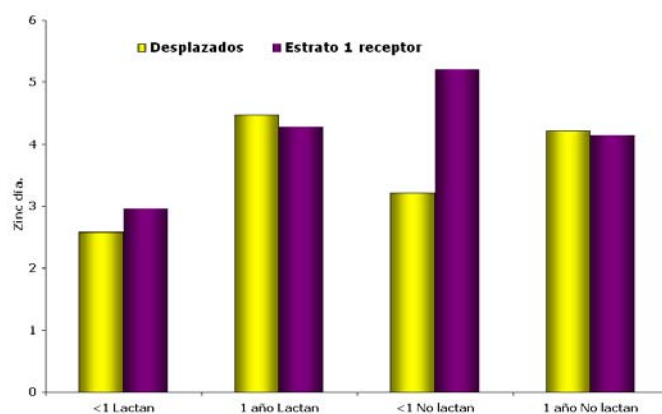


FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

El zinc, aunque es de gran importancia para la nutrición y metabolismo infantil, sólo hasta hace muy poco tiempo se ha comenzado a evaluar su consumo en la ingesta de la población sea esta población general o población en situaciones de vulnerabilidad como los desplazados.

Para el caso que nos ocupa, la gráfica 7.19 es clara al mostrar como en lactados y no lactados, la población desplazada tiene menores consumos que la de estrato 1 receptor, siendo poco significativas las diferencias en los lactados, y muy notable en los no lactados. El zinc no es la excepción por el hecho de que la diferencia en el consumo de los dos grupos es notable en los dos rangos de edad analizados.

GRÁFICA 7-19
CONSUMO PROMEDIO DE ZINC EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE LACTAN Y NO LACTAN



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

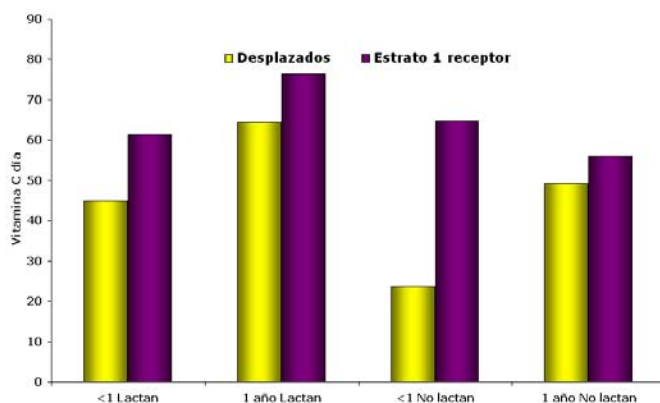
La población Colombiana no ha presentado déficit de Vitamina C.⁴² Sin embargo, la situación de las poblaciones cubiertas por este estudio está muy por debajo de ese promedio. Al mirar el caso de niños y niñas desplazados su consumo de vitamina C es muy inferior a la de los de estrato 1 receptor, que sin ser adecuado, no es tan bajo (gráfica 7.20).

Por otra parte, con excepción de los no lactantes del estrato 1 receptor, que reducen su consumo hasta la edad de 1 año, los desplazados lactantes y no lactantes, registran un progresivo aumento en el consumo de este nutriente, con el incremento de la edad, situación muy diferente respecto a los demás micronutrientes, hasta los 3 años. Al año de edad los lactantes de ambos grupos presentan un mayor nivel de consumo de esta vitamina C, confirmándose que en el hábito de la población Colombiana la Vitamina C, es uno de los micronutrientes, que aunque puede estar baja por la falta de Consumo de frutas es aportada por alimentos base de la dieta como la papa.⁴³

⁴² Estudio Nacional de Nutrición 1977-1980. INS Colombia.

⁴³ Guías Alimentarias de la Población Colombiana. Documento Técnico ICBF 2000.

GRÁFICA 7-20
CONSUMO PROMEDIO DE VITAMINA C EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE LACTAN Y NO LACTAN



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

❑ *Análisis por tiempo de desplazamiento:*

Al introducir el análisis por tiempo de desplazamiento los comportamientos se particularizan para cada grupo de edad. Por ejemplo, en los niños y niñas menores de dos años están altamente influenciados por la práctica de la Lactancia Materna.

La situación en los niños y niñas entre los menores de 12 meses tanto para los lactados como para los no lactados, la mayoría de los consumos disminuyen con el tiempo de desplazamiento, siendo en este periodo crítica la situación de deterioro de los consumos de calorías y nutrientes para los niños y niñas, a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento

Para el grupo de niños y niñas menores de 24 meses el comportamiento tanto para los *lactados* como para los *no lactados*, es igual y a medida que los tiempos de desplazamiento aumentan, los consumos tienden a aumentar, en la mayoría de los nutrientes analizados.

Al igual que en los análisis anteriores, se ratifica, que no importa la variable que se utilice, por nutriente, por calorías, por lactancia y no lactancia o por tiempo de desplazamiento, la etapa de edad más crítica en lo alimentario y nutricional corresponde a los menores de 12 meses que corresponde a la etapa de instauración de la alimentación complementaria, cuando se asume la dieta familiar la situación, por lo menos de consumo efectivo de calorías y nutrientes mejora (cuadro 7.13).

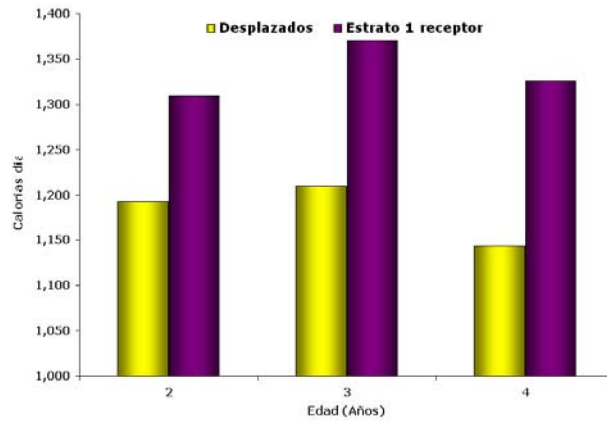
CUADRO 7-13
CONSUMO PROMEDIO POR TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

GRUPO DE EDAD		CALORÍAS	PROTEÍNAS	VITAMINA A	VITAMINA C	HIERRO	CALCIO	ZINC
0 -11 meses de desplazamiento								
< 1 año	No lacta	744.12 (350.5)	21.91 (11.5)	74.37 (23.2)	14.56 (3.7)	5.07 (1.3)	318.49 (130.3)	2.23 (0.6)
	Si lacta	912.40 (289.1)	24.90 (13.8)	664.02 (204.6)	42.93 (5.6)	4.07 (2.8)	676.99 (369.8)	3.01 (1.3)
1 año	No lacta	1,026.84 (104.9)	28.76 (4.2)	329.71 (67.8)	43.35 (7.2)	8.76 (1.5)	613.87 (138.8)	4.80 (0.9)
	Si lacta	1,141.44 (159.3)	26.29 (3.0)	502.22 (48.7)	47.21 (7.1)	5.51 (1.2)	437.89 (74.2)	4.04 (0.6)
12 meses y más de desplazamiento								
< 1 año	No lacta	724.24 (194.0)	19.63 (4.9)	190.63 (42.0)	28.55 (6.4)	6.44 (2.1)	526.32 (175.7)	3.98 (1.4)
	Si lacta	664.89 (35.3)	13.73 (1.1)	481.96 (18.4)	42.73 (2.8)	1.44 (0.2)	311.97 (23.7)	2.01 (0.2)
1 año	No lacta	1,149.58 (79.6)	32.49 (2.7)	364.64 (45.7)	58.32 (9.5)	7.20 (0.8)	522.51 (75.6)	4.08 (0.4)
	Si lacta	1,564.29 (183.6)	38.44 (4.7)	972.54 (201.8)	83.60 (9.2)	8.03 (1.4)	745.24 (129.2)	5.28 (0.7)

7.4.1.2 Niños y niñas de 2 a 4 años

En el grupo de niños y niñas de 2 a 4 años (gráfica 7.21), se evidencian diferencias en el consumo de calorías entre los de estrato 1 receptor y los desplazados. Los de estrato 1 receptor tienen mejores consumos de calorías, manteniéndose una diferencia promedio entre unos y otros de aproximadamente 200 calorías /día. *Se insiste no obstante, que ello no quiere decir que los niños y niñas de estrato 1 receptor tengan consumos adecuados de calorías, aspecto que se evidenciará más adelante en el análisis con respecto a los EER.*

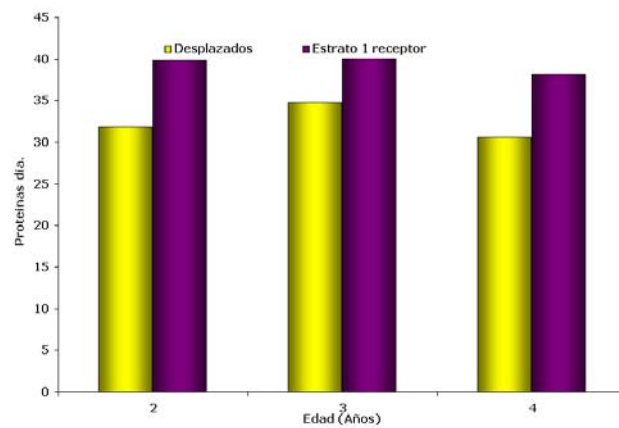
GRÁFICA 7-21
CONSUMO PROMEDIO DE CALORÍAS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Hacia los 24 meses de edad (gráfica 7.22), al igual que se destacó para las calorías, se observa como las diferencias en el consumo de proteínas entre los niños y niñas de los dos grupos es casi de 10 gramos de proteína. Lo que nos confirma no solamente las diferencias en la calidad de la dieta de los dos grupos, sino en la cantidad de los macro nutrientes reflejados antes en las diferencias tan importantes en los aportes de calorías y proteínas.

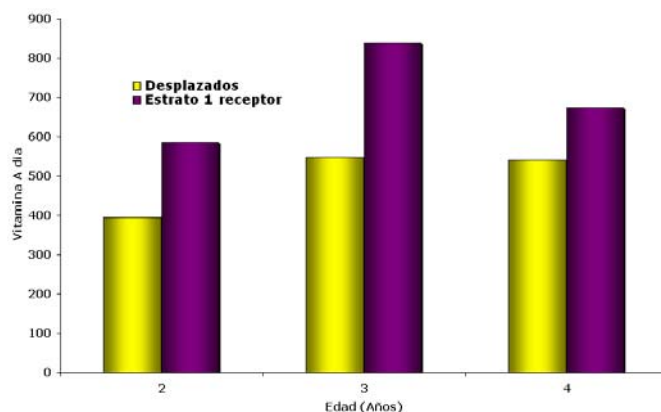
GRÁFICA 7-22
CONSUMO PROMEDIO DE PROTEÍNAS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En el caso del consumo promedio de vitamina A, en los niños y niñas de 2 a 4 años (gráfica 7.23), se presenta un importante diferencial entre los dos grupos poblacionales, siendo un 50% más altos en el grupo de estrato 1 receptor frente al grupo de desplazados. .

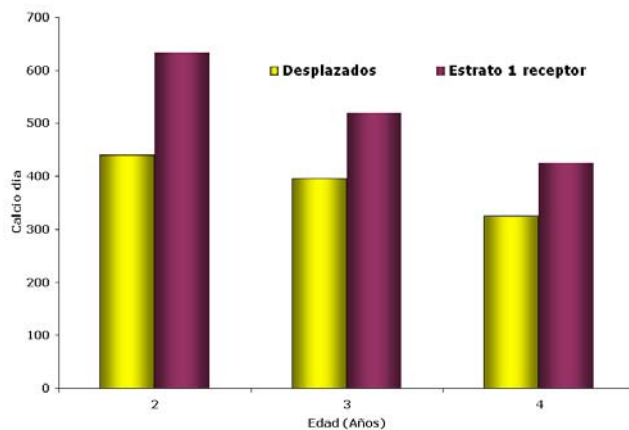
GRÁFICA 7-23
CONSUMO PROMEDIO DE VITAMINA A EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

La gráfica 7.24 muestra los consumos promedio de calcio de los niños y niñas de 2 a 4 años mostrando como para los dos grupos, estrato 1 receptor y desplazados, los consumos promedio de este importante micro nutriente, caen dramáticamente a medida que avanza la edad del niño o la niña, siendo siempre mayor el consumo de población estrato 1 receptor.

GRÁFICA 7-24
CONSUMO PROMEDIO DE CALCIO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS

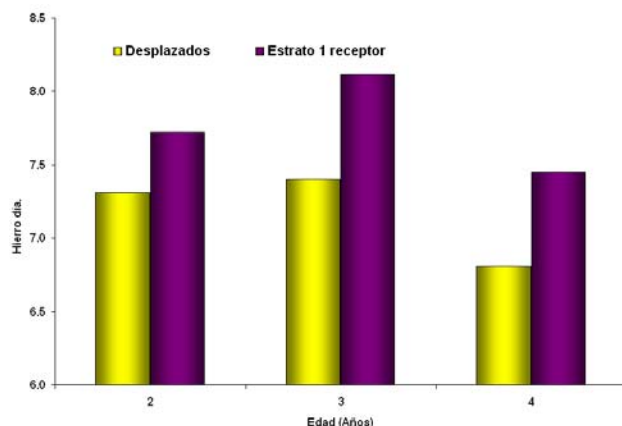


FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

La gráfica 7.25 muestra el consumo promedio de hierro de los niños y niñas de 2 a 4 años, a pesar de que en los niños y niñas menores de 2 años (gráfica 7.18) las diferencias en los consumos de hierro, para lactados y no lactados se aproxima a cero, en los de 2 a 4 años, las diferencias se marcan y los niños y niñas desplazados tienen consumos muy por debajo de los niños y niñas de estrato 1 receptor, con diferencias que alcanzan hasta los 8

mg, aumentando su vulnerabilidad a las deficiencia de hierro y mostrando clara correlación con los dramáticos resultados de anemia documentados por este estudio.

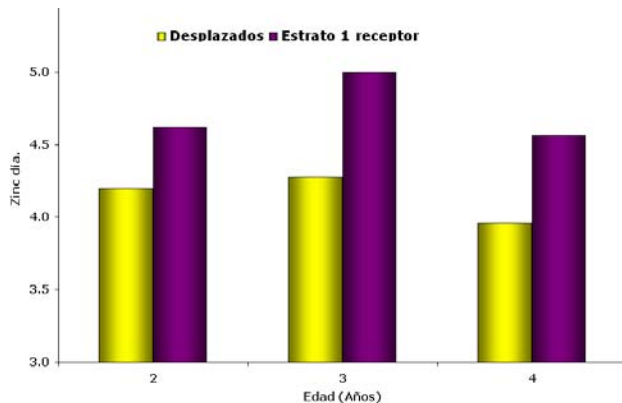
GRÁFICA 7-25
CONSUMO PROMEDIO DE HIERRO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En los niños y niñas de 2 a 4 años, el consumo de zinc vuelve a diferenciarse significativamente entre desplazados y estrato 1 receptor. Al igual que para los a los otros nutrientes las diferencias en el consumo del zinc se mantiene entre los dos grupos, pero en ambos el consumo registra su más alto nivel a los 3 años de edad, y disminuye a mayor edad (gráfica 7.26).

GRÁFICA 7-26
CONSUMO PROMEDIO DE ZINC EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS



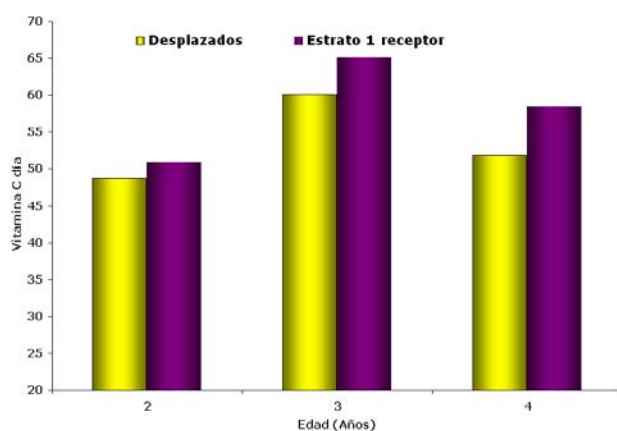
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Al conectar el anterior análisis, con el comportamiento que muestra la gráfica 7.27 para vitamina C se observa como la tendencia a disminuir las diferencias entre los consumos de en niños y niñas mayores de 2 años entre población desplazada y de Estrato 1 receptor, regresa a la tendencia de que los niños y niñas desplazados tienen consumos inferiores que

los niños y niñas de Estrato 1 receptor; sin embargo cabe destacar que las diferencias no son tan notables como las que se registraron para los micronutrientes analizados en los acápite anteriores.

Respecto a la Vitamina C, se mantiene el menor consumo en desplazados, aunque se ha reducido la distancia con el Estrato 1 receptor, y en ambos grupos se observa una tendencia descendente en el consumo a partir de los 3 años (gráfica 7.27).

GRÁFICA 7-27
CONSUMO PROMEDIO DE VITAMINA C EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

□ **Análisis por tiempo de desplazamiento:**

De la misma manera que para los niños y niñas menores de 2 años, para cada uno de los siguientes años de edad: hay variaciones que se detectan al introducir la variable de tiempo de desplazamiento. Dado que la lactancia materna ya no es un factor diferencial, donde se observan aspectos no recurrentes es en los niños y niñas entre 2 y 3 años, pues a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento, la mayoría de los consumos disminuyen tanto de calorías como de nutrientes, en tanto que para los niños y niñas mayores de 3 años, a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento los consumos aumentan.

La mayor parte de los niños y niñas hacen el destete total a los 2 años siendo este un periodo crítico que se afecta más en los niños y niñas a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento al igual que sucede, frente al aumento del tiempo de desplazamiento en el periodo de 6 meses a 11 meses tiempo en que se instaura la alimentación complementaria y el niño y la niña transitan a la alimentación familiar (cuadro 7.14).

**CUADRO 7-14
CONSUMO PROMEDIO DE MICRONUTRIENTES EN DESPLAZADOS DE 2 A 4 AÑOS**

GRUPO DE EDAD	CALORÍAS	PROTEÍNAS	VITAMINA A	VITAMINA C	HIERRO	CALCIO	ZINC
0 -11 meses de desplazamiento							
2 años	1.246,26 (88,7)	32,34 (3,6)	339,10 (64,6)	60,67 (9,5)	8,01 (0,9)	460,01 (105,8)	4,83 (0,6)
3 años	1.017,95 (91,1)	28,47 (2,8)	382,64 (113,2)	59,30 (22,7)	6,22 (1,1)	216,05 (28,0)	3,89 (0,4)
4 años	981,57 (83,5)	22,80 (2,3)	386,71 (111,1)	49,51 (10,4)	5,55 (0,6)	241,88 (29,2)	3,43 (0,4)
12 meses y más de desplazamiento							
2 años	1.124,89 (51,9)	30,86 (1,6)	406,73 (55,4)	45,15 (5,2)	6,86 (0,5)	410,37 (47,1)	3,85 (0,3)
3 años	1.322,02 (50,4)	38,29 (1,8)	545,09 (83,5)	63,67 (6,2)	8,28 (0,5)	424,21 (49,0)	4,42 (0,3)
4 años	1.134,82 (62,1)	31,90 (2,4)	464,82 (71,4)	48,24 (5,4)	7,15 (0,5)	309,40 (27,2)	4,17 (0,3)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

7.4.2 DEFICIENCIAS EN LOS CONSUMOS DE NUTRIENTES

Complementario al análisis anterior, y profundizando en evaluación cuantitativa de los aportes de la dieta de los niños y niñas estudiados, se examinan las deficiencias en los consumos de calorías, proteínas, vitaminas y minerales, teniendo en cuenta el EER (requerimiento energético estimado) para calorías y EAR (requerimiento promedio estimado) para los demás nutrientes, que es el parámetro de referencia seleccionada, como se explicó ampliamente al comienzo del capítulo.

7.4.2.1 Niños y Niñas menores de dos años:

Para el análisis del comportamiento del consumo de calorías a nivel grupal, se tomaron como referencia los consumos promedios por grupos de edad en ambas poblaciones estudiadas y se compararon con los EER/día y EER/kg de peso, establecidos por el FNB:IOM. Food and Nutrition Board/Institute of Medicine de Estados Unidos (cuadro 7.15).

CUADRO 7-15
CONSUMO PROMEDIO DE CALORÍAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS

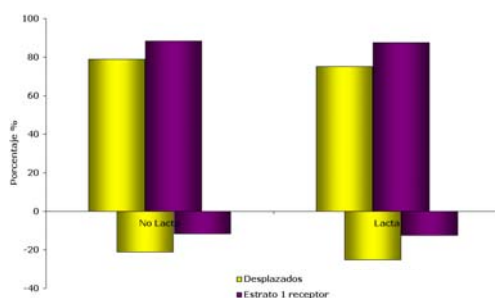
DESAGREGACIÓN		CONSUMO PROMEDIO DE CALORÍAS			EER *	% DE EER	PESO PROMEDIO DE NIÑOS-NIÑAS	INGESTA PROMEDIO/KG PESO	EER/ KG DE PESO *	% DE EER/KG
		POR ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	POR LACTANCIA MATERNA **	CONSUMO PROMEDIO TOTAL						
< 1 año (lacta)	Desplazados	371	432	803	620	129.5	7.38	108.83	56.36	193.09
	Estrato 1 receptor	174	732	906	620	146.1	7.65	118.44	56.36	210.14
< 1 año (no lacta)	Desplazados	749	NA	749	620	120.8	7.74	96.75	56.36	171.65
	Estrato 1 receptor	1029	NA	1029	620	165.9	7.60	135.45	56.36	240.32
1 año (lacta)	Desplazados	911	371	1282	897	142.9	9.90	129.41	81.55	158.69
	Estrato 1 receptor	893	371	1264	897	140.9	9.71	130.11	81.55	159.56
1 año (no lacta)	Desplazados	1176	NA	1176	897	131.1	10.03	117.32	81.55	143.87
	Estrato 1 receptor	1138	NA	1138	897	126.9	10.42	109.24	81.55	133.97

* Tomado de documento propuesta para Colombia, la cual se basa en las tablas 5.16, 5.17, 5.20 y 5.21 de FNB:IOM. Food and Nutrition Board/Institute of Medicine. Energy. In: Dietary references intake for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and aminoacids. Washington, D.C : The National Academic Press; 2002. p.1-114

Los niños y niñas menores de seis meses no lactantes desplazados son el grupo cuya ingesta calórica puede ser inadecuada, teniendo en cuenta que el consumo promedio de calorías es menor que el EER/día y EER/kg. En las otras edades la ingesta promedio de energía supera el requerimiento energético estimado. En este caso se puede observar el factor protector que ejerce la lactancia materna pues en los niños y niñas desplazados que si la reciben, a pesar de que el aporte de calorías por la alimentación complementaria es menor que en los no lactados, la leche materna cubre más del 50% del requerimiento total.

El consumo proteico de los menores de dos años tiene una marcada diferencia entre población desplazada y de estrato 1 receptor, y menos acentuada entre lactados y no lactados (gráfica 7.28). El nivel de carencia es importante por sus implicaciones en el futuro de los niños y niñas.

GRÁFICA 7-28
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA PROTEÍNAS

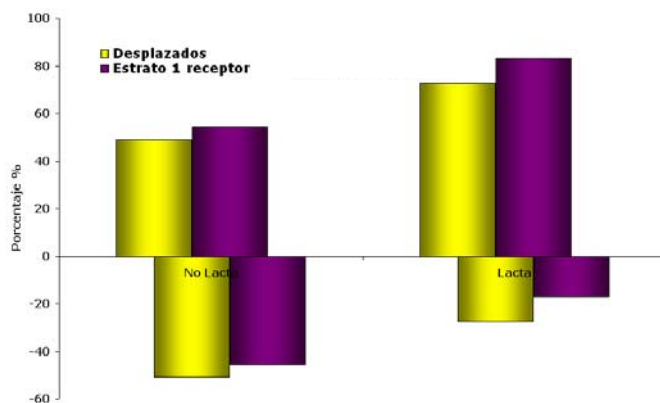


FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Aproximadamente un 30% de los niños y niñas desplazadas y el 16% de los de estrato 1 receptor, no consumen el mínimo de proteínas requeridas para la edad. Este resultado es muy importante, teniendo en cuenta la edad de los niños y niñas, quienes se encuentran en la etapa de mayor velocidad de crecimiento y por lo que requieren de manejo urgente alimentos proteicos especialmente de origen animal.

Para el caso de la Vitamina A, micronutriente muy importante en la calidad de la ingesta, se observa en los niños y niñas menores de dos años (gráfica 7.29) no sólo el contraste habitual en el indicador entre desplazados y estrato 1 receptor, sino una dramática diferencia entre lactantes, de 50 puntos porcentuales en desplazados y 30 puntos en estrato 1 receptor, reflejando la gran importancia como factor protector de la lactancia materna, aun siendo lactancia no exclusiva en esta población.

GRÁFICA 7-29
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA A



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Por otra parte, es altamente preocupante que los niños y niñas desplazados no lactantes, no alcanzan a consumir el mínimo de vitamina A requerido para su edad (gráfica 7.29 y cuadro 7.16), por la falta de suficiente aporte de este nutriente en la dieta como se mostró en el punto anterior que mostraba los consumos promedio de estos nutrientes.

CUADRO 7-16
CONSUMO PROMEDIO DE VITAMINA A EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

DESAGREGACIÓN		ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA ***	INGESTA TOTAL PROMEDIO	EAR *	% < EAR
< 1 año (lacta)	Desplazados	212.48	397.15	609.6	450**	49.3
	Estrato 1 receptor	380.84	397.15	778.0	450**	29.9
< 1 año (no lacta)	Desplazados	156.9	NA	156.9	450**	93.8
	Estrato 1 receptor	461.57	NA	461.6	450**	56.4
1 año (lacta)	Desplazados	366.37	341.1	707.5	210	0.0
	Estrato 1 receptor	335.48	341.1	676.6	210	0.0

Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país

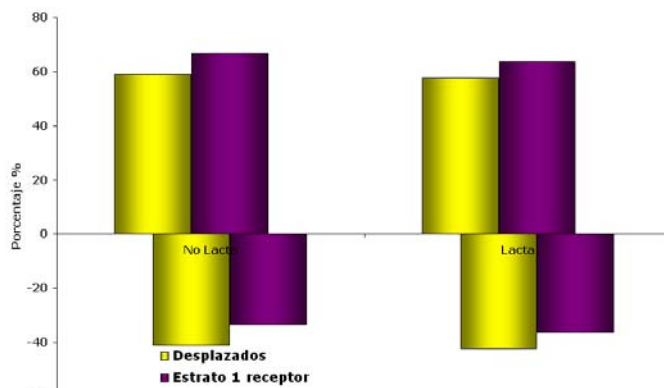
DESAGREGACIÓN		ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA ***	INGESTA TOTAL PROMEDIO	EAR *	% < EAR
1 año (no lacta)	Desplazados	400.07	NA	400.1	210	40.3
	Estrato 1 receptor	543.09	NA	543.1	210	42.4
2 años	Desplazados	394.51	NA	394.5	210	54.1
	Estrato 1 receptor	585.62	NA	585.6	210	38.7
3 años	Desplazados	548.14	NA	548.1	210	46.2
	Estrato 1 receptor	838.62	NA	838.6	210	34.3
4 años	Desplazados	541.51	NA	541.5	275	57.9
	Estrato 1 receptor	673.02	NA	673.0	275	52.2

* Tomado de documento propuesta de requerimientos para Colombia ICBF 2005. Para efectos del cuadro en los niños y niñas menores de 12 meses y de un año, se promediaron los valores de EER, pero el cálculo individual se hizo con el valor exacto por meses de edad.

Para el análisis del calcio, como se mencionó en la metodología, se utilizará los valores de EAR dados por el consenso de expertos de Australia y Nueva Zelanda.

La gráfica 7.30 muestra que existen diferencias importantes entre los niños y niñas de un año de la población desplazada y estrato 1 receptor, especialmente en los no lactantes. En los lactantes, el 42% y 41% de los niños y niñas desplazados lactantes y no lactantes, así como el 36% y 33% de niños y niñas de estrato 1 receptor respectivamente, consumen menos del requerimiento promedio estimado de calcio. Estos resultados pueden estar influenciados por el bajo consumo de alimentos fuentes de este mineral que tienen los niños y niñas, como se mostró en resultados anteriores.

GRÁFICA 7-30
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA CALCIO



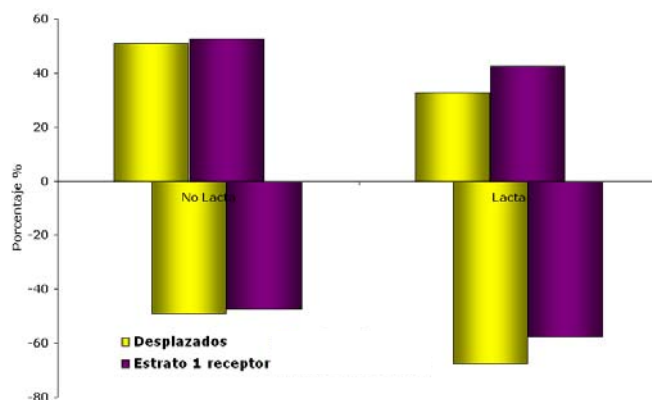
Es importante tener en cuenta aquí, que a pesar de que la leche materna es fuente de calcio, este mineral al igual que el hierro y el zinc, ha sido identificado como “nutriente problema” por sus altos requerimientos y bajos consumos. De los 9 a los 11 meses por ejemplo, la proporción recomendada de ingesta de nutrientes debe ser aportada por la alimentación

complementaria de 97% para hierro, 86% para zinc, 81% para fósforo, 76% para magnesio, 73% para sodio y 72% para calcio (Dewey, 2001). Por esta razón, si la alimentación complementaria es deficitaria al respecto, se presentará deficiencia en el aporte.

Sin embargo, a pesar de que la población de estrato 1 receptor tiene un porcentaje menor de niños y niñas que tienen un bajo consumo de calcio, en general los porcentajes son muy bajos para el ideal que debería haber y es que la totalidad de los niños y niñas logren este nivel por el periodo de crecimiento en que se encuentran.

Las brechas en el consumo de calcio en la población pobre y vulnerable en general son urgentes de abordar en salud pública, pues como plantea un estudio del INS, solo se considera importante en la norma nacional la suplementación para gestantes y mujeres lactantes⁴⁴, y no lo establece como obligatorio para los niños y niñas de primera infancia, cuya demanda es alta por el aumento de tamaño de huesos y músculos y por la formación de estructuras como los dientes, uñas, etc.⁴⁵.

GRÁFICA 7-31
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA HIERRO



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En cuanto al consumo del hierro, también aquí se confirma la brecha muy importante hallada en el estudio del PMA 2002, la cual se relaciona con bajísimos consumos de fuentes de hierro de alto valor biológico que son los de origen animal (gráfica 7.31 y cuadro 7.17).

Adicionalmente, los resultados de anemia, se corroboran con esta información de consumo e ingesta, donde los aportes muy bajos, manifestados en el 61% de los niños y niñas desplazados lactados y en el 54% de los no lactados, no alcanzan a consumir la cantidad mínima requerida de hierro como ingesta / día

⁴⁴ Ministerio de Salud. Resolución 0412 de 2000. No obligatoria para Calcio.

⁴⁵ INS . 2000 Evaluación del Consumo de Calcio en la población Colombiana. Estudio de Yodo . E. Poveda. Foro Virtual Micronutrientes. SDS 2001.

CUADRO 7-17
CONSUMO PROMEDIO DE HIERRO EN NIÑOS Y NIÑAS

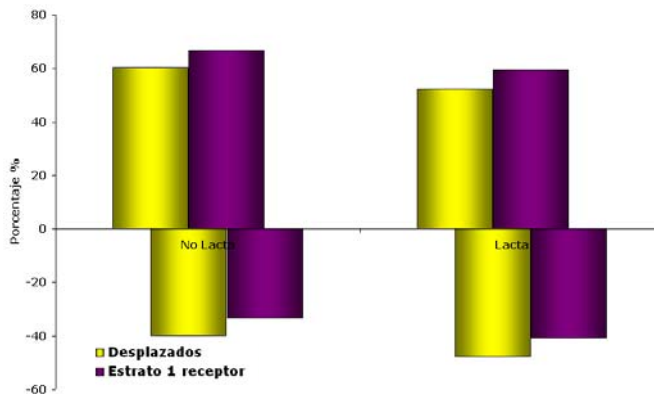
DESAGREGACIÓN		ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA **	INGESTA TOTAL PROMEDIO	EAR *	% < EAR
< 1 año (lacta)	Desplazados	2.51	0.2	2.7	3.6	74.0
	Estrato 1 receptor	3.58	0.2	3.8	3.6	62.1
< 1 año (no lacta)	Desplazados	5	NA	5.0	3.6	62.5
	Estrato 1 receptor	8.41	NA	8.4	3.6	38.5
1 año (lacta)	Desplazados	6.25	0.2	6.5	5.4	59.3
	Estrato 1 receptor	5.74	0.2	5.9	5.4	51.5
1 año (no lacta)	Desplazados	7.77	NA	7.8	5.4	45.7
	Estrato 1 receptor	6.67	NA	6.7	5.4	50.0
2 años	Desplazados	7.31	NA	7.3	5.4	40.6
	Estrato 1 receptor	7.69	NA	7.7	5.4	39.9
3 años	Desplazados	7.36	NA	7.4	5.4	40.5
	Estrato 1 receptor	8.08	NA	8.1	5.4	33.8
4 años	Desplazados	6.81	NA	6.8	7.4	64.7
	Estrato 1 receptor	7.44	NA	7.4	7.4	56.2

* Tomado de documento propuesta de requerimientos para Colombia ICBF 2005. Para efectos del cuadro en los niños y niñas menores de 12 meses y de un año, se promediaron los valores de EER, pero el cálculo individual se hizo con el valor exacto por meses de edad.

** Valores detallados en el cuadro 7-12

Como se dijo en el análisis de promedios de consumo, sobre zinc no se tienen muchos referentes ni antecedentes, que permitan un análisis comparativo, como fue posible con los anteriores macro y micronutrientes.

GRÁFICA 7-32
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA ZINC



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Sin embargo al igual que para el caso del hierro, la gráfica 7.32 muestra un mayor porcentaje de niños y niñas menores de dos años lactantes que no alcanzan el EAR, para el Zinc, tanto desplazados como en Estrato 1 receptor. En ambos, los desplazados son los niños y niñas con mayor deficiencia, superados en 10 puntos porcentuales a los niños y niñas de Estrato 1 receptor, situación muy similar en los niños y niñas no lactantes,

ratificándose que se debe a la ausencia de fuentes de este micronutriente en la alimentación complementaria de los dos grupos, siendo al igual que para los lactados, mayor proporcione de niños y niñas por debajo del EAR los desplazadas.

En los lactantes exclusivos es explicable la diferencia, pues también en este caso, la leche materna no es principal fuente de este nutriente, aunque es suficiente para un bebe en lactancia exclusiva. Lo anterior señala serias fallas en la alimentación complementaria de estos niños y niñas, pues los alimentos de la dieta ricos en calcio, no son precisamente los mas abundantes en la dieta de desplazados y de estrato 1 receptor. Tales alimentos son las carnes rojas, el pescado, las aves, los mariscos, el hígado, los cereales y las nueces, y con menor aporte la leche de vaca⁴⁶.

Los valores son altamente preocupantes, pues alrededor del 50% de los niños y niñas menores de 2 años desplazados y del 40% de los de estrato 1 receptor están por debajo de su EAR para Zinc (cuadro 7.18)

**CUADRO 7-18
CONSUMO PROMEDIO DE ZINC EN NIÑOS Y NIÑAS**

DESAGREGACIÓN		ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA **	INGESTA TOTAL PROMEDIO	EAR *	% < EAR
< 1 año (lacta)	Desplazados	4.18	1.1	5.3	2.3	69.9
	Estrato 1 receptor	1.85	1.1	3.0	2.3	51.7
< 1 año (no lacta)	Desplazados	3.21	NA	3.2	2.3	50.0
	Estrato 1 receptor	5.21	NA	5.2	2.3	35.9
1 año (lacta)	Desplazados	3.57	0.9	4.5	2.5	55.9
	Estrato 1 receptor	3.38	0.9	4.3	2.5	62.1
1 año (no lacta)	Desplazados	4.25	NA	4.3	2.5	37.2
	Estrato 1 receptor	4.00	NA	4.0	2.5	32.6
2 años	Desplazados	4.20	NA	4.2	2.5	29.0
	Estrato 1 receptor	4.61	NA	4.6	2.5	25.0
3 años	Desplazados	4.26	NA	4.3	2.5	31.2
	Estrato 1 receptor	4.97	NA	5.0	2.5	25.9
4 años	Desplazados	3.96	NA	4.0	3	42.1
	Estrato 1 receptor	4.56	NA	4.6	3	34.0

* Tomado de documento propuesta de requerimientos para Colombia ICBF 2005. Para efectos del cuadro en los niños y niñas menores de 12 meses y de un año, se promediaron los valores de EER, pero el cálculo individual se hizo con el valor exacto por meses de edad.

** Valores detallados en el cuadro 7-12

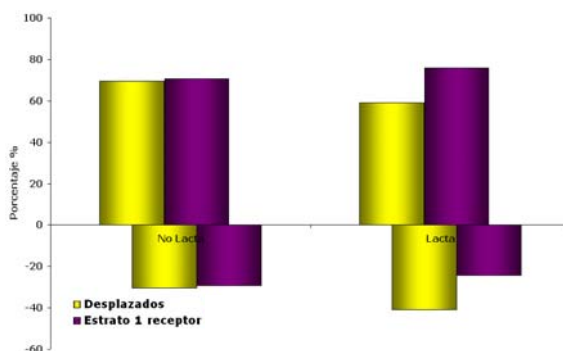
Como se dijo antes, en la población colombiana no se han registrado, grandes deficiencia de Vitamina C⁴⁷, toda vez que se encuentra presente en la dieta usual, especialmente en la papa y en las frutas tropicales. Sin embargo, en nichos de población vulnerable como son los desplazados y los de estrato 1 receptor, el panorama es muy preocupante, pues se presentan altos porcentajes de niños y niñas menores de 2 años con consumos por debajo de su EAR para este micronutriente. Y dado el papel metabólico de la Vitamina C en el organismo, y en especial en los niños y niñas menores de 5 años, como formadora de

⁴⁶ Gonzáles. Ma.A. U del Rosario Argentina. El Zinc en la Nutrición infantil 2005

⁴⁷ Estudio Nacional de Nutrición 1977-1980. INS Colombia

Colágeno, necesario para la conformación de piel y tejidos en crecimiento⁴⁸ se constituye en una alerta nutricional importante el que estas poblaciones en especial la desplazada, dada su exposición a infecciones y bacterias, registre esta situación.

GRÁFICA 7-33
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE Y ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA C



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Los niños y niñas menores de dos años no lactados son los que presentan mayor porcentaje por debajo de al EAR, tanto en desplazados (64%) como en estrato1 (32%). En los lactados el indicador es menor, pues a pesar de ser la leche materna fuente de Vitamina C, se presenta de todas maneras un déficit significativo en ambos grupos analizados, de 47 y 30% (gráfica 7.33 y cuadro 7.19).

CUADRO 7-19
CONSUMO PROMEDIO DE VITAMINA C EN NIÑOS Y NIÑAS

DESAGREGACIÓN		ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	LACTANCIA MATERNA ***	INGESTA TOTAL PROMEDIO	EAR *	% < EAR
< 1 año (lacta)	Desplazados	14	31	45.0	45**	74.0
	Estrato 1 receptor	30.41	31	61.4	45**	42.5
< 1 año (no lacta)	Desplazados	23.74	NA	23.7	45**	81.3
	Estrato 1 receptor	64.83	NA	64.8	45**	56.4
1 año (lacta)	Desplazados	37.70	26.7	64.4	13	0.0
	Estrato 1 receptor	49.76	26.7	76.5	13	0.0
1 año (no lacta)	Desplazados	49.28	NA	49.3	13	17.8
	Estrato 1 receptor	58.51	NA	58.5	13	21.2
2 años	Desplazados	48.70	NA	48.7	13	16.4
	Estrato 1 receptor	50.64	NA	50.6	13	13.7
3 años	Desplazados	60.39	NA	60.4	13	17.9
	Estrato 1 receptor	65.12	NA	65.1	13	16.4
4 años	Desplazados	51.88	NA	51.9	22	36.8
	Estrato 1 receptor	58.42	NA	58.4	22	23.6

* Tomado de documento propuesta de requerimientos para Colombia ICBF 2005. Para efectos del cuadro en los niños menores de 12 meses y de un año, se promediaron los valores de EER, pero el cálculo individual se hizo con el valor exacto por meses de edad.

** Al Ingesta adecuada

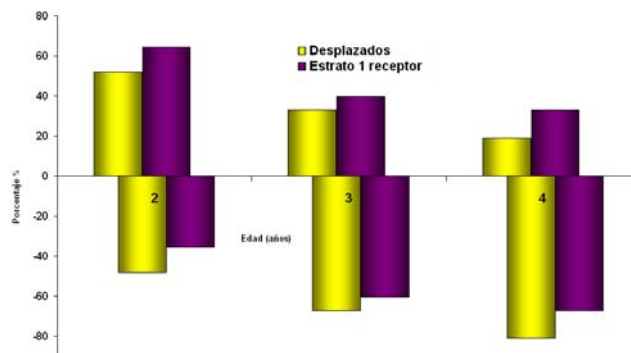
*** Valores detallados en el cuadro 7-12

⁴⁸ Guías Alimentarias de la Población Colombiana. Documento Técnico ICBF 2000.

7.4.2.2 Niños y niñas de 2 a 4 años

La grafica 7-34 muestra que a medida que los niños y niñas se acercan a la edad escolar (3 y 4 años) tienen problemas con su consumo calórico, pues más del 50% de ellos no alcanzan su requerimiento energético estimado; este porcentaje es siempre mayor en el grupo de desplazados. Estos hallazgos para la población desplazada confirman lo obtenido en el estudio del PMA realizado en el 2002⁴⁹

GRÁFICA 7-34
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EER EN CALORÍAS



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

El cuadro 7.20 confirma que los grupos de 3 y 4 años, tanto en población desplazada como en estrato 1 receptor (siendo la situación mas crítica en desplazados), no logran cubrir sus requerimientos energéticos.

CUADRO 7-20
CONSUMO PROMEDIO DE CALORÍAS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS

DESAGREGACIÓN	CONSUMO PROMEDIO DE CALORÍAS			EER *	% DE EER	PESO PROMEDIO DE NIÑOS-NIÑAS DEL ESTUDIO	INGESTA PROMEDIO/KG PESO	EER/ KG DE PESO *	% DE EER/KG	
	POR ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	POR LACTANCIA MATERNA **	CONSUMO PROMEDIO TOTAL							
2 años	Desplazados	1192	NA	1192	1096	108.8	11.65	102	83	123.2
	Estrato 1 receptor	1308	NA	1308	1096	119.4	12.27	107	83	128.4
3 años	Desplazados	1208	NA	1208	1420	85.1	13.56	89	101	88.4
	Estrato 1 receptor	1366	NA	1366	1420	96.2	13.95	98	101	97.3
4 años	Desplazados	1144	NA	1144	1500	76.3	16.06	71	94	76.0
	Estrato 1 receptor	1326	NA	1326	1500	88.4	16.47	81	94	85.9

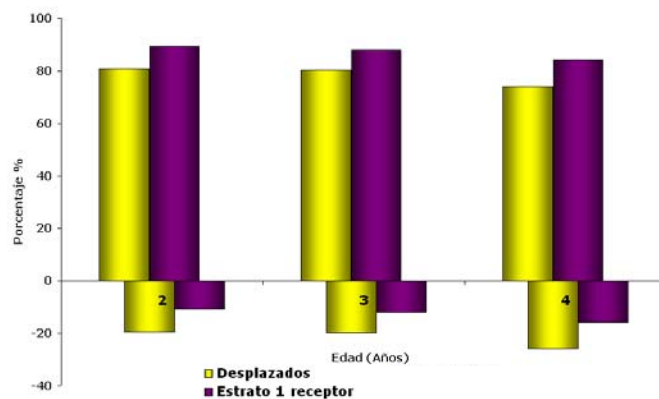
* Tomado de documento propuesta para Colombia, la cual se basa en las tablas 5.16, 5.17, 5.20 y 5.21 de FNB:IOM. Food and Nutrition Board/Institute of Medicine. Energy. In: Dietary references intake for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and aminoacids. Washington, D.C : The National Academic Press; 2002. p.1-114

** Valores detallados en el cuadro 7-12

⁴⁹ PMA: 2002. Evaluación de la situación de salud y nutrición de la población desplazada en Colombia

En la gráfica 7.35 muestra un incremento de la brecha en el requerimiento de proteínas con el aumento de la edad, manteniéndose no obstante una amplia diferencia entre desplazados y estrato 1 receptor. Nuevamente se confirma la coherencia de las cifras en desplazados con los resultados del estudio del PMA del 2002, en el cual las brechas de proteínas fueron muy altas.

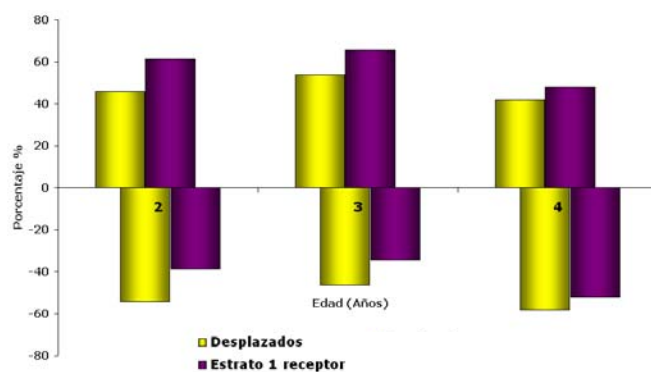
GRÁFICA 7-35
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA PROTEÍNAS



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Para niños y niñas de 2 a 4 años las diferencias en el indicador de carencia de vitamina A entre desplazados y de estrato 1 receptor, tienden a reducirse con el aumento de la edad (gráfica 7.36). Sin embargo en especial para los desplazados en el rango de edad evaluado de 2 a menores de 5 años, alrededor de la mitad (50%) no alcanzan a consumir el mínimo requerido de este micronutriente.

GRÁFICA 7-36
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA A



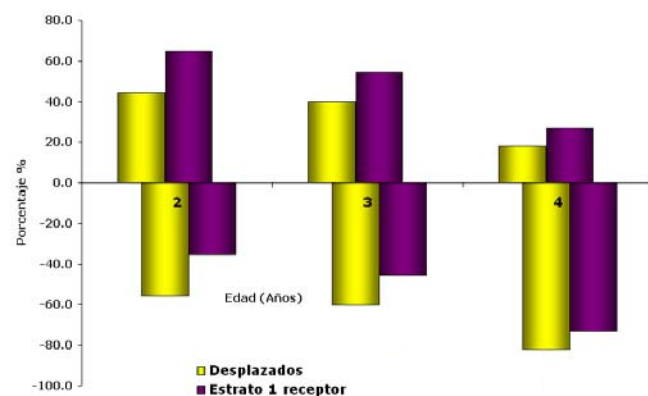
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

La gráfica 7.37 muestra la dramática situación del consumo del calcio en los niños y niñas de 2 a 4 años, en la cual el porcentaje de niños y niñas que no cubren sus requerimientos de calcio, son bastante altos y se van incrementando con la edad. Es así como en los niños y niñas de dos años desplazados el 56% no logran cubrir sus requerimientos, porcentaje que alcanza el 82% en los niños y niñas de 4 años.

En la población de estrato 1 receptor a pesar que hay un menor porcentaje de niños y niñas con déficit en su consumo de calcio comparados con la población desplazada, los porcentajes de niños y niñas son también muy altos llegando a un 73% en los niños y niñas de 4 años de edad.

Estas cifras señalan una amplia brecha nutricional, que afecta de forma importante el crecimiento y desarrollo de niños y niñas, ya que se presenta una alta demanda en esta etapa de este micronutriente para la formación de huesos y uñas. Lo anterior, también confirma la brecha observada en este nutriente en el estudio del PMA 2002.

GRÁFICA 7-37
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA CALCIO



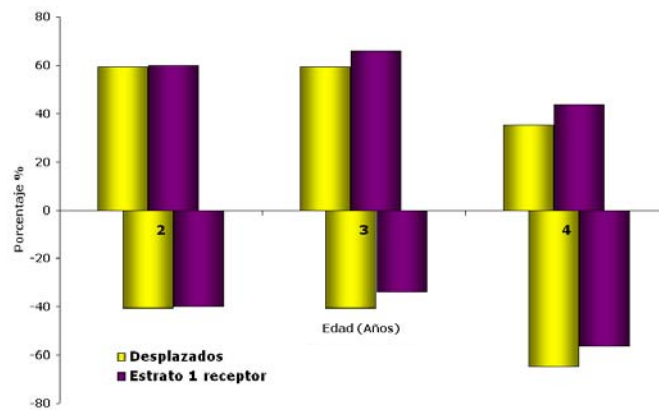
FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En los niños y niñas mayores de dos años (gráfica 7.38), la situación persiste y se agudiza, aumentando el porcentaje de niños y niñas por debajo del EAR para hierro, a medida que aumenta la edad, al punto que, para los de 4 años alcanza en desplazados el 64%, y en estrato 1 receptor el 56%, siendo estos resultados nuevamente, para este rango de edad, muy consistentes frente a los resultados de la evaluación de la anemia en esta población, realizada en el presente estudio.

Aunque no es grande la diferencia entre desplazados y Estrato 1 receptor, esta tiende a mantenerse con el aumento de la edad, pasando de un punto porcentual en los niños y niñas de dos años, a 9 puntos en los de 4 años. Los resultados señalan la urgencia de una

estrategia integral de suplementación que bloquee los incrementos de la deficiencia, y mejore los aportes totales de hierro en la dieta de los niños y niñas⁵⁰.

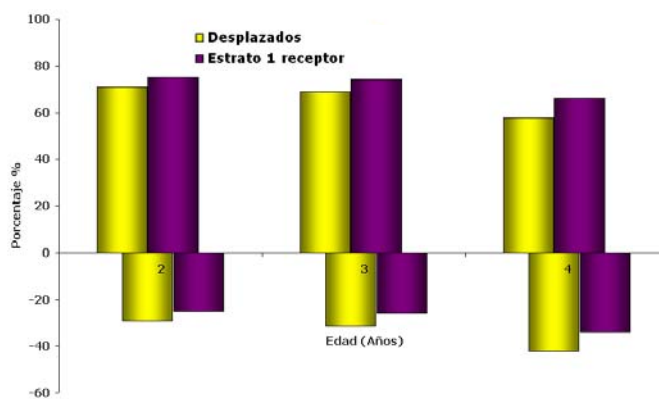
GRÁFICA 7-38
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA HIERRO



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Al igual que para el calcio, el porcentaje de niños y niñas mayores de 2 años que están por debajo del EAR para Zinc, aumenta con la edad, hasta llegar a los 4 años a un 42 % en desplazados, y cerca del 34% para estrato 1 receptor (gráfica 7.39). A pesar de no registrarse porcentajes tan altos como los obtenidos para los demás micronutrientes son altos por tratarse de un micronutrientes de la importancia del Zinc en la dieta del niño o niña en desarrollo y crecimiento.

GRÁFICA 7-39
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA ZINC

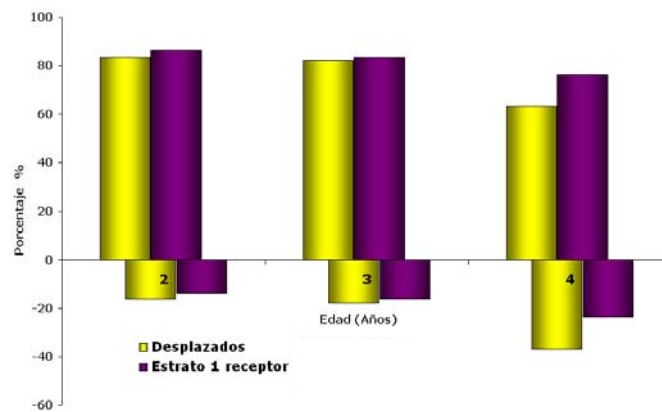


FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

⁵⁰ Documento Técnico. Foro de Suplementación con Micronutrientes. SDS de Bogotá 2000

En niños y niñas de 2 a 4 años la situación de consumo de vitamina C empeora con el aumento de la edad pasando en los desplazados, de 2 años del 17% con deficiente consumo al 37% en los de 4 años, y cambiando los de estrato 1 receptor, del 14% al 23% en las mismas edades; a su vez, la distancia entre desplazados y estrato 1 receptor pasó de 3 puntos porcentuales en los más pequeños, a 14 puntos en los de 4 años. Se observa como en el caso de los niños y niñas menores de 2 años que es el nutriente que aunque muestra porcentajes de niños y niñas por debajo del EAR, lo hace en menores proporciones que el resto de micronutrientes evaluados (gráfica 7.40).

GRÁFICA 7-40
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA C



FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

☐ *Análisis por tiempo de desplazamiento según edad*

La situación que refleja el cuadro 7.21 es muy consistente con los datos de los consumos del acápite anterior, pues en la mayoría de nutrientes, los porcentajes de niños y niñas que no cubren su EAR, crece con el tiempo de desplazamiento, especialmente en el grupo de menores de dos años.

**CUADRO 7-21
ANÁLISIS POR TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

GRUPO DE EDAD		PROTEÍNAS	VITAMINA A	VITAMINA C	HIERRO	CALCIO	ZINC
0 -11 MESES DE DESPLAZAMIENTO							
< 2 años	No lacta	21.67 (9.0)	48.56 (11.9)	26.89 (9.6)	37.60 (11.6)	44.38 (13.3)	41.51 (11.8)
	Si lacta	27.66 (16.3)	11.58 (6.1)	34.99 (15.6)	71.16 (10.3)	45.66 (17.2)	44.92 (15.0)
2 años	No lacta	21.19 (8.2)	52.47 (8.6)	15.02 (8.1)	31.48 (7.1)	65.84 (7.5)	21.60 (6.0)
3 años	No lacta	25.36 (9.1)	55.21 (12.4)	18.81 (8.3)	64.01 (11.4)	94.68 (2.7)	22.90 (7.6)
4 años	No lacta	55.27 (11.1)	65.41 (10.1)	42.15 (11.5)	75.75 (7.6)	90.66 (4.2)	51.29 (12.0)
12 meses y más de desplazamiento							
1 año	No lacta	21.28 (5.4)	47.45 (6.4)	32.21 (6.2)	50.51 (6.4)	52.01 (7.3)	42.60 (6.5)
	Si lacta	33.93 (7.8)	34.40 (7.5)	54.71 (7.5)	70.23 (6.9)	37.76 (9.1)	58.39 (7.4)
2 años	No lacta	15.51 (4.2)	53.34 (6.0)	17.70 (4.6)	45.94 (6.1)	59.39 (5.8)	27.41 (5.4)
3 años	No lacta	8.79 (2.4)	43.78 (6.7)	15.25 (4.9)	30.02 (5.9)	52.09 (6.7)	28.85 (6.4)
4 años	No lacta	17.98 (4.7)	65.46 (5.9)	39.33 (6.3)	62.18 (6.4)	83.97 (3.8)	33.84 (5.7)

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

En los niños y niñas mayores de 2 años, el porcentaje de niños y niñas con bajo consumo de proteínas aparentemente disminuye cuando aumenta el tiempo de desplazamiento. Sin embargo, para todos los micronutrientes, el porcentaje de niños y niñas que esta por debajo del mínimo requerido aumentan, a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento.

En los niños y niñas mayores de dos años los porcentajes no varían en forma significativa. Incluso en algunos nutrientes (hierro), el porcentaje de población que no cumple sus requerimientos promedio estimados disminuye con el tiempo.

7.5 ANÁLISIS COMPLEMENTARIO DE LOS TIPOS ALIMENTOS Y PREPARACIONES MÁS FRECUENTES EN EL PATRÓN DE CONSUMO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DEL ESTUDIO.

En este acápite, se presentan el listado de alimentos o preparaciones consumidas por el 50% o más de los niños, y un consolidado según los grupos de las guías alimentarias para la población colombiana, de los alimentos o preparaciones que se reportaron (cuadros 7.22 – 7.23).

CUADRO 7-22
NIÑOS Y NIÑAS DESPLAZADOS:
Preparaciones

PREPARACIÓN	% DE NIÑOS Y NIÑAS QUE CONSUMIERON LA PREPARACIÓN
Arroz	79,0
Agua de panela	58,3

Alimentos

NOMBRE DEL ALIMENTO	% DE NIÑOS Y NIÑAS QUE CONSUMIERON
Sal	90,0
Grasas vegetales promedio para cocinar	71,1
Arroz pulido	71,0
Panela, jugo de caña no refinada	55,9

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

CUADRO 7-23
NIÑOS Y NIÑAS ESTRATO 1 RECEPTOR:
Preparaciones

PREPARACIÓN	% DE NIÑOS Y NIÑAS QUE CONSUMIERON LA PREPARACIÓN
Arroz	72,5

Alimentos

NOMBRE DEL ALIMENTO	% DE NIÑOS Y NIÑAS QUE CONSUMIERON
Sal	88,6
Grasas vegetales promedio para cocinar	67,7
Arroz pulido	66,2
Panela, jugo de caña no refinada	51,5
Azúcar refinada	51,1

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Los cuadros anteriores muestran solamente los alimentos y preparaciones que fueron consumidos por más del 50% de los niños y niñas. En ellos se observa que los alimentos más comunes que se consumen son alimentos calóricos de bajo costo como son el arroz y la aguadepanela. En los niños y niñas de estrato 1 receptor alcanza a entrar en esta selección el azúcar refinada, que fue reportada en un 51.5% del consumo de los niños y niñas.

A continuación se presentan las diferentes preparaciones y alimentos reportados, agrupados según las guías alimentarias de Colombia, con el fin de tener un panorama general de las

principales comidas que son ofrecidas a los niños y niñas tanto de familias desplazadas como estrato 1 receptor.

CUADRO 7-24
ALIMENTOS O PREPARACIONES INFORMADOS POR AMBOS GRUPOS
ESTUDIADOS, AGRUPADOS SEGÚN LAS GUÍAS ALIMENTARIAS PARA LA
POBLACIÓN COLOMBIANA

GRUPOS DE ALIMENTOS	DESPLAZADOS	ESTRATO 1 RECEPTOR
Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	Arroz, colada, arepa, yuca cocida, sopa guineo, sancocho, sopa de arroz, sopa de pasta, caldo de papa, arroz blanco spaghetti, arepa asada, avena, plátano cocido, sopa de verduras, papa cocida, arepa frita, bollo yuca, sopa de fideos, plátano verde cocido, pan blanco, galleta salada y dulce, plátano maduro frito, patacón, tostadas o calados, alimentos de paquete, papa común, tubérculo con cáscara	Arroz, colada, arepa, guineo cocido, yuca cocida, sopa de pasta, sancocho, caldo de papa, arepa asada, plátano cocido, avena, bollo, spaguettis, sopa de arroz, sopa de papa, sopa de guineo, papa cocida, pan, plátano maduro frito, avena en hojuelas, empanada, buñuelo, galleta salada, patacón, pan
Hortalizas, verduras y leguminosas verdes	Zanahoria, ahuyama, ensalada de repollo	Sopa de verduras, zanahoria, ensalada de cebolla y tomate, remolacha
Frutas	Naranja, banano, limonada jugo de guayaba jugo de mango jugo de tomate de árbol jugo de maracuyá jugo de mora	Limonada, jugo de guayaba, jugo de mango, jugo de tomate de árbol, jugo de mora, jugo de borjón, jugo de naranja, piña
Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales	Frijoles, huevo revuelto, huevo perico, huevo frito, colada de bienestarina, lentejas, bienestarina, pescado frito, carne guisada, pollo guisado, sopa de lentejas, menudencias, caldo de huevo, sopa de carne, pescado sudado, pescado guisado, carne frita, carne sudada, arveja, pollo sudado,	Fríjoles rojo y blanco, huevo perico, huevo frito, carne guisada, pescado frito, pescado sudado, colada de bienestarina, lentejas, carne frita, pollo guisado, caldo de huevo, carne sudada, sopa de frijol, pescado guisado, sopa de pollo, pollo sudado, galletas del ICBF, menudencias de pollo
Lácteos	Leche entera y leche en polvo queso costeño Tetero, café con leche, agua de panela con leche, chocolate con leche	Leche entera y leche en polvo, leche saborizada, yogurt, tetero, café con leche, agua de panela con leche, chocolate con leche, queso costeño
Grasa	Aceite vegetal, manteca de cerdo	Aceite vegetal, Aceite de soya, mantequilla
Azúcares y dulces	Azúcar refinada, milo, gaseosa	Azúcar refinada, azúcar morena, milo, gaseosa
	agua de panela, chocolate, refresco frutiño, chocolisto, fresco royal	agua de panela, chocolate, refresco frutiño, chocolisto, fresco royal, refresco boli
Otros	Café, tinto, sopa de hueso	Café, tinto, kola granulada

FUENTE: Estudio PMA/OPS 2005

Al revisar la información de los dos grupos, se observa que el listado de alimentos y preparaciones que consumen los niños y niñas menores de 5 años es muy similar en ambos grupos. Sin embargo, en la población de estrato 1 receptor aparecen algunos alimentos o

preparaciones procesadas que no se mencionan en el grupo de desplazados como empanadas, buñuelos, algunas frutas y verduras adicionales, leches saborizadas, derivados lácteos como el yogurt y kola granulada. Esto puede estar dado por la posibilidad más favorable en el nivel de ingresos, que sin ser la mejor, si es un poco mejor en las familias de estrato 1 receptor con relación a las familias desplazadas.

8 CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio son representativos de un universo de 60 municipios pequeños y medianos de Colombia en 6 áreas geográficas establecidas por el PMA. A partir de este universo se seleccionaron aleatoriamente 30 municipios, dentro de los cuales fueron entrevistados, sobre una muestra aleatoria, 2,400 hogares con niñas y/o niños menores de 5 años: 1,200 en condición de desplazamiento y 1,200 pertenecientes al estrato socioeconómico 1.

Principales resultados:

- En términos generales, los hogares desplazados objeto de esta evaluación tienen, en promedio, 5.8 personas, de las cuales tres son menores de 12 años. Viven 1.1 hogares por vivienda y un 13% de los hogares tienen jefatura única femenina. Características similares fueron encontradas en hogares de estrato 1 receptor, donde en promedio se componen de 5.2 personas de las cuales 2.5 corresponde a menores de 12 años, 1.1 hogares conviven en la misma vivienda y el 16% tienen jefatura única femenina.
- En el tema educativo se indagó sobre analfabetismo y asistencia escolar. Con respecto al analfabetismo se encuentran mayores tasas en la población desplazada frente a la población de estrato 1 receptor⁵¹. El 18.3% de la población desplazada mayor de 15 años no sabe leer ni escribir, frente un 9.6% de esta misma población del estrato 1 receptor. Al desagregar por grupos de edad se observa la menor tasa en el grupo de 15 – 17 años y la mayor en el grupo de 50 años – y más.
- El 85% de los hogares en condición de desplazamiento se encuentran con necesidades básicas insatisfechas, lo cual es un 16% superior al presentado en hogares de estrato 1 receptor. Es importante resaltar que los factores de vivienda inadecuada, hacinamiento y dependencia económica son los más significativos para ambas poblaciones, siendo mayor la diferencia entre los dos grupos en el factor de dependencia económica (43% en población desplazada vs. 29% en población de estrato 1 receptor).
- Casi el 100% de las dos poblaciones se clasifican como “pobres”, por debajo de la línea de pobreza. Sin embargo el ingreso mensual promedio del estrato 1 receptor es un 82% del salario mínimo y el de la población en condición de desplazamiento es un 65%.

⁵¹ Según los resultados, se presentan diferencias estadísticamente significativas al 1% en la tasa de analfabetismo para los grupos de edad de 25-49 años, mayores de 50 años y en general para la población mayor de 15 años.

- Un 93% de los hogares en condición de desplazamiento se encuentran por debajo de la línea de indigencia (percibe menos de \$92 mil pesos mensuales) mientras en el caso de la población de estrato 1 receptor, esta proporción es del 80%.
- En forma consistente con los resultados del ingreso, el promedio de gastos de los hogares de estrato 1 receptor es superior al de la población en condición de desplazamiento (42% superior), aunque la distribución de dicho gasto es muy parecida. En términos generales, aproximadamente el 50% del gasto se ejecuta en alimentos, y el 50% restante se distribuye entre transporte, servicios públicos, pago de deudas, elementos de aseo y gasto de arrendamiento.
- Un 66% de los hogares en condición de desplazamiento y un 55% de los hogares de estrato 1 receptor, afirman haber recibido alguna ayuda por parte de amigos, familiares, vecinos o entidades públicas o privadas en los últimos 3 meses, siendo la más significativa, la ayuda en alimentos. Como se puede ver, ambas poblaciones reciben ayuda de diferentes fuentes. Cabe mencionar que el estrato 1 receptor, en Colombia, tiene ayuda estatal importante (i.e. Familias en Acción), y la población registrada como desplazada recibe ayuda de diversos programas de atención humanitaria. Complementaria a esta ayuda, la solidaridad es un evento común en este tipo de poblaciones, la cual se da en ambas direcciones, tanto de población desplazada a estrato 1 receptor como de estrato 1 receptor a población desplazada.
- El patrón de consumo de alimentos entre hogares desplazados y de estrato 1 receptor es el mismo, aunque el volumen de adquisición sea menor en los hogares desplazados (tal como se describió en la sección de gastos del hogar). Con mínimas diferencias, el consumo prioritario está centrado en los alimentos generadoras de calorías y los alimentos fuente de proteínas, calcio, hierro y vitamina A, son consumidos con menor frecuencia. Los alimentos ricos en proteínas y hierro de alto valor biológico sólo se consumen, en promedio, aproximadamente un día por semana. En esta población, tanto en desplazados como de estrato 1 receptor, se presenta un alto consumo de gaseosas y refrescos, en especial en población de estrato 1 receptor
- En términos generales, la mayoría de alimentos que consume el hogar son comprados. Para la población desplazada, del 76% al 95% de los hogares tienen como forma de adquisición de alimentos, la compra, variación que depende del alimento que se esté analizando. Los alimentos que se adquieren mayoritariamente a través de la compra, son los productos perecederos de origen animal (lácteos, carne de res, vísceras, cerdo, embutidos) y otros productos como pan, arepa, gaseosa, los cuales generalmente no se entregan en los subsidios, o no se producen en proyectos productivos pequeños.

- Es altamente significativo que el 88% de las familias desplazadas reporten que, en el último mes, les faltó dinero para comprar alimentos, y que de ellas, el 85% tuvo necesidad de disminuir el número de comidas por la misma causa.
- Los resultados sobre percepción de la inseguridad alimentaria muestran como sólo el 12 % de las familias desplazadas encuestadas perciben seguridad alimentaria. Por otra parte, más del 50% de las familias desplazadas se sienten entre moderada y severamente inseguras. Se debe mencionar que los resultados son más críticos en la población que se desplazó dentro de los 6 a los 12 meses anteriores a la encuesta.
- Al analizar situaciones como la de dejar de comer, o las manifestaciones de hambre de algún miembro del hogar, la situación más severa la reportan aquellos mayores de 18 años, reflejando la protección a los menores de edad que se genera al interior de la familia.
- Como ha sido el resultado de otros estudios, claramente la inseguridad alimentaria de estas familias, y en especial, de las familias en condición de desplazamiento, depende principalmente de su baja capacidad de adquisición de alimentos por falta de capacidad económica.
- En el tema de salud, en la población menor a 10 años, las tasas de morbilidad por diarrea y problemas respiratorios son un poco mayores en los desplazados (36%) que en estrato 1 receptor (32%), siendo mucho mas altas en los menores de 2 años (55% vs. 48%). Para la población de 10 años y más, la morbilidad se concentra en problemas mentales, de nervios y dentales. Las mujeres registran prevalencias mayores de morbilidad en casi todos los subgrupos comparados.
- Al 74% de la población desplazada y al 82% de la población estrato uno receptor se le aplicó la encuesta SISBEN. De estos, un 89% fue calificado en nivel 1. Esta cobertura del SISBEN se ve reflejada en el indicador de demanda de servicios médicos, dado que la población desplazada demanda menos los servicios de salud que el estrato uno receptor, lo cual es grave en la medida que tienen unas mayores tasas de morbilidad general e incapacidad por enfermedad.
- La población desplazada de los varios subgrupos de edad analizados tuvo una demanda de servicios ambulatorios de salud un poco más baja. En los 15 días anteriores a la entrevista, consultaron por problemas de salud el 47% de menores de 10 años, frente al 57% del estrato 1 receptor; un 49% de los hombres desplazados de 10 y más años, frente al 57% del estrato 1 receptor, y un 55% de las mujeres también de 10 y más años, frente al 64% del estrato 1 receptor
- Con respecto a la población que no consultó servicios médicos, las razones son las siguientes. En los primeros grupos de edad (menores de 10 años), el “no considerar necesaria la consulta”, fue la principal razón para no buscar atención de los que percibieron problemas de salud. Esta razón de no demanda de servicio, es la

segunda en importancia en los de 10 años y más, en los cuales la proporción varía alrededor del 40% en los desplazados y 25 a 29% en los de estrato 1 receptor .

El “valor de la consulta” es la segunda causa en importancia del no requerimiento de atención entre los menores de 10 años, y la primera en los mayores de edad. En contraste con la razón anterior, por obvias razones (menor ingreso), la proporción fue, en todas las edades, más alta en los desplazados.

La falta de confianza en la oferta disponible (no confía en los médicos, consultó y no sirvió, y no cree que le puedan ayudar) es otro factor de no demanda de poca importancia en los menores de 10 años (menos del 1%) y de importancia progresiva con el aumento de la edad en los mayores de 10 años (hasta un 10% en los mayores de 50 y más).

Los factores de insatisfacción con las características de la oferta y con la atención recibida, son el otro grupo de causas de cierta importancia en la explicación en la no demanda de atención.

- Con respecto a la prevalencia de anemia en la población, se encontraron condiciones muy preocupantes en ambas poblaciones, siendo peor las presentadas por la población en condición de desplazamiento.
- La situación más grave fue encontrada para las mujeres gestantes desplazadas, en donde la prevalencia de la anemia alcanza casi el 70%.
- Al afinar el análisis, mirando el grado de anemia severa, la situación más crítica la registran los niños y niñas de 6 a 12 meses, desplazados, con porcentajes cercanos al 4%, niños y niñas adolescentes, con 1.7%.
- Según la caracterización de severidad de la anemia de la OMS por el porcentaje de población que la padezca, se considera que el problema es severo en la población desplazada y de estrato 1 receptor, ya que es superior al 40% en la mayor parte de grupos de edad y sexo. Por esto se recomienda considerar seriamente la necesidad de intervención en estas poblaciones.
- Los porcentajes de población suplementada con hierro en ambas poblaciones son bajos, 27% de las mujeres en condición de desplazamiento y sólo 34% de estrato 1 receptor. Hilando más fino en este componente, se registra además una muy baja adherencia a la medida de suplementación, pues en ningún grupo las intensidades de uso superan los cinco meses. Otro aspecto importante, es que generalmente las gestantes reciben la suplementación profiláctica, pero en muchas ocasiones, como muestran estos resultados, requieren cantidades un poco mayores, es decir dosis de tratamiento, las cuales deben ser formuladas por un médico.

- De manera consistente con los resultados encontrados en las condiciones de vida, salud sentida y anemia, los resultados nutricionales de la población en condición de desplazamiento son peores que la población de estrato 1 receptor. Con respecto a la desnutrición crónica, 22% de los niños y niñas de 0-10 años pertenecientes a familias desplazadas presentan desbalance de la talla para la edad con respecto al patrón de referencia, siendo un 20% mayor que los de estrato 1 receptor⁵². En el caso de los niños y niñas y niñas menores de 5 años de familias desplazadas, un 22.6% que presentan desnutrición crónica. Esta cifra es un 80% mas alta que la registrada en población general en la Encuesta ENDS, 2000, de Profamilia y un 31% con respecto a la población Sisben 1 de la encuesta ENSIN-2005.
- Los resultados de la medición del bajo peso para la talla, o desnutrición aguda, no presentan diferencias significativas entre las dos poblaciones menores de 10 años, aunque el nivel de este tipo de desnutrición para el grupo de menores de 5 años, es dos veces mayor que el reportado en la población general de la misma edad registrada en la encuesta ENDS, 2000 y 1.3 veces mayor a la población Sisben 1 de la encuesta ENSIN-2005.
- Sin embargo, es muy importante destacar que, en el grupo de desplazados, a diferencia del grupo de estrato 1 receptor, el porcentaje de desnutrición aguda tiende a aumentar en los niños y niñas mayores. Lo anterior puede ser el reflejo del periodo de vulnerabilidad alimentaria por el cual están atravesando, lo cual puede ocasionar un cambio rápido de peso hacia el déficit en los niños y niñas.
- Un 14% de los niños y niñas menores de 5 años, de familias en condición de desplazamiento, tienen bajo peso para la edad, o desnutrición global, frente a un 11% en estrato 1 receptor. Al igual que en desnutrición crónica, la diferencia entre poblaciones es estadísticamente significativa.
- En conjunto, respecto a los tres indicadores, es posible concluir, que para población menor de 5 años, la desnutrición global de la población tanto desplazada como estrato 1 receptor, está en aumento a expensas de los problemas nutricionales crónicos, que son un acumulado histórico, el cual se exacerba en la población desplazada, por cuenta de sus graves problemáticas coyunturales.
- El análisis del Índice de Masa Corporal (IMC) para la población mayor a 20 años muestra un exceso de peso entre el 18% y el 30%, siendo mayor en la población de estrato 1 receptor, y especialmente en las mujeres⁵³. Este resultado es consistente con los hábitos alimentarios identificados, los cuales muestran una baja calidad de la dieta, y con una muy probable inactividad física que generan obesidad en los adultos.

⁵² La diferencia es estadísticamente significativa al 99% de confianza.

⁵³ Hombres (18% desplazados vs. 26% estrato 1 receptor) y mujeres (27% vs. 30%)

- El 23% de las mujeres embarazadas desplazadas tienen peso deficiente, frente al 5.5% de las de estrato 1 receptor.
- La práctica de la lactancia materna está ampliamente difundida, pues la practican más del 98% de la población desplazada y cerca del 97% de la población de estrato 1 receptor. El resultado que es similar al encontrado en el estudio de desplazados PMA-2002. Esto quiere decir que la práctica de la lactancia materna, levemente mayor en desplazados que en familias de estrato 1 receptor, tiende a mantenerse, entre otras razones, por las precarias condiciones de esta población.
- Sin embargo se encontró una baja prevalencia de lactancia exclusiva (sólo un 18%) por la precoz introducción de alimentos complementarios en ambas poblaciones. La duración de la lactancia exclusiva o el inicio de la introducción de líquidos es, en promedio, de 1.2 meses para estrato uno receptor y 1.5 para desplazados, cifras un 50% inferiores al promedio encontrado en la encuesta ENSIN-2005 para población Sisben 1. Se debe recordar que la recomendación de las organizaciones de la salud es de lactancia exclusiva durante seis meses.
- Con respecto a la alimentación complementaria recibida por los niños y niñas menores de 5 años, solo el 50% de los desplazados y el 75% de los de estrato 1 receptor recibieron leche, en la última semana, lo cual es grave puesto que se esperaban porcentajes del 100%. Es preocupante que los alimentos proteicos que menos consumen los niños y niñas sean las vísceras de res, por su bajo costo, más aun teniendo en cuenta los altos porcentajes de anemia y el bajo cubrimiento de la suplementación con micronutrientes.
- El análisis del número y tipo de comidas recibidas, por los niños y niñas muestra que cerca de la mitad (47%) de los desplazados menores de 1 año no reciben cena, el 28% no reciben desayuno y casi la cuarta parte no reciben almuerzo (23%). Por otra parte, un 30% no reciben refrigerios (hay que recordar la existencia de lactancia materna en este grupo). Estas cifras son significativamente mayores frente a los niños y niñas del estrato 1 receptor. En cuanto a los de 1 a 4 años, casi todos reciben desayuno (ligero), el 6% de los desplazados no consumen almuerzo o cena, y un 13% no tienen refrigerios; estos últimos, son consumidos en mayor proporción que lo registrado en menores de 1 año. Es de anotar, que para estos niños y niñas un poco mayores sigue siendo más alta la proporción de desplazados que no consumen cada una de las comidas.
- En general, todos los alimentos de origen proteico son consumidos en menor proporción por los niños y niñas menores de cinco años desplazados que por los pertenecientes a estrato 1 receptor, a excepción de las menudencias de pollo que son más consumidas en el primer grupo. Este alimento es consumido por más de la tercera parte de los niños y niñas de ambos grupos, con un promedio de dos días por semana, probablemente porque su costo es bastante bajo. Todos los porcentajes de

consumo de alimentos proteicos entre niños y niñas de población desplazada y estrato 1 receptor, fueron estadísticamente diferentes, a excepción de las vísceras de res y el pescado.

Sobre otros alimentos de la dieta, el consumo de leguminosas, que aportan proteínas de origen vegetal, se observa en un poco más del 80% de niños y niñas desplazados y de estrato 1 receptor. Por el contrario, teniendo en cuenta que el ICBF llega a la mayor parte de lugares del país, la bienestarina solo la consumen el 44% de niños y niñas desplazados y el 39% de niños y niñas de familias en estrato 1 receptor. El promedio de días de consumo fue de 3.9 días y 4.4 días respectivamente.

Algunos de los alimentos menos consumidos por los niños y niñas son, después de la bienestarina, las verduras (55% de los niños y niñas desplazados y 70% de los estrato 1 receptor) con un promedio de 4.6 días, y las frutas (69% y 81% respectivamente) con promedios en 4.9 y 5.5 días. El consumo bajo de las verduras y algunas frutas, no se presenta por el costo de las mismas, sino más bien por los hábitos culturales que pesan más que su contenido nutricional y su precio.

Por el contrario, los alimentos que principalmente aportan calorías, como los cereales, tubérculos, azúcares y grasas, son consumidos por cerca del 100% de los niños y niñas de ambas poblaciones. Los azúcares y grasas son consumidos casi la totalidad de días a la semana

- El análisis de los consumos de calorías y del porcentaje de la población que consumió por debajo del requerimiento promedio estimado en el resto de nutrientes, ofreció los siguientes resultados para los menores de 2 años:
 - El grupo cuya ingesta calórica puede ser inadecuada, teniendo en cuenta que el consumo promedio de calorías es menor que el EER/día y EER/kg, son los niños y niñas menores de seis meses no lactantes en condición de desplazamiento. En el resto de grupos, la ingesta promedio de energía supera el requerimiento energético estimado.
 - El análisis del consumo proteico de los menores de dos años identifica una diferencia más marcada entre población desplazada y de estrato 1 receptor. Aproximadamente un 30% de los desplazados y el 16% de los de estrato 1 receptor, no consumen el mínimo de proteínas requeridas para la edad, en función de un adecuado crecimiento y desarrollo. El nivel de carencia, sin embargo, no es tal alto en porcentaje, como el de calorías, pero es probablemente más grave por sus implicaciones en el futuro de los niños y niñas.
 - En el caso de vitamina A, el déficit alcanza el 77% para los niños y niñas desplazados que no lactan frente a un 50% del estrato 1 receptor, y un 29% para los que lactan frente a un 17% del estrato 1 receptor.

- Para la vitamina C, el porcentaje de niños y niñas de estrato 1 receptor con déficit, es del 37% para los que no lactan y el 23% para los que lactan, frente a un 42% de los desplazados que lactan y un 48% de los que no lactan.
- Los valores para el zinc presentan un déficit del 50% para el caso de los niños y niñas en condición de desplazamiento, frente a un 40% del estrato 1 receptor.
- Para los niños y niñas entre 2 y 4 años:
 - Aunque el consumo de energía es menor al requerimiento energético estimado en los grupos de 3 y 4 años de edad, solo el peso promedio de los de los de 3 años es menor al de la referencia, lo cual indica que solo este grupo de edad puede tener ingesta limitada de energía.
 - En el caso del calcio, el porcentaje de niños con déficit en el consumo aumenta con el incremento de la edad, pasando en la población desplazada de 42% en los de un año al 82% en los de 4 años, en los de estrato 1 receptor, del 36 al 72%. Estos resultados reflejan los bajos consumos de leche y derivados lácteos.
 - Esta situación persiste en los casos de las vitaminas A y C, y del Zinc en donde las cifras señalan una escandalosa situación de brecha nutricional, muy grave si se tiene en cuenta el periodo de crecimiento y desarrollo de niños y niñas.

Conclusiones generales:

- La población en condición de desplazamiento está en peores condiciones que la de estrato 1 receptor en las seis subregiones estudiadas, dada su menor participación en el mercado laboral, sus peores condiciones de vivienda y calidad de vida y mayores niveles de dependencia económica.
- Se identifica un importante déficit alimentario debido a las precarias condiciones de ingresos que no les permite acceder a una canasta de alimentos adecuada, haciéndolos altamente vulnerables.
- Como consecuencia de las deficientes condiciones socioeconómicas y alimentarias de ambas poblaciones, pero aún más críticas en los desplazados, son altas las prevalencias de desnutrición, anemia y de morbilidad percibida, frente a los niveles habitualmente registrados en la población general.
- La carencia de ingresos se refleja en la preferente adquisición de alimentos fuente de calorías, de menor costo, y un reducido consumo de alimentos fuente de proteínas. Como consecuencia, se genera un importante déficit de micronutrientes

reflejados por la alta prevalencia de anemia, efectos finales en el retraso del crecimiento y alta susceptibilidad a las enfermedades.

- Los indicadores sobre percepción de morbilidad e incapacidad muestran sistemáticamente un mayor problema en la población desplazada, lo cual se agrava por el menor acceso a los servicios de salud de esta población, que resulta evidente al evaluar la demanda de servicios de salud, tanto para consulta como para hospitalización.
- El bajo peso para la edad y la anemia son los problemas primarios en niños y niñas. Esto sumado a la baja calidad de la dieta y a la alta prevalencia de enfermedades, conllevan a la detención del crecimiento de los niños y niñas reflejado en los altos porcentajes de desnutrición crónica.
- Los resultados de la ingesta muestran que el principal problema de la alimentación de los niños y niñas menores de cinco años, no es probablemente la cantidad de dieta, sino la calidad de la misma, reflejada en los déficit de minerales y vitaminas.
- En resumen, la carencia de ingresos se refleja en la preferente adquisición de alimentos fuente de calorías, de menor costo, y de un reducido consumo de alimentos fuente de proteínas. Como consecuencia, se genera un importante déficit de en el consumo de micronutrientes asociado a una alta prevalencia de anemia, al retraso del crecimiento y alta susceptibilidad a las enfermedades.

9 COMPARACIÓN DE RESULTADOS:

Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2005, ICBF, (Nivel 1 del Sisben), relacionados con el Estudio “Estado nutricional de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país - 2005”

ANEMIA

Anemia	Nivel 1 del SISBEN	Promedio nacional	Desplazados Estudio PMA- OPS 2005	Estrato 1 receptor Estudio PMA-OPS 2005
Niños y niñas de 1 a 4 años	41.90%	33.20%	66.02%	56.63%
Niños y niñas de 1 a 2 años	-	53.20%	73.60%	72.66%
Niños y niñas de 5 a 12 años	47.70%	37.60%	53.43%	49.21%
Mujeres de 13 a 49 años	37.80%	32.80%	56.41%	51.07%
Gestantes de 13 a 49 años	48.10%	44.70%	59.68%	56.45%

ANTROPOMETRÍA

Desnutrición en niños y niñas menores de 18 años

Antropometría	Nivel 1 del SISBEN	Promedio nacional	Desplazados Estudio PMA- OPS 2005	Estrato 1 receptor Estudio PMA- OPS 2005
Desnutrición según indicador talla para la edad				
Niños y niñas de 0 a 4 años	17.20%	12%	23%	16%
Niños y niñas de 5 a 9 años	19%	12.60%	21.30%	21.17%
Niños y niñas de 10 a 17 años	23.10%	16.20%	-	-
Desnutrición según indicador peso para la edad				
Niños y niñas de 0 a 4 años	10.30%	7.00%	13.93%	11.00%
Niños y niñas de 5 a 9 años	-	5.40%	9.49%	10.13%
Niños y niñas de 10 a 17 años	-	6.60%	-	-
Desnutrición según indicador peso para la talla				
Niños y niñas de 0 a 4 años	1.30%	1.30%	1.82%	2.25%
Niños y niñas de 5 a 9 años	-	1.10%	2.04%	0.43%

Estado nutricional en adultos de 18 a 64 años

IMC	Nivel 1 del SISBEN	Promedio nacional	Desplazados Estudio PMA- OPS 2005	Estrato 1 receptor Estudio PMA-OPS 2005
Delgadez	5.50%	3.90%	6.49%	4.59%
Sobrepeso	27.00%	32.30%	24.11%	27.60%
Obesidad	11.30%	13.70%	8.54%	11.74%

Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país

Estado nutricional en gestantes de 13 a 49 años

IMC	Promedio nacional	Desplazados Estudio PMA-OPS 2005	Estrato 1 receptor Estudio PMA-OPS 2005
Bajo peso			
Total	18.9%	22.6%	5.5%
13 – 18 años	30.6%	4.6%	3.9%
Sobrepeso			
Total	25.0%	23.7%	25.3%
13 – 18 años	16.3%	3.4%	42.9%
Obesidad			
Total	8.4%	4.5%	7.9%
13 – 18 años	2.1%	-	-

Duración promedio de lactancia materna

Lactancia materna	Nivel 1 del SISBEN	Promedio nacional	Desplazados Estudio PMA-OPS 2005	Estrato 1 receptor Estudio PMA-OPS 2005
Lactancia total	15	14.9	12.19	12.16
Lactancia exclusiva	1.9	2.2	1.51	1.22

Déficit en la ingesta usual de nutrientes

Ingesta	Nivel 1 del SISBEN	Promedio nacional	Desplazados Estudio PMA-OPS 2005	Estrato 1 receptor Estudio PMA-OPS 2005
Proteínas	49.7%	36.0%	10.4%	5.0%
Vitamina C	27.1%	-	50.5%	43.0%
Zinc	76.0%	62.3%	32.0%	26.1%
Calcio	93.1%	85.8%	39.3%	27.8%

Percepción de la seguridad alimentaria en el hogar

	Nivel 1 del SISBEN	Promedio nacional	Desplazados Estudio PMA-OPS 2005	Estrato 1 receptor Estudio PMA-OPS 2005
SEGUROS	40.60%	59.20%	12.20%	40.40%
INSEGUROS	59.40%	40.80%	87.80%	59.60%
Levemente	32.60%	26.10%	31.30%	28.40%
Moderadamente	19.30%	11.20%	52.10%	27.30%
Severamente	7.40%	3.60%	4.40%	3.90%

10 GLOSARIO DE SIGLAS

AI: Adequate Intake

ARP: Administradora de Riesgos Profesionales

CDC: Centres for Disease Control and Prevention

DRI: Dietary Reference Intakes

ECHO: European Commission Humanitarian Aid

ECV: Encuesta de Calidad de Vida

EER: Requerimiento Energético Estimado

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

ENSIN: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

EPS: Entidad Prestadora de Salud

FAO: La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

FNB: Food Nutrition Board

HAZ: Height and Age

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

IMC: Índice de Masa Corporal

INCAP: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

INS: Instituto Nacional de Salud

IOM: Institute Of Medicine

LI: Línea de Indigencia

LP: Línea de Pobreza

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

NCHS: Centro Nacional de Estadística para la Salud de los Estados Unidos de América

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PEA: Población Económicamente Activa

PET: Población en Edad de Trabajar

PMA: Programa Mundial de Alimentos

PPT: Probabilidad Proporcional al Tamaño

UNAL: Universidad Nacional de Colombia

WAZ: Weight and Age

WHO: World Health Organization

WHZ: Weight and Height

EAR: Estimated Average Requeriments

RDA: Recommended Dietary Allowances

SDS: Secretaria Distrital de Salud

SIMVA: Sistema de identificación y de monitoreo de la vulnerabilidad alimentaria

11 BIBLIOGRAFÍA

- “El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría”. Informe de un Comité de expertos de la OMS. Ginebra 1995
- Ministerio de la Protección Social. Resolución 0412 / 2000.
- Fernández Viteri. “*Suplementación con hierro para prevenir la anemia en niños escolares*”. Premio Colsubsidio de investigación en pediatría. 2001
- Programa mundial de alimentos. “Sistema de identificación y de monitoreo de la vulnerabilidad alimentaria, SIMVA. Guía general de aplicación. septiembre. 2003
- Castro de Navarro, Lucía, Nicholls Santiago. “Deficiencia de hierro, vitamina A y prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil y anemia nutricional en mujeres en edad fértil, Colombia 1995-1996”. 1998
- Nestel, Penélope. “Adjusting hemoglobin values in program surveys”.
- Dallman, PR. Pediatrics. 16th ed. New Cork, 1977. P.1111
- Dadan Muñoz, Silvana. “Antropometría, generalidades y aplicaciones”. 1999
- Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud. 2000
- FAO. “Measurement and assessment of food deprivation and undernutrition”. Rome, 2003
- Fondo de las naciones unidas para la infancia. “Situación de la infancia en América Latina y el Caribe”. Chile, 1979
- Prudhon, Claudine. “Evaluación y tratamiento de la desnutrición en situaciones de emergencia”. Madrid.
- Lorenzana Dellohain Paulina y Sanjur Diva. “La adaptación y validación de una escala de seguridad alimentaria en una comunidad de Caracas, Venezuela”. Universidad Simón Bolívar Caracas, Venezuela y Cornell University, Ithaca, NY. Dic. 2000
- OPS. Manual Proceso para la promoción de la alimentación del niño –PROPAN-. Abril 2004. http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Propan_FullText.pdf
- Manual para la evaluación del programa PROGRESA. México

- Human Vitamin and Mineral Requirements (8) y FAO/WHO/UNU el Energy Requirements.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Tabla de composición de alimentos colombianos. Junio 2000
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Recomendaciones de consumo diario de calorías y nutrientes para la población colombiana. Bogotá 1990
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Documentos preliminares de propuesta de recomendaciones de calorías y nutrientes para la población colombiana. Bogotá 2005 (documentos aun sin publicar)
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Documentos preliminares de propuesta de recomendaciones de calorías y nutrientes para la población colombiana. Bogotá 2005 (documentos aun sin publicar)
- Institute of Medicine. “Dietary referente Intakes, Applications in dietary Assessment” National Academy press, 2000.
- Herrán Falla Oscar y col. Tabla de composición de alimentos consumidos en Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Octubre 2003
- Instituto Nacional de Salud. Estudio nacional de salud. Situación nutricional de la población colombiana en 1977-80. Publicación Anemias nutricionales. 1981.
- WFP “Reaching People in situations of Displacement”, Policy Issues, Agenda Item 4, Rome 21-24 May 2001.
- WFP, “Protacted Relief and Recovery Opration Colombia 10158” Projects for Executive Board Approval, Rome 15-17 may 2002.
- CEDE, “Acceso a tierras y desplazamiento forzado en Colombia”. Ana María Ibáñez y Pablo Querubín, 2004. Fuente de los datos: RSS. Encuesta realizada por la iglesia católica en septiembre de 2001.
- PMA- Econometría Evaluación de las necesidades alimentarias de la población desplazada en Colombia, 2003.
- OPS, INS. Estudio de perfil epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia, 2003.
- PMA-CICR. “Identificación de las necesidades alimentarias y no alimentarias de los desplazados: Evaluación conjunta de la población desplazada en 6 departamentos de Colombia”. 2003.

- OIM, “Diagnóstico sobre la población desplazada en seis departamentos de Colombia”, 2003.
- OPS-Secretaría de Salud del departamento de Córdoba. “Informe final del acuerdo de colaboración suscrito entre la Fundación Acción Contra el hambre / Organización Panamericana de la Salud y la Secretaria de Salud Departamental de Córdoba”, 2003.
- Universidad Nacional. “Papel de la ayuda alimentaria en la garantía de la seguridad alimentaria a la población en situación de desplazamiento forzoso: una mirada a través de las familias y las instituciones. Estudio de caso en Soacha, Cundinamarca y Bello, Antioquia”, 2003.
- ACH, ECHO. “Encuesta nutricional. Puerto Asis, Putumayo”. 2004.
- PÉREZ, Luis Eduardo. “Misión Colombia Joint Rapad Needs Aseessment (CJRNA), CICR-PMA. 2004.

El presente documento ha sido elaborado con la contribución financiera de la Comunidad Europea. Esta no se hace responsable de las opiniones aquí recogidas, que no reflejan su posición oficial.