



## **PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS COLOMBIA**

# **ESTUDIO NUTRICIONAL, DE ALIMENTACIÓN Y CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA EN 6 SUBREGIONES DEL PAÍS**

## **INFORME FINAL**

**BOGOTÁ D.C., JULIO 25 DE 2005**

UNIÓN TEMPORAL



**PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS**  
**ESTUDIO NUTRICIONAL, DE ALIMENTACIÓN Y CONDICIONES**  
**DE SALUD DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA**  
**VIOLENCIA EN COLOMBIA**  
**INFORME FINAL**  
**ÍNDICE**

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUCCIÓN.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>METODOLOGÍA .....</b>  | <b>3</b>  |
| 2.1      | ENFOQUE GENERAL.....  | 3         |
| 2.2      | METODOLOGÍA DE ANÁLISIS.....  | 4         |
| 2.3      | DISEÑO DE LA MUESTRA .....  | 12        |
| 2.4      | INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN .....   | 18        |
| <b>3</b> | <b>CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN</b><br><b>OBJETO DE LA EVALUACIÓN .....</b> | <b>20</b> |
| 3.1      | CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS HOGARES .....   | 20        |
| 3.2      | NIVEL EDUCATIVO E INDICADORES LABORALES .....   | 22        |
| 3.3      | CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA .....  | 24        |
| 3.4      | AYUDAS RECIBIDAS POR EL HOGAR.....  | 26        |
| 3.5      | GASTO MENSUAL DEL HOGAR.....  | 27        |
| 3.6      | INGRESO MENSUAL DEL HOGAR.....  | 29        |
| 3.7      | INDICADORES DE POBREZA .....  | 30        |
| <b>4</b> | <b>ADQUISICIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR.....</b>                                      | <b>33</b> |
| 4.1      | FORMA Y LUGAR DE ADQUIRIR LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR .....                                       | 33        |
| 4.2      | ADQUISICIÓN Y CONSUMO .....   | 35        |
| 4.3      | PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR .....   | 37        |
| <b>5</b> | <b>PERFIL DE MORBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE</b><br><b>SALUD.....</b>              | <b>43</b> |
| 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.....  | 51        |
| 5.4.2    | Persona consultada .....  | 53        |
| 5.4.3    | Lugar de consulta .....   | 55        |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| 5.4.4     | Razones de no consulta .....  | 55         |
| 5.5       | HOSPITALIZACIÓN.....  | 58         |
| 5.6       | ANEMIA.....   | 60         |
| 5.6.1     | Uso de suplementos de micronutrientes .....   | 65         |
| <b>6</b>  | <b>ESTADO NUTRICIONAL POR ANTROPOMETRÍA.....</b>  | <b>71</b>  |
| 6.1       | NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS.....   | 71         |
| 6.2       | CRECIMIENTO EN NIÑOS Y JÓVENES DE 2 A 20 AÑOS.....  | 82         |
| 6.3       | GESTANTES .....   | 84         |
| 6.4       | ADULTOS.....  | 85         |
| <b>7</b>  | <b>ALIMENTACIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS.....</b>   | <b>87</b>  |
| 7.1       | PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA .....  | 87         |
| 7.2       | FRECUENCIA DE CONSUMO .....   | 93         |
| 7.2.1     | Menores de dos años .....   | 94         |
| 7.2.2     | Niños de dos años a cinco años .....  | 96         |
| 7.3       | ASPECTOS GENERALES DE LA ALIMENTACIÓN .....   | 98         |
| 7.3.1     | Consumo de las comidas principales.....   | 98         |
| 7.3.2     | Calorías consumidas en cada comida.....   | 100        |
| 7.3.3     | Consumo de alimentos de origen animal.....  | 103        |
| 7.4       | RECORDATORIO DE 24 HORAS .....  | 105        |
| 7.4.1     | Consumo general de calorías y nutrientes:.....  | 110        |
| 7.4.2     | Deficiencias en los consumos de calorías y nutrientes.....  | 122        |
| 7.5       | ANÁLISIS COMPLEMENTARIO DE LOS TIPOS ALIMENTOS Y PREPARACIONES MÁS FRECUENTES<br>EN EL PATRÓN DE CONSUMO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DEL ESTUDIO. .... | 136        |
| <b>8</b>  | <b>APORTES DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN AL SISTEMA<br/>DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO APLICADO ACTUALMENTE POR EL<br/>PMA (SIMVA).....</b>               | <b>139</b> |
| <b>9</b>  | <b>CONCLUSIONES.....</b>  | <b>147</b> |
| <b>10</b> | <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>  | <b>153</b> |

**ANEXO 1:** Requerimientos de dieta para menores de 5 años

**ANEXO 2:** Tablas estadísticas de los resultados

**ANEXO 3:** Formularios

## 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 por la violencia y localizada en 6 subregiones prioritarias, frente a las condiciones de una muestra de población de estrato socioeconómico 1 residentes en los mismos lugares. La evaluación produjo estimaciones válidas y confiables para el universo de 407,500 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 alimentación complementaria; posteriormente, se hacen observaciones y recomendaciones para el SIMVA que es el sistema de monitoreo de la población bajo atención del Programa Mundial de Alimentos, y se finaliza con las conclusiones deducidas de los principales hallazgos del estudio. Tres 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, y el anexo 3 con los instrumentos utilizados para la recolección de información<sup>1</sup>.

La estructura de presentación de los resultados es acorde con lo requerido por los Términos de Referencia de la investigación. 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, 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.

---

<sup>1</sup> El informe final, informe de trabajo de campo, instrumentos y bases de datos, se entregaron al PMA en medio magnético.

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, 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 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. 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 del PMA, a través de María Cecilia Cuartas, quien hizo seguimiento sistemático a todas las actividades de la investigación, de la OPS, por conducto de Susana Helfer de la oficina local, de Chessa Luter, de la oficina central en Washington, y de Helena Pachón, consultora especial, quien además se desplazó a Colombia para apoyar la capacitación en el recordatorio de 24 horas; y de ECHO, con la orientación de Karim Minchote Coordinadora de la oficina local y Helena Ranchal Asistente del Programa de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea. 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 menores de 5 años, desplazados desde enero de 2001, y por las familias de estrato 1, también con niños 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, 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, alimentación complementaria y uso de suplementos alimenticios; frecuencia de consumo de alimentos en los últimos 7 días, de los niños 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 alimentaria, 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, y se identificaron aquellos aspectos de

vulnerabilidad que serán importantes para complementar el sistema de seguimiento y monitoreo aplicado actualmente por el PMA (SIMVA).

## 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 hogar<sup>2</sup>, 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.
- 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.

---

<sup>2</sup> El hogar es la unidad de análisis.

- Condiciones sanitarias: Se identificaron las condiciones sanitarias relacionadas con acceso a agua potable, manejo de basuras, presencia de plagas, olores, etc.
- 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 talla 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. 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 de peso/edad y peso/talla, según los puntos de corte, fue la siguiente:

- Sobrepeso (exceso en indicador peso/edad, peso/talla)  $> +2$  ds
- Emaciación (déficit en indicador peso/talla)  $< -2$  ds
- Cortedad en talla (déficit en indicador talla/edad)  $< -2$  ds

Adicionalmente, se hizo el cálculo del IMC ( $\text{Peso en Kg} / (\text{Talla en Mts})^2$ ) 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 (Center for Resease Control, 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:

- $\text{IMC} < 18.5$                       Peso deficiente
- $\text{IMC} \Rightarrow 18.5$  y  $< 25$       Peso normal
- $\text{IMC} > 25$  y  $< 30$               Sobrepeso
- $\text{IMC} \geq 30$                         Obesidad

#### ***d. Condiciones de lactancia 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 información de iniciación de lactancia, duración, lactancia exclusiva, terminación de lactancia y razones. Igualmente, para los casos en donde no se inició la lactancia, se preguntaron las causas del no inicio. De igual forma, se indagó sobre el inicio de la alimentación complementaria y sobre sus características (día anterior y últimos 7 días).

El análisis se hizo por frecuencias, utilizando la experiencia ENDS 2000, y en total concordancia con las preguntas sobre este componente en la ENSIN-ICBF 2004 -2005.

La información sobre lactancia materna exclusiva se analizó en forma indirecta de la siguiente manera. Se seleccionaron los niños 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 cinco meses sin haber proporcionado ningún alimento ni bebida adicionales. (OPS/OMS, 1998).

La alimentación complementaria se analiza en los niños menores de seis meses, diferenciando los que lactan y los que no lactan. También se incluyó la información de los niños de 6 a 11 meses y de 12 a 23 meses, sin discriminar en estos dos últimos casos la condición de lactancia, por ser muy similares los resultados en ambos grupos. La información se analiza por dos métodos: por frecuencia de consumo y por recordatorio de 24 horas.

Tanto la información de lactancia materna como de alimentación complementaria los análisis se desagregan para desplazados y población de estrato 1, por tiempo de desplazamiento y, en la medida de lo posible, para niños y niñas. Este enfoque permite puntualizar los comportamientos de la 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 el recordatorio de 24 horas que es el recuento de las comidas y bebidas ingeridas durante las 24 horas anteriores a la encuesta, y la segunda, la frecuencia de consumo por tipo de alimento.

El recordatorio de 24 horas, se aplicó a un niño por hogar de 6 meses a 4 años de edad, y la frecuencia de consumo, a la totalidad de niños menores de 10 años del hogar. 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.

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 calorías, hierro, zinc y vitamina A de una fuente animal, consumido al día.
- Porcentaje de calorías consumido en cada comida.
- Lista de alimentos consumidos por los niños y niñas.

La Frecuencia de consumo permite:

- Analizar el patrón de consumo del individuo o del grupo estudiado (en este caso niños 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)

Por último, para la realización y aplicación del recordatorio se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos generales:

- 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 experticia en epidemiología, salud pública y alimentos.

- 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.
- Con el fin de optimizar la calidad de la información referida al consumo de alimentos (cantidad, tamaño), y alcanzar una mayor exactitud en la misma se elaboró un conjunto de ayudas visuales (modelos y fotos), la mayoría de las cuales fueron una adaptación de los utilizados en la ENDS-ENSIN-ICBF 2004 -2005. Los modelos y fotos fueron pesados y medidos para cada uno de los alimentos, siguiendo un riguroso método de estandarización con el fin de poder calcular posteriormente los nutrientes ingeridos por el niño.

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***

Partiendo del hecho concreto, de que las familias en situación de desplazamiento forzado son, *per se*, hogares con vulnerabilidad alimentaria, por su condición de desplazados, que implica situaciones de riesgo como falta de ingresos estables, trashumancia y dependencia de la ayuda en muchos casos, las preguntas de este acápite miden gradación de vulnerabilidad alimentaria desde leve hasta severa, lo cual puede contribuir a definir intervenciones focalizadas, en familias con situación de mayor vulnerabilidad.

Para el presente estudio se utilizó una escala que tiene en cuenta la Escala de Hambre adaptada por Paulina Lorenzana en Venezuela, la cual se compatibilizó con las preguntas utilizadas en la ENDS – ENSIN – ICBF 2004-2005. El método intenta calificar la vulnerabilidad alimentaria de las familias con una escala sencilla denominada ESCALA PARA LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup>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

Este componente consta de 14 preguntas de percepción sobre la seguridad alimentaria en el hogar, y se realizó solo a una persona del hogar (madre, o en su ausencia a la cabeza de familia).

La escala le asigna un valor a las respuestas de cada pregunta, 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 salta de una vez a las preguntas 13 y 14 que son complementarias; Estas son ¿en los últimos 30 días ha tenido que suprimir algún alimento que usualmente compraba porque el dinero no le alcanza? y ¿ En los últimos 30 días ha tenido que disminuir la cantidad de algún alimento porque el dinero no le alcanza?. Si la respuesta a la primera pregunta se 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 una representante de la compañía VITAL<sup>4</sup>, 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 campo<sup>5</sup>.

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 tabla<sup>6</sup>:

**CUADRO 2.1**  
**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                |

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.

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

---

<sup>4</sup> Empresa representante y distribuidora en Colombia de los Equipos Hemocue

<sup>5</sup> Informe Final de Trabajo de Campo

<sup>6</sup> Centres for Disease Control and Prevention. Criteria for anemia in children and childbearing-aged women. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1989; 38: 400-404

En seguida se tomaron los siguientes puntos de corte sugeridos por la OMS<sup>7</sup>, para la definición de anemia en personas viviendo 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                               |
| 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 menores de 6 meses, para el análisis se tomó el punto de la siguiente referencia: Dallman, PR. Pediatrics. 16th ed. New York, 1977. P.1111

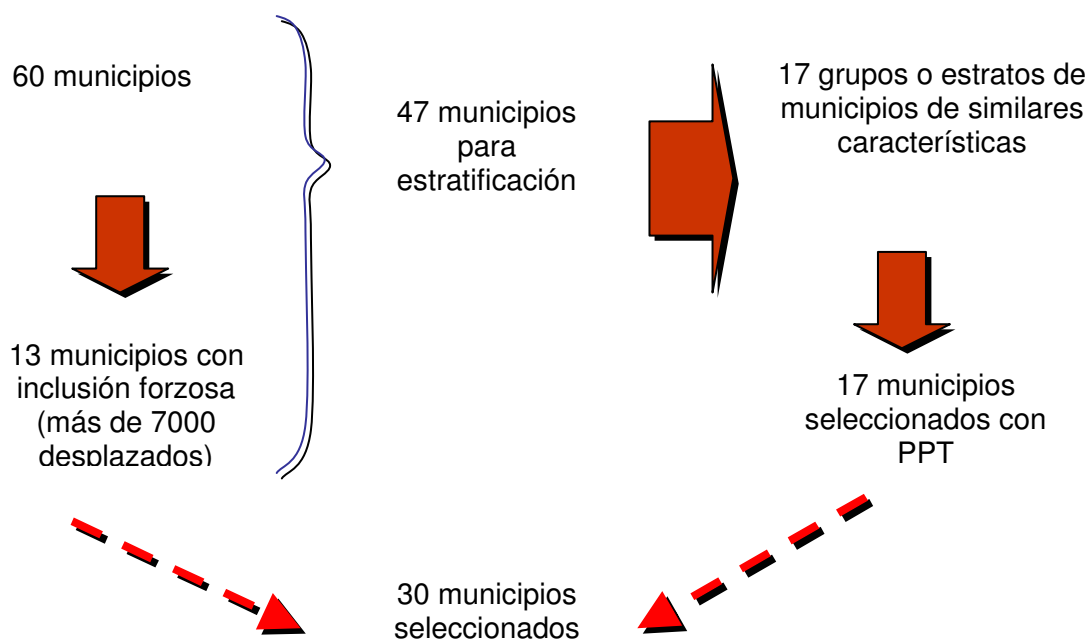
Por último, para complementar el análisis de anemia, del consumo de alimentos, también se indagó por la suplementación con micronutrientes en grupos específicos como son niños menores de cinco años (hierro) y las mujeres gestantes y lactantes (hierro, calcio y ácido fólico).

### 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, con niños y niñas menores de 5 años, en 30 municipios medianos y pequeños, de 6 áreas geográficas establecidas por el PMA. En forma esquemática, el diseño de la muestra se hizo por medio del siguiente procedimiento:

---

<sup>7</sup> WHO/UNICEF/UNU, ed. Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. WHO/NHD/01.3. Geneva: WHO,2001



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 no desplazados de estrato 1.

**a. Delimitación del universo de estudio**

La delimitación del universo de estudio fue realizado directamente por el PMA y la OPS. Las regiones inicialmente señaladas en los términos de referencia del estudio, fueron revisadas y actualizadas por solicitud de la Representante de ECHO en Colombia, teniendo en cuenta la información más reciente y la cantidad de desplazados, 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 2.2, se presenta el resumen del universo delimitado por microregión.

**CUADRO 2.2**  
**REGIONES, NÚMERO DE MUNICIPIOS Y POBLACIÓN DESPLAZADA DEL UNIVERSO DE ESTUDIO**

| MICRO REGIÓN                  | NUMERO DE MUNICIPIOS | NÚMERO DE DESPLAZADOS EN LA MICRO REGIÓN |
|-------------------------------|----------------------|--|
| Catatumbo                     | 3                    | 12,703                                   |
| Cuenca del Pacífico           | 18                   | 96,334                                   |
| Influencia Zona de Distensión | 4                    | 34,786                                   |
| Magdalena Medio               | 9                    | 38,990                                   |
| Oriente Antioqueño            | 14                   | 55,935                                   |
| Sierra Nevada                 | 12                   | 168,139                                  |
| Total general                 | 60                   | 406,887                                  |

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. El número de municipios de la muestra es el sugerido por los términos de referencia.

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 2.2), 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 2.2 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 no desplazados, siguiendo el enfoque propuesto por los términos de referencia.

***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 no desplazados. Si no se completaron las encuestas previstas en la manzana

seleccionada, se siguió con la siguiente manzana del listado en orden geográfico.

Los términos de referencia señalan la selección de los no desplazados entre la población residente de estrato socioeconómico 1.

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 propuso, y fue aceptado, la selección de los no desplazados residiendo en el área de los desplazados. Este enfoque, fue propuesto con anticipación en el Informe Metodológico, y debidamente aceptado por el PMA.

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

- Se identificaron las manzanas del estrato 1.
- 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.

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 2.3**  
**COBERTURA POR MUNICIPIO SEGÚN TIPO DE MUESTRA**

| GRUPO | MUNICIPIO                          | HOGARES DESPLAZADOS |           |             | HOGARES DE ESTRATO 1 |           |             |
|-------|------------------------------------|---------------------|-----------|-------------|----------------------|-----------|-------------|
|       |                                    | MUESTRA             | REALIZADO | % COBERTURA | MUESTRA              | REALIZADO | % COBERTURA |
| 1     | FLORENCIA                          | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 1     | GRANADA – META (antes el castillo) | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 1     | BARRANCABERMEJA                    | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 1     | CASABE (YONDÓ)                     | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 1     | SAN PABLO                          | 40                  | 76        | 190         | 40                   | 40        | 100         |
| 1     | MORALES                            | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 2     | QUIBDO                             | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 2     | LLORÓ                              | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 2     | RIO SUCIO                          | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 2     | UNGUÍA                             | 40                  | 34        | 85          | 40                   | 40        | 100         |
| 2     | LA UNIÓN                           | 40                  | 9         | 22,5        | 40                   | 40        | 100         |
| 2     | GRANADA - ANTIOQUIA                | 40                  | 68        | 170         | 40                   | 40        | 100         |
| 3     | RIOHACHA                           | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 3     | SANTA MARTA                        | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 3     | FUNDACIÓN                          | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 3     | CIÉNAGA                            | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 3     | CONVENCIÓN                         | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 3     | EL TARRA                           | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 4     | SAN LUIS                           | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 4     | SAN FRANCISCO                      | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 4     | COCORNÁ                            | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 4     | CARMEN DE VIBORAL                  | 40                  | 37        | 92,5        | 40                   | 40        | 100         |
| 4     | MARINILLA                          | 40                  | 43        | 107,5       | 40                   | 40        | 100         |
| 4     | SAN RAFAEL                         | 40                  | 39        | 97,5        | 40                   | 40        | 100         |
| 5     | TUMACO                             | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 5     | BUENAVENTURA                       | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 5     | DAGUA (antes Barbacoas)            | 40                  | 14        | 35          | 40                   | 40        | 100         |
| 5     | SAN JUAN DEL CESAR                 | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 5     | VALLEDUPAR                         | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| 5     | PUEBLO BELLO                       | 40                  | 40        | 100         | 40                   | 40        | 100         |
| TOTAL |                                    | 1200                | 1200      | 100         | 1200                 | 1200      | 100         |

Se observa en el cuadro 2.3 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 y aprobaron los formularios de recolección compuestos por una hoja colectiva para identificación de hogares elegibles, y 4 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.
- Modulo 3.1. 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 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

no desplazados, con niños menores de 5 años, hasta completar 1,200 hogares de estrato 1 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

El marco de análisis de la evaluación nutricional y condiciones de salud plantea la caracterización socioeconómica del hogar<sup>8</sup> identificando su situación socioeconómica, composición demográfica, condición educativa, nivel de pobreza, condiciones sanitarias, formas de adquisición de alimentos y ayudas recibidas.

La población se ha clasificado entre hogares en condición de desplazamiento y hogares de estrato 1 cuya característica particular es tener niños y/o niñas menores de 5 años.

Para el análisis, fue tenido en cuenta la variable tiempo de desplazamiento. 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.

**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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

#### 3.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS HOGARES

En términos generales, los hogares desplazados objeto de esta evaluación, se componen en promedio de 5.8 personas, de las cuales 3 son menores de 12 años. El 13% de los hogares tiene jefatura única femenina y en promedio viven 1.1 hogares por vivienda. Características similares fueron encontradas en hogares de estrato 1, donde el 16% tienen jefatura única femenina y en promedio se componen de 5.2 personas de las cuales 2.5 corresponde a menores de 12 años. Así mismo, no se observan diferencias en la distribución según género, aproximadamente el 52% tanto en hogares desplazados como de estrato 1 son mujeres.

---

<sup>8</sup> El hogar es la unidad de análisis.

**CUADRO 3.2**  
**CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES ENCUESTADOS**

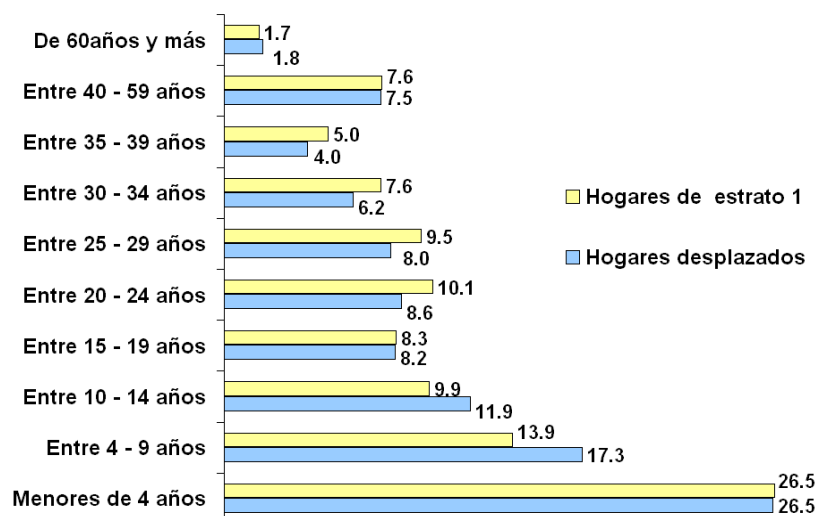
| INDICADOR                | HOGARES DESPLAZADOS | HOGARES DE ESTRATO 1 |
|--------------------------|---------------------|----------------------|
| Personas hogar           | 5.79<br>(0.1)       | 5.18<br>(0.0)        |
| % Mujeres                | 52.73<br>(0.9)      | 52.68<br>(0.9)       |
| % Mujeres jefes de hogar | 26.62<br>(1.9)      | 19.23<br>(1.65)      |
| Hogares por vivienda     | 1.08<br>(0.0)       | 1.06<br>(0.0)        |

( ) : Error estándar

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

En relación con las características de las personas encuestadas, en la grafica 3.1 se observa la distribución etárea de la población. Esta distribución es el resultado del filtro realizado a la población encuestada, dado que sólo se entrevistaron hogares con niños y/o niñas menores de 5 años, dando como resultado una edad promedio en un hogar desplazado de 16.9 años frente a 17.8 años de los hogares de estrato 1. Es importante destacar que aproximadamente el 50% de las personas que componen el hogar tanto en hogares desplazados como de estrato 1, corresponde a menores de 15 años. En los estratos 1, se observa una mayor participación de los grupos de edad cuya edad oscila entre 25 y 39 años.

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



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.



### 3.2 NIVEL EDUCATIVO E INDICADORES LABORALES

Con respecto al nivel educativo e indicadores laborales, la población en edad de trabajar, PET, es decir, las personas mayores de 11 años, corresponde al 51% de población encuestada en hogares desplazados; de éstos, el 47% es la población económicamente activa, PEA, es decir, aquellos que el mes anterior a la encuesta trabajaron o buscaron empleo. Llama la atención la baja tasa de desempleo encontrada, 2.2%. El número de ocupados como proporción del número total de personas del hogar es de 23.8%.

Al comparar los resultados obtenidos en los hogares de estrato 1, no se observan grandes diferencias en cuanto a población en edad de trabajar y población económicamente activa. Por su parte, al analizar los indicadores laborales se observa tanto para hogares desplazados como de estrato 1, que 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.

De los indicadores analizados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 1% entre la población desplazada y de estrato 1, 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.

**CUADRO 3.3**  
**INDICADORES LABORALES**

| INDICADOR       | HOGARES DESPLAZADOS | HOGARES DE ESTRATO 1 |
|-----------------|---------------------|----------------------|
| HOMBRES         |                     |                      |
| PET**           | 48.2<br>(1.3)       | 52.6<br>(1.4)        |
| PEA **          | 75.6<br>(1.6)       | 80.2<br>(1.5)        |
| MUJERES         |                     |                      |
| PET****         | 53.3<br>(1.3)       | 56.8<br>(1.3)        |
| PEA             | 24.6<br>(1.5)       | 24.4<br>(1.5)        |
| POBLACIÓN TOTAL |                     |                      |
| PET*            | 50.9<br>(0.9)       | 54.8<br>(0.9)        |
| PEA             | 47.4<br>(1.3)       | 49.7<br>(1.3)        |

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

De otro lado, los indicadores del nivel educativo de la población desplazada muestran una tasa de analfabetismo para la población mayor de 15 años del 18.3%. Al desagregar por grupos de edad se observa que la menor tasa se encuentra en el grupo de 15 – 17 años y la

mayor como era de esperarse, en el grupo de mayores de 50 años. Al comparar los resultados encontrados con las tasas obtenidas para el país a partir de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003, se observa una brecha importante especialmente en el grupo de mayores de 50 años. En términos generales, se ve como la tasa de analfabetismo de la población desplazada mayor de 15 años es casi 11 puntos porcentuales superior a la registrada para el total país.

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.

**CUADRO 3.4**  
**TASA DE ANALFABETISMO SEGÚN GRUPOS DE EDAD**

| GRUPO DE EDAD         | HOGARES DESPLAZADOS | HOGARES ESTRATO 1 | TOTAL PAÍS ECV-2003 |
|-----------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| Entre 15 – 17 años    | 7.5<br>(2.3)        | 5.6<br>(2.0)      | 2.9<br>(0.3)        |
| Entre 18 – 24 años    | 9.9<br>(1.4)        | 7.6<br>(1.4)      | 2.3<br>(0.2)        |
| Entre 25 – 49 años*** | 19.9<br>(1.4)       | 8.9<br>(1.0)      | 5.4<br>(0.2)        |
| Mayores de 50 años*** | 46.2<br>(4.0)       | 26.7<br>(3.9)     | 19.1<br>(0.5)       |
| Mayores de 15 años*** | 18.3<br>(1.0)       | 9.6<br>(0.8)      | 7.9<br>(0.2)        |

( ) : Error estándar

\* Diferencia estadística al 1%

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

De otro lado, al analizar las tasas de asistencia escolar de niños y jóvenes se observan tasas superiores al 95% para el grupo de 7 – 11 años donde se observan diferencias estadísticamente significativas al 15%. La tasa de asistencia desciende de forma significativa al pasar del 95% al 70% en el grupo de 12 a 17 años. El descenso más dramático se registra en el grupo de 18 – 25 años. Lo anterior puede explicarse si se tiene en cuenta que en esos grupos de edad se inicia la educación secundaria y superior, y las restricciones de carácter económico se vuelven aún más relevantes obligando a la población a desertar del sistema escolar e ingresar a la fuerza laboral.

**CUADRO 3.5**  
**TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR SEGÚN GRUPOS DE EDAD**

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

( ): Error estándar

\*\*\*\* Diferencia estadística al 15%

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia 2005.

Al analizar las tasas de asistencia escolar según tiempo de desplazamiento se observa un aumento en la proporción de niños, niñas y jóvenes menores de 18 años que asiste a un establecimiento educativo. Llama especialmente la atención el aumento del 21% en dicha tasa en el grupo de 12 a 17 años. Como era de esperarse, la tasa de asistencia escolar para jóvenes de 18 a 25 años decrece cuatro puntos porcentuales y como se indicó en el párrafo anterior esto puede ser atribuido principalmente a razones de tipo económico.

### 3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

En cuanto a la tenencia de la vivienda, se aprecia que los hogares desplazados ocupan en mayor proporción una “vivienda propia” aunque este no este acreditado con ningún título de propiedad; así mismo, la proporción de hogares que vive en arriendo corresponde a una cuarta parte. Al comparar la tenencia de la vivienda con los hogares de estrato 1, se observa que éstos poseen en mayor proporción viviendas propias con título.

**CUADRO 3.6**  
**% HOGARES SEGÚN PROPIEDAD DE LA VIVIENDA**

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

( ) Error estándar

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

En relación con la propiedad de la vivienda ocupada por el hogar, en hogares cuyo desplazamiento es inferior a 6 meses, predomina la propiedad sin título de la vivienda (27%) y, arriendo y usufructo con un participación del 20% cada una. En los hogares cuyo tiempo de desplazamiento oscila entre 6 y 11 meses, y 12 meses y más, se observan una diferencia importante en la proporción de hogares que aunque declaran ser propietarios de la vivienda no tienen ningún título que lo acredite al pasar de 17.6% a 31.7%.

El acceso a servicios públicos muestra comportamientos disímiles, los servicios asociados con saneamiento básico muestran bajas coberturas especialmente la conexión a alcantarillado y recolección de basuras, contrario a lo encontrado con la conexión al servicio de energía eléctrica cuya cobertura es del 85%.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al 1% entre los hogares desplazados y de estrato 1 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 SEGÚN PROPIEDAD DE LA VIVIENDA**

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

( ) Error estándar

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

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

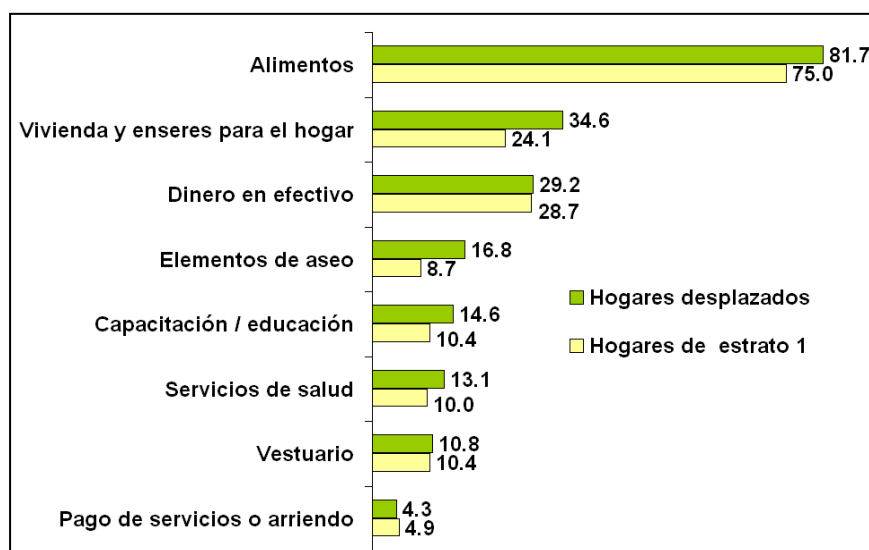
En relación con la presencia de plagas en el hogar (roedores, cucarachas, insectos, etc.) el 99% de los hogares tanto desplazados como de estrato 1, declararon la presencia de estas plagas en la vivienda ocupada por el hogar. Así mismo, al indagar sobre la percepción de riesgo que tienen los hogares, el 48% tanto de hogares desplazados como de estrato 1, afirman que su vivienda se encuentra en riesgo de inundación, avalancha o derrumbes y el 100% declara estar en zona de riesgo debido a vientos fuertes, basuras o fallas de electricidad y de gas.

### 3.4 AYUDAS RECIBIDAS POR EL HOGAR

Al indagar sobre las ayudas recibidas por el hogar, el 66% de los hogares desplazados y el 55% de los hogares de estrato 1 afirman haber recibido alguna ayuda por parte de amigos, familiares, vecinos o alguna institución pública o privada.

Como se observa en la gráfica 3.2, la ayuda recibida por los hogares desplazados con mayor frecuencia son alimentos, seguida por vivienda, enseres para el hogar y dinero en efectivo. Cabe resaltar que ayudas en educación, capacitación o servicios de salud muestran una baja participación, con menos del 15% de los hogares. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al 5% solo en la proporción de hogares que recibieron algún tipo de ayuda en alimento.

**GRÁFICA 3-2**  
**PROPORCIÓN DE HOGARES QUE RECIBIERON ALGÚN TIPO DE AYUDA**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Al analizar la proporción de hogares que reciben algún tipo de ayuda se observa que dicha proporción varía según el tiempo de desplazamiento. Aproximadamente un 65% de los hogares cuyo tiempo de desplazamiento es inferior a 6 meses o superior a 12 meses, declaró haber recibido algún tipo de ayuda frente al 83% de los hogares entre 7 y 11 meses de desplazamiento.

Hay que aclarar que el proveedor de la ayuda también difiere a lo largo del tiempo, lo cual se ha evidenciado en otros estudios. En los primeros meses del desplazamiento la ayuda proviene de fuentes estatales y/o ONG's y pasa luego a ser ofrecida por amigos, vecinos y/o familiares.

De otro lado, al analizar el comportamiento del tipo de ayuda se observa que 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 según aumenta el tiempo de desplazamiento.

**CUADRO 3.8**  
**PROPORCIÓN DE HOGARES DESPLAZADOS QUE RECIBIERON ALGÚN TIPO DE AYUDA**

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

( ) Error estándar

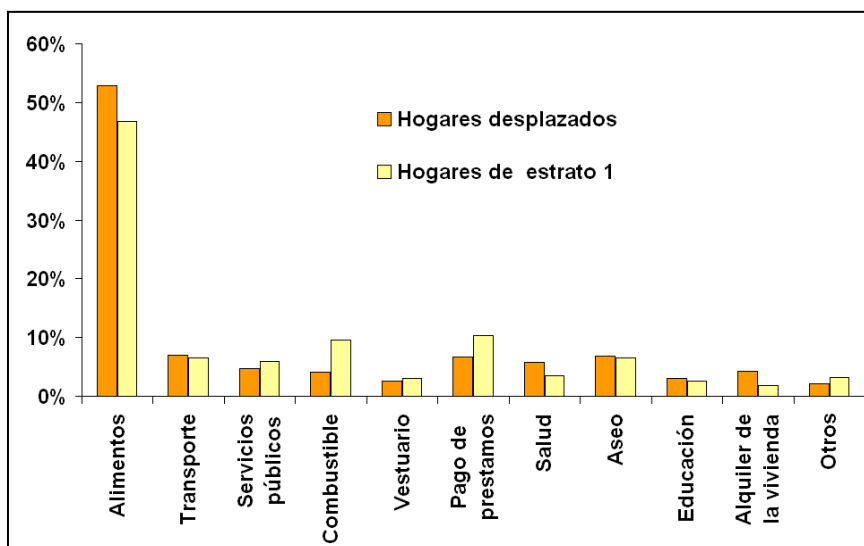
**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

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, 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. En general los hogares recibieron ayuda 2 o 3 veces en los últimos 3 meses.

### 3.5 GASTO MENSUAL DEL HOGAR

Para el análisis del gasto mensual del hogar fueron tenidas en cuenta 12 categorías, lo cual permitió realizar una aproximación a la estructura de gasto de los hogares estudiados. En términos generales, no se observan grandes diferencias en la distribución de gasto de los hogares desplazados y los hogares de estrato 1. Se observa que aproximadamente un 50% del gasto corresponde a gasto en alimentos y el 50% restante distribuido en ítems como transporte, servicios públicos, pago de deudas, elementos de aseo y pago del arrendamiento de la vivienda.

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



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

En promedio, los hogares desplazados registran un gasto mensual de \$253,307, 42% inferior al registrado por los hogares de estrato 1. Alimentos, transporte, pago de prestamos y elementos de aseo son las categorías en las cuales se observa un mayor gasto; al comparar estos ítems entre los hogares desplazados y de estrato 1 no se observan diferencias en la participación de cada categoría pero si en la magnitud del mismo y en el hecho de que el gasto en servicios públicos es significativo para hogares de estrato 1, lo anterior atribuible a la mayor cobertura de servicios públicos en dichos hogares.

**CUADRO 3.9**  
**GASTO MENSUAL DEL HOGAR (PESOS)**

| ÍTEM               | HOGARES DESPLAZADOS | HOGARES DE ESTRATO 1 |
|--------------------|---------------------|----------------------|
| Alimentos          | 133,822<br>(3973)   | 168,982<br>(4101)    |
| Transporte         | 17,679<br>(1348)    | 23,476<br>(1494)     |
| Servicios públicos | 11,797<br>(988)     | 21,133<br>(1251)     |
| Combustible        | 10,552<br>(604)     | 34,730<br>(18127)    |
| Vestuario          | 6,667<br>(1083)     | 11,051<br>(1569)     |
| Pago de prestamos  | 16,755<br>(3421)    | 37,593<br>(4453)     |
| Salud              | 14,606<br>(3866)    | 12,877<br>(1424)     |
| Aseo               | 17,419<br>(579)     | 23,678<br>(903)      |

| ÍTEM                    | HOGARES DESPLAZADOS | HOGARES DE ESTRATO 1 |
|-------------------------|---------------------|----------------------|
| Educación               | 7,773<br>(1137)     | 9,475<br>(1135)      |
| Alquiler de la vivienda | 10,869<br>(988)     | 6,774<br>(896)       |
| Otros                   | 5,367<br>(2231)     | 11,549<br>(6553)     |
| Total                   | 253,307<br>(9151)   | 361,318<br>(21981)   |

( ) Error estándar

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Los resultados muestran que el gasto promedio de los hogares desplazados aumenta según aumenta el tiempo de desplazamiento. En promedio el gasto mensual aumenta 13.3% si se compara los hogares con menos de 6 meses de desplazamiento y los que llevan 12 meses y más. Al desagregar por ítems de gasto, se observa que 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, un 65% del salario mínimo mensual<sup>9</sup>. El ingreso promedio de los hogares de estrato 1, 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<br>(30997) | 64.9   |
| Hogares estrato 1                               | \$314,225<br>(14170) | 82.4   |
| Hogares desplazados con jefatura única femenina | \$176,959<br>(27804) | 46.4   |
| Hogares estrato 1 con jefatura única femenina   | \$260,296<br>(28050) | 68.2   |

( ): Error estándar

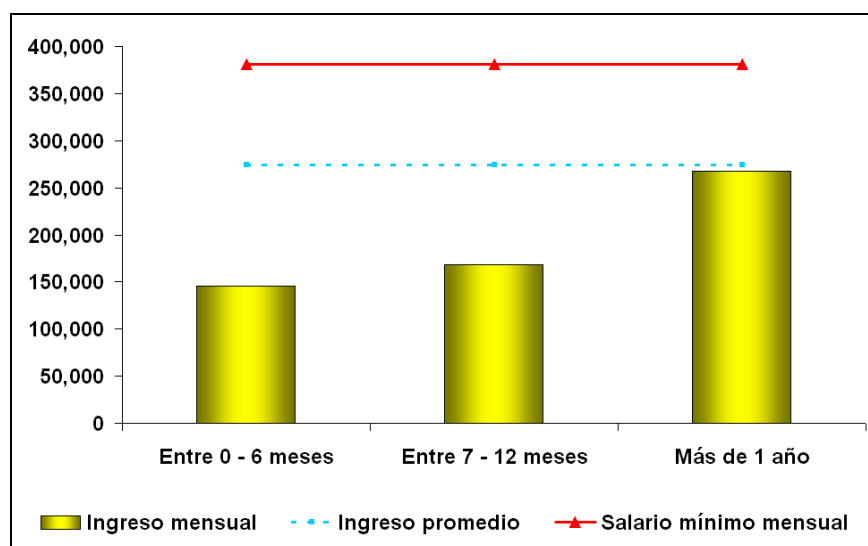
**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

<sup>9</sup> Salario mínimo mensual legal vigente 2005: \$381,500.



Como se observa en la gráfica 3.4 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.

**GRÁFICA 3-4**  
**INGRESO MENSUAL PROMEDIO SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

### 3.7 INDICADORES DE POBREZA

Los siguientes indicadores muestran la condición de pobreza de los hogares siendo significativa la condición de pobreza más aguda en la población en condición de desplazamiento frente a la población de estrato 1 resultado consistente con estudios anteriores. Los indicadores usados corresponden a necesidades básicas insatisfechas, línea de pobreza y línea de indigencia.

El cuadro 3.11 muestra la proporción de hogares con al menos una de las necesidades básicas insatisfechas. Como puede verse, las necesidades básicas que presentan una mayor proporción de hogares son los relacionados con las condiciones de la vivienda (hacinamiento y vivienda inadecuada); sin embargo, componentes como dependencia económica y servicios públicos inadecuados muestran proporciones superiores al 38%. Llama la atención, la baja proporción de hogares, inferior al 5%, donde algún menor entre 7

y 11 años no estudia siendo coherente con las altas tasas de asistencia escolar mencionadas anteriormente.

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, siendo mayor la diferencia en el factor de dependencia económica. Lo anterior 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 que presentan cada una de las necesidades excepto inasistencia escolar de menores.

**CUADRO 3.11**  
**PROPORCIÓN DE HOGARES SEGÚN NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA**

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

( ) : Error estándar

\* Diferencia estadística al 1%

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

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, y como se ve en el cuadro 3.12, el 85% de los hogares desplazados se encuentra en condición de pobreza frente al 73% de los hogares de estrato 1.

Por otra parte, según el indicador de línea de pobreza el cual clasifica un hogar como pobre si el ingreso per cápita del mismo es inferior a valores límites determinados<sup>10</sup>; el 99% de los hogares desplazados se encuentra por debajo de la línea de pobreza lo que esta acorde con los bajos ingresos y gastos registrados por estos hogares.

Al comparar la proporción de hogares desplazados y de estrato 1 en condición de pobreza según el indicador de NBI, se observan diferencias estadísticamente significativas al 1%.

<sup>10</sup> El valor límite tomado para calcular la línea de pobreza fue \$223,864 (enero 2005). fuente: DNP.

**CUADRO 3.12**  
**PROPORCIÓN DE HOGARES POBRES SEGÚN INDICADOR**

| TIPO DE HOGAR                            | NBI*          | LP <sup>11</sup> |
|--|---------------|------------------|
| Hogares desplazados                      | 85.4<br>(1.5) | 98.9<br>(0.4)    |
| Hogares estrato 1                        | 73.0<br>(1.9) | 98.5<br>(0.4)    |
| Total país (ECV 2003)                    | 16.5<br>(0.4) | 58.2<br>(0.5)    |
| Total estrato 1 (ECV 2003) <sup>12</sup> | 33.1<br>(1.2) | 79.1<br>(1.3)    |

( ) : Error estándar

\* Diferencia estadística al 1%

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

En cuanto al porcentaje de hogares en condición de miseria, el cuadro 3.13 muestra que esta proporción es superior al 90% bajo el criterio de línea de miseria 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 de todo el país en condición de miseria, siendo significativamente superior para la población desplazada.

En cuanto al porcentaje de hogares en condición de miseria, el cuadro 3.12 muestra que esta proporción es superior al 90% bajo el criterio de línea de miseria 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 de todo el país en condición de miseria, siendo significativamente superior para la población desplazada. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas al 1% en la proporción de hogares desplazados y de estrato 1 en condición de miseria si se miran a través de NBI o de LP.

**CUADRO 3.13**  
**PROPORCIÓN DE HOGARES EN CONDICIÓN DE MISERIA SEGÚN INDICADOR**

| TIPO DE HOGAR              | NBI*          | LI*           |
|----------------------------|---------------|---------------|
| Hogares desplazados        | 59.3<br>(2.2) | 92.8<br>(1.1) |
| Hogares estrato 1          | 38.1<br>(2.1) | 79.7<br>(1.8) |
| Total país (ECV 2003)      | 4.7<br>(0.2)  | 20.7<br>(0.4) |
| Total estrato 1 (ECV 2003) | 10.5<br>(0.7) | 34.7<br>(1.1) |

( ) : Error estándar

\* Diferencia estadística al 1%

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

<sup>11</sup> El valor tomada para calcular la línea de indigencia fue \$91,994 (enero 2005). Fuente: DNP.

<sup>12</sup> Es importante tener en cuenta que para el cálculo de este indicador fueron tenidas en cuenta las 9 regiones, las cuales incluyen capitales de departamento.

## 4 ADQUISICIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR

A continuación se presentan los resultados relacionados en la forma, adquisición y consumo de alimentos y la percepción de vulnerabilidad relacionada a la seguridad alimentaria.

### 4.1 FORMA Y LUGAR DE ADQUIRIR LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR

En este capítulo se analiza la adquisición de alimentos en el hogar, teniendo en cuenta que refleja, en parte, el acceso a los alimentos, 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 ellos están, la producción para autoconsumo, el subsidio ya sea en alimentos directamente o en dinero, la donación, recolección, etc. (Ver anexo 2, adquisición de alimentos: lugar y forma de adquisición).

Los resultados muestran que en los hogares desplazados, 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.

Los alimentos que compran, un alto porcentaje de hogares, y que también son adquiridos a través de la producción en el hogar, son el pollo o gallina, los 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.

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, 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, 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.

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, 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-2002, 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 que los hogares desplazados.

Otro sitio alternativo al que acuden los hogares de estrato 1 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 que en los desplazados.

Por otra parte, se encuentra nuevamente como una constante, la dependencia de la solidaridad de los vecinos o familiares, superando ponderadamente 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.

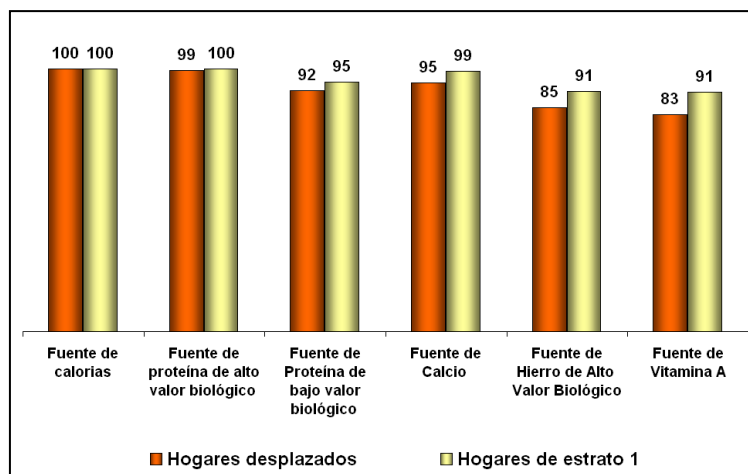
Es adicionalmente importante el hecho de que no más del 50% de los hogares desplazados adquiera alimentos básicos como granos y la misma bienestarina lo cual es grave por la alta vulnerabilidad que estas hogares presentan, que se puede fácilmente ratificar con la mayoría de las variables analizadas en el presente estudio y que corroboran varios de los hallazgos del estudio del 2002, referenciado más arriba.

## 4.2 ADQUISICIÓN Y CONSUMO

Los resultados de este acápite muestran de alguna manera, comportamientos esperados, que aunque en muchos alimentos no se reflejan en cifras muy significantes, si se puede afirmar, que hay una clara tendencia en los hogares desplazados a adquirir, con menor frecuencia, todos los alimentos evaluados, respecto a la población de estrato 1.

Es de destacar que el patrón de consumo de alimentos entre hogares desplazados y de estrato 1 es el mismo. Con mínimas diferencias, el consumo prioritario está centrado en los alimentos calóricos, aceite, arroz y azúcar. Con un mediano consumo leche, carne de res, pollo, verduras y frutas, y con un bajo consumo, derivados lácteos y vísceras. Es impactante en esta población tanto en desplazados como de estrato 1, el alto consumo de gaseosas y refrescos, en especial en población de estrato 1.

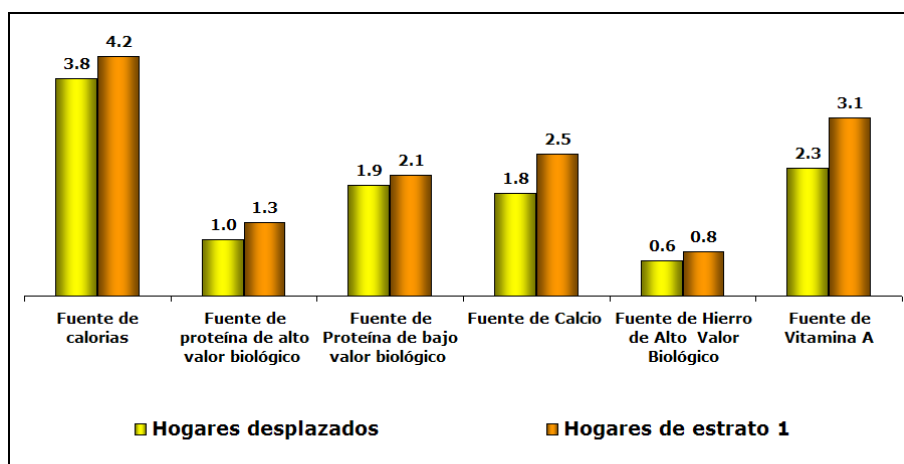
**GRÁFICA 4-1**  
**% HOGARES QUE EN LOS ÚLTIMOS 3º DÍAS ADQUIRIERON EL ALIMENTO**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Se destaca dentro de las diferencias de hogares desplazados y de estrato 1, el consumo de leche, carnes, pollo, enlatados y embutidos el cual es mayor en los hogares de estrato 1. Las diferencias mas notorias, están en el consumo de verduras que en desplazados es el 60.3% y en estrato 1 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 supera el 71%.

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



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

En cuanto a la frecuencia de consumo en los últimos 7 días, no se observan mayores diferencias entre hogares desplazados y no desplazados, 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.<sup>13</sup>

La gráfica anterior también muestra diferencias interesantes, que se traducen en **calidad de la dieta** y las diferencias 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, 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 colombiana<sup>14</sup> en general, si los desplazados tienen consumos inferiores que el estrato más bajo de la población, ello preconiza problemáticas

<sup>13</sup> Los estudios de Canasta realizados para familias de todos los estratos, pero con información de muestra significativa de estrato 1

<sup>14</sup> INS 1996

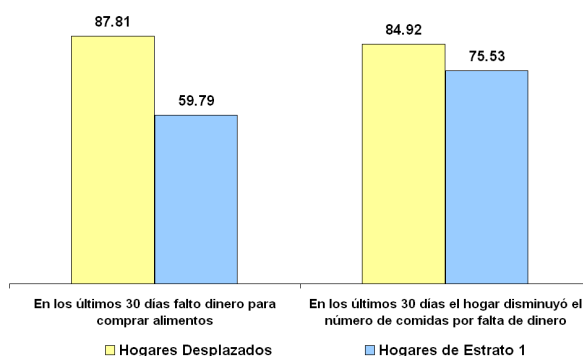
mayores en déficit de hierro evaluado en este estudio, y alerta por otros no estudiados como el déficit de calcio y vitamina A. Cabe destacar que esta situación confirma los hallazgos del estudio PMA-2002.

### 4.3 PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR

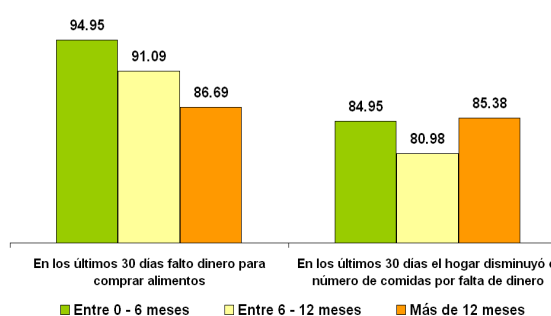
Al analizar los resultados el estudio muestra una problemática muy preocupante, dado que, aunque en general, la percepción de inseguridad para todos los ítems en los desplazados es mayor, en todos los casos la percepción de inseguridad alimentaria en las familias de estrato uno supera el 50%, situación que dice mucho del alto riesgo de inseguridad alimentaria de este gran grupo poblacional del país, lo que refleja la grave situación de las familias en condición de pobreza a nivel nacional.

Es así como 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 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. 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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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%-

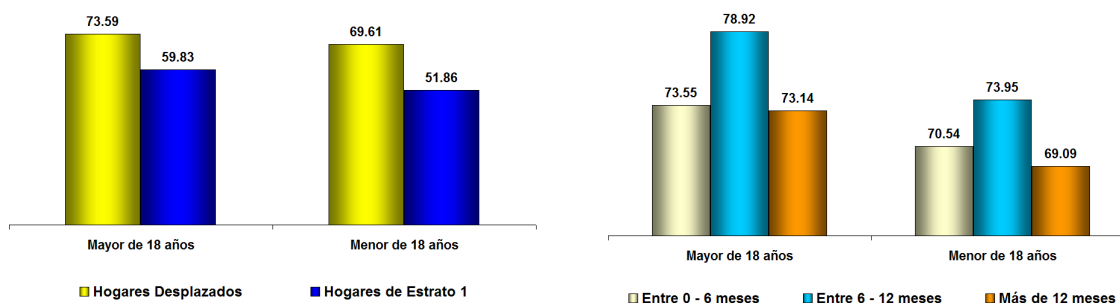


85%), en forma constante, deben omitir alguna comida por falta de dinero, porque este seguramente no es suficiente, dado que al sobrepasarse los 6 meses de desplazamiento, se pierde el derecho a la ayuda alimentaria, reglamentada por el Estado.

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) hay la tendencia clara a proteger a los niños, aunque en ambos grupos el porcentaje de niños que disminuye sus consumos es alto, y explica la grave situación de desnutrición crónica y aguda que muestran los resultados del presente estudio.

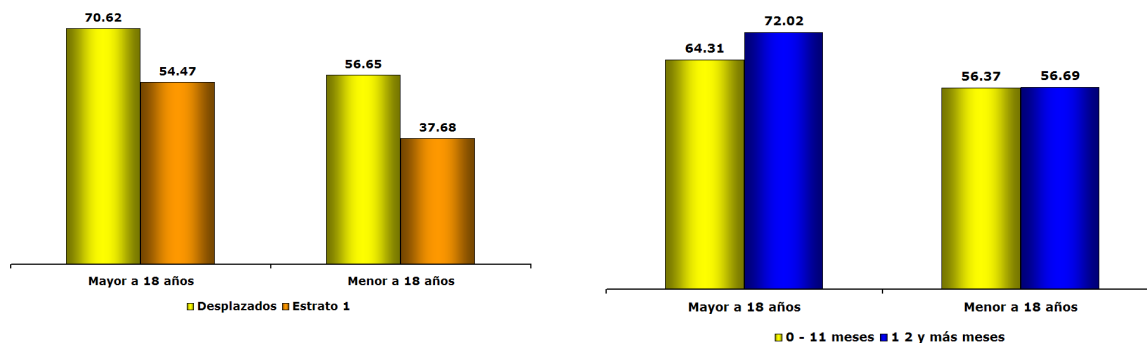
Cuando se indaga, como lo muestra la gráfica siguiente si algún integrante del hogar se queja de hambre en los últimos treinta días, la situación es similar a los hallazgos anteriores, siendo constante que sea más frecuente en los mayores de 18 años, lo que corrobora todo lo planteado en los párrafos precedentes, y muestra como esta distribución y comportamiento no cambia al introducir la variable tiempo de desplazamiento.

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



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

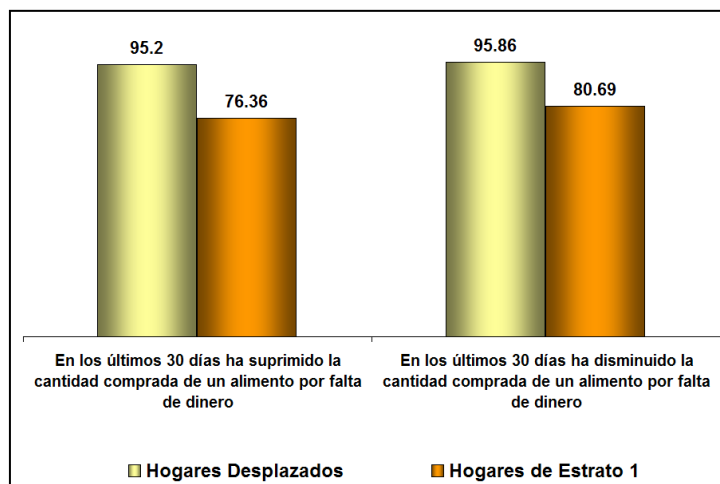
**GRÁFICA 4-6**  
**EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR SE ACOSTÓ CON HAMBRE POR QUE NO ALCANZÓ EL DINERO PARA LA COMIDA?**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Al indagar sobre si se suprime o disminuye la compra de alimentos por falta de dinero, se observa claramente una mayor omisión de compra en los desplazados que en los de estrato 1. Cabe destacar que para los dos grupos es mas drástica y significativa la alternativa de disminuir, que la de omitir o eliminar la compra de alimentos.

**GRÁFICA 4-7**  
**%DE HOGARES QUE HAN SUPRIMIDO – DISMINUIDO CANTIDAD DE ALIMENTOS POR FALTA DE DINERO**



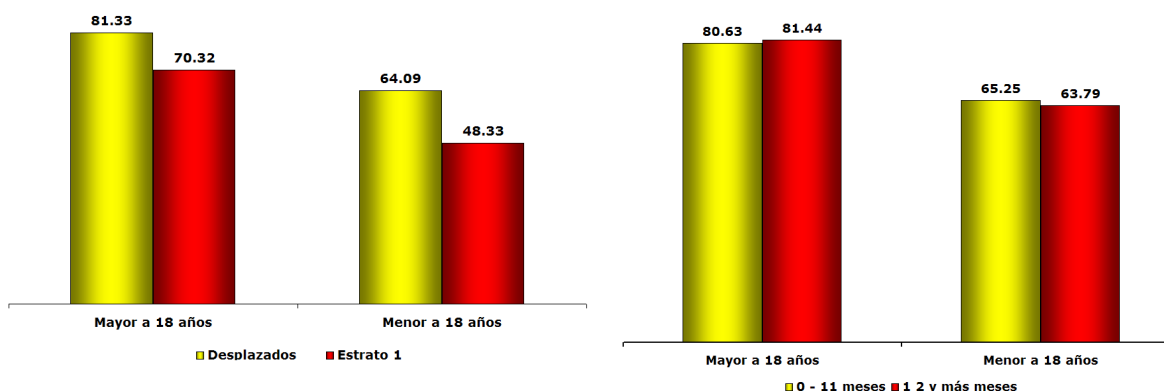
**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

En la gráfica anterior se observa como la supresión de alimentos comprados o su disminución es mayor en población desplazada, en ambos casos superando el 95% es decir que casi el total de la población encuestada ha pasada por dicha situación.

Cabe destacar que es muy preocupante como la población de estrato 1 para ambos ítem, también presenta cifras de supresión y eliminación de alimentos en la compra, con mas del 76% en ambos casos, lo que implica que de 76 a 80 personas de cada 100 debe dejar de comprar o disminuir drásticamente la compra de alimentos por falta de recursos económicos.

Al analizar situaciones como dejar de comer o manifestación de hambre de algún miembro del hogar , la situación sigue siendo más severa en los mayores de 18 años y en el caso de la población desplazada cuando se introduce en estos análisis el tiempo de desplazamiento se ve con claridad como el periodo más crítico es el de 6 a 12 meses, dado que, en desplazados de menos de 6 meses reciben ayudas alimentarias y en mayores de 1 año, de alguna forma han estabilizado su situación a un costo alto pero ya se ha instaurado una nueva situación vital, en cambio la población desplazada entre 6 y 12 meses, está en el periodo de incertidumbre más crítico como desplazados.

**GRÁFICA 4-8**  
**EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR DEJO DE DESAYUNAR, DE ALMORZAR O DE COMER POR FALTA DE DINERO PARA COMPRAR ALIMENTOS?**



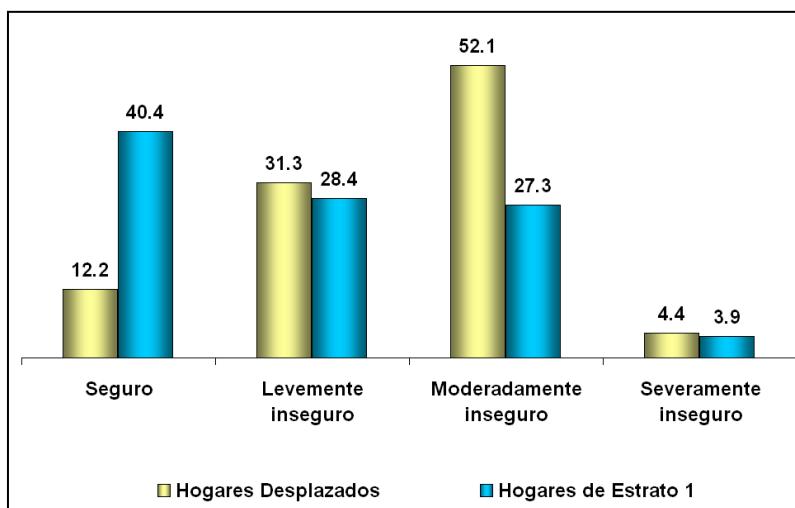
**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Estos resultados son muy similares a los obtenidos para los tiempos de desplazamiento, en el estudio del PMA 2002, donde también se identificó como la más vulnerable la población con un tiempo de desplazamiento entre 6 y 12 meses.

Sin embargo, la situación no deja de ser igualmente grave pues en seguridad alimentaria la condición de suficiente cantidad es tan importante como la presencia o no del nutriente o nutrientes, los cuales se omiten al dejar de comprar o disminuir alimentos. Si lo anterior se corrobora con la **frecuencia de consumo**, esta situación es producto de la disminución u omisión de compra de los alimentos mas costosos, que son aquellos nutricionalmente más requeridos por las familias.

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. Se observa que sólo el 12 % de las familias desplazadas encuestadas se percibe en seguridad alimentaria y el 40% de las familias de estrato 1.

**GRÁFICA 4-9**  
**PERCEPCIÓN SOBRE SEGURIDAD ALIMENTARIA**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

De acuerdo a la puntuación dada por la escala, el 87% de las familias desplazadas se clasifican como en inseguridad alimentaria, de las cuales el 31% es inseguridad leve, el 52% inseguridad moderada y el 4% inseguridad severa. Este dato es altamente preocupante y amerita acciones urgentes, dado que si se trata de la percepción, puede estar preconizando situaciones de hecho mucho más graves y costosas para las familias y la sociedad.

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

#### **❑ 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, siendo el más notorio el aumento de la proporción de los hogares que se sienten seguros (7 a 13%), y la disminución de la proporción de los levemente inseguros (de 39 a 30%)

En resumen, al aumentar el tiempo de desplazamiento las familias cambian su percepción de la vulnerabilidad alimentaria y 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)

**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%<br>(1,48)  | 38,74%<br>(4,78)   | 51,27%<br>(4,78)       | 3,11%<br>(1,63)      | 100   |
| 12 y mas meses           | 13,32%<br>(1,49) | 29,75%<br>(2,26)   | 52,31%<br>(2,48)       | 4,63%<br>(1,23)      | 100   |

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 sobre percepción de morbilidad e incapacidad muestran niveles desusadamente altos, y un mayor problema en los desplazados en comparación con personas pertenecientes a hogares de estrato 1, que contrasta con una menor demanda de servicios ambulatorios de los primeros, debido probablemente a problemas de acceso a la atención. La demanda de hospitalización, en cambio, no tiene un comportamiento tan regular, registrándose diferencias claras solamente en los hombres mayores de 10 años, con tasas más altas en los desplazados. La morbilidad e incapacidad sentidas son, a su vez, consistentes con las muy elevadas prevalencias de anemia, ferropénica y con los bajos consumos de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio.

### **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, TASA POR 100**

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

( ) : Error estándar

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

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

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

**De 10 años y más**

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

( ) : Error estándar

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

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

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

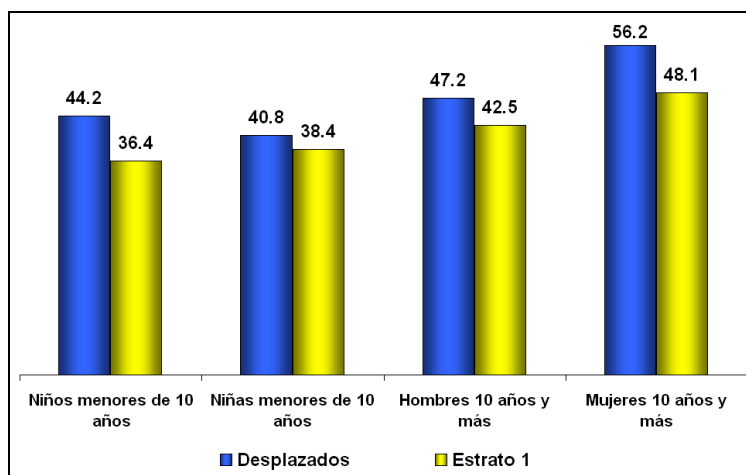
**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Las tasas de morbilidad son altas (mayores de 45%) en los 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 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%<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> 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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Según tiempo de desplazamiento, hay decrecimiento en la morbilidad global con el aumento de dicho tiempo en los diferentes subgrupos analizados. La mayor reducción se presenta en el grupo de mujeres de 10 años y más, donde la tasa decrece aproximadamente 10 puntos porcentuales (cuadro 5.2).

**CUADRO 5.2**  
**PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD GLOBAL EN 15 DÍAS, SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

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

( ) Error estándar

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 mayores.



En la población de 10 años y más, los problemas específicos de cierta importancia detectados inicialmente, son los problemas mentales y de nervios, y los problemas dentales, los cuales son rutinariamente más frecuentes en los desplazados de 20 y más años. Las tasas registradas son 20 a 50% más bajas en la población de estrato 1 y aumentan sistemáticamente con la edad. Las mujeres registran prevalencias más altas de morbilidad en casi todos los subgrupos comparados (cuadro 5.3). En las pruebas de significancia, fueron estadísticamente significativas, con 95% o más de confianza, las diferencias entre desplazados y estrato 1 en las tasas de problemas mentales del total de hombres y del total de mujeres.

**CUADRO 5.3**  
**PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN 15 DÍAS, POBLACIÓN 10 Y MÁS AÑOS**

| GRUPO DE EDAD<br>(AÑOS) | PROBLEMA DENTAL |               |               |               | PROBLEMA MENTAL |               |               |               |
|-------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|
|                         | DESPLAZADOS     |               | ESTRATO 1     |               | DESPLAZADOS     |               | ESTRATO 1     |               |
|                         | HOMBRES         | MUJERES       | HOMBRES       | MUJERES       | HOMBRES         | MUJERES       | HOMBRES       | MUJERES       |
| 10 - 19                 | 6.6<br>(1.5)    | 8.1<br>(1.4)  | 5.7<br>(1.4)  | 7.1<br>(1.5)  | 7.0<br>(1.5)    | 9.9<br>(1.5)  | 8.9<br>(2.1)  | 8.4<br>(1.7)  |
| 20 - 49                 | 12.6<br>(1.6)   | 12.6<br>(1.2) | 11.4<br>(1.5) | 12.8<br>(1.4) | 11.7<br>(1.6)   | 22.0<br>(1.7) | 6.4<br>(1.2)  | 13.0<br>(1.5) |
| 50 y más                | 7.9<br>(2.6)    | 12.4<br>(3.1) | 5.6<br>(2.9)  | 10.1<br>(4.3) | 22.4<br>(5.7)   | 24.2<br>(4.2) | 14.0<br>(4.6) | 30.4<br>(6.3) |
| Total                   | 10.0<br>(1.1)   | 11.0<br>(0.9) | 9.3<br>(1.1)  | 10.9<br>(1.1) | 10.8<br>(1.1)   | 17.9<br>(1.2) | 7.7<br>(1.0)  | 12.5<br>(1.1) |

(): Error estándar

Problema mental en total hombres. Desp. vs. Est 1: Diferencia significativa al 5% (95% de confianza)

Problema mental en total mujeres. Desp. vs. Est 1: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)

| PROBLEMA DE SALUD                  | HOMBRES      |              | MUJERES      |              |
|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                    | DESPLAZADO   | ESTRATO 1    | DESPLAZADO   | ESTRATO 1    |
| Lesiones por accidente o violencia | 2.3<br>(0.6) | 1.9<br>(0.4) | 0.9<br>(0.3) | 0.4<br>(0.2) |
| Envenenamiento                     | 0.1<br>(0.1) | 0.1<br>(0.1) | 0.1<br>(0.0) | 0.2<br>(0.1) |
| Consumo de alcohol                 | 3.4<br>(0.6) | 4.6<br>(0.8) | 0.4<br>(0.2) | 0.1<br>(0.0) |
| Uso de drogas                      | 0.1<br>(0.0) | 0.3<br>(0.2) | 0.2<br>(0.1) | 0.1<br>(0.1) |

(): Error estándar

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

En los menores de 10 años, las tasas de morbilidad por diarrea y problemas respiratorios siguen siendo un poco más altas en los desplazados, y presentan la tendencia por edad observada en la morbilidad global, mucho más alta en los menores de 2 años: 51% de niños y 59% de niñas con diarrea, y 78% y 72% con problemas respiratorios, respectivamente, entre los desplazados (cuadro 5.4)

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%) (cuadro 5.4)

**CUADRO 5.4**  
**PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN 15 DÍAS POBLACIÓN MENOR DE 10 AÑOS,**  
**TASAS POR 100**

**Diarrea**

| GRUPO DE EDAD (AÑOS) | DESPLAZADOS    |              |                |              |                 |                | ESTRATO 1      |              |                |              |                 |                |
|----------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|
|                      | NIÑOS          |              | NIÑAS          |              | TOTAL           |                | NIÑOS          |              | NIÑAS          |              | TOTAL           |                |
|                      | PREV.          | # DÍAS       | PREV.          | # DÍAS       | PREV.           | # DÍAS         | PREV.          | # DÍAS       | PREV.          | # DÍAS       | PREV.           | # DÍAS         |
| Menores de 2         | 51.34<br>(5.3) | 5.9<br>(0.7) | 59.11<br>(5.2) | 4.9<br>(0.5) | 54.83<br>(3.79) | 5.43<br>(0.44) | 55.02<br>(5.1) | 4.7<br>(0.5) | 41.28<br>(5.3) | 4.8<br>(0.6) | 48.34<br>(3.77) | 4.78<br>(0.41) |
| 2 - 5                | 42.06<br>(2.9) | 3.9<br>(0.3) | 35.4<br>(2.7)  | 4.1<br>(0.3) | 38.63<br>(1.98) | 4.02<br>(0.22) | 30.15<br>(2.7) | 4.2<br>(0.4) | 31.68<br>(2.7) | 3.3<br>(0.2) | 30.91<br>(1.89) | 3.75<br>(0.23) |
| 6 - 9                | 21.18<br>(2.7) | 3.8<br>(0.3) | 25.6<br>(2.9)  | 3.3<br>(0.2) | 23.36<br>(1.98) | 3.55<br>(0.17) | 22.68<br>(3.3) | 2.8<br>(0.4) | 27.4<br>(3.3)  | 3.6<br>(0.3) | 25.18<br>(2.34) | 3.26<br>(0.25) |
| Total                | 36.2<br>(1.9)  | 4.3<br>(0.2) | 34.91<br>(1.9) | 4.1<br>(0.2) | 35.55<br>(1.37) | 4.22<br>(0.15) | 32.16<br>(2.0) | 4.2<br>(0.3) | 31.8<br>(1.9)  | 3.7<br>(1.0) | 31.98<br>(1.40) | 3.92<br>(0.16) |

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

**Gripa, tos o resfriado**

| GRUPO DE EDAD     | DESPLAZADOS    |              |                |              |                 |                | ESTRATO 1      |              |                |              |                 |                |
|-------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|--------------|-----------------|----------------|
|                   | NIÑOS          |              | NIÑAS          |              | TOTAL           |                | NIÑOS          |              | NIÑAS          |              | TOTAL           |                |
|                   | PREV.          | # DÍAS       | PREV.          | # DÍAS       | PREV.           | # DÍAS         | PREV.          | # DÍAS       | PREV.          | # DÍAS       | PREV.           | # DÍAS         |
| Menores de 2 años | 78.31<br>(4.1) | 8.6<br>(0.6) | 72.33<br>(5.3) | 8.1<br>(0.6) | 75.62<br>(3.34) | 8.38<br>(0.43) | 65.8<br>(5.1)  | 6.8<br>(0.1) | 65.62<br>(5.2) | 6.6<br>(0.6) | 65.71<br>(3.63) | 6.70<br>(0.39) |
| Entre 2 - 5 años  | 65.5<br>(2.8)  | 7.5<br>(0.3) | 63.34<br>(2.7) | 7.7<br>(0.3) | 64.39<br>(1.96) | 7.61<br>(0.23) | 62.99<br>(2.9) | 6.5<br>(0.3) | 63.76<br>(2.8) | 6.9<br>(0.3) | 63.37<br>(2.01) | 6.69<br>(0.22) |
| Entre 6 - 9 años  | 53.46<br>(3.3) | 7.6<br>(0.4) | 58.39<br>(3.2) | 7.2<br>(0.4) | 55.9<br>(2.31)  | 7.41<br>(0.27) | 54.12<br>(3.9) | 6.8<br>(0.5) | 44.5<br>(3.6)  | 7.3<br>(0.5) | 49.03<br>(2.69) | 7.04<br>(0.35) |
| Total             | 63.21<br>(1.9) | 7.7<br>(0.2) | 62.74<br>(1.9) | 7.6<br>(0.2) | 62.97<br>(1.37) | 7.64<br>(0.16) | 60.84<br>(2.1) | 6.6<br>(0.2) | 57.81<br>(2.1) | 6.9<br>(0.2) | 59.31<br>(1.48) | 6.79<br>(0.17) |

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

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

**Problemas dentales - Prevalencia**

| GRUPO DE EDAD (AÑOS) | DESPLAZADOS   |              |               | ESTRATO 1    |              |              |
|----------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
|                      | NIÑOS         | NIÑAS        | TOTAL         | NIÑOS        | NIÑAS        | TOTAL        |
| Menores de 2         | 14.4<br>(4.7) | 8.6<br>(2.9) | 11.8<br>(2.9) | 1.9<br>(1.4) | 3.4<br>(2.1) | 2.7<br>(1.2) |
| 2 - 5                | 6.4<br>(1.3)  | 6.3<br>(1.4) | 6.3<br>(0.9)  | 5.4<br>(1.3) | 7.1<br>(1.5) | 6.2<br>(1.0) |
| 6 - 9                | 10.7<br>(1.9) | 8.5<br>(2.0) | 9.5<br>(1.4)  | 8.4<br>(2.3) | 8.4<br>(2.0) | 8.4<br>(1.5) |
| Total                | 9.1<br>(1.2)  | 7.3<br>(1.1) | 8.2<br>(0.8)  | 5.7<br>(1.0) | 6.9<br>(1.1) | 6.3<br>(0.7) |

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

Prevalencia total niños Despl. vs. Est 1: Diferencia significativa al 5% (95% de confianza)

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 5.5).

**CUADRO 5.5**  
**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<br>(2.5)   | 12.4<br>(1.9) | 15.5<br>(3.0)   | 20.8<br>(2.5) |
| 12 Meses y más           | 9.2<br>(1.2)    | 10.8<br>(1.0) | 9.9<br>(1.2)    | 17.4<br>(1.3) |
| Total                    | 10.0<br>(1.1)   | 11.0<br>(0.9) | 10.8<br>(1.1)   | 17.9<br>(1.2) |

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 5.6)

**CUADRO 5.6**  
**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<br>(4.4)     | 4.7<br>(0.5) | 35.73<br>(2.1) | 4.2<br>(0.3) | 36.2<br>(1.9)  | 4.3<br>(0.2) |
| Niñas  | 35.17<br>(3.8)     | 3.8<br>(0.3) | 35.47<br>(2.2) | 4.2<br>(0.2) | 34.91<br>(1.9) | 4.1<br>(0.2) |

( ) Error estándar

**Gripa, tos o resfriado**

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

( ) Error estándar

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

**CUADRO 5.6**  
**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<br>(2.1)       | 9.1<br>(1.4)   | 9.1<br>(1.2) |
| Niñas  | 10.5<br>(2.5)      | 6.5<br>(1.2)   | 7.3<br>(1.1) |

( ) Error estándar

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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, son claras y sistemáticas. El 13.2% de los hombres desplazados, frente a 9.3% de estrato 1, 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. 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 registran mayor incapacidad general que los desplazados (cuadro 5.7 y gráfica 5.2)

**CUADRO 5.7**  
**PERCEPCIÓN DE INCAPACIDAD EN 15 DÍAS**

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

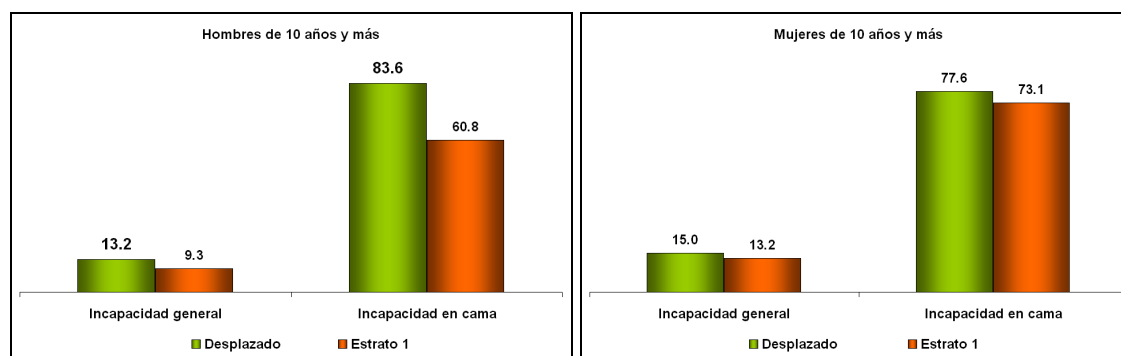
| GRUPO DE EDAD<br>(AÑOS) | INCAPACIDAD GENERAL POR PROBLEMAS DE SALUD |               |                |              | INCAPACIDAD EN CAMA |                |                |              |
|-------------------------|--|---------------|----------------|--------------|---------------------|----------------|----------------|--------------|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

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

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Respecto a la incapacidad en cama, sólo hay diferencias contundentes entre hombres desplazados y de estrato 1 de 50 años y más, con mayor prevalencia en los primeros (cuadro 5.7). En el subgrupo de hombres, las diferencias son más marcadas entre desplazados y estrato 1 (cuadro 5.7 y gráfica 5.2)

**GRÁFICA 5-2**  
**PERCEPCIÓN DE INCAPACIDAD EN 15 DÍAS**  
**% Personas**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Según tiempo de desplazamiento (cuadro 5.8), 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 aumento el tiempo de desplazamiento (cuadro 5.8).

**CUADRO 5.8**  
**PERCEPCIÓN DE INCAPACIDAD EN 15 DÍAS POBLACIÓN MAYOR DE 10 AÑOS, SEGÚN**  
**TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

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

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

El promedio de consultas por persona en el lapso de 15 días, sólo presenta una diferencia sistemáticamente interesante, es entre hombres y mujeres desplazados de 10 años y más, a favor de estas últimas.

## 5.4 CONSULTA DE SALUD

### 5.4.1 DEMANDA DE CONSULTA

En promedio, como era de esperar, 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; un 49% de los hombres desplazados de 10 y más años, frente al 57% del estrato 1, y un 55% de las mujeres también de 10 y más años, frente al 64% del estrato 1 (cuadro 5.9 y gráfica 5.3)

**CUADRO 5.9**  
**CONSULTA POR PROBLEMAS DE SALUD EN 15 DÍAS**  
**Menores de 10 años**

| GRUPO DE EDAD | DESPLAZADOS   |              |               |              |               |                | ESTRATO 1     |              |               |              |               |               |
|---------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
|               | NIÑOS         |              | NIÑAS         |              | TOTAL         |                | NIÑOS         |              | NIÑAS         |              | TOTAL         |               |
|               | TASA x 100    | # VECES      | TASA x 100    | # VECES      | TASA x100     | # VECES        | TASA x100     | # VECES      | TASA x100     | # VECES      | TASA x100     | # VECES       |
| Menores de 2  | 55.3<br>(5.5) | 1.2<br>(0.1) | 57.5<br>(5.5) | 1.2<br>(0.1) | 56.3<br>(3.9) | 1.19<br>(0.05) | 70.2<br>(4.9) | 1.1<br>(0.0) | 64.5<br>(5.8) | 1.2<br>(0.1) | 67.6<br>(3.7) | 1.2<br>(0.04) |
| 2 - 5         | 49.0<br>(3.2) | 1.3<br>(0.1) | 42.8<br>(3.1) | 1.1<br>(0.0) | 45.9<br>(2.2) | 1.21<br>(0.05) | 55.7<br>(3.3) | 1.1<br>(0.1) | 55.1<br>(3.2) | 1.0<br>(0.1) | 55.3<br>(2.3) | 1.1<br>(0.03) |
| 6 - 9         | 42.6<br>(4.0) | 1.1<br>(0.1) | 44.1<br>(4.0) | 1.1<br>(0.1) | 43.3<br>(2.8) | 1.12<br>(0.04) | 56.1<br>(4.8) | 1.1<br>(0.0) | 48.9<br>(4.5) | 1.2<br>(0.2) | 52.3<br>(3.3) | 1.1<br>(0.08) |
| Total         | 48.1<br>(2.3) | 1.2<br>(0.1) | 45.2<br>(2.2) | 1.1<br>(0.0) | 46.6<br>(1.6) | 1.18<br>(0.03) | 58.6<br>(2.4) | 1.2<br>(0.1) | 54.8<br>(2.4) | 1.1<br>(0.0) | 56.7<br>(1.7) | 1.1<br>(0.04) |

Tasa de consulta total niños y niñas. Despl. vs. Est 1: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)

Tasa de consulta total niños. Despl. vs. Est 1: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)

Tasa de consulta total niña. Despl. vs. Est 1: Diferencia significativa al 1% (99% de confianza)

**CUADRO 5.9**  
**CONSULTA POR PROBLEMAS DE SALUD EN 15 DÍAS**  
**HOSPITALIZACIÓN Y CAUSAS EN ÚLTIMOS 12 MESES**  
**(CONTINUACIÓN)**

**Personas de 10 años y más**

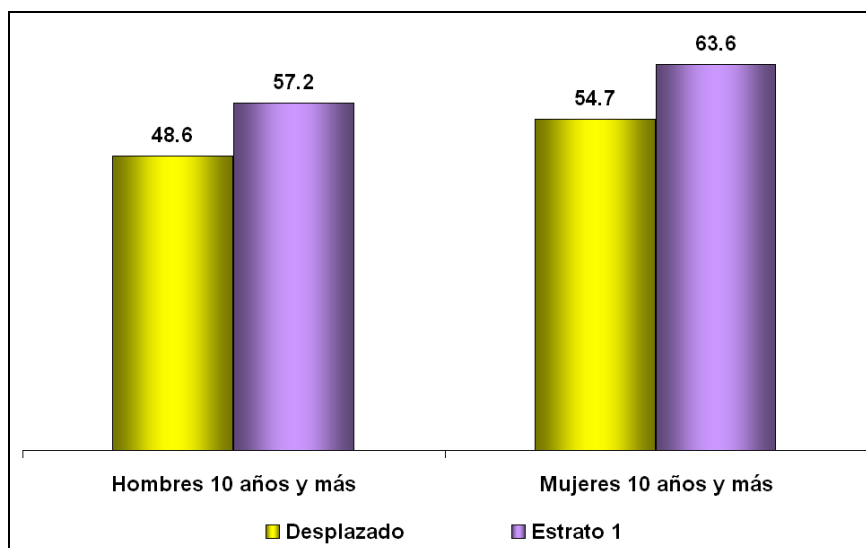
| GRUPO DE EDAD<br>(AÑOS) | DESPLAZADOS   |              |               |              | ESTRATO 1     |              |               |              |
|-------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|                         | HOMBRES       |              | MUJERES       |              | HOMBRES       |              | MUJERES       |              |
|                         | TASA<br>x 100 | # VECES      | TASA<br>x 100 | # VECES      | TASA<br>x 100 | # VECES      | TASA<br>x 100 | # VECES      |
| 10 - 19                 | 56.3<br>(5.1) | 1.1<br>(0.0) | 44.6<br>(4.5) | 1.2<br>(0.0) | 63.6<br>(6.0) | 1.1<br>(0.0) | 60.8<br>(4.9) | 1.1<br>(0.0) |
| 20 - 49                 | 44.3<br>(3.9) | 1.1<br>(0.0) | 57.4<br>(2.8) | 1.3<br>(0.1) | 56.8<br>(4.0) | 1.2<br>(0.0) | 64.3<br>(3.2) | 1.3<br>(0.1) |
| 50 y más                | 47.9<br>(7.0) | 1.3<br>(0.2) | 66.0<br>(5.7) | 1.5<br>(0.3) | 47.5<br>(9.8) | 1.3<br>(0.2) | 67.3<br>(7.6) | 1.3<br>(0.2) |
| Total                   | 48.6<br>(2.9) | 1.1<br>(0.0) | 54.7<br>(2.3) | 1.3<br>(0.0) | 57.2<br>(3.2) | 1.2<br>(0.0) | 63.6<br>(2.5) | 1.2<br>(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 1% (99% de confianza)

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Aunque la diferencia en la demanda de servicios no tiene el mismo comportamiento en todos los subgrupos de edad, el indicador sugiere un menor acceso a la atención ambulatoria de los desplazados, pues debido a sus mayores tasas de morbilidad e incapacidad percibidas, se esperaría una mayor demanda de atención.

**GRÁFICA 5-3**  
**% PERSONAS QUE CONSULTARON POR PROBLEMAS DE SALUD EN 15 DÍAS**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Según aumenta el tiempo de desplazamiento, se incrementa sustancialmente la tasa de consulta, especialmente en los hombres, (cuadro 5.10).

**CUADRO 5.10**  
**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<br>4.7   | 1.2<br>(0.1) | 42.2<br>(5.2) | 1.3<br>(0.1) |
| 12 Meses y más           | 54.0<br>3.2   | 1.1<br>(0.0) | 57.5<br>(2.5) | 1.3<br>(0.1) |
| Total                    | 48.6<br>(2.9) | 1.1<br>(0.0) | 54.7<br>(2.3) | 1.3<br>(0.0) |

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

#### 5.4.2 PERSONA CONSULTADA

El médico fue de lejos el más importante proveedor de atención en salud. Tanto en desplazados como en población estrato 1, 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 5.11).

En los menores de 10 años, le siguen en importancia la enfermera y otro personal de las instituciones de salud (diferentes del odontólogo), y el personal de droguerías. Las primeras concentran en los desplazados un volumen de atención variable entre 8.2% en los menores de 2 años y 4.9% en los de 6-9 años, con diferencias poco importantes entre desplazados y estrato 1. Los de las droguerías atienden entre el 6 y el 10% de la demanda ambulatoria de este grupo de edad, de las dos poblaciones. El resto de la atención de los menores (menos del 10%) es suministrado por una gama de personas que incluyen los dentistas y odontólogos, médicos tradicionales, y amigos y familiares, en forma muy similar para los desplazados y los de estrato 1 (cuadro 5.11).

En la población de 10 años y más, los otros proveedores de cierta importancia son el dentista u odontólogo, el personal de las droguerías, las enfermeras de los establecimientos de salud y los amigos y familiares, sin observarse diferencias sistemáticas importantes entre desplazados y población de estrato 1 (cuadro 5.11).

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



**CUADRO 5.11**  
**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 |        |         |        |
|---------------------------|-------------------|--------|------------|--------|------------|--------|--------------|--------|---------|--------|--------------|--------|---------|--------|---------------|--------|---------|--------|
|                           | DESP.             | EST. 1 | DESP.      | EST. 1 | DESP.      | EST. 1 | HOMBRES      |        | MUJERES |        | HOMBRES      |        | MUJERES |        | HOMBRES       |        | MUJERES |        |
|                           |                   |        |            |        |            |        | 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    |
| Médico Alternativo        | 0.0               | 0.0    | 0.0        | 0.0    | 0.1        | 0.0    | 0.0          | 0.2    | 0.1     | 0.9    | 0.2          | 0.3    | 0.1     | 0.1    | 0.0           | 0.5    | 0.0     | 0.0    |
| Curandero                 | 1.0               | 1.1    | 0.7        | 0.4    | 0.9        | 1.4    | 1.2          | 1.4    | 0.9     | 0.3    | 1.2          | 1.2    | 1.0     | 1.4    | 1.3           | 3.8    | 2.6     | 0.1    |
| Médico tradicional        | 3.4               | 1.4    | 2.0        | 2.4    | 2.2        | 1.6    | 0.0          | 0.0    | 0.0     | 0.0    | 0.0          | 0.0    | 0.0     | 0.0    | 0.0           | 0.0    | 0.0     | 0.0    |
| Partera o comadrona       | 0.8               | 0.0    | 0.0        | 0.0    | 0.0        | 0.0    | 0.0          | 0.0    | 1.0     | 0.0    | 0.0          | 0.0    | 0.6     | 0.3    | 0.0           | 0.0    | 0.0     | 0.0    |
| Amigo Familiar            | 2.3               | 1.2    | 4.7        | 4.6    | 6.1        | 4.2    | 9.3          | 9.1    | 5.6     | 3.5    | 7.1          | 3.8    | 3.2     | 0.9    | 8.0           | 3.9    | 4.7     | 0.2    |
| Otro                      | 0.0               | 0.0    | 0.2        | 0.1    | 0.0        | 1.3    | 0.8          | 1.6    | 0.0     | 0.3    | 0.6          | 1.2    | 0.5     | 0.5    | 0.0           | 0.1    | 0.0     | 0.0    |
| Total                     | 100               | 100    | 100        | 100    | 100        | 100    | 100          | 100    | 100     | 100    | 100          | 100    | 100     | 100    | 100           | 100    | 100     | 100    |

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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. 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 ( ambos grupos en mujeres de 50 y más años); en este caso, la población de estrato 1 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. 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 (cuadro 5.12).

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 (cuadro 5.13).

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, 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 5.13).

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 5.13). 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 5.12**  
**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 |        |         |        |
|-------------------------------|-------------------|--------|------------|--------|------------|--------|--------------|--------|---------|--------|--------------|--------|---------|--------|---------------|--------|---------|--------|
|                               |                   |        |            |        |            |        | 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 |
| 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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

**CUADRO 5.13**  
**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 | DESP.            | EST. 1 | DESP.            | EST. 1 | DESP.              | EST. 1 | DESP.   | EST. 1 | DESP.              | EST. 1 | DESP.   | EST. 1 | DESP.         | EST. 1 | DESP.   | EST. 1 |
| 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   |
| Lugar de atención lejos              | 0.4               | 0.0    | 0.5              | 0.0    | 0.3              | 0.0    | 0.0                | 1.4    | 0.4     | 0.0    | 0.5                | 0.1    | 0.1     | 2.3    | 4.8           | 0.3    | 0.0     | 0.0    |
| No pudo dejar el trabajo             | 0.0               | 0.9    | 0.4              | 0.8    | 0.9              | 1.4    | 3.4                | 0.0    | 0.4     | 0.0    | 5.8                | 4.0    | 1.7     | 2.5    | 0.5           | 8.8    | 1.1     | 0.0    |
| No confía en médicos                 | 0.0               | 0.0    | 0.5              | 0.1    | 0.7              | 0.0    | 2.9                | 4.3    | 0.3     | 1.5    | 3.3                | 5.7    | 2.2     | 0.9    | 1.4           | 1.1    | 0.6     | 0.4    |
| Consultó antes y no sirvió           | 1.2               | 0.4    | 1.2              | 0.3    | 1.5              | 0.2    | 0.6                | 5.4    | 4.3     | 3.5    | 1.8                | 2.0    | 3.5     | 4.4    | 4.1           | 4.1    | 10.4    | 4.0    |
| No cree que lo puedan ayudar         | 0.3               | 0.0    | 0.0              | 0.8    | 0.0              | 0.0    | 0.0                | 1.6    | 0.2     | 2.2    | 0.8                | 3.6    | 0.3     | 1.9    | 1.1           | 0.0    | 2.6     | 0.0    |
| No se sabe donde prestan servicio    | 0.0               | 0.0    | 0.1              | 0.0    | 0.1              | 0.0    | 0.0                | 0.0    | 0.0     | 0.0    | 0.0                | 0.1    | 0.2     | 0.0    | 0.0           | 0.0    | 0.0     | 0.0    |
| No consiguió cita                    | 0.0               | 0.2    | 0.1              | 0.5    | 0.3              | 0.0    | 1.2                | 0.0    | 0.2     | 2.3    | 0.0                | 0.1    | 0.4     | 1.5    | 1.5           | 0.0    | 0.0     | 0.0    |
| El seguro no cubre                   | 0.8               | -      | 0.7              | 0.5    | 1.3              | 1.9    | 0.3                | 0.0    | 0.2     | 0.0    | 0.1                | 0.6    | 0.2     | 0.4    | 0.0           | 0.0    | 0.0     | 1.6    |
| Atienden mal                         | 0.0               | 0.0    | 0.4              | 0.1    | 0.2              | 0.0    | 0.3                | 0.0    | 0.6     | 0.0    | 0.1                | 0.3    | -       | 1.3    | 0.0           | 0.8    | 0.6     | 0.0    |
| Fue pero no lo atendieron            | 0.0               | 0.8    | 1.2              | 0.9    | 1.2              | 0.5    | 0.0                | 0.5    | 0.0     | 0.7    | 0.4                | 0.1    | 0.3     | 2.3    | 0.0           | 0.0    | 0.0     | 0.0    |
| Los horarios no le sirven            | 1.9               | 2.5    | 0.3              | 0.6    | 0.0              | 1.4    | 0.9                | 0.0    | 0.0     | 0.8    | 1.4                | 1.8    | 2.2     | 4.8    | 0.0           | 0.0    | 0.0     | 12.3   |
| Los trámites con EPS son complicados | 0.0               | 0.0    | 0.0              | 0.0    | 0.5              | 1.0    | 0.7                | 0.0    | 1.0     | 0.0    | 0.0                | 0.0    | 0.0     | 0.1    | 0.0           | 0.0    | 0.0     | 1.1    |
| Le toca esperar mucho                | 0.0               | 0.0    | 0.2              | 0.2    | 0.1              | 0.1    | 0.0                | 0.5    | 1.4     | 0.0    | 0.2                | 0.4    | 0.2     | 0.3    | 0.0           | 0.0    | 0.0     | 0.6    |
| 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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 5.14).

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

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 (cuadro 5.14)

La distribución de las hospitalizaciones según grandes grupos de causas tienen las siguientes características (cuadro 5.15):

- En los desplazados, la enfermedad física es la principal causa en los 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 de las diferentes edades. En cambio, en las mujeres desplazadas de 20 a 49 la proporción es mayor que en las de estrato 1.
- 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.
- 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.

**CUADRO 5.14**  
**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     |               |               | DESPLAZADOS     |              |              | ESTRATO 1    |              |              |
|               | NIÑOS                           | NIÑAS         | TOTAL         | NIÑOS         | NIÑAS         | TOTAL         | NIÑOS           | NIÑAS        | TOTAL        | NIÑOS        | NIÑAS        | TOTAL        |
| Menores de 2  | 23.6<br>(5.1)                   | 18.5<br>(4.0) | 21.3<br>(3.4) | 15.0<br>(3.9) | 15.0<br>(3.9) | 14.9<br>(3.9) | 1.3<br>(0.1)    | 1.8<br>(0.3) | 1.5<br>(0.2) | 1.3<br>(0.2) | 1.5<br>(0.2) | 1.4<br>(0.1) |
| 2 - 5         | 12.7<br>(2.3)                   | 10.4<br>(1.9) | 11.5<br>(1.5) | 7.7<br>(1.7)  | 7.7<br>(1.7)  | 6.2<br>(1.3)  | 1.9<br>(0.4)    | 1.7<br>(0.3) | 1.8<br>(0.3) | 2.0<br>(0.4) | 1.3<br>(0.1) | 1.7<br>(0.2) |
| 6 - 9 años    | 5.8<br>(1.6)                    | 6.2<br>(1.7)  | 6.0<br>(1.2)  | 12.2<br>(3.1) | 12.2<br>(3.1) | 5.3<br>(1.8)  | 1.1<br>(0.1)    | 1.2<br>(0.1) | 1.1<br>(0.1) | 1.2<br>(0.1) | 1.6<br>(0.3) | 1.3<br>(0.1) |
| Total         | 12.4<br>(1.6)                   | 10.1<br>(1.3) | 11.2<br>(1.0) | 10.3<br>(1.5) | 10.3<br>(1.5) | 7.4<br>(1.1)  | 1.6<br>(0.2)    | 1.6<br>(0.2) | 1.6<br>(0.1) | 1.6<br>(0.2) | 1.5<br>(0.1) | 1.5<br>(0.1) |

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

**CUADRO 5.14**  
**HOSPITALIZACIÓN Y CAUSAS EN ÚLTIMOS 12 MESES**  
**(CONTINUACIÓN)**  
**De 10 años y más**

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

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

**CUADRO 5.15**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN, POR SUBGRUPOS**  
**DE EDAD Y SEXO.**

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

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

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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. Estos incluyen numerosos esfuerzos para reducir o eliminar la desnutrición por deficiencia de micronutrientes.

En el estudio realizado en 1996 por el Instituto Nacional de Salud, en cinco regiones 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.

Para el 2005 se tienen varios compromisos que ratifican como meta a diez años, en el Plan de Acción aprobado por la Asamblea General ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia, *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<sup>16</sup>:

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

Se tomaron los puntos siguientes de corte sugeridos por OMS<sup>17</sup>, para personas viviendo 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                               |                                   |

Los resultados muestran un problema significativo, pues para Anemia, los menores de 5 años (Hb < 11 g/dl) tienen prevalencias del 23%, siendo el grupo más afectado los de 12 a 24 meses, con 36.7%. Para el caso de las mujeres en edad fértil la prevalencia de anemia supera el 23 %, y para las mujeres gestantes alcanza el 43%.

Para ver el panorama general se tomaron los promedios de los valores de hemoglobina ajustada por altitud, para los diferentes grupos de edad.

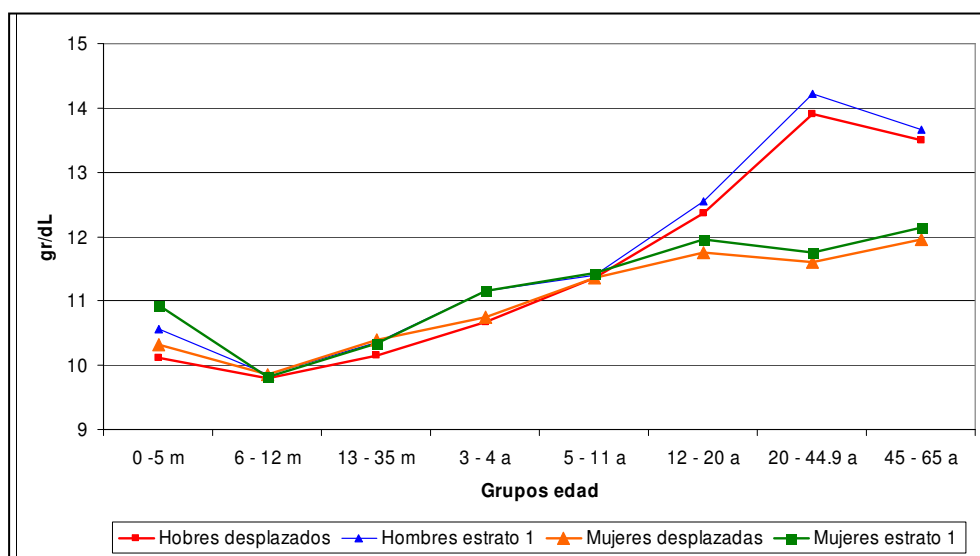
La gráfica 5.4 muestra el comportamiento de los niveles de hemoglobina en gr/dl para los grupos desplazados y de estrato 1 estudiados.

<sup>16</sup> Centre for Disease Control and Prevention. Criteria for anemia in children and childbearing-aged women. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1989; 38: 400-404

<sup>17</sup> WHO/UNICEF/UNU, ed. Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. WHO/NHD/01.3. Geneva: WHO,2001



**GRÁFICA 5-4**  
**PROMEDIO DE HEMOGLOBINA EN HOMBRES Y MUJERES SEGÚN EDAD**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Las curvas de la hemoglobina de las dos poblaciones, por sexo, tienen la forma que era de esperarse en la población general. En todas las edades, los desplazados presentan valores inferiores. Los niveles más altos los tienen los menores de 6 meses (10-11 gr/dl), lo cual está influenciado por las reservas de los recién nacidos. Pero son claras las diferencias entre desplazados y estrato 1. El valor más bajo y de mínimas diferencias entre las poblaciones se observa en el grupo de 6 a 12 meses (9.7 gr/dl). Esto ratifica la importancia de los alimentos complementarios ricos en hierro y la suplementación de este micronutriente, a partir de 6 meses.

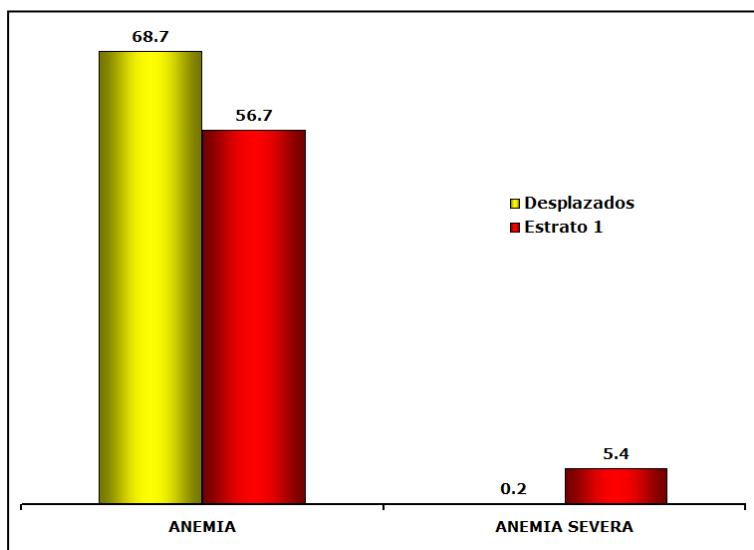
De ahí en adelante, la hemoglobina aumenta con la edad, aunque las mujeres en edad fértil tienen una reducción hasta los 45 años y una recuperación a partir de esta edad.

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 5-5**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ANEMIA EN MUJERES GESTANTES SEGÚN**  
**CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

En mujeres gestantes desplazadas, la anemia alcanza casi el 69%, situación que puede considerarse una emergencia en salud pública; no obstante, sólo el 5.4% tiene anemia severa (gráfica 5.5). En las gestantes de estrato 1 la prevalencia también es alta (57%), si se tiene en cuenta que la prevalencia observada en población general es de alrededor del 43%).

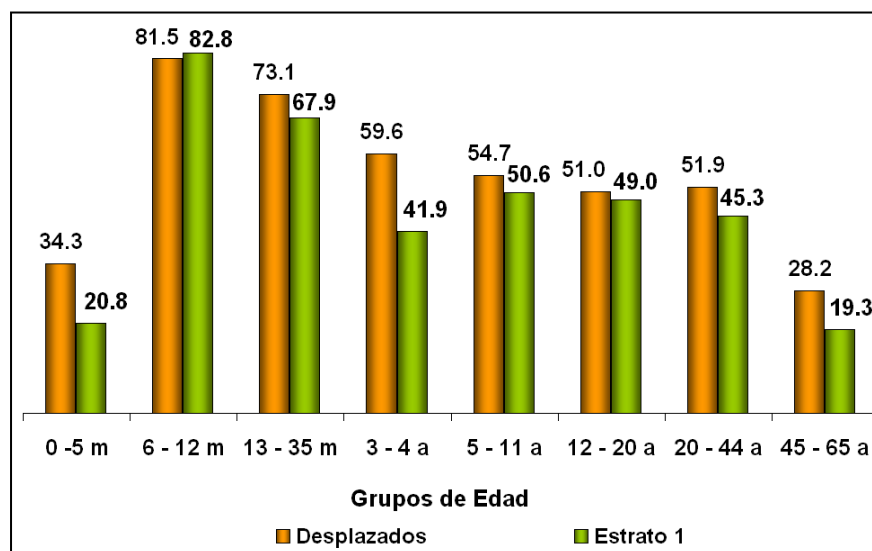
Es importante destacar que el apreciable porcentaje de población adolescente (menores de 20 años) dentro de este grupo de gestantes (31.72%) puede estar influyendo la alta prevalencia en todo el grupo.

Estos datos confirman la conveniencia de alerta que dió lugar a la estrategia de suplementación con hierro, particularmente en este grupo. Sin embargo, a pesar de la norma nacional que obliga a esta medida, 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.

No son sorprendentes estos datos, si se tienen en cuenta las condiciones de esta población, con altos índices de inseguridad alimentaria, y un comportamiento de baja adherencia a la suplementación, documentada en varios estudios y reportes del programa. Es necesario entonces, no sólo revisar los elementos de la estrategia general de suplementación, sino establecer medidas específicas para la población desplazada.

## *Anemia en Mujeres*

**GRÁFICA 5-6**  
**PREVALENCIA (%) DE ANEMIA EN MUJERES NO GESTANTES SEGÚN EDAD**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Los grupos más afectados, tanto en desplazados como en población estrato 1, son los niños y niñas de 6 a 12 meses (82%) y los de 1 a 3 años (73 y 68%), 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 5.6).

Respecto a los demás grupos de edad, la anemia sigue siendo muy alta en las niñas desplazadas de 3 a 4 años (60%) y de 5 a 11 (55%) 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 gestantes.

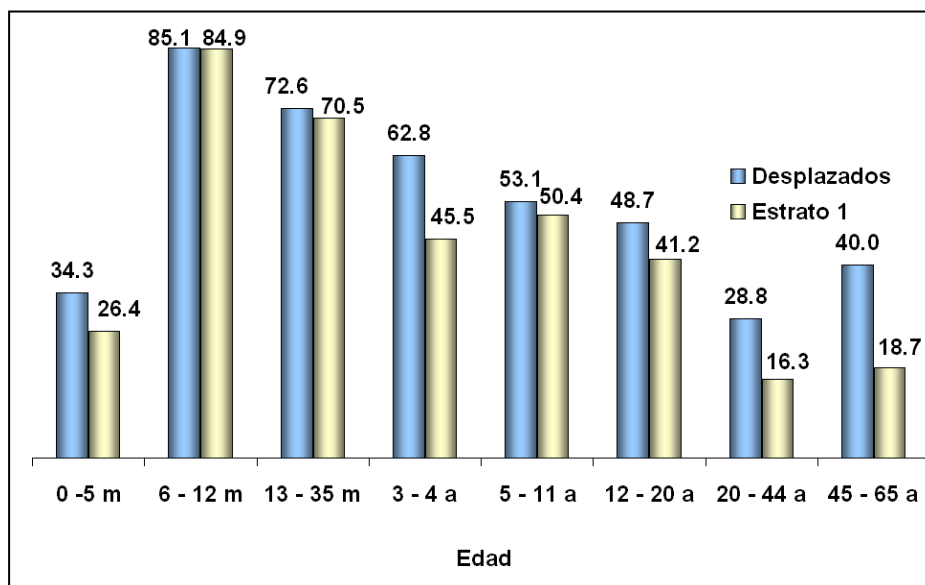
Conviene señalar, por otra parte, que la población escolar es también prioritaria en la suplementación, pues la anemia altera patrones de entendimiento y concentración para el aprendizaje y las niñas serán las futuras mujeres en edad fértil. Por esto, en los trabajos de F. Viteri se referencia la importancia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

## *Anemia en Hombres*

La prevalencia de anemia en hombres también es desalentadora, pues las cifras son parecidas a las de las mujeres, en los menores de 20 años. La prevalencia es excesivamente alta en el grupo de 6 a 12 meses de edad (85%), se reduce progresivamente hasta el grupo de 20-44 (29% en desplazados) y aumenta hasta el 40% en los desplazados de 45 a 64 años.

las cifras en los desplazados son sistemáticamente más altas que en los de estrato 1. Como se dijo antes, las cifras de anemia en hombres entre los 20 y los 44 años son mucho más bajas que en las mujeres de la misma edad (50% más baja) (gráfica 5.7).

**GRÁFICA 5-7**  
**PREVALENCIA (%) DE ANEMIA EN HOMBRES DEL ESTUDIO**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

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

Para valoración de la trascendencia de las cifras presentadas, es interesante recordar la prevalencia del 31% en escolares registrada en población general en el Estudio Nacional de Salud del INS en 1977- 1980, que dió un importante llamado al país sobre la gravedad de la situación.

### 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 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 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, también protege al niño de una futura gestación. (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 prevalencia 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.

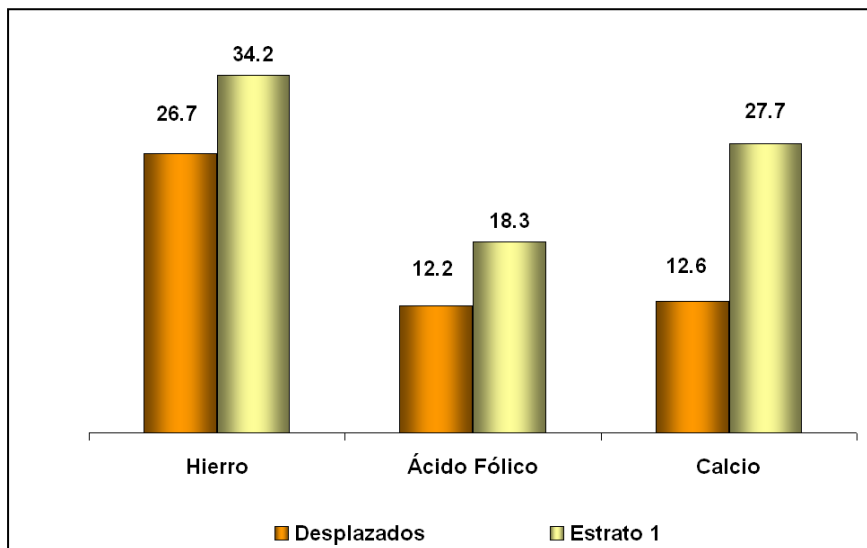
La suplementación es una medida necesaria dado que, a pesar de la intensa acción desarrollada en torno a la educación nutricional, la población no tiene consumos suficientes y protectores de alimentos fuentes de hierro, como lo demuestra el Estudio sobre Situación Nutricional y Hábitos Alimentarios, 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 (gráfica 5.8).

**GRÁFICA 5-8**  
**PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ACTUALMENTE SUPLEMENTOS DE HIERRO, ÁCIDO FÓLICO Y CALCIO**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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.

Es necesario evaluar los meses de inicio de la suplementación, pues aunque se reportan desde los 2 y 3 meses, habría que verificarlo dada la correlación con prenatales tardíos de hogares de estrato 1 que no permitirían confiar en un inicio precoz de la suplementación.

#### - 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 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 si bajo, de suplementación con hierro, es tristemente el doble de el de suplementación con Ácido Fólico (gráfica 5.8).

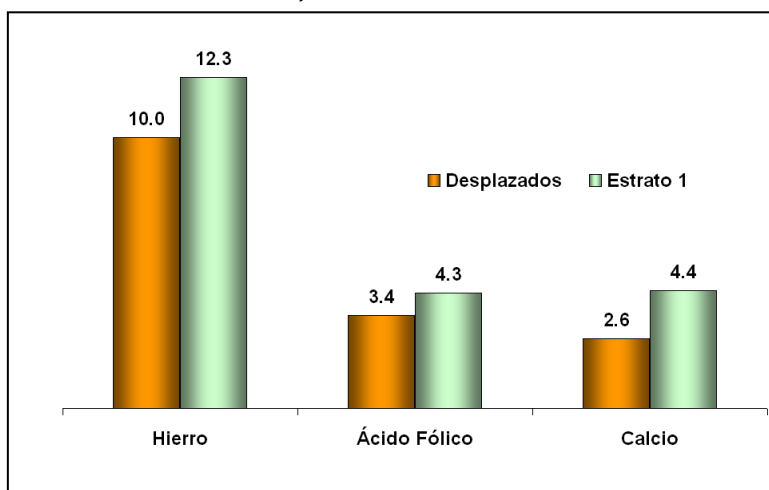
#### - Calcio

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 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 5.8)

#### *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 nacional<sup>18</sup> 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.

**GRÁFICA 5-9**  
**PORCENTAJE DE MUJERES LACTANTES QUE RECIBEN ACTUALMENTE SUPLEMENTOS DE HIERRO, ÁCIDO FÓLICO Y CALCIO**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

<sup>18</sup> Resolución 0412 de 2000 ( en revisión )

- Hierro

En mujeres lactantes, la suplementación apenas alcanza el 10% en desplazados el 12.3% en las de estrato 1 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 5.9)

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. 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 5.9).

- 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 5.9)

***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 5-10**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS QUE RECIBEN ACTUALMENTE SUPLEMENTOS DE HIERRO**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Se observa tanto en niños desplazados como en los de estrato 1, que la suplementación con hierro, o la terapia con hierro, apenas es el 16 y 20% respectivamente, lo que indica que también desde este ángulo es una población con alto riesgo nutricional, pues con datos de anemia tan graves como se mostraron anteriormente, no recibe protección por vía de la profilaxis, ni para la cuarta parte de su población (gráfica 5.10)

Estos datos, reseñados para los grupos de edad más vulnerables, nos alertan de la urgencia de generar mediadas de intervención, pues se confirma después de años de investigaciones y estudios, que la situación de anemia y su tratamiento preventivo, no mejoran y por el contrario, se exagera en población de alto riesgo como los desplazados, y se hace mas aguda en población históricamente pobre como es la de estrato 1.

## 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 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<br>(0.14)<br>[2.11]  | 12.61*<br>(0.11)<br>[1.81] | 16.10<br>(0.13)<br>[2.08]  | 20.39<br>(0.23)<br>[2.83]    | 24.31****<br>(0.31)<br>[3.82] |
|                     | Estrato 1   | 8.74<br>(0.13)<br>[2.08]  | 13.19*<br>(0.12)<br>[1.90] | 16.32<br>(0.16)<br>[2.37]  | 19.98<br>(0.43)<br>[3.31]    | 25.31****<br>(0.54)<br>[4.43] |
| Talla (cm)          | Desplazados | 70.90<br>(0.55)<br>[8.58] | 89.19*<br>(0.37)<br>[6.03] | 102.27<br>(0.38)<br>[5.91] | 115.30**<br>(0.46)<br>[6.41] | 124.10**<br>(0.53)<br>[6.30]  |
|                     | Estrato 1   | 71.81<br>(0.49)<br>[8.36] | 90.91*<br>(0.37)<br>[5.95] | 102.95<br>(0.39)<br>[5.78] | 113.91**<br>(0.43)<br>[6.11] | 126.08**<br>(0.82)<br>[6.92]  |

#### En niños

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

**CUADRO 6.1**  
**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<br>(0.72)<br>[8.68] | 89.68**<br>(0.54)<br>[6.02] | 103.16<br>(0.49)<br>[5.69] | 116.14**<br>(0.69)<br>[6.83] | 123.94<br>(0.81)<br>[6.21] |
|            | Estrato 1   | 72.99<br>(0.64)<br>[8.09] | 91.37**<br>(0.58)<br>[6.30] | 102.46<br>(0.55)<br>[5.60] | 113.94**<br>(0.59)<br>[6.18] | 125.18<br>(1.15)<br>[6.72] |

**En niñas**

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

( ) Error estándar

[ ]: desviación estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1

\* 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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

En una apreciación de conjunto, los promedios de peso y talla de los menores de 10 años, son un poco inferiores en la población desplazada que en los de estrato 1. 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, 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, sin alcanzar significancia estadística, y en los de 8-9 años, las diferencias, a favor de los de estrato 1 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, y el fenómeno no se repite en forma similar en las niñas (cuadro 6.1).

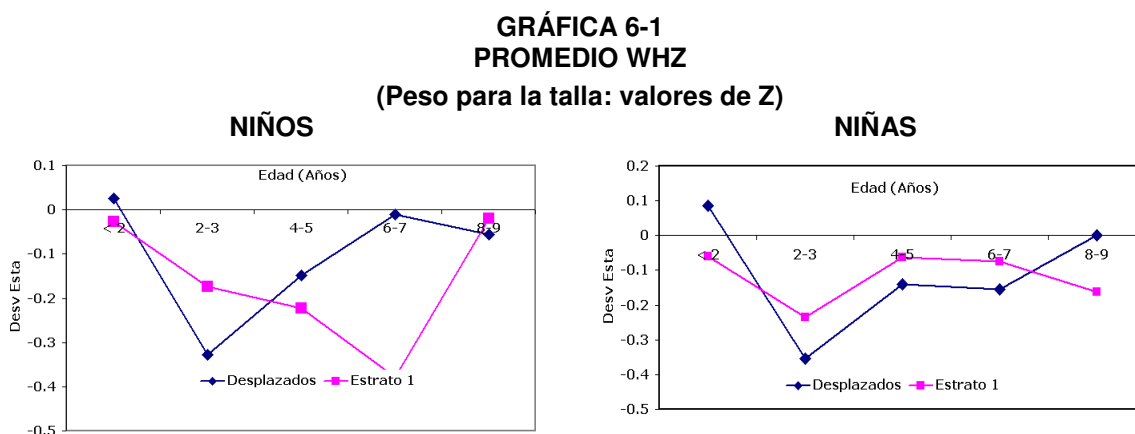
A continuación se analiza el comportamiento de los indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, por edad en las dos poblaciones.

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***

El estado nutricional dado por el indicador **peso para la talla** refleja la armonía del crecimiento. Este indicador es particularmente sensible a problemas agudos de salud, e indica cambios rápidos del estado nutricional.



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

La gráfica 6.1 muestra en las dos poblaciones comparadas (desplazados y estrato 1), 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

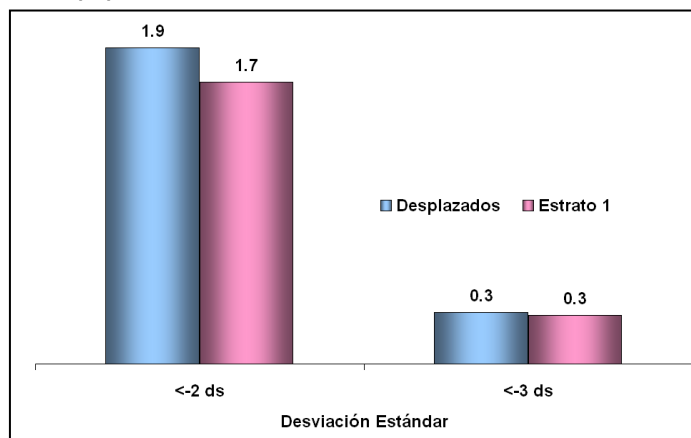
o la niña vive el proceso de adaptación. Esto se ve agravado por las condiciones de vulnerabilidad de las familias, tanto desplazadas como de estrato 1.

A partir de esa edad, en tres de los subgrupos, la excepción son los niños de estrato 1, 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 tiene un nivel intermedio hasta los 6-7 años, y luego desciende un poco hasta los 9 años. En los niños de estrato 1, 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 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 tasa de desnutrición aguda de menores de 10 años es muy similar en desplazados y de estrato 1 (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 MENORES DE 10 AÑOS**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Los menores de cinco años desplazados y los de estrato 1 presentan una tasa mayor (1.8% y 2.3%) que los reportados por la ENDS 2000 en población general (0.8%). La desnutrición aguda severa (<-3 ds) es de 0.4% en el grupo de desplazados menores de 5 años y también presentó un resultado más alto que en la ENDS 2000 (0.1%).

Es muy importante destacar que en población desplazada, a diferencia de la población de estrato 1, 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).

A pesar de que la desnutrición aguda de menores de 10 años fue superior en niños respecto a las niñas (desplazados 2.4% vs 1.4% y estrato 1, 1.9% vs 1.5%), las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

**CUADRO 6.2**  
**DISTRIBUCIÓN (%) DE 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<br>(0.24)     | 1.90<br>(0.46)    | 96.63<br>(0.57)             | 1.47<br>(0.35) |
| Estrato 1     |             | 0.29<br>(0.20)     | 1.69<br>(0.40)    | 96.26<br>(0.59)             | 2.05<br>(0.44) |
| Edad (años)   |             |                    |                   |                             |                |
| <2            | Desplazados | 0.13<br>(0.13)     | 1.62**<br>(0.56)  | 94.76<br>(1.37)             | 3.62<br>(1.27) |
|               | Estrato 1   | 1.03<br>(0.71)     | 4.40**<br>(1.24)  | 91.73<br>(1.71)             | 3.87<br>(1.23) |
| 2 - 4         | Desplazados | 0.63<br>(0.59)     | 1.94<br>(0.80)    | 97.20<br>(0.86)             | 0.86<br>(0.34) |
|               | Estrato 1   | 0.00<br>(0.00)     | 0.85<br>(0.48)    | 97.89<br>(0.73)             | 1.25<br>(0.55) |
| < 5           | Desplazados | 0.44<br>(0.37)     | 1.82<br>(0.54)    | 96.27<br>(0.75)             | 1.91<br>(0.53) |
|               | Estrato 1   | 0.40<br>(0.28)     | 2.25<br>(0.57)    | 95.46<br>(0.81)             | 2.28<br>(0.59) |
| 5 - 9         | Desplazados | 0.07<br>(0.07)     | 2.04***<br>(0.86) | 97.27<br>(0.88)             | 0.70<br>(0.20) |
|               | Estrato 1   | 0.04<br>(0.04)     | 0.43***<br>(0.25) | 98.05<br>(0.61)             | 1.52<br>(0.56) |
| Niños <5      | Desplazados | 0.91<br>(0.76)     | 2.52<br>(0.96)    | 95.16<br>(1.18)             | 2.33<br>(0.72) |
|               | Estrato 1   | 0.79<br>(0.55)     | 2.34<br>(0.85)    | 95.61<br>(1.14)             | 2.05<br>(0.78) |
| Niños 5 -9    | Desplazados | 0.14<br>(0.14)     | 2.23<br>(1.01)    | 97.24<br>(1.03)             | 0.53<br>(0.23) |

| DESAGREGACIÓN |             | DESNUTRICIÓN AGUDA |                | PESO ADECUADO PARA LA TALLA | SOBREPESO      |
|---------------|-------------|--------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
|               |             | <-3 DS (SEVERA)    | <-2 DS         | >= -2 A <=2 DS              | > 2 DS         |
|               | Estrato 1   | 0.10<br>(0.10)     | 0.64<br>(0.46) | 98.33<br>(0.71)             | 1.02<br>(0.54) |
| Niñas <5      | Desplazados | 0.00<br>(0.00)     | 1.16<br>(0.52) | 97.32<br>(0.93)             | 1.52<br>(0.78) |
|               | Estrato 1   | 0.00<br>(0.00)     | 2.16<br>(0.77) | 95.31<br>(1.16)             | 2.53<br>(0.88) |
| Niñas 5 -9    | Desplazados | 0.00<br>(0.00)     | 1.82<br>(1.42) | 97.30<br>(1.45)             | 0.88<br>(0.34) |
|               | Estrato 1   | 0.00<br>(0.00)     | 0.25<br>(0.25) | 97.82<br>(0.96)             | 1.94<br>(0.93) |

( ) Error estándar  
 DS: desviación estándar  
 Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1  
 \* 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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

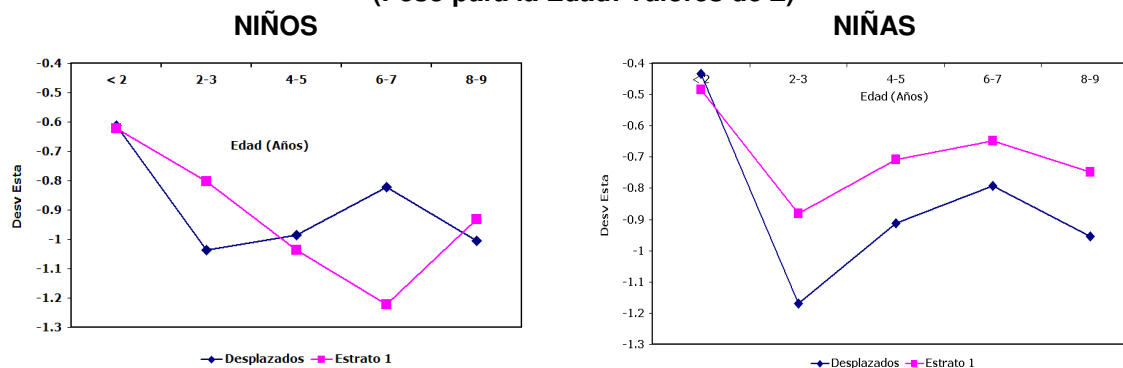
Por tiempo de desplazamiento, la desnutrición aguda de los menores de 10 años es mayor en los desplazados que tienen menos de un año de desplazamiento (3% vs 1.7%), pero las cifras tienen un alto error estándar (anexo 2).

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 (1.5% y 2%) no es significativo.

### 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 subnutrición.

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



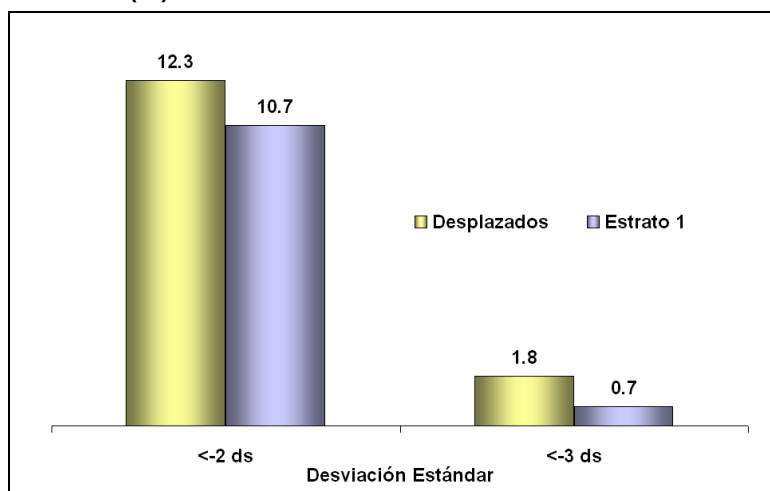
FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

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, 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, 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 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, 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, la población desplazada menor de 10 años presentó una desnutrición global mayor que la de estrato 1, (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 DE 0-10 AÑOS**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Los menores de cinco años desplazados presentan una desnutrición global significativamente más alta (al 85% de confianza) que los de estrato 1 (13.9 y 11%). A su vez, estas cifras son mayores que las de ENDS 2000 en población general (6.7%). La desnutrición global severa (<-3 ds) fue de 2.2% y 0.8% en los dos grupos, mientras en la ENDS 2000 fue 0.8% en población general.

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



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

( ) Error estándar

DS: desviación estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1

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

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

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

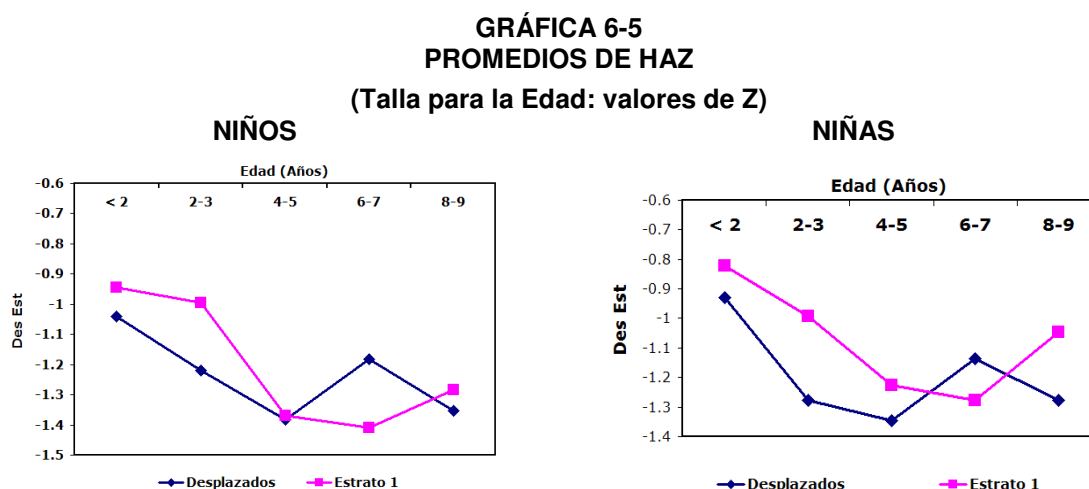
\*\*\*\* al 15% de significancia (85% de Confianza)

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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.

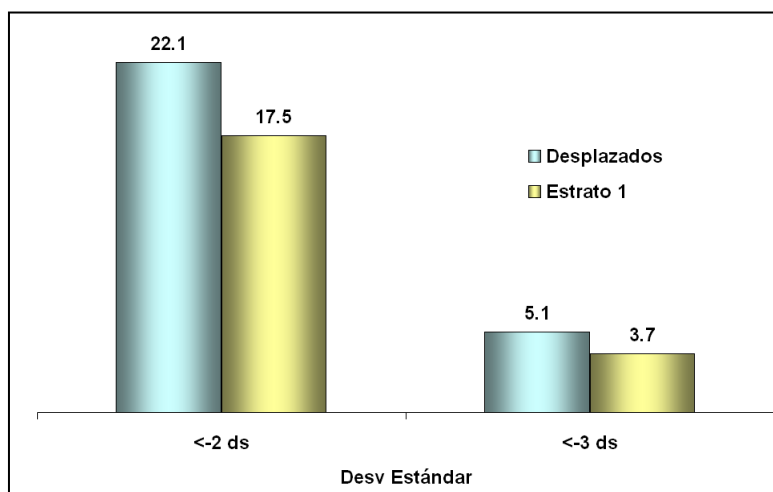


FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

Los valores de Z de la talla para la edad (gráfica 6.5) muestran un retraso acumulativo en la talla hasta los 4-5 años en los desplazados, con tendencia a la estabilización en las edades siguientes de esta población. Los niños y niñas del estrato 1 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 entre cruce 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, (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 MENORES DE 10 AÑOS**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

En cuanto a los menores de cinco años, tanto desplazados como de estrato 1, las altas tasas de desnutrición crónica (22.6% y 15.9%), son superiores a las reportadas en la Encuesta Nacional de Profamilia (ENDS, 2000) en población general, que fue de 13.5%. La desnutrición crónica severa (<-3 ds) con tasas de 5.5% y 3.9% en desplazados y estrato 1, también fue más alta que la de la ENDS 2000 (2.8%). Estos datos reflejan no solo la desventaja socioeconómica que tienen los niños y niñas estudiados, sino la vulnerabilidad mayor que de la población desplazada.

Cuando la desnutrición crónica se revisa separadamente para los 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, 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 (14.2%) es mucho mayor y significativa estadísticamente, con un 99% de confianza (cuadro 6.4).

**CUADRO 6.4**  
**DISTRIBUCIÓN (%) DE 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****<br>(0.66)   | 22.13*<br>(1.27)   | 77.87*<br>(1.27)            |
| Estrato 1     |             | 3.73****<br>(0.55)   | 17.53*<br>(1.18)   | 82.47*<br>(1.18)            |
| Edad (años)   |             |                      |                    |                             |
| <2            | Desplazados | 4.31<br>(1.29)       | 18.22***<br>(2.44) | 81.78***<br>(2.44)          |
|               | Estrato 1   | 4.21<br>(1.23)       | 12.5***<br>(1.98)  | 87.50***<br>(1.98)          |
| 2 - 4         | Desplazados | 6.19***<br>(1.18)    | 25.29**<br>(2.14)  | 74.71**<br>(2.14)           |
|               | Estrato 1   | 3.64***<br>(0.85)    | 18.16**<br>(1.87)  | 81.84**<br>(1.87)           |
| < 5           | Desplazados | 5.48<br>(0.88)       | 22.59*<br>(1.62)   | 77.41*<br>(1.62)            |
|               | Estrato 1   | 3.87<br>(0.71)       | 15.9*<br>(1.39)    | 84.10*<br>(1.39)            |
| 5 - 9         | Desplazados | 4.41<br>(0.94)       | 21.30<br>(2.02)    | 78.70<br>(2.02)             |
|               | Estrato 1   | 3.43<br>(0.82)       | 21.17<br>(2.26)    | 78.83<br>(2.26)             |
| Niños <5      | Desplazados | 4.67<br>(1.09)       | 23.32***<br>(2.34) | 76.68***<br>(2.34)          |
|               | Estrato 1   | 5.55<br>(1.28)       | 18.08***<br>(2.13) | 81.92***<br>(2.13)          |
| Niños 5 -9    | Desplazados | 4.90<br>(1.16)       | 23.26<br>(2.80)    | 76.74<br>(2.80)             |
|               | Estrato 1   | 4.79<br>(1.59)       | 28.43<br>(3.82)    | 71.57<br>(3.82)             |
| Niñas <5      | Desplazados | 6.23*<br>(1.35)      | 21.91*<br>(2.25)   | 78.09*<br>(2.25)            |
|               | Estrato 1   | 2.12*<br>(0.58)      | 13.60*<br>(1.75)   | 86.40*<br>(1.75)            |
| Niñas 5 -9    | Desplazados | 3.89<br>(1.51)       | 19.19<br>(2.93)    | 80.81<br>(2.93)             |
|               | Estrato 1   | 2.33<br>(0.78)       | 15.39<br>(2.60)    | 84.61<br>(2.60)             |

( ) Error estándar

DS: desviación estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1

\* 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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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).

## 6.2 CRECIMIENTO EN NIÑOS Y JÓVENES DE 2 A 20 AÑOS

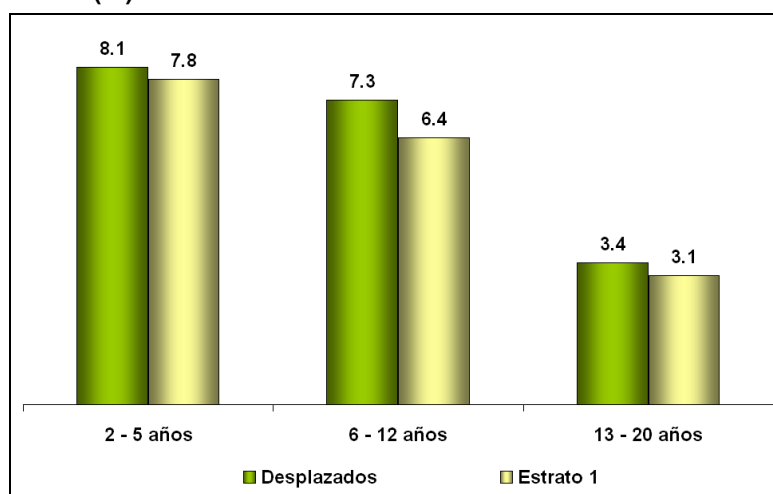
El crecimiento en adolescentes puede estar afectado por subnutrición prolongada, infecciones y enfermedades crónicas. Sin embargo, el bajo peso, o la baja estatura, en adolescentes, no solo es un indicador de subnutrición durante la niñez, sino que también puede ser un indicador acumulativo del estado 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/talla<sup>2</sup>), 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.

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



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

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

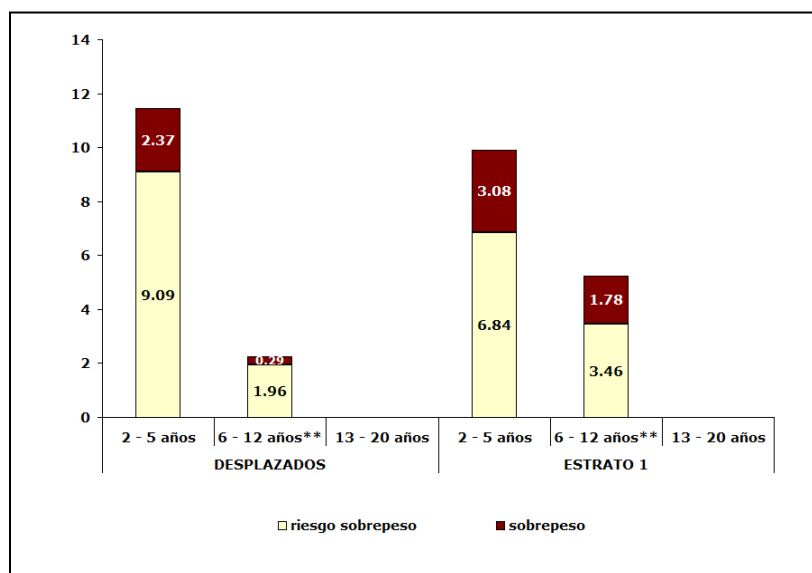
En niños menores de 10 años, la clasificación por IMC presenta un porcentaje mayor de niños y niñas con problemas nutricionales que el valor z score de peso para la talla.

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 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 no desplazados.

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) (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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

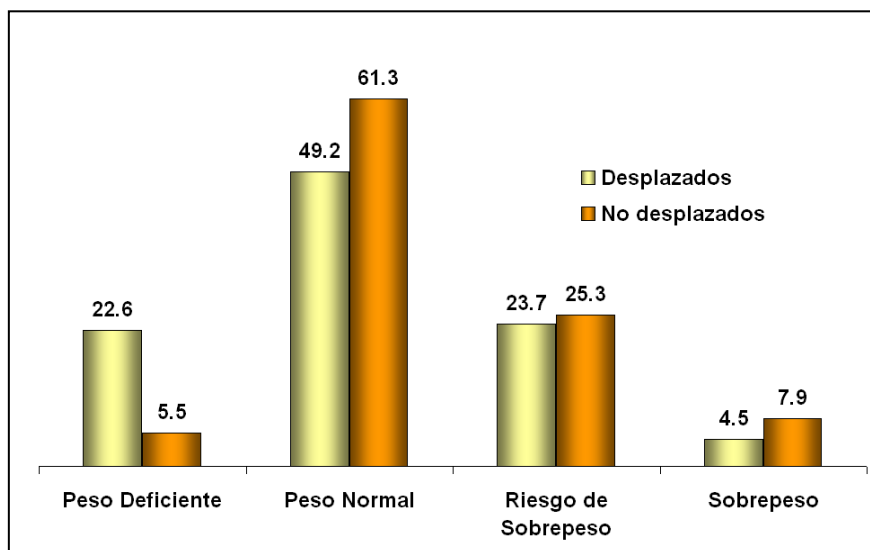
Según sexo, el exceso de peso lo tienen mayoritariamente las mujeres adolescentes (11.1% vs 3.2% en hombres). Similar es la situación de las adolescentes de estrato 1 (13.6% vs 0.4% en hombres) (anexo 2).

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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

El 23% de las mujeres embarazadas desplazadas tienen peso deficiente, frente al 5.5% de las de estrato 1, 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%).

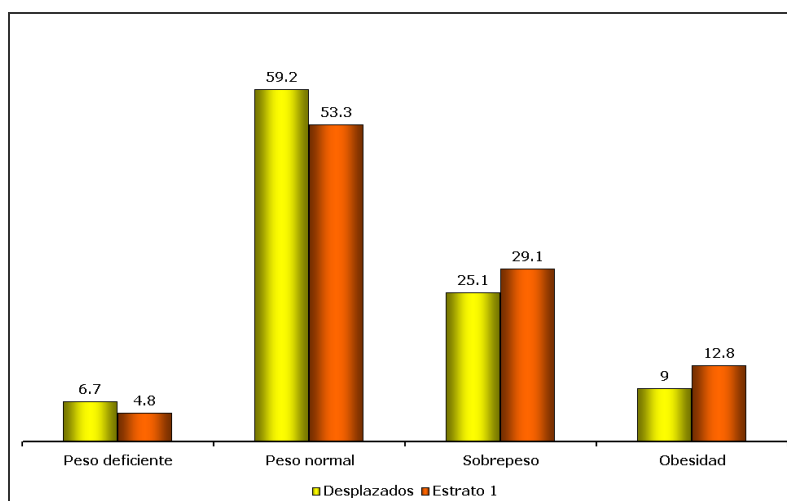
En cuanto al exceso de peso, el 28% de las madres desplazadas gestantes y el 23% de las estrato 1, presenta sobrepeso o riesgo de sobrepeso (gráfica 6.9). Esta condición también es considerada como malnutrición, y su control es muy importante, porque conlleva también problemas al momento del parto que 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, y refleja tanto el peso deficiente como el sobrepeso y la obesidad.

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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005.

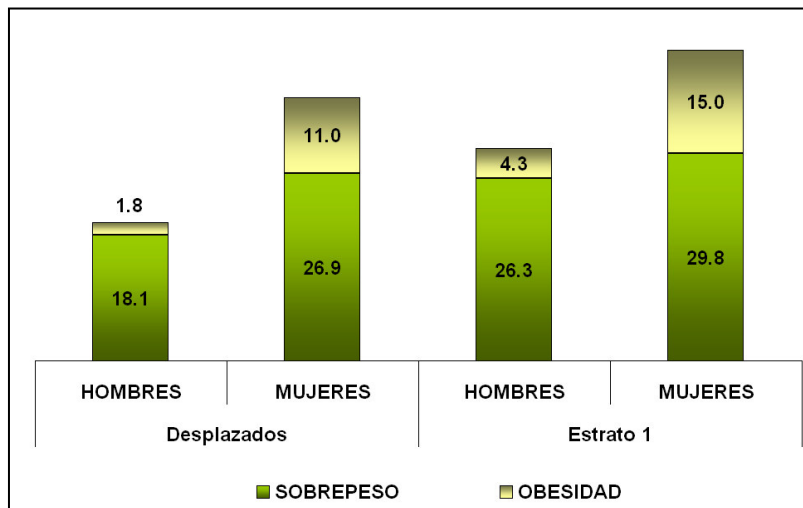
La gráfica 6.10 muestra un bajo porcentaje de población mayor de 20 años con peso deficiente, tanto en desplazados como en los de estrato 1 (6.7 y 4.8).

En cambio, el sobrepeso y la obesidad, en conjunto, muestran tasas altas, siendo menores en los desplazados (34%) que en el estrato 1 (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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 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 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. El resultado que es similar al encontrado en el estudio de desplazados PMA-2002. Esto quiere decir la práctica de la lactancia materna, levemente mayor en desplazados que en familias de estrato 1, tiende a mantenerse, entre otras razones, por las precarias condiciones de esta población.

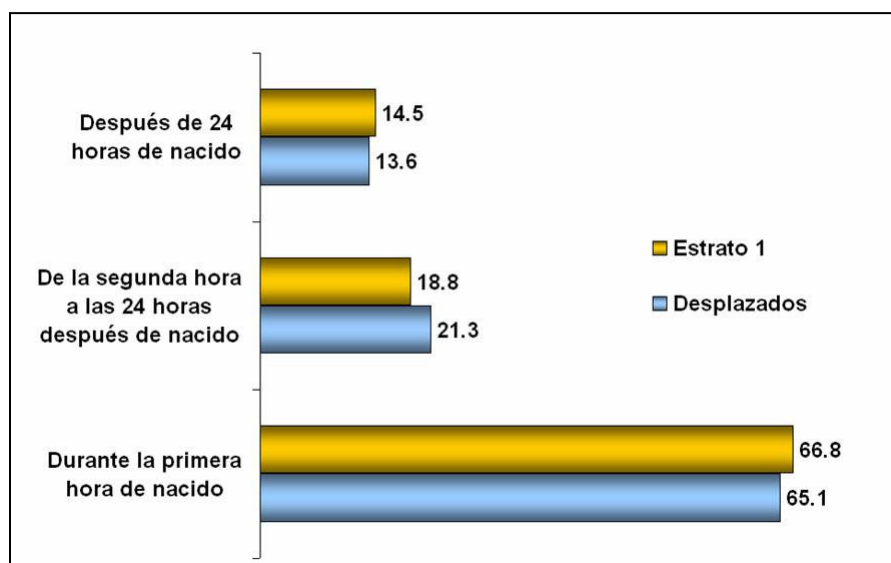
Las razones más importantes del 2% de niños y niñas que no lactan en las familias desplazadas son el rechazo por parte del niño o niña y la enfermedad de la madre, y en el 3% de las familias de estrato 1, la declaración de la madre que no le bajó leche, y el rechazo del niño.

### *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 al pecho antes de los primeros 20-30 minutos<sup>19</sup> después del parto.

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

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



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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<br>(3.74)                   | 14.06*<br>(2.75)                                    | 17.89****<br>(3.11)           |
| 12 y mas meses           | 64.43<br>(1.96)                   | 22.86*<br>(1.75)                                    | 12.7****<br>(1.24)            |

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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).

<sup>19</sup> Asamblea Mundial de la Salud. 57 Asamblea.2004

Las diferencias entre población desplazada y de estrato 1, 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 el 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.

**CUADRO 7.2**  
**DURACIÓN DE LA LACTANCIA GENERAL (MESES), POR GENERO**

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

( ) Error estándar

[ ] Desviación estándar

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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<br>(0,82)              | 11,09<br>(0,76) | 11,67<br>(0,56) |
| 12 y mas meses           | 12,33<br>(0,51)              | 12,60<br>(0,42) | 12,47<br>(0,33) |

( ) : Error estándar

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 mamadas 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 más con sus madres (las madres desplazadas no están en su mayoría empleadas, en tanto que las del estrato 1 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 mamadas, 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. 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 un número mayor de mamadas 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, comportamiento que se ha asociado en los estudios de lactancia, 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 MAMADAS)**

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

( ) Error estándar

[ ] Desviación estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1

\* 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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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<br>(2.53) | 17.27<br>(5.53) | 3.87<br>(0.57)   | 0.38<br>(0.20) |
| 12 y más meses, Día y noche |                | 11.64<br>(1.09) | 11.57<br>(1.14) | 3.86<br>(0.42)   | 0.70<br>(0.19) |
| Día                         | 0 - 11 meses   | 8.32<br>(1.56)  | 11.54<br>(4.02) | 3.92**<br>(0.55) | 2.72<br>(1.03) |
|                             | 12 y más meses | 8.74<br>(1.01)  | 7.90<br>(0.84)  | 5.69**<br>(0.41) | 3.75<br>(0.62) |
| Noche                       | 0 - 11 meses   | 5.27<br>(1.52)  | 5.73<br>(1.55)  | 3.41<br>(0.34)   | 2.88<br>(0.26) |
|                             | 12 y más meses | 3.56<br>(0.44)  | 4.12<br>(0.33)  | 3.14<br>(0.23)   | 2.21<br>(0.33) |

( ) Error estándar

Diferencias significativas Estadísticamente entre Desplazados y Estrato 1

\* 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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

En los niños de 0 a 3 meses de edad, tiende a disminuir el número de mamadas según tiempo de desplazamiento (13.6 a 11.6), y ello ocurre básicamente durante la noche (5.3 a 3.6). En los niños de 4 a 6 meses de edad, la tendencia es igual, disminuye un tanto el número de mamadas con el tiempo de desplazamiento (17.3 a 11.6) y ello también sucede especialmente 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 menores de 7 meses, y este indicador es la proporción de niños 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 QUE TIENEN LACTANCIA EXCLUSIVA**

| DESAGREGACIÓN     | PROPORCIÓN      |
|-------------------|-----------------|
| Total desplazados | 18,37<br>(4,41) |
| Total estrato 1   | 17,77<br>(4,52) |

**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

El cuadro 7.6 muestra claramente como en los niños desplazados menores de 6 meses la proporción no presenta diferencia con los de estrato 1. En ambos casos, sólo el 18% de los niños reciben lactancia materna exclusiva, 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 menor de 6 meses. El indicador confirma la alta vulnerabilidad de los menores de 6 años.

**CUADRO 7.7**  
**PROPORCIÓN DE NIÑOS QUE TIENEN LACTANCIA EXCLUSIVA, SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

| TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO |                          | PROPORCIÓN           |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| 0 -11 meses              |                          | 34.67<br>(14.43)     |
| 12 y más meses           |                          | 14.64<br>(3.82)      |
| Edad (meses)             | Tiempo de desplazamiento |                      |
| 0 - 3                    | 0 - 11 meses             | 48.88****<br>(16.50) |
|                          | 12 y más meses           | 22.18****<br>(6.24)  |
| 4 - 5                    | 0 - 11 meses             | 3.66<br>(4.11)       |
|                          | 12 y más meses           | 5.44<br>(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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

La lactancia materna exclusiva, básica para la seguridad alimentaria, 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).

Respecto a la edad que tenían los niños cuando recibieron por primera vez líquidos y sólidos, el promedio de meses de introducción de sólidos es de 2.7 en desplazados y de 3 meses en niños de estrato 1. La introducción de líquidos se hace en un menor tiempo, siendo el promedio para desplazados y estrato 1, de 1.5 meses. Estos datos son muy coherentes con la información de la baja prevalencia de lactancia materna exclusiva (cuadro 7.8).

**CUADRO 7.8**  
**EDAD DE INICIO DE ALIMENTOS SÓLIDOS O LÍQUIDOS**

| DESAGREGACIÓN | MESES (PROMEDIO)         |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
|               | SÓLIDOS                  | LÍQUIDOS                 |
| Desplazados   | 2.79<br>(0.28)<br>[1.50] | 1.51<br>(0.22)<br>[1.29] |
| Estrato 1     | 2.63<br>(0.31)<br>[1.29] | 1.22<br>(0.14)<br>[1.16] |

( ) Error estándar

[ ] Desviación estándar

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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<br>(0,43) | 1,29<br>(0,51) |
| 12 y mas meses           | 2,70<br>(0,31) | 1,55<br>(0,24) |

( ) Error estándar

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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, 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.

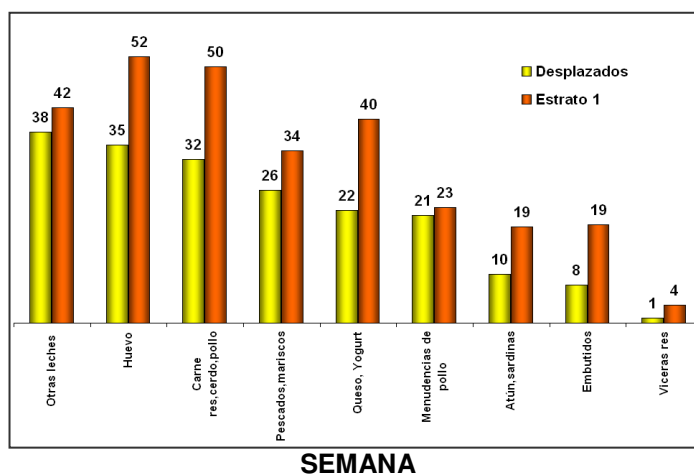


### 7.2.1 MENORES DE DOS AÑOS

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, es decir si lactan o no.

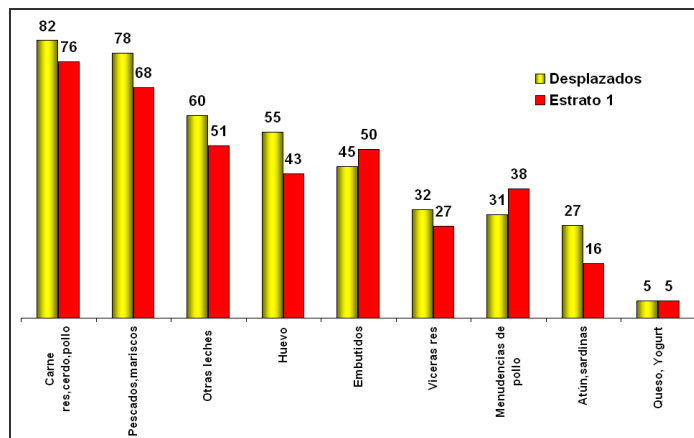
Primero se revisan los alimentos de origen proteico, teniendo en cuenta la importancia que ellos tienen en el crecimiento y salud de los niños, y después otros alimentos, de diferente tipo (frutas, verduras, granos, grasas y azúcares) dando especial importancia a proteínas de origen vegetal, vitaminas,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

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



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

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

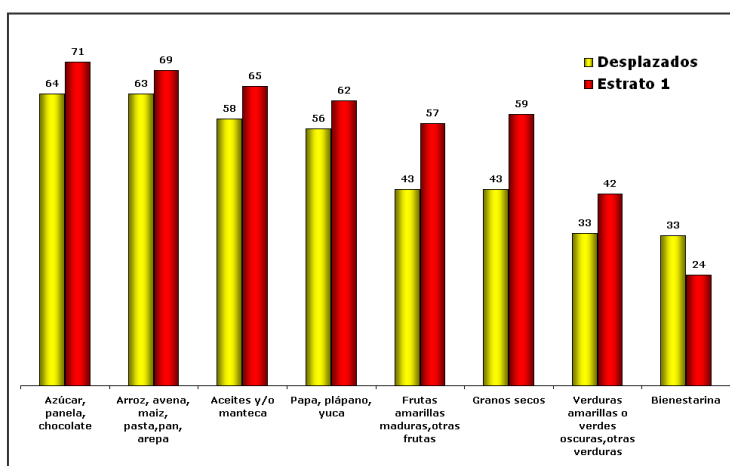


FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

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 que lactan, el porcentaje que consume otros alimentos es mucho más bajo que en los que no lactan. En estos últimos, del 60 al 100% consumen leche, derivados lácteos y carnes, mientras que en los niños que lactan, el porcentaje máximo de consumidores es 23%.

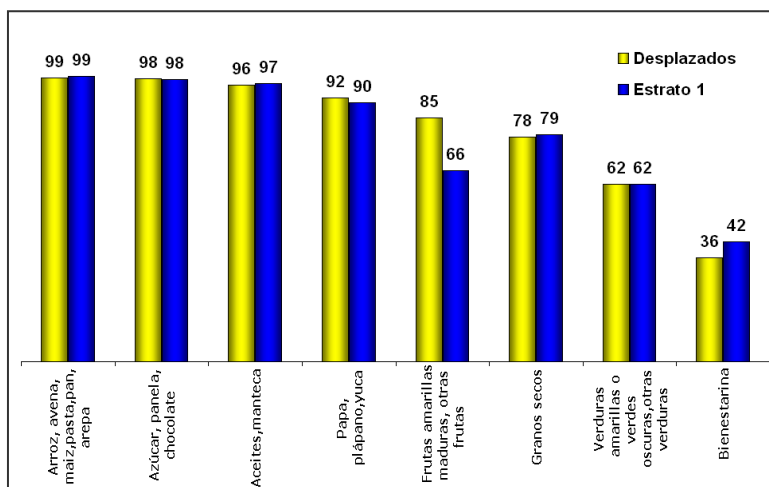
De los alimentos de origen animal, los desplazados consumen preferencialmente el huevo y carne de res, comportamiento similar a los de estrato 1, siendo mayor el porcentaje de estos últimos. Llama la atención el mediano consumo de menudencias de pollo, y el consumo más alto, tanto en desplazados como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

**GRÁFICA 7-4**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS (niños que lactan) QUE CONSUMIERON OTROS ALIMENTOS DURANTE LA ULTIMA SEMANA**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

**GRÁFICA 7-5**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS (niños no que lactan) QUE CONSUMIERON OTROS ALIMENTOS DURANTE LA ULTIMA SEMANA**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 azúcares. 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.

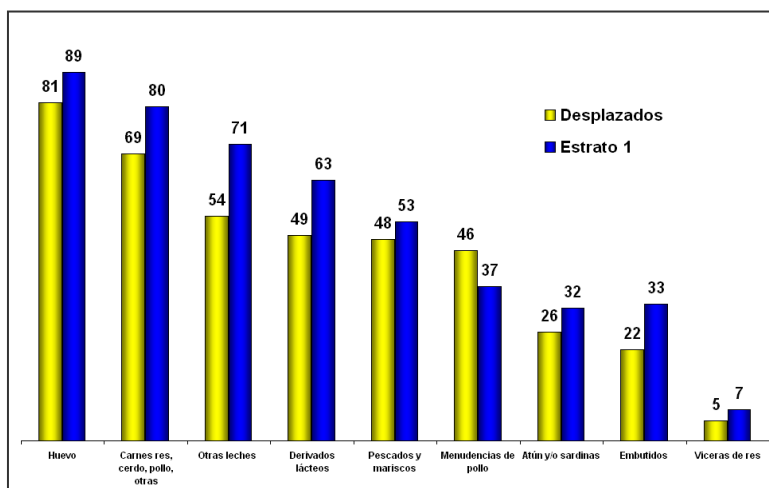
Por lo anterior, es importante incentivar el consumo de leche materna para alcanzar los requerimientos de energía y de macro y micronutrientes.

Es interesante ver como, tanto los niños desplazados como de estrato 1 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 mayores de seis meses. Sin embargo, la consumen probablemente todos los miembros del hogar, o al menos todos los niños, a pesar de los lineamientos de la institución, que enfatizan el consumo en los hijos mayores.

### 7.2.2 NIÑOS DE DOS AÑOS A CINCO AÑOS

Es interesante observar como el huevo es el alimento de origen protéico que consume el mayor porcentaje de niños en una semana. Sin embargo, a pesar del costo menor, existe de un 15% a 20% de niños 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, a pesar de su bajo costo (gráfica 7.6).

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



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

La leche es uno de los alimentos que se espera reciban el 100% de los niños, por sus grandes aportes de calcio para el crecimiento. Sin embargo, solo el 54% de los niños desplazados y el 75% de los niños de familias estrato 1, 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 (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 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 (22% al 33%), con un promedio de 2.2 y 2.5 días por semana, en niños desplazados y de estrato 1.

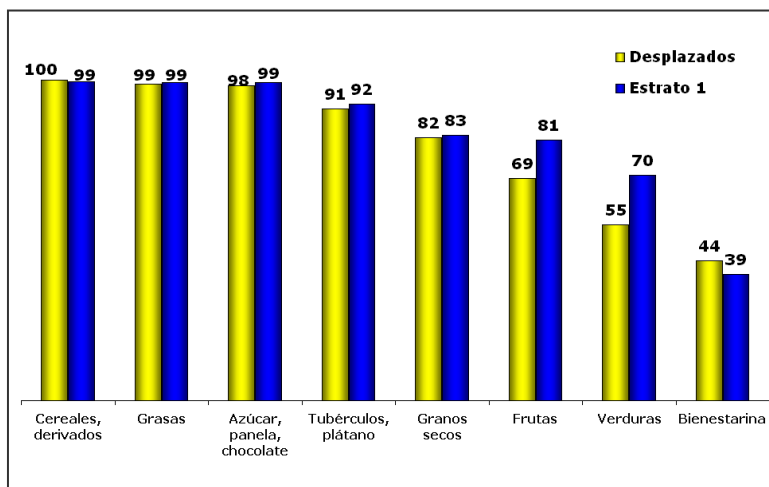
En general, todos los alimentos de origen proteico son consumidos en menor proporción por los niños menores de cinco años desplazados que por los pertenecientes a estrato 1, a excepción de las menudencias de pollo que son más consumidas en el primer grupo. Este alimento es consumido por más de la tercera parte de los niños 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 de población desplazada y estrato 1, 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 desplazados y de estrato 1. 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 desplazados y el 39% de niños de familias en estrato 1. El promedio de días de consumo fue de 3.9 días y 4.4 días respectivamente.

Algunos de los alimentos que son menos consumidos por los niños son, después de la bienestarina, las verduras (55% de los niños desplazados y 70% de los estrato 1) 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 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 DE DOS A CINCO AÑOS QUE CONSUMIERON OTROS ALIMENTOS DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

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

### 7.3 ASPECTOS GENERALES DE LA ALIMENTACIÓN

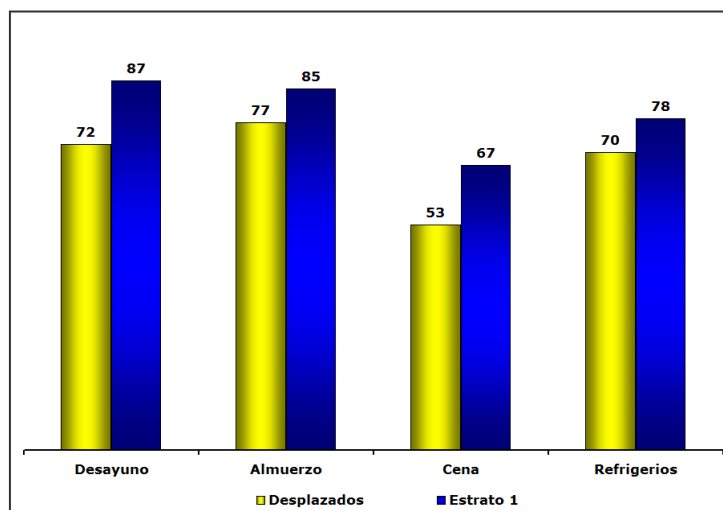
Aspectos complementarios sobre la alimentación como son el consumo de comidas principales y los alimentos de origen animal, son el objeto de esta sección.

#### 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 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.

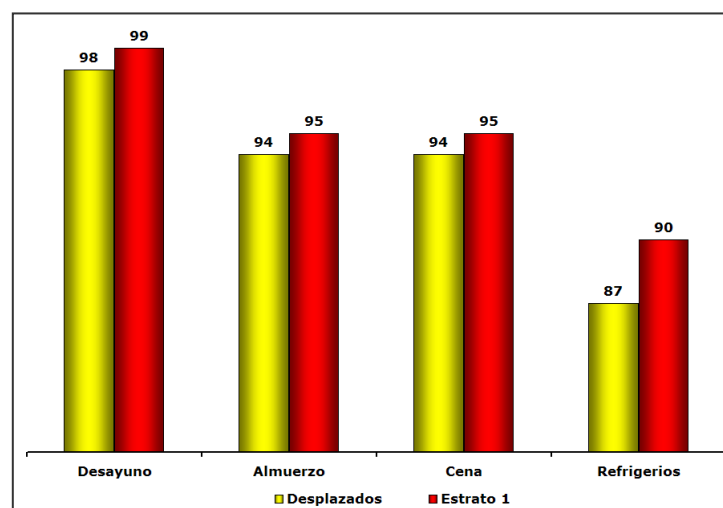
**GRÁFICA 7-8**  
**PROPORCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE UN AÑO QUE RECIBEN LAS COMIDAS DEL DÍA**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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. 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 MENORES DE 1 A 4 AÑOS MENORES DE 1 A 4 AÑOS QUE RECIBEN LAS COMIDAS DEL DÍA**



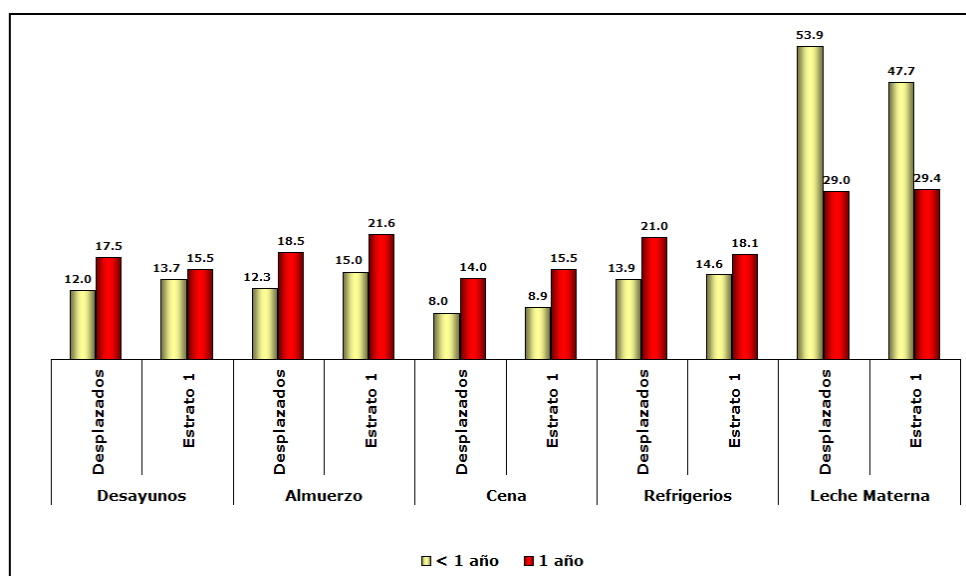
FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

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, tanto desplazados como del estrato 1 (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 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 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, 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**



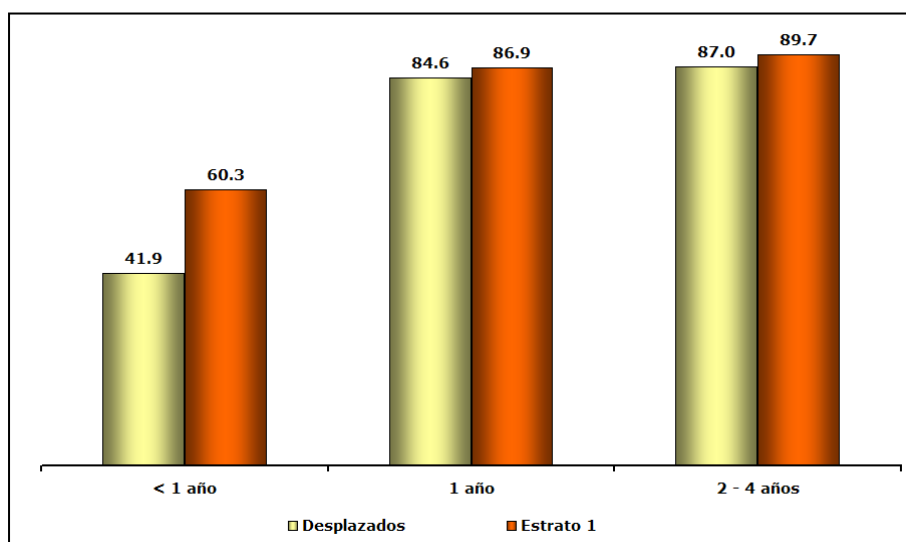
FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

La gráfica 7.10 muestra para menores de 2 años el porcentaje de calorías-día aportado por cada comida principal, incluyendo la leche materna. Tanto en desplazados como en población de estrato 1, 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, es del 29% en las dos edades. Lo anterior lleva a dos observaciones:

- 1) La lactancia materna se constituye, no sólo para 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 2000<sup>20</sup>, 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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Otro indicador de consumo alimentario, es el porcentaje de niños 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 menores de un año no se diferencian tan claramente las comidas principales (gráfica 7.11). Sólo el 42% de los niños menores de 1 año desplazados frente al 60% de los de estrato 1, 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 de sólo 2 puntos porcentuales.

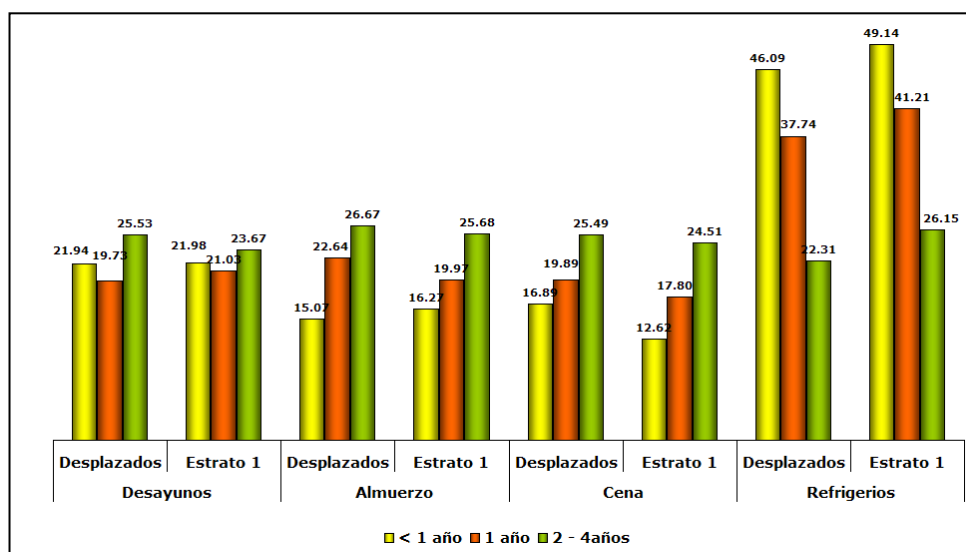
<sup>20</sup> ENDS-Profamilia 2000 y 1995. Prácticas de Lactancia que no han podido ser modificadas a pesar del Programa de Lactancia Materna instauradas en el país desde 1990



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.

Para los mayores de 1 año, no hay tantas diferencias entre desplazados y del estrato 1, lo cual se confirma en la frecuencia de consumo, donde si bien son importantes las omisiones de eventos de comida en la población desplazada, lo son en igual proporción en estrato 1.

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



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

En los niños y niñas que no lactan (gráfica 7-16), se observa para ambas poblaciones, el mayor porcentaje de calorías aportadas por refrigerios o entre comidas, especialmente en los 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 mayores de 1 año, donde a expensas del almuerzo aumenta la proporción de calorías, factor que también puede deberse a que los niños 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.

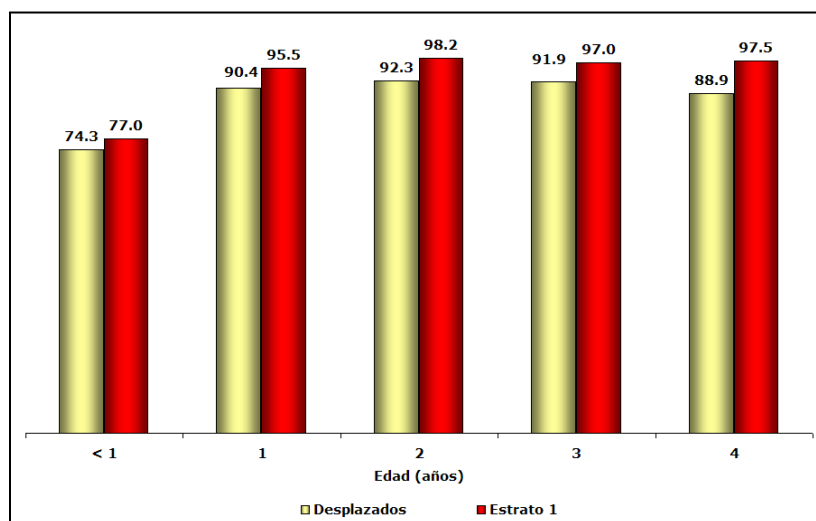
### 7.3.3 CONSUMO DE ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL.

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 biológico<sup>21</sup>. 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 QUE AL MENOS CONSUME ALGÚN ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL EN SU ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL DÍA**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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

<sup>21</sup> Nelson y otros. Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del niño 1990

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 estudios<sup>22</sup> (gráfica 7.13)

### ***Consumo de micronutrientes de origen animal.***

El cuadro 7.10 resume la proporción de 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 hierro muestra una tendencia de aumento con el incremento de la edad, pasando de 9.6% en los menores de 1 año, a 15.6% en los de 4 años de edad, el consumo de calcio y zinc se reducen sistemáticamente con el aumento de edad, en 38 y 35% respectivamente, 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 absorción<sup>23</sup>.

Cabe resaltar para los niños 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, 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 de estrato 1, 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 2002<sup>24</sup>.

**CUADRO 7.10  
PROPORCIÓN DE HIERRO CALCIO Y ZINC PROVENIENTE DE UNA FUENTE ANIMAL**

| EDAD EN AÑOS | HIERRO         |                | CALCIO         |                | ZINC           |                |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|              | DESPLAZADOS    | ESTRATO 1      | DESPLAZADOS    | ESTRATO 1      | DESPLAZADOS    | ESTRATO 1      |
| < 1          | 9.63<br>(2.6)  | 9.68<br>(1.9)  | 68.17<br>(6.1) | 59.18<br>(5.2) | 44.62<br>(7.6) | 32.07<br>(4.7) |
| 1            | 10.80<br>(1.2) | 13.50<br>(1.1) | 57.07<br>(2.9) | 67.08<br>(2.6) | 32.95<br>(2.9) | 44.85<br>(2.3) |
| 2            | 13.62<br>(1.2) | 16.51<br>(1.4) | 51.10<br>(2.8) | 64.88<br>(2.2) | 29.70<br>(2.1) | 43.64<br>(2.9) |

<sup>22</sup> Informe complementario al cumplimiento de los derechos del niño en Colombia. Derecho a la alimentación 2005.

<sup>23</sup> Nutrición y dieta. OPS/OMS 1999

<sup>24</sup> Estudio de Desplazados PMA .2002

| EDAD EN AÑOS | HIERRO         |                | CALCIO         |                | ZINC           |                |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|              | DESPLAZADOS    | ESTRATO 1      | DESPLAZADOS    | ESTRATO 1      | DESPLAZADOS    | ESTRATO 1      |
| 3            | 15.95<br>(1.2) | 19.81<br>(1.6) | 49.84<br>(3.2) | 56.73<br>(3.1) | 34.22<br>(2.5) | 41.03<br>(2.5) |
| 4            | 15.62<br>(1.3) | 19.66<br>(1.4) | 41.79<br>(3.1) | 52.61<br>(2.6) | 29.26<br>(2.0) | 38.03<br>(2.4) |

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 mas tiempo e intensidad que en el estrato 1, la caída del aporte de calcio en general y respecto al estrato 1, 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 complementaria en población desplazada es drásticamente inferior a los aportes recibidos por la población de estrato 1 en los mismos rangos de edad.

#### 7.4 RECORDATORIO DE 24 HORAS

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

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 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 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
- 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 mamadas<sup>25</sup> 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 que lacta de la siguiente manera (cuadro 7.11)

---

<sup>25</sup> Es decir cuyo consumo de Leche Materna era un mínimo significativo en Calorías y Nutrientes vs la alimentación considerada complementaria a la leche materna.

**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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

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

- Como es complejo saber cuanta leche ingiere un niño 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 7.8)

**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 |

| EDAD       |      | NIÑOS Y NIÑAS |       |       |        |       |
|------------|------|---------------|-------|-------|--------|-------|
|            |      | 0-2 M         | 3-5 M | 6-8 M | 9-11 M | 1 AÑO |
| 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 es clasificado 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 (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 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 dos 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.
- 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. El AI se utiliza en casi todos los nutrientes para los niños menores de 6 meses y para todos los grupos de edad, en el calcio.
- 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 que se encuentran por debajo del EAR o EER (para el caso de la energía).

A continuación se presentan los resultados obtenidos por esta metodología, diferenciados en dos grupos de edad: niños menores de dos años y niños 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 que se encuentran por debajo de los requerimientos tomados como parámetros.



## 7.4.1 CONSUMO GENERAL DE CALORÍAS Y NUTRIENTES:

### 7.4.1.1 Niños Menores de dos Años

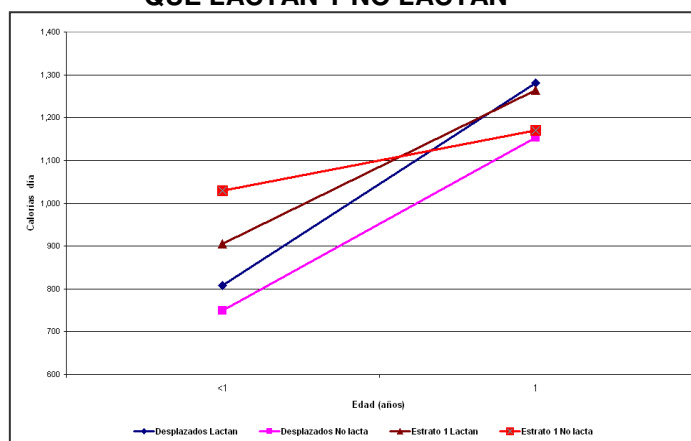
Uno de los factores claves para la sobrevivencia del niño en la primera infancia es el consumo de calorías. Asegurar tal consumo es una prioridad y una obligación de los responsables del bienestar de esta población<sup>26</sup>.

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 un estrategia de alerta de la fragilidad de una población, donde no se da el factor protector que podría llegar a ser la lactancia materna, y en especial la exclusiva y sucede todo lo contrario, es una población doblemente vulnerable por la muy baja proporción de lactancia exclusiva, situación que no se ve mejor para la población de estrato 1, y que no presenta mayores cambios en el país, en un lapso de 15 años<sup>27</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior, los resultado que se muestran a continuación, aunque tienen un incremento promedio de nutrientes aportados por la leche materna, varían dependiendo de la ingesta vía alimentación complementaria, la cual es en general bastante precoz, tanto en desplazados como en población de estrato 1.

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 crece, y a incrementar su dependencia de la alimentación no Láctea. También se observa en los desplazados que a pesar de no tratarse en los grupos de niños con lactancia exclusiva, estos presentan mayor ingesta calórica que los no lactantes, comportamiento que se registra a la inversa para la población estrato 1.

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



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

<sup>26</sup> OMS. 54 Asamblea Mundial de la Salud.

<sup>27</sup> ENDS – Profamilia 1990, 1995, 2000

Las diferencias en consumo de calorías entre desplazados y población estrato 1, son más agudas que para otros componentes del estudio. Los niños y niñas lactados de estrato 1, tienen mayor consumo de calorías que los niños y niñas de población desplazada

Si las diferencias son importantes claras en niños y niñas lactados, puede decirse que son dramáticas en niños y niñas no lactados, donde las distancias entre estrato 1 y desplazados, llegan a ser de 400 calorías, una diferencia calórica que para niños y niñas tan pequeños puede ser implicar sobrevivir o morir. Las diferencias se van disminuyendo, para acercarse en todos los niños y niñas lactados y no lactados que se aproximan a 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 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 y desplazados es de más de 10 gramos.

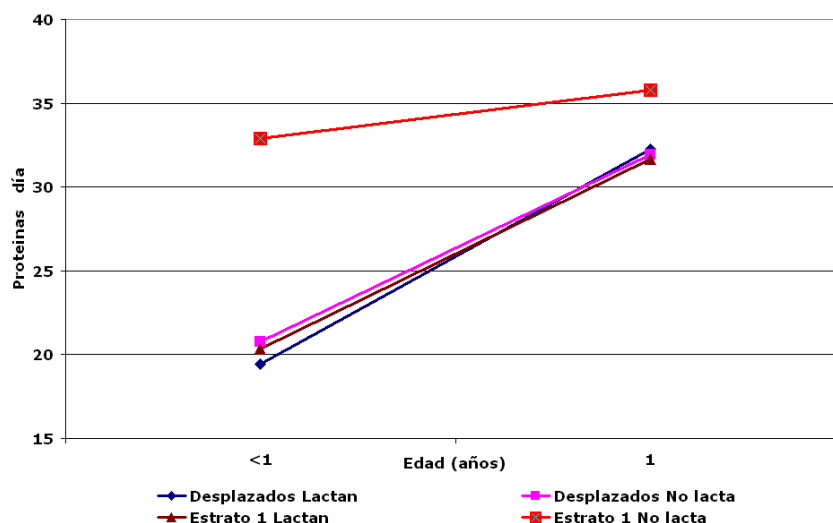
Al analizar entre niños y niñas lactados las diferencias entre desplazados y estrato 1, estas no son tan grandes, al punto de que la gráfica 7.15 muestra que los niños y niñas lactados de la población desplazada, presentan ingestas mayores de proteínas que los niños y niñas lactados de estrato 1. Cabe 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 Nacional<sup>28</sup>, 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. .

---

<sup>28</sup> Millán y Ochoa . 2000 y Acevedo y Estupiñán 2005 UNAL : Trabajos de grado Unidades Móviles ICBF

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

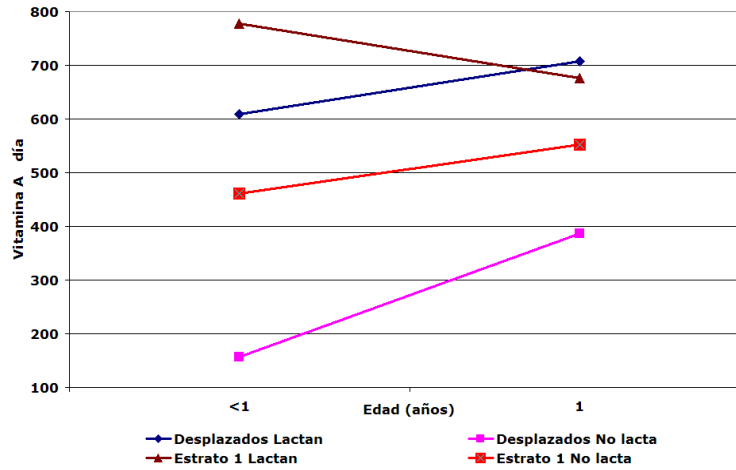


**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

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 (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**

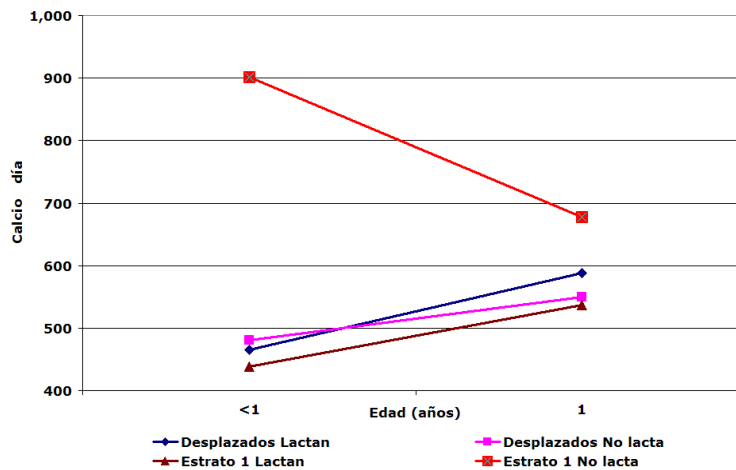


FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Las diferencias en el consumo promedio de calcio entre niños no lactantes desplazados y de estrato 1, se acercan a los 500 mg (gráfica 7.17). Si la población de estrato 1 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 crece.

En el caso de los niños y niñas lactantes, para ambos grupos el consumo de calcio es inferior al de los niños 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**

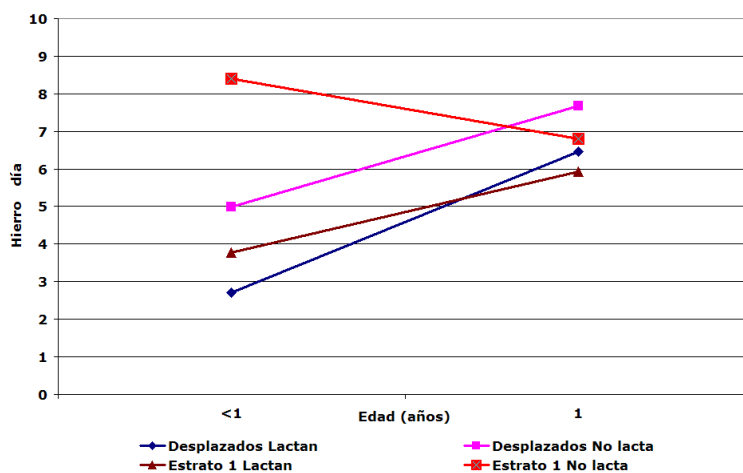


FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

El hierro, tanto para niños y niñas lactados como no lactados, la población de estrato 1 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 es significativa, a favor de los primeros. Además, reitera la brecha entre estrato 1 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, 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**

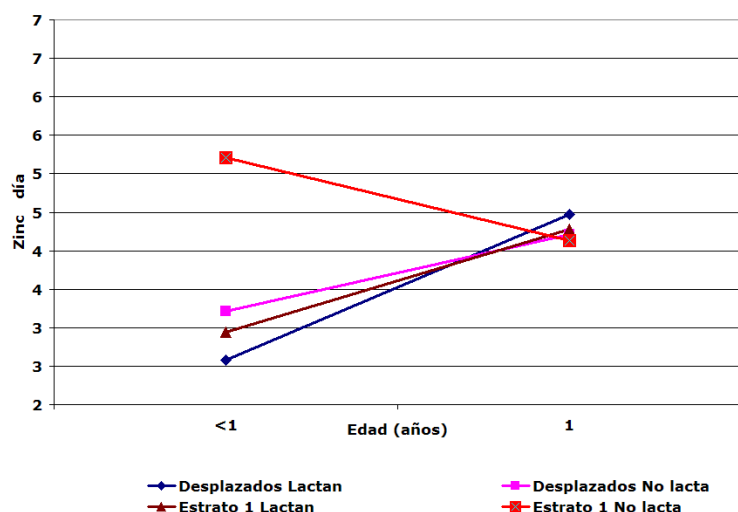


**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

El zinc, no obstante ser este micro nutriente 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, 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:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

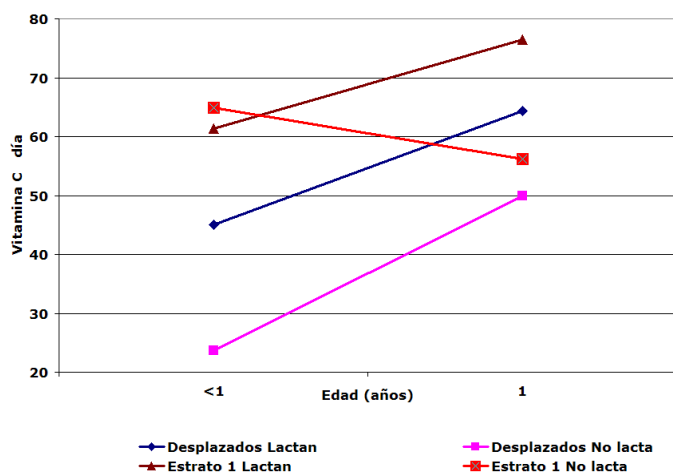
La población Colombiana no ha presentado déficit de Vitamina C.<sup>29</sup> Sin embargo, la situación de las poblaciones cubiertas por este estudio está muy por debajo de ese promedio. Al mirar el caso de niños y niñas desplazados su consumo de vitamina C es muy inferior a la de los de estrato 1, que sin ser adecuado, no es tan bajo (gráfica 7.20).

Por otra parte, con excepción de los no lactantes del estrato 1, 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.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Estudio Nacional de Nutrición 1977-1980. INS Colombia.

<sup>30</sup> 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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

#### ❑ *Análisis por tiempo de desplazamiento:*

Al introducir el análisis por tiempo de desplazamiento los comportamientos se particularizan para el grupo de edad y al parecer 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**  
**ANÁLISIS POR TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

| GRUPO DE EDAD                           |          | CALORÍAS            | PROTEÍNAS       | VITAMINA A        | VITAMINA C     | HIERRO        | CALCIO            | ZINC          |
|---|----------|---------------------|-----------------|-------------------|----------------|---------------|-------------------|---------------|
| <b>0 -11 meses de desplazamiento</b>    |          |                     |                 |                   |                |               |                   |               |
| 0 - 5 meses                             | No lacta | 313,95<br>(85,2)    | 7,89<br>(2,0)   | 55,52<br>(13,6)   | 11,63<br>(4,1) | 3,85<br>(1,2) | 151,45<br>(62,4)  | 1,32<br>(0,3) |
|   | Si lacta | 853,27<br>(462,3)   | 28,76<br>(25,3) | 764,23<br>(392,4) | 39,21<br>(7,1) | 4,41<br>(4,8) | 798,42<br>(677,4) | 3,11<br>(2,2) |
| 6 -11 meses                             | No lacta | 1.281,84<br>(544,1) | 39,42<br>(18,6) | 97,94<br>(47,4)   | 18,24<br>(6,4) | 6,61<br>(2,2) | 527,29<br>(173,7) | 3,37<br>(0,7) |
|   | Si lacta | 988,81<br>(126,7)   | 19,90<br>(3,7)  | 534,54<br>(31,5)  | 47,72<br>(3,6) | 3,62<br>(1,1) | 520,08<br>(159,2) | 2,89<br>(0,6) |
| 1 año                                   | No lacta | 1.026,84<br>(104,9) | 28,76<br>(4,2)  | 329,71<br>(67,8)  | 43,35<br>(7,2) | 8,76<br>(1,5) | 613,87<br>(138,8) | 4,80<br>(0,9) |
|   | Si lacta | 1.141,44<br>(159,3) | 26,29<br>(3,0)  | 502,22<br>(48,7)  | 47,21<br>(7,1) | 5,51<br>(1,2) | 437,89<br>(74,2)  | 4,04<br>(0,6) |
| <b>12 meses y más de desplazamiento</b> |          |                     |                 |                   |                |               |                   |               |
| 0 - 5 meses                             | No lacta | 522,30<br>(249,7)   | 11,44<br>(5,0)  | 143,62<br>(48,1)  | 15,30<br>(4,9) | 1,57<br>(0,7) | 291,36<br>(137,4) | 1,24<br>(0,5) |
|   | Si lacta | 595,01<br>(45,0)    | 10,68<br>(1,0)  | 435,99<br>(4,3)   | 49,48<br>(6,7) | 1,04<br>(0,3) | 304,32<br>(28,5)  | 1,36<br>(0,1) |
| 6 -11 meses                             | No lacta | 776,65<br>(231,3)   | 21,75<br>(5,8)  | 202,83<br>(50,3)  | 31,99<br>(7,6) | 7,71<br>(2,4) | 587,31<br>(210,0) | 4,70<br>(1,6) |
|   | Si lacta | 696,06<br>(43,5)    | 15,08<br>(1,3)  | 502,47<br>(26,5)  | 39,72<br>(1,5) | 1,62<br>(0,3) | 315,38<br>(31,6)  | 2,30<br>(0,2) |
| 1 año                                   | No lacta | 1.149,58<br>(79,6)  | 32,49<br>(2,7)  | 364,64<br>(45,7)  | 58,32<br>(9,5) | 7,20<br>(0,8) | 522,51<br>(75,6)  | 4,08<br>(0,4) |
|   | Si lacta | 1.564,29<br>(183,6) | 38,44<br>(4,7)  | 972,54<br>(201,8) | 83,60<br>(9,2) | 8,03<br>(1,4) | 745,24<br>(129,2) | 5,28<br>(0,7) |

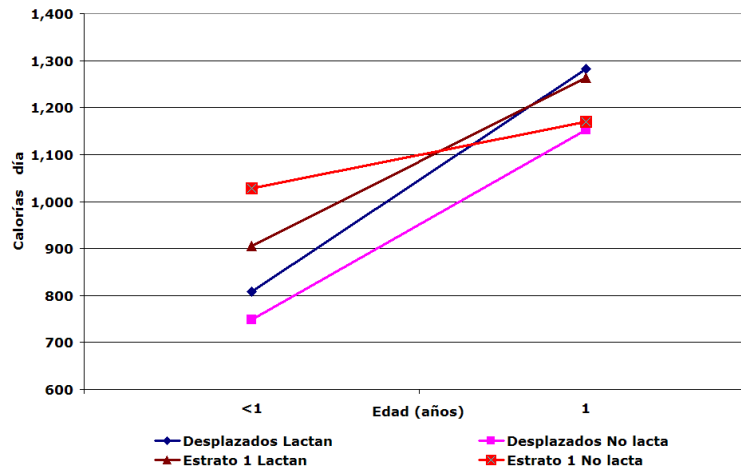
FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

#### 7.4.1.2 Niños y niñas mayores 2 años y menores 5 años

La gráfica 7.25 muestra que en el grupo de niños y niñas de 2 años a 4 años, se evidencian diferencias en el consumo de calorías entre los niños de estrato 1 y desplazados, y que los primeros 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 tengan consumos adecuados de calorías, aspecto que se evidenciará en el análisis más adelante en el análisis con respecto a los EER.*



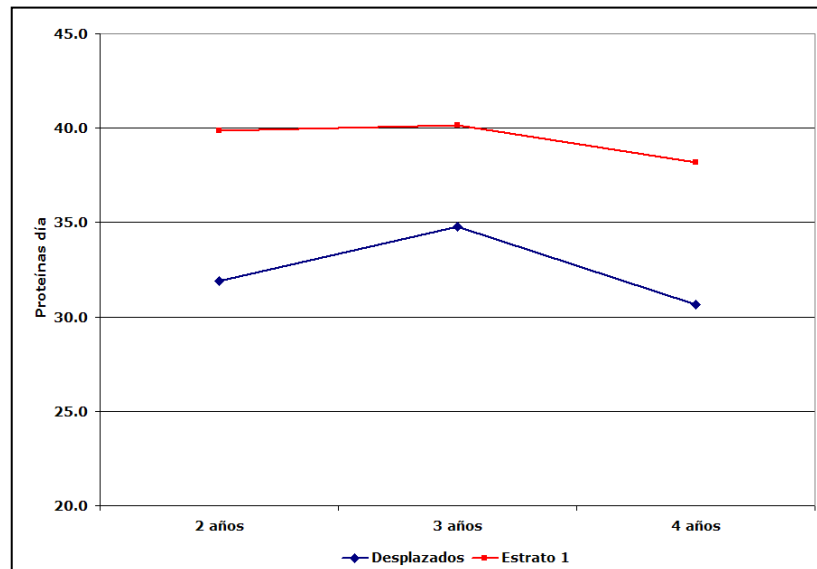
**GRÁFICA 7-21**  
**CONSUMO PROMEDIO DE CALORÍAS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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.

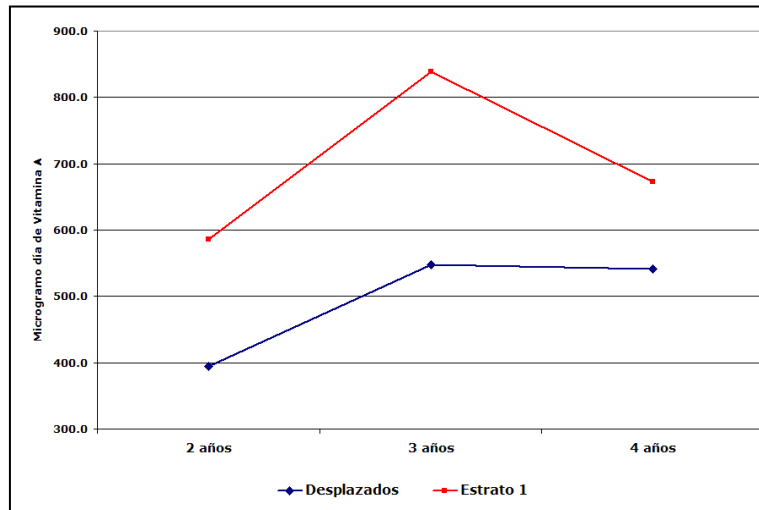
**GRÁFICA 7-22**  
**CONSUMO PROMEDIO DE PROTEÍNAS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 4 AÑOS**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

En los niños y niñas mayores de 2 años (gráfica 7.23). Esta es una situación diferencial respecto a la registrada para calorías y proteínas, reafirmando la importancia de hilar fino en lo que tiene que ver con micronutrientes, donde las diferencias son más notables.

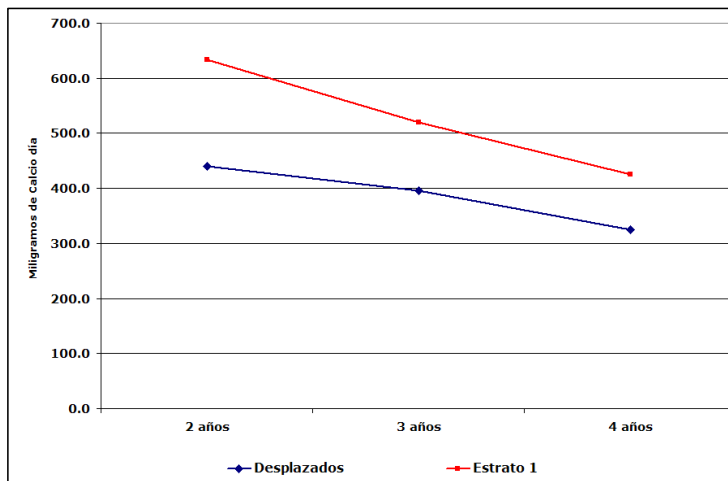
**GRÁFICA 7-23**  
**CONSUMO PROMEDIO DE VITAMINA A EN NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

La gráfica 7.24 muestra los consumos promedio de calcio de los niños y niñas mayores de 2 años mostrando como para los dos grupos, estrato 1 y desplazados, los consumos promedio de este importante micro nutriente, caen dramáticamente a medida que avanza la edad del niño o la niña, y por ello varían las diferencias entre desplazados (más bajo) y estrato 1, de 200 gramos a los 2 años de edad., a 100 gramos a la edad de 4 años.

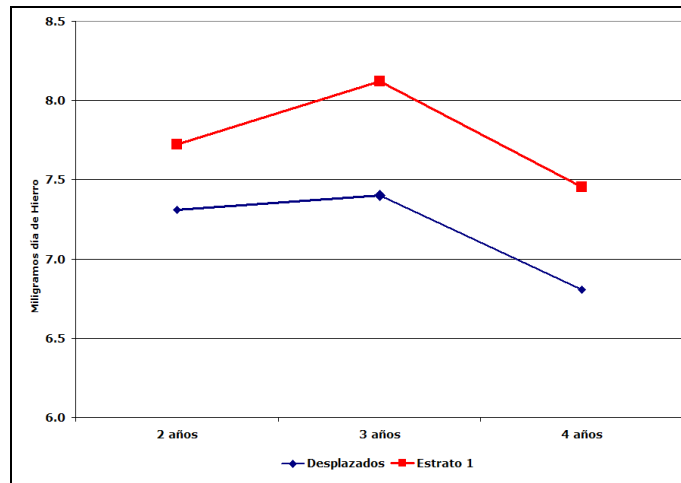
**GRÁFICA 7-24**  
**CONSUMO PROMEDIO DE CALCIO EN NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS DEL ESTUDIO**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

La gráfica 7.25 muestra el consumo promedio de hierro de los niños y niñas mayores de 2 , a pesar de que en los 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 mayores de 2 años, las diferencias se marcan y los niños y niñas desplazados tienen consumos muy por debajo de los niños y niñas de estrato 1, 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.

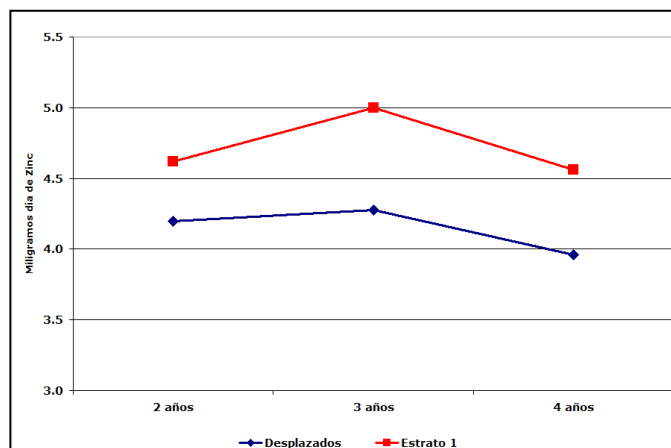
**GRÁFICA 7-25**  
**CONSUMO PROMEDIO DE HIERRO EN NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

En los niños y niñas de 2 a 4 años, el consumo de zinc vuelve a diferenciarse significativamente entre desplazados y estrato 1. 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 DE 2 A 4 AÑOS**

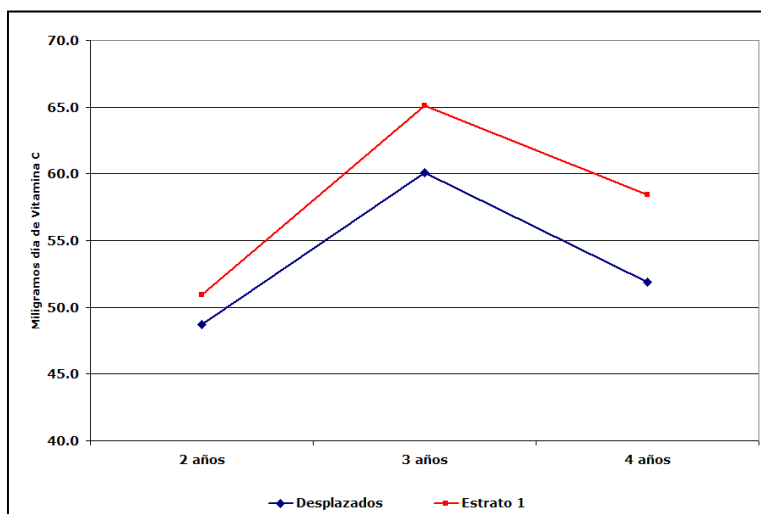


**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Al conectar el anterior análisis, con el comportamiento que muestra la gráfica 7.27 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, regresa a la tendencia de que los niños y niñas desplazados tienen consumos inferiores que los niños y niñas de Estrato 1; 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, 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: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

#### ❑ *Análisis por tiempo de desplazamiento:*

De la misma manera que para los menores de 2 años, entre uno y otro rango de edad que se discriminar 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 mayores de 3 años, a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento los consumos aumentan.

La mayor parte de los niños hacen el destete total a los 2 años siendo este un periodo crítico que se afecta mas en los niños y niñas a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento al igual que sucede, frente a l 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 al alimentación familiar (cuadro 7.14).

**CUADRO 7.14**  
**CONSUMO PROMEDIO DE MICRONUTRIENTES EN DESPLAZADOS**

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

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

## 7.4.2 DEFICIENCIAS EN LOS CONSUMOS DE CALORÍAS Y NUTRIENTES

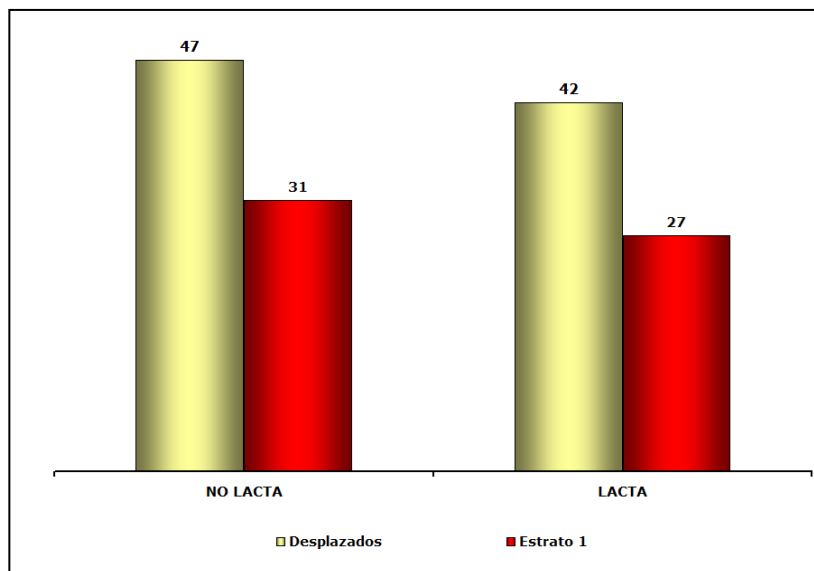
Complementario al análisis anterior, y profundizando en evaluación cuantitativa de los aportes de la dieta de los niños estudiados, se examinan las deficiencias en los consumos de calorías y nutrientes frente al EER (requerimiento energético aproximado) para calorías y al EAR (requerimiento promedio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

### 7.4.2.1 Niños y Niñas menores de dos años:

Es muy alto el porcentaje de niños y niñas que están por debajo de la EER en el nivel de calorías consumido en los dos grupos analizados. Alrededor del 47% de los niños desplazados y del 31% de los de estrato 1, consumen por debajo del mínimo de calorías indicadas para su edad y características (gráfica 7.28), siendo las diferencias entre niñas y niños lactados y no lactados es poco significativa.

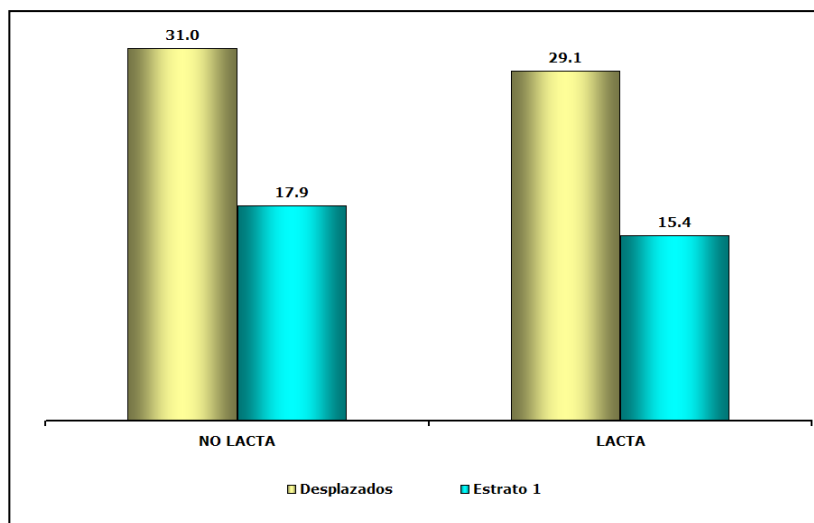
El análisis del consumo proteico de los niños y niñas menores de dos años identifica una diferencia más marcada entre población desplazada y de estrato 1, y menos marcada entre los niños y niñas lactados y no lactados (gráfica 7.29). El nivel de carencia, sin embargo, no es tal alto en porcentaje, como el de calorías, pero es probablemente más grave por sus implicaciones en el futuro de los niños y niñas.

**GRÁFICA 7-28**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EER**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

**GRÁFICA 7-29**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA PROTEÍNAS**

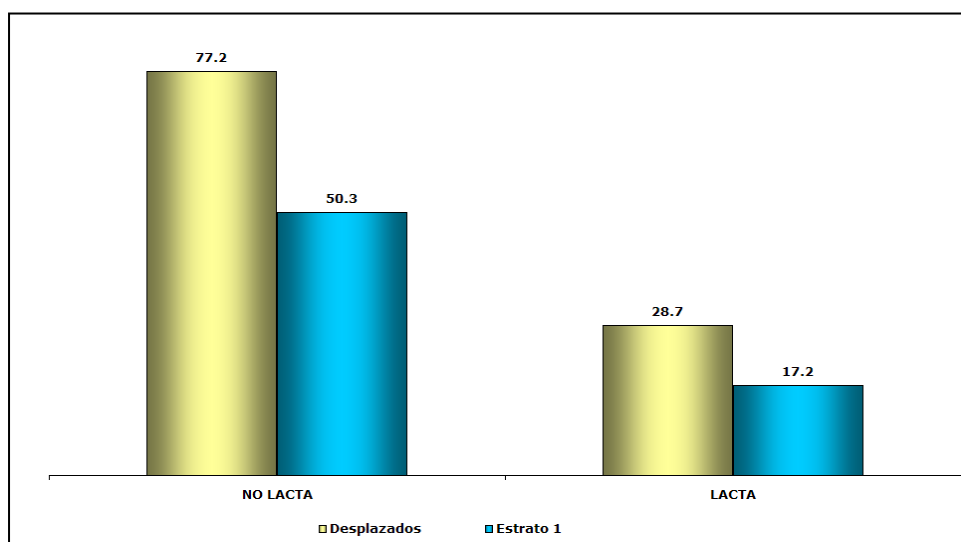


FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Aproximadamente un 30% de los niños y niñas desplazadas y el 16% de los de estrato 1, no consumen el mínimo de proteínas requeridas para la edad, en función de un adecuado crecimiento y desarrollo.

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 7.30) no sólo el contraste habitual en el indicador entre desplazados y estrato 1, sino una dramática diferencia entre lactantes, de 50 puntos porcentuales en desplazados y 30 puntos en estrato 1, reflejando la gran importancia como factor protector de la lactancia materna, aun siendo lactancia no exclusiva en esta población.

**GRÁFICA 7-30**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA A**



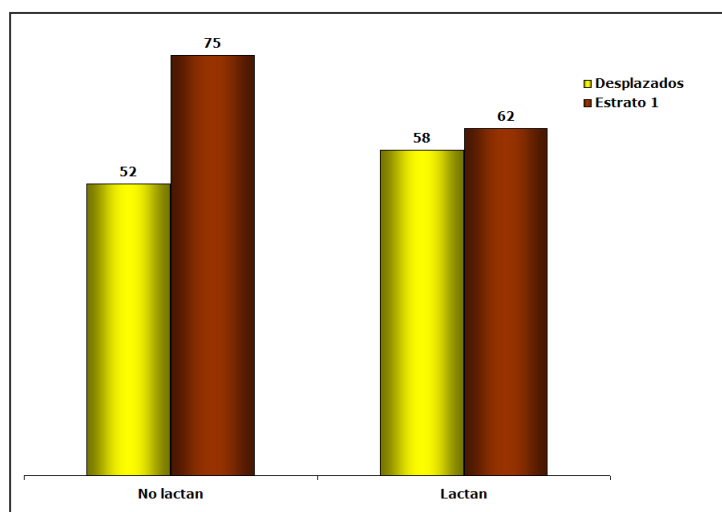
**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

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 7.34), 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.

Para el análisis del calcio, como se mencionó en la metodología, en la propuesta de Colombia solo se cuenta con el valor de AI, por lo cual la interpretación es un poco diferente al resto de nutrientes. El porcentaje de niños que está por encima de este valor se indica que “están bien en su consumo de calcio” mientras que los que están por debajo, no podremos afirmar que se encuentran deficientes.

La gráfica 7.31 muestra que existen diferencias importantes entre los niños menores de dos años de la población desplazada y estrato 1, especialmente en los no lactantes. El 77% y 63% de niños de estrato 1 que lactan y no lactan respectivamente tiene un adecuado consumo de calcio en contraste con solo un poco más de la mitad de los niños desplazados (52% y 58% respectivamente) cuyo consumo en calcio es adecuado.

**GRÁFICA 7-31**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA DEL**  
**AI PARA CALCIO**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

El hecho de que cerca del 60% de los niños que lactan sean adecuados en calcio, lo explica el hecho de que la leche materna no es fuente de este nutriente, y si la alimentación complementaria es deficitaria al respecto, la diferencia se aumenta.

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

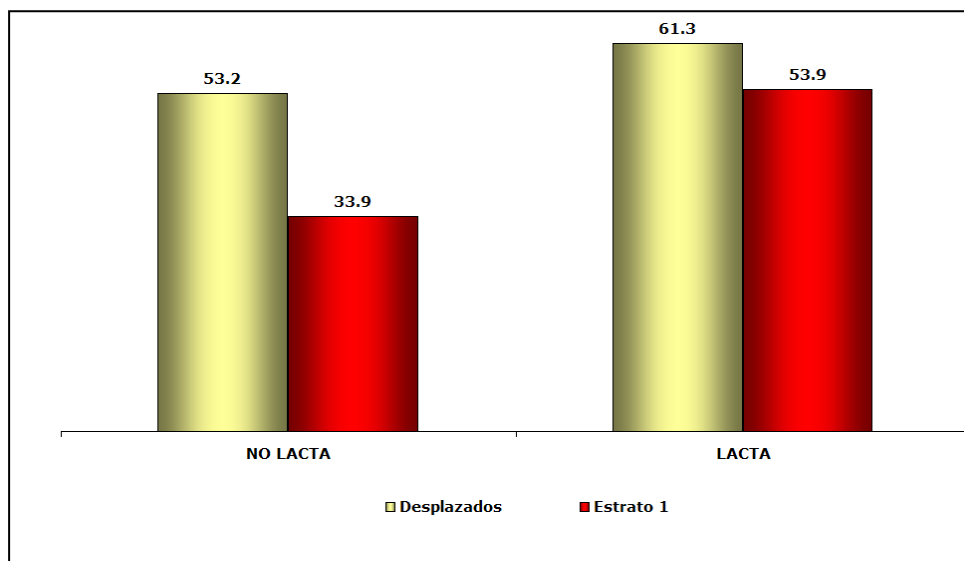
Las brechas en el consumo de calcio en la población pobre y vulnerable en general son urgentes de abordar en salud pública, pues como plantea un estudio del INS, solo se considera importante en la norma nacional la suplementación para gestantes y mujeres lactantes<sup>31</sup>, y no lo establece como 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.<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> Ministerio de Salud. Resolución 0412 de 2000. No obligatoria para Calcio.

<sup>32</sup> INS . 2000 Evaluación del Consumo de Calcio en la población Colombiana. Estudio de Yodo . E. Poveda. Foro Virtual Micronutrientes. SDS 2001.



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



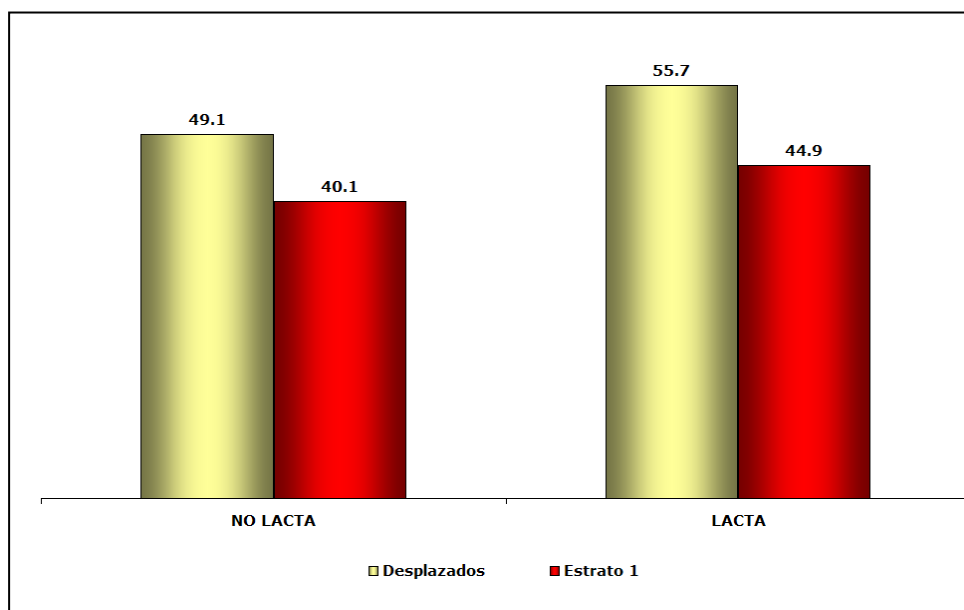
**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

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.

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.

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 7-33**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA ZINC**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Sin embargo al igual que para el caso del hierro, la gráfica 7.33 muestra un mayor porcentaje de niños y niñas menores de dos años lactantes que no alcanzan el EAR, tanto desplazados como en Estrato 1. 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, 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 proporción de niños y niñas por debajo del EAR los desplazados (gráfica 7.33).

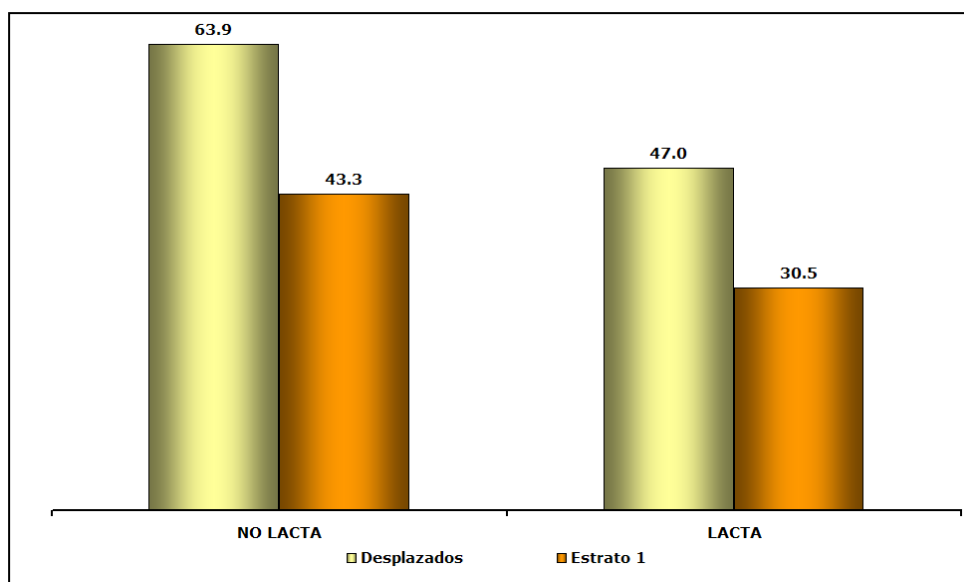
En los lactantes exclusivos es explicable la diferencia, pues también en este caso, la leche materna no es principal fuente de este nutriente, aunque es suficiente para un bebé en lactancia exclusiva. Lo anterior señala serias fallas en la alimentación complementaria de estos niños y niñas, pues los alimentos de la dieta ricos en calcio, no son precisamente los más abundantes en la dieta de desplazados y de estrato 1. 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 vaca<sup>33</sup>.

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 están por debajo de su EAR para Zinc.

<sup>33</sup> Gonzáles. Ma.A. U del Rosario Argentina. El Zinc en la Nutrición infantil 2005

Como se dijo antes, en la población colombiana no se han registrado, grandes deficiencias de Vitamina C<sup>34</sup>, 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, 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 Colágeno, necesario para la conformación de piel y tejidos en crecimiento<sup>35</sup> 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 7-34**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE Y ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA C**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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 7.34).

#### ❑ *Análisis por tiempo de desplazamiento:*

La situación que refleja el cuadro es muy consistente con los datos obtenidos para los consumos promedio para el acápite anterior, pues como se muestra en general, donde los porcentaje de niños y niñas que no cubre su EER para calorías, ni el EAR o AI (Calcio),

<sup>34</sup> Estudio Nacional de Nutrición 1977-1980. INS Colombia

<sup>35</sup> Guías Alimentarias de la Población Colombiana. Documento Técnico ICBF 2000.

crecen con el tiempo de desplazamiento es para el rango de 6 meses a 11 meses, pues en los demás casos los porcentajes de niños que no los cubren disminuye.

Los demás grupos el de menores de 6 meses y mayores de 12 meses a 23 meses, los porcentajes de niños que no cubren su EER para calorías o EAR para el resto de nutrientes disminuye, es decir que el tiempo de desplazamiento mas crítico si es para la mayoría de casos los primeros 12 meses de desplazamiento (cuadro 7.15)

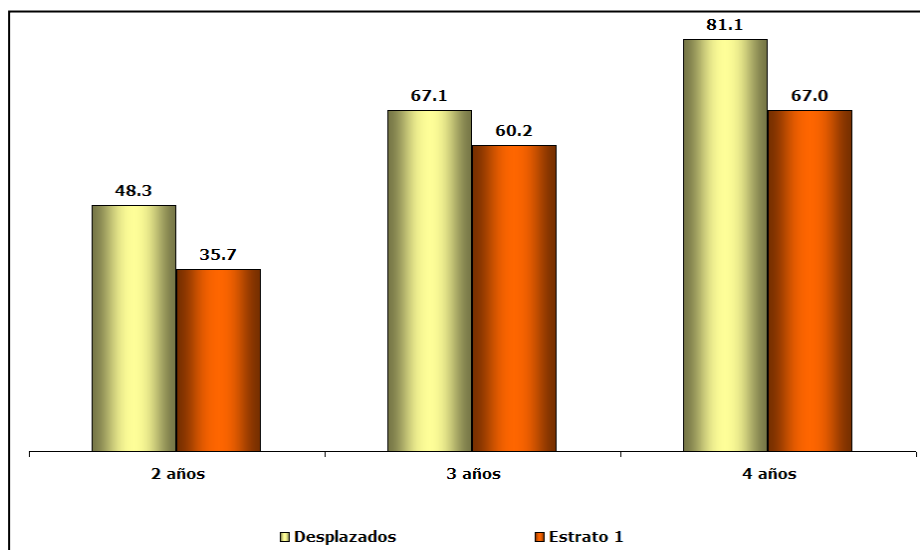
**CUADRO 7.15**  
**ANÁLISIS POR TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

| GRUPO DE EDAD                           |          | CALORÍAS EER    | PROTEÍNAS       | VITAMINA A      | VITAMINA C      | HIERRO          | CALCIO AI       | ZINC            |
|---|----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>0 -11 meses de desplazamiento</b>    |          |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| 0 - 5 meses                             | No lacta | 80,00<br>(20,4) | 20,00<br>(20,4) | 100,00<br>(0,0) | 100,00<br>(0,0) | 20,00<br>(20,4) | 80,00<br>(20,4) | 80,00<br>(20,4) |
|   | Si lacta | 80,00<br>(17,9) | 75,65<br>(20,8) | 4,35<br>(5,3)   | 80,00<br>(17,9) | 75,65<br>(20,8) | 80,00<br>(17,9) | 80,00<br>(17,9) |
| 6 - 11 meses                            | No lacta | 58,33<br>(29,9) | 25,00<br>(23,1) | 100,00<br>(0,0) | 100,00<br>(0,0) | 58,33<br>(29,9) | 33,33<br>(27,6) | 33,33<br>(27,6) |
|   | Si lacta | 35,96<br>(18,4) | 29,21<br>(18,2) | 49,44<br>(19,1) | 62,92<br>(18,6) | 79,78<br>(17,5) | 30,34<br>(18,4) | 49,44<br>(19,1) |
| 1 año                                   | No lacta | 42,55<br>(13,2) | 21,58<br>(10,1) | 40,12<br>(13,0) | 14,89<br>(8,9)  | 37,69<br>(13,0) | 44,98<br>(13,3) | 38,60<br>(13,0) |
|   | Si lacta | 30,14<br>(16,5) | 1,83<br>(1,9)   | 0,00<br>(0,0)   | 0,00<br>(0,0)   | 65,30<br>(14,4) | 64,84<br>(16,9) | 24,66<br>(16,4) |
| <b>12 meses y más de desplazamiento</b> |          |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| 0 - 5 meses                             | No lacta | 49,47<br>(27,6) | 45,26<br>(27,9) | 100,00<br>(0,0) | 100,00<br>(0,0) | 17,89<br>(13,1) | 45,26<br>(27,9) | 85,26<br>(12,0) |
|   | Si lacta | 55,80<br>(19,2) | 54,32<br>(19,3) | 10,62<br>(6,5)  | 49,63<br>(19,6) | 28,64<br>(18,1) | 6,67<br>(4,2)   | 97,78<br>(2,3)  |
| 6 - 11 meses                            | No lacta | 57,10<br>(14,0) | 47,81<br>(14,4) | 85,25<br>(10,9) | 59,56<br>(14,4) | 59,29<br>(14,4) | 52,73<br>(14,4) | 50,82<br>(14,4) |
|   | Si lacta | 45,04<br>(12,0) | 38,99<br>(11,9) | 67,29<br>(11,6) | 92,40<br>(4,2)  | 98,68<br>(1,0)  | 64,65<br>(10,8) | 68,17<br>(11,6) |
| 1 año                                   | No lacta | 46,76<br>(7,5)  | 14,58<br>(5,5)  | 36,93<br>(7,1)  | 23,02<br>(6,8)  | 50,45<br>(7,4)  | 64,92<br>(6,4)  | 38,66<br>(7,4)  |
|   | Si lacta | 25,34<br>(7,4)  | 12,07<br>(6,1)  | 0,00<br>(0,0)   | 0,00<br>(0,0)   | 54,93<br>(9,6)  | 43,88<br>(9,3)  | 16,16<br>(6,5)  |

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

#### 7.4.2.2 Niños y niñas mayores 2 años y menores 5 años

**GRÁFICA 7-35**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EER EN CALORÍAS**

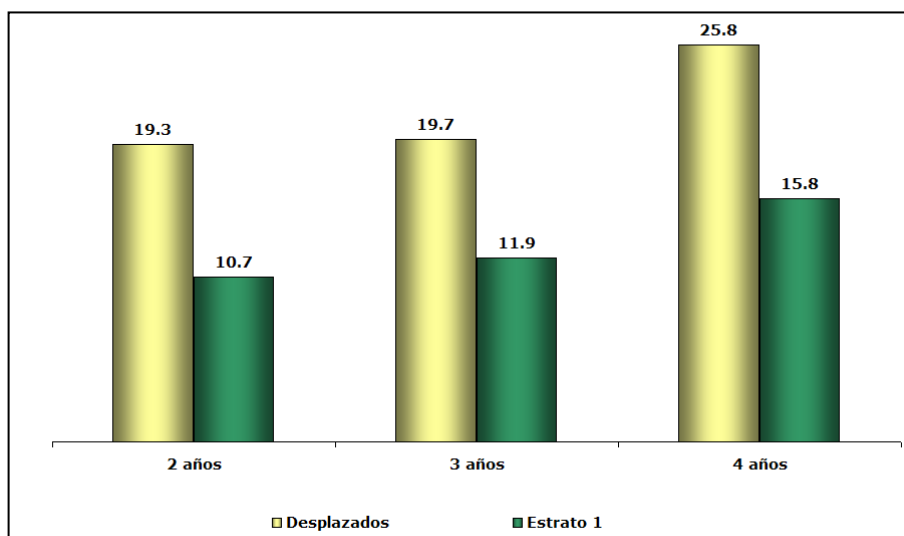


**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

En los niños y niñas mayores de dos años, el porcentaje que está por debajo del EER en calorías, también es mayor para desplazados, pero lo más significativo y grave es el aumento de tal porcentaje, a medida que los niños y niñas se acercan a la edad escolar, siendo muy grave el dato de niños y niñas de 4 años desplazados, donde 80 de cada 100 tienen un consumo inferior al mínimo requerido para su edad y características (gráfica 7.36), estos hallazgos para la población desplazada reafirman lo obtenido en el estudio del PMA realizado en el 2002<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> PMA: 2002. Evaluación de la situación de salud y nutrición de la población desplazada en Colombia

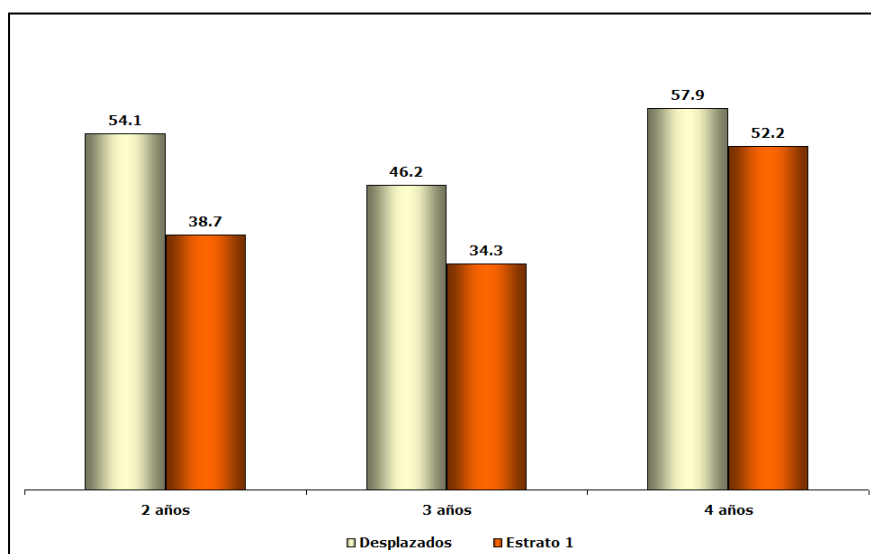
**GRÁFICA 7-36**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA PROTEÍNAS**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

En la gráfica 7.37 se muestra una tendencia similar a la observada en calorías, es decir, incremento de la brecha con el aumento de la edad, manteniéndose no obstante una amplia diferencia entre desplazados y estrato 1. Nuevamente se confirma la coherencia de estas cifras en desplazados con los resultados del estudio del PMA del 2002, en el cual las brechas de calorías y proteínas fueron muy altas.

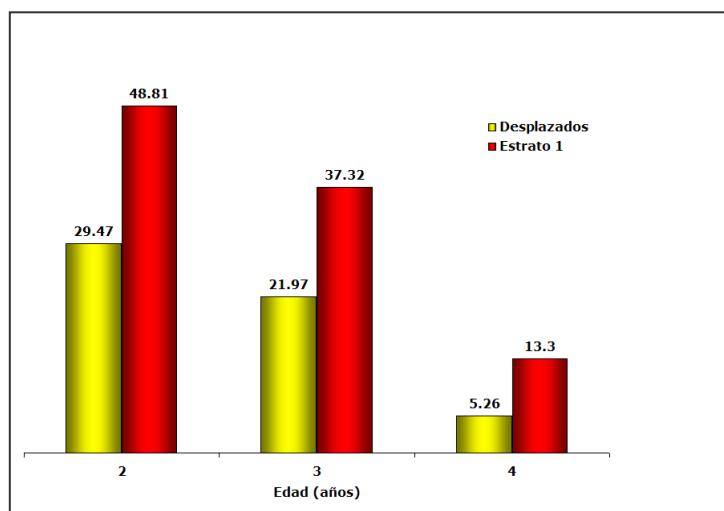
**GRÁFICA 7-37**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA A**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

Para niños y niñas mayores de 2 años las diferencias en el indicador de carencia de vitamina A entre desplazados y de estrato 1, tienden a reducirse con el aumento de la edad (gráfica 7.37). 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 7-38**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA DEL AI PARA CALCIO**



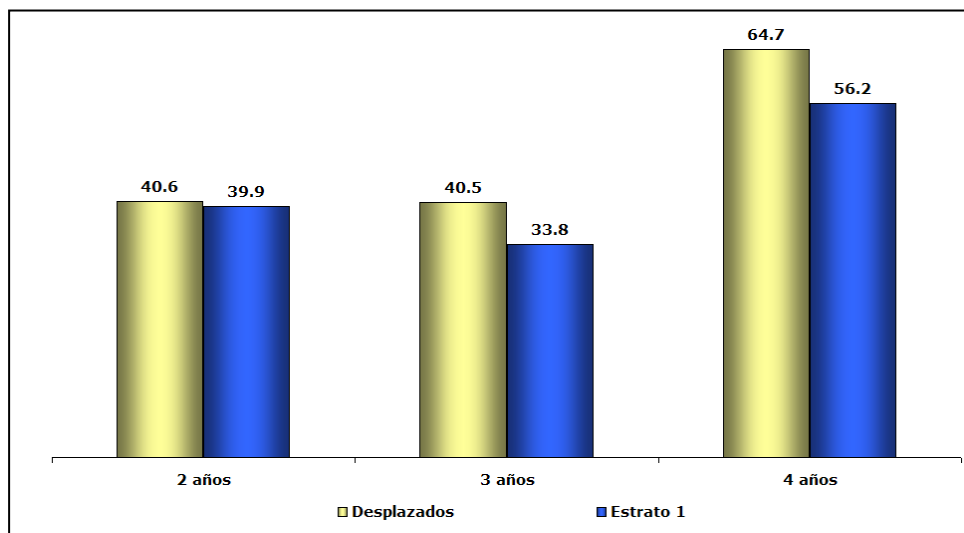
**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

La gráfica 7.38 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 tienen un adecuado consumo (por encima del valor de AI) es muy bajo en todos los grupos poblacionales, en especial en los niños mayores (5% de niños desplazados y 13% de estrato 1). Solo uno de cada dos niños de dos años de estrato uno tiene un adecuado consumo de este micronutriente mientras que cerca de uno de cada 3 en los niños desplazados.

Al comparar los grupos desplazados y estrato 1, se observa que hay un porcentaje menor de niños que tienen un consumo adecuado de calcio para todas las edades, en las familias desplazadas vs las familias de estrato 1.

Estas 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, y la 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 7-39**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA HIERRO**



**FUENTE:** Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

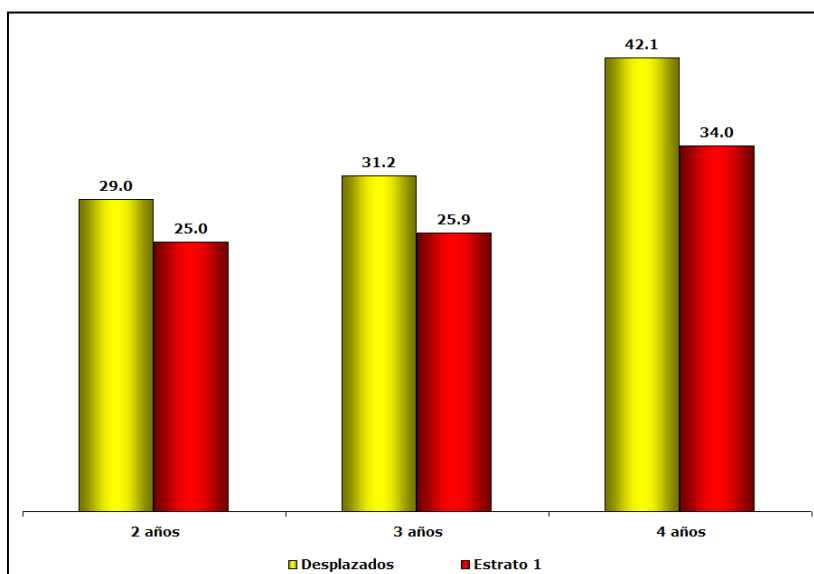
En los niños y niñas mayores de dos años (gráfica 7.39), la situación persiste y se agudiza, aumentando el porcentaje de niños y niñas por debajo del EAR para hierro, a medida que aumenta la edad, al punto que, para los de 4 años alcanza en desplazados el 64%, y en estrato 1 el 56%, siendo estos resultados 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, 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 niñas<sup>37</sup>.

<sup>37</sup> Documento Técnico. Foro de Suplementación con Micronutrientes. SDS de Bogotá 2000



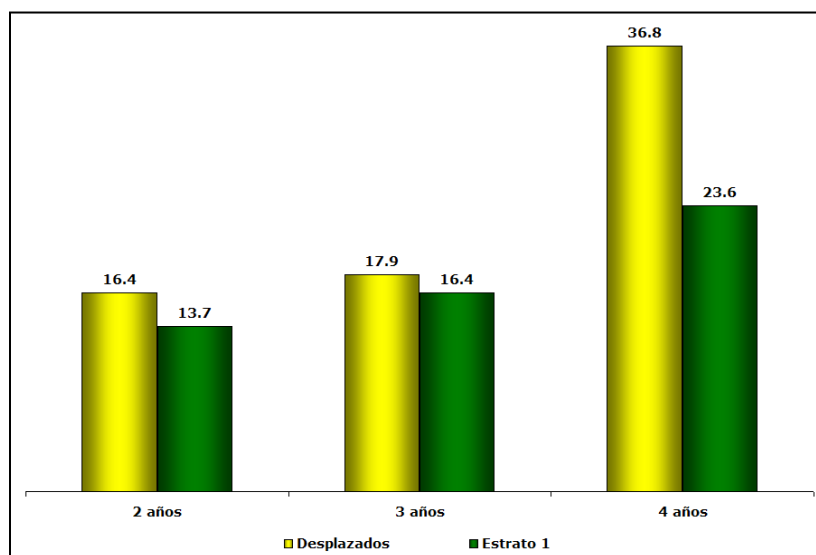
**GRÁFICA 7-40**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA ZINC**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 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. 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 en desarrollo y crecimiento.

**GRÁFICA 7-41**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE DOS AÑOS QUE ESTÁN POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA C**



FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

En niños y niñas de 2 a 4 años la situación empeora con el aumento de la edad pasando en los desplazados, de 2 años del 17% con deficiente consumo de vitamina C al 37% en los de 4 años, y cambiando los de estrato 1, del 14% al 23% en las mismas edades; a su vez, la distancia entre desplazados y estrato 1 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.

❑ **Análisis por tiempo de desplazamiento:**

Es importante mirar el comportamiento del porcentaje de niños y niñas mayores de 2 años que están por debajo del EER para calorías y EAR o AI ( Calcio ) para los demás nutrientes, pues es variable.

Se observa para niños y niñas entre 2 y 3 años que el porcentaje de niños y niñas que están por debajo del EER en calorías se mantiene igual, cuando aumenta el tiempo de desplazamiento, pero para las proteínas el porcentaje de niños y niñas si disminuye significativamente, ya sea por la inclusión en su dieta de proteínas provenientes de las leguminosas que vienen de las ayudas.

Sin embargo, el dato es algo errático frente al comportamiento del consumo de proteínas, el cual aparentemente disminuye cuando aumenta el tiempo de desplazamiento en este grupo de edad. Las calorías como se vio no cambian, pero para los micronutrientes, en todos el porcentaje de niños y niñas que esta por debajo del mínimo requerido aumentan, a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento.

Para los demás nutrientes y para las calorías, el porcentaje de niños y niñas de 3 a 4 años y mayores de 4 a 5 años que no cumplen con su EAR /AI para los nutrientes y EER para las calorías disminuye, a medida que aumenta el tiempo de desplazamiento, lo cual es muy consistente con la tendencia de los consumos promedio que aumentaron con el tiempo de desplazamiento en los niño y niñas mayores de 2 años (cuadro 7.16)

**CUADRO 7.16**  
**ANÁLISIS POR TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO**

| GRUPO DE EDAD                        | CALORÍAS        | PROTEÍNAS       | VITAMINA A      | VITAMINA C      | HIERRO          | CALCIO          | ZINC            |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>0 -11 meses de desplazamiento</b> |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| 2 años                               | 51,65<br>(8,6)  | 21,19<br>(8,2)  | 52,47<br>(8,6)  | 15,02<br>(8,1)  | 31,48<br>(7,1)  | 76,75<br>(6,6)  | 21,60<br>(6,0)  |
| 3 años                               | 77,51<br>(10,3) | 25,36<br>(9,1)  | 55,21<br>(12,4) | 18,81<br>(8,3)  | 64,01<br>(11,4) | 95,50<br>(2,5)  | 22,90<br>(7,6)  |
| 4 años                               | 88,47<br>(4,8)  | 55,27<br>(11,1) | 65,41<br>(10,1) | 42,15<br>(11,5) | 75,75<br>(7,6)  | 100,00<br>(0,0) | 51,29<br>(12,0) |

| GRUPO DE EDAD                           | CALORÍAS       | PROTEÍNAS      | VITAMINA A     | VITAMINA C     | HIERRO         | CALCIO         | ZINC           |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>12 meses y más de desplazamiento</b> |                |                |                |                |                |                |                |
| 2 años                                  | 50,28<br>(6,1) | 15,51<br>(4,2) | 53,34<br>(6,0) | 17,70<br>(4,6) | 45,94<br>(6,1) | 71,52<br>(5,3) | 27,41<br>(5,4) |
| 3 años                                  | 53,94<br>(6,9) | 8,79<br>(2,4)  | 43,78<br>(6,7) | 15,25<br>(4,9) | 30,02<br>(5,9) | 72,42<br>(5,9) | 28,85<br>(6,4) |
| 4 años                                  | 80,78<br>(4,9) | 17,98<br>(4,7) | 65,46<br>(5,9) | 39,33<br>(6,3) | 62,18<br>(6,4) | 95,53<br>(1,8) | 33,84<br>(5,7) |

FUENTE: Unión Temporal Econometría S.A. – SEI s.a. Encuesta a población desplazada por violencia – 2005

## 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.

**CUADRO 7.17**  
**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                               |

**CUADRO 7.18**  
**NIÑOS Y NIÑAS ESTRATO 1:**  
**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                               |

Los cuadros anteriores muestran solamente los alimentos y preparaciones que fueron consumidos por más del 50% de los niños. 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 de estrato 1 alcanza a entrar en esta selección el azúcar refinada, que fue reportada en un 51.5% del consumo de los niños.

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 tanto de familias desplazadas como estrato 1.

**CUADRO 7.19**  
**ALIMENTOS O PREPARACIONES INFORMADOS POR AMBOS GRUPOS ESTUDIADOS,**  
**AGRUPADOS SEGÚN LAS GUÍAS ALIMENTARIAS PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA**

| GRUPOS DE ALIMENTOS                                   | DESPLAZADOS   | ESTRATO 1  |
|---|---|--|
| 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,   | Frijoles 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 IBCF, menudencias de pollo       |

| GRUPOS DE ALIMENTOS | DESPLAZADOS   | ESTRATO 1   |
|---------------------|---|---|
| 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   |

Al revisar la información de los dos grupos, se observa que el listado de alimentos y preparaciones que consumen los niños menores de cinco años es muy similar en ambos grupos. Sin embargo, en la población de estrato 1 aparecen algunos alimentos o preparaciones procesados 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 con relación a las familias desplazadas.

## **8 APORTES DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN AL SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO APLICADO ACTUALMENTE POR EL PMA (SIMVA).**

La vulnerabilidad o riesgo a la inseguridad alimentaria está determinada por una serie de factores que determinan la propensión a sufrir una inadecuada nutrición o a que el suministro de alimentos se interrumpa al producirse una falla en el sistema de provisión. Dado que los factores determinantes del riesgo son variantes en el tiempo, la vulnerabilidad es una condición dinámica. La vulnerabilidad no es igual en todos los grupos y los factores de riesgo no generan los mismos niveles de inseguridad alimentaria.

Esto significa que no todos los grupos poblacionales sufren el mismo nivel de riesgo. El carácter estructural o transitorio del factor determinante de la vulnerabilidad sea una característica estructural o transitoria del grupo, determinará el tipo de inseguridad alimentaria a la que está expuesta. Esta puede ser de tres tipos:

- Inseguridad alimentaria crónica, que se refiere a la situación en que el consumo de alimentos del grupo afectado es regularmente inferior a lo necesario durante un periodo de tiempo considerable.
- Inseguridad alimentaria cíclica, cuando la provisión de alimentos se ve interrumpida o reducida en cantidad y calidad durante periodos de carestía. Se relaciona directamente con la estacionalidad en la producción de alimentos en el contexto de agricultores de subsistencia.
- Inseguridad alimentaria transitoria o aguda, que afecta a personas o grupos que experimentan una interrupción repentina del flujo y consumo de alimentos, de modo que su salud y bienestar pueden verse seriamente afectados.

De acuerdo al tipo de factor, la vulnerabilidad puede ser por el ciclo de vida, por niveles de ingresos y/o por exposición a fenómenos naturales.

### **□ *Vulnerabilidad por ciclo de vida***

El ciclo de vida del ser humano determina etapas o momentos en que el individuo no tiene la capacidad suficiente para proporcionarse una adecuada alimentación de manera autónoma, y etapas que son determinantes en el desarrollo humano futuro. El riesgo es considerable en estos grupos al estar expuestos a inseguridad alimentaria crónica. Podemos distinguir como grupos prioritarios a los niños(as) menores de cinco años, a las madres gestantes y lactantes y a los ancianos(as).

- Niños(as) menores de cinco años. En los primeros años de vida, las frecuentes y prolongadas infecciones, así como la ingesta inadecuada de nutrientes (principalmente energía, hierro, proteínas de buena calidad, vitamina A y zinc), suman sus efectos negativos y contribuyen a un bajo peso y menor talla en el preescolar.
- Madres gestantes y lactantes. La desnutrición suele iniciarse desde la gestación y continuar a través del ciclo de vida, y puede extenderse generacionalmente. La desnutrición ocurrida durante el embarazo tiene un impacto acumulativo negativo sobre el peso al hacer de los futuros bebés. Un recién nacido con retardo de crecimiento intrauterino tiene un riesgo mayor de fallecer en la infancia. Los sobrevivientes probablemente no lograrán un crecimiento satisfactorio y tendrán un desarrollo mental disminuido.
- Ancianos(as). Los adultos mayores de 60 años que viven solos y tienen reducidas pensiones de vida, constituyen un grupo potencial de inseguridad alimentaria por ser personas que no pueden costearse una dieta adecuada y tal vez carecen de la energía o motivación necesarios para comprar y preparar alimentos nutritivos.

#### ***Vulnerabilidad por ingresos***

La condición de pobreza también define otro tipo de riesgo potencial de daño al estado nutricional de los individuos, por restringir el acceso a los alimentos necesarios para obtener una buena alimentación. Dentro de los pobres, los pobres extremos se encuentran en una situación crítica en cuanto al riesgo de desnutrición, ya que sus niveles de ingreso no alcanzan para cubrir el consumo de la canasta mínima de alimentos, razón por la cual se trata de población en situación de inseguridad alimentaria crónica. Los problemas de mala nutrición y pobreza vienen de la mano y es por ello que una estrategia de seguridad alimentaria debe envolver simultáneamente la cuestión de la pobreza.

Al interior del conjunto de pobres podemos identificar grupos poblacionales donde se concentra la población en mayor riesgo, como la población en condición de desplazamiento.

#### ***Vulnerabilidad geográfica***

De acuerdo a la distribución geográfica de la población podemos identificar como grupos vulnerables a aquellos pobladores que por su ubicación en el territorio nacional, se hallan expuestos a alguna repentina suspensión del flujo de alimentos por desastres naturales que interrumpen los procesos productivos o la distribución normal de los mismos. Colombia, por lo accidentado de su territorio, es un país altamente expuesto a los desastres naturales por lo que la inseguridad alimentaria aguda es un riesgo latente para varios grupos de población.

Los fenómenos climáticos, tales como sequías, inundaciones, heladas, entre otros, originan desastres naturales que afectan de manera primordial a la población rural, por tratarse de familias que dependen mayoritariamente de actividades frágiles económicamente.

#### □ *Mapeo de la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria*

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) ha creado un programa de monitoreo que permite conocer los niveles de vulnerabilidad de una determinada región. Para ello ha construido el índice de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria que se utiliza en el programa SIMVA.

El concepto sobre la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria en el que se basa el PMA para la construcción de su indicador es la probabilidad de una disminución aguda del acceso a los alimentos o de los niveles de consumo por debajo de unos valores críticos.

Asimismo, considera aspectos como la capacidad de respuesta de la población ante situaciones de riesgo evaluando su dotación de recursos, activos y habilidades. La construcción del índice se hace en base a estadísticas oficiales como niveles de ingreso, actividades económicas, niveles de educación, así como condiciones geográficas.

En tanto que el SIMVA es un instrumento que permite evaluar la vulnerabilidad alimentaria de las familias, en el presente estudio se utilizó la Escala que usa la Encuesta Nacional de Nutrición ENSIN, para evaluar vulnerabilidad alimentaria medida como inseguridad alimentaria. Esta escala proviene a su vez de la adecuación de la Escala del Hambre, realizada por Paulina Lorenzana en Venezuela, que referenciamos ampliamente en la metodología de este estudio. Esta intenta calificar la vulnerabilidad alimentaria de las familias de una forma sencilla centrándose en la *percepción que las familias tienen de su situación de seguridad alimentaria*.

Los interesantes resultados obtenidos y su análisis a la luz de los referentes con que se inicia este acápite, nos permiten aportar una serie de elementos para complementar un instrumento tan útil como es el SIMVA, toda vez que en el desarrollo del estudio se ha tratado de integrar no sólo la vulnerabilidad alimentaria resultante del enfoque de situaciones de riesgo, sino lo inherente a lo poblacional, a lo ambiental y a lo socioeconómico, como un enfoque integral.

En primer lugar se sugiere en la medida de lo posible, integrar un módulo sobre Percepción de la Vulnerabilidad Alimentaria, el cual puede inclusive utilizarse como un mecanismo rápido antes de realizar toda la Encuesta SIMVA, como un indicador trazador de la Inseguridad Alimentaria Familiar e identificar no sólo las necesidades de la gente materializables y cuantificables sino sus necesidades desde su propia percepción y lectura de su problemática, así como la identificación de las situaciones emergentes de inseguridad alimentaria y hambre, *como posibles alertas tempranas de la problemática*.



Este módulo contaría de 14 preguntas que permitirían calificar la vulnerabilidad alimentaria de las familias con una escala denominada *Escala para la percepción de seguridad alimentaria en el hogar*”.

Las preguntas propuestas para ser incluidas en dicho modulo son:

1. ¿En los últimos 30 días faltó dinero en el hogar para comprar alimentos?
  - a) Si Siempre  
Algunas veces  
Rara vez
  - b) No Pase a pregunta 13
  
2. ¿En los últimos 30 días, en el hogar, disminuyó el número de comidas como por ejemplo dejar de desayunas, almorzar o comer por falta de dinero para comprar alimentos?
  - a) Si Siempre  
Algunas veces  
Rara vez
  - b) No
  
3. ¿En los últimos días algún miembro del hogar mayor de 18 años, comió menos de lo que deseaba por falta de dinero para comprar alimentos?
  - a) Si Siempre  
Algunas veces  
Rara vez
  - b) No
  
4. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años, dejó de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero para comprar alimentos?
  - a) Si Siempre  
Algunas veces  
Rara vez
  - b) No
  
5. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años, comió menos en la comida principal porque la comida no alcanzó para todos?
  - a) Si Siempre  
Algunas veces  
Rara vez
  - b) No
  
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?

- a) Si Siempre b) No  
Algunas veces  
Rara vez
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?
- a) Si Siempre b) No  
Algunas veces  
Rara vez
8. ¿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?
- a) Si Siempre b) No  
Algunas veces  
Rara vez
9. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años dejó de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero para comprar alimentos?
- a) Si Siempre b) No  
Algunas veces  
Rara vez
10. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años comió menos en la comida principal porque la comida no alcanzó para todos?
- a) Si Siempre b) No  
Algunas veces  
Rara vez
11. ¿En los últimos 30 días algún miembro del hogar mayor de 18 años se quejó de hambre por falta de alimentos en el hogar?
- a) Si Siempre b) No  
Algunas veces  
Rara vez
12. ¿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?
- a) Si Siempre b) No



desastres naturales, aumento de la pobreza rural y de poblaciones en varios puntos del país en condiciones especialmente difíciles.

3. Establecer cuales situaciones concretas de inseguridad alimentaria y vulnerabilidad estaría viviendo la familia, omisión de alimentos, disminución de alimentos, sustitución de alimentos por otros de menor calidad, así como ubicar situaciones agudas o más crónicas de hambre e inseguridad alimentaria.

Por último en función no solo de la evaluación de la percepción de la vulnerabilidad alimentaria sino de toda la experiencia, información y análisis obtenidos con el estudio nos permitimos sugerir algunos aspectos que enriquecerían los seis módulos con que cuenta actualmente el SIMVA.

#### Módulo I: CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR Y LA FAMILIA

- Evaluar los ingresos de la familia y quienes contribuyen a dicho ingreso. Esto con el fin de poder identificar vulnerabilidad alimentaria por ingresos y trabajo infantil como un enfoque importante de puntualizar en función de los compromisos del país de superar estas situaciones que contribuyen a aumentar los riesgos de inseguridad alimentaria y vulneran derechos de integrantes de las familias.

#### Módulo II : DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS:

- Este módulo está orientado a consumo más que a disponibilidad de alimentos, por lo cual debería denominarse módulo de consumo.
- La evaluación de los eventos diarios de Consumo (pregunta 25) puede complementarse con las preguntas sobre eventos de consumo o comidas que se eliminan, omiten o disminuyen en las familias, dado que esas se discriminan entre mayores y menores de 18 años.
- En las frecuencias de Consumo debe evaluarse los aceites y grasas, dada su participación en las ayudas y su relevancia en los patrones de consumo de diferentes regiones del país y por ello su peso específico en los aportes calóricos totales de la población sujeto de estudio.

#### Módulo IV: USO Y UTILIZACIÓN DE LOS ALIMENTOS:

- Este módulo está más orientado al aprovechamiento biológico, dada su relación con preguntas frente a la morbilidad y situaciones de enfermedad más frecuentes. Por esto se sugiere ajustar el nombre del componente.
- Se sugiere incluir preguntas complementarias de lactancia materna que permitan evaluar la práctica de la lactancia como un factor protector de

problemas nutricionales y por ende de la vulnerabilidad alimentaria, especialmente de la población menor de dos años.

#### Módulo V: ACCESO A LOS ALIMENTOS

No se tienen sugerencias adicionales para este módulo.

#### Módulo VI: ESTADO NUTRICIONAL:

- Incluir la valoración por antropometría de gestantes, dado que es un grupo poblacional con alta vulnerabilidad alimentaria en la familia, y en quienes si se detectan problemas a tiempo, se pueden generar estrategias de intervención que favorecerían el bajo peso al nacer y estado en general de salud y nutrición del niño.

## 9 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 niños y/o niños menores de 5 años: 1,200 en condición de desplazamiento y 1,200 pertenecientes al estrato socioeconómico 1.

En términos generales se observa que la población objeto de investigación en condición de desplazamiento se encuentra en una situación de condiciones de calidad de vida, salud y nutrición peor que la población de estrato socioeconómico 1.

A continuación se presentan algunos de los principales resultados:

- 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. 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).
- 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 es un 82% del salario mínimo y el de la población en condición de desplazamiento es un 65%.
- 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, esta proporción es del 80%.
- Al igual que en el caso del ingreso, el promedio de gastos de los hogares de estrato 1 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, 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, 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 como de estrato 1 a población desplazada.

- 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.
- Con mínimas diferencias entre las dos poblaciones, el consumo prioritario está centrado en los alimentos calóricos, aceite, arroz y azúcar. Con un mediano consumo de leche, carne de res, pollo, verduras y frutas, y con un bajo consumo de derivados lácteos y vísceras.
- La frecuencia de consumo en los últimos 7 días muestra altas cifras semanales de alimentos fuente de calorías, y bajos consumos de alimentos fuente de proteínas de alto calor biológico, hierro y vitaminas., situación que refleja el patrón de consumo de las familias de estratos bajos y medios de la población colombiana en estudios recientes.
- 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, dato altamente preocupante, que amerita acciones urgentes, dado que si se trata de la percepción, puede estar preconizando situaciones de hecho mucho más graves y costosas para las familias y la sociedad. 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.
- 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 resultado evidente al evaluar la demanda de servicios de salud, tanto para consulta como para hospitalización. La tasa de morbilidad global observada en los últimos 15 días fluctúa en un rango entre el 30% y el 40%.
- En la población menor a 10 años, las tasas de morbilidad por diarrea y problemas respiratorios son un poco más altas en los desplazados (36%) que en estrato 1 (32%), siendo mucho más altas en los menores de 2 años (55% vs. 48%). Para la población de 10 años y más, los problemas de salud se concentran en problemas mentales, de nervios y dentales. Las mujeres registran prevalencias mayores de morbilidad en casi todos los subgrupos comparados.
- 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. Es así como, en promedio para los niños y niñas menores de 5 años la prevalencia de anemia es del 23%, siendo los más afectados el grupo de 12 a 24 meses de edad (37%).
- La situación más grave fue encontrada para las mujeres gestantes en la población desplazada, en donde la prevalencia de la anemia alcanza casi el 70%, situación que puede considerarse una emergencia en salud pública para esta población.
- Al afinar el análisis, mirando el grado de anemia severa, se observa como los casos críticos en la población desplazada, están en niñas y niños de 6 a 12 meses con cerca con porcentajes cercanos al 4%, y niñas adolescentes con 1.7%.
- De manera consistente con los resultados encontrados en las condiciones de vida, salud y prevalencia de anemia, los resultados nutricionales de la población en condición de desplazamiento son peores que la población de estrato 1. Con respecto a la desnutrición crónica, 22% de los niños 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<sup>38</sup>. En el caso de los niños y niñas menores de 5 años de familias desplazadas, un 22.6% que presentan desnutrición crónica. Esta cifra es un 80% más alta que la registrada en población general en la Encuesta ENDS, 2000 de Profamilia.

---

<sup>38</sup> La diferencia es estadísticamente significativa al 99% de confianza.



- 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.
- Sin embargo, es muy importante destacar que en el grupo de desplazados, a diferencia del grupo control, 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.
- Un 14% de los niños y niñas miembros de familias en condición de desplazamiento menores a 5 años tienen bajo peso para la edad, o desnutrición global, frente a un 11% en estrato 1. Al igual que en desnutrición crónica, la diferencia entre poblaciones es estadísticamente significativa.
- A manera de síntesis de la situación nutricional de los menores de 10 años, se puede concluir lo siguiente: 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 de 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
- 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, y especialmente en las mujeres<sup>39</sup>. Este resultado es consistente con los hábitos alimentarios identificados, los cuales se basan en alimentos económicos, de alto volumen calórico, que producen en el largo plazo el otro extremo a la malnutrición.
- Con respecto a las prácticas de lactancia materna, se encuentra que más del 97% de los niños menores de dos años recibieron alguna vez leche materna, siendo levemente superior en la población desplazada. Esto quiere decir, en forma consistente con otros estudios, que la práctica de lactancia materna tiende a

---

<sup>39</sup> Hombres (18% desplazados vs. 26% estrato 1) y mujeres (27% vs. 30%)

aumentar por las precarias condiciones de esta población. Sin embargo se encontró una baja prevalencia de lactancia exclusiva por la precoz introducción de alimentos complementarios en ambas poblaciones.

- Con respecto a la alimentación complementaria recibida por los niños y niñas menores de 5 años, solo el 50% de los desplazados y 75% de los de estrato 1 recibieron leche, en la última semana, lo cual es grave puesto que se esperaba porcentajes del 100%. Es preocupante que los alimentos protéicos que menos consumen los niños y niñas sean las vísceras de res, más aun teniendo en cuenta los altos porcentajes de anemia y bajo cubrimiento de la suplementación con micronutrientes.
- El análisis del número y tipo de comidas recibida 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. En cuanto a los niños y niñas entre 1 a 4 años, casi todos reciben desayuno (ligero), el 6% de niños 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 niños desplazados que no consumen cada una de las comidas, podemos encontrar diferencias significativas con las de estrato 1, con un 80% o más de confianza.
- El análisis de deficiencias en los consumos de calorías y nutrientes ofreció los siguientes resultados para los menores de 2 años:
  - Alrededor del 47% de los niños desplazados y del 31% de los de estrato 1, consumen por debajo del mínimo de calorías indicadas para su edad y características, siendo poco significativas las diferencias entre menores lactados y no lactados.
  - El análisis del consumo proteico de los menores de dos años identifica una diferencia más marcada entre población desplazada y de estrato 1. Aproximadamente un 30% de los desplazados y el 16% de los de estrato 1, 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 desplazados que no lactan frente a un 50% del estrato 1, y un 29% para los que lactan frente a un 17% del estrato 1.

- Para la vitamina C, el porcentaje de niños y niñas de estrato 1 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.
- Para los niños y niñas entre 2 y 5 años:
  - En los mayores de dos años persiste una alta incidencia de déficit calórico, siendo mayor para la población desplazada, pero lo más significativo y grave es el aumento de tal porcentaje, a medida que los niños y niñas se acercan a la edad escolar, siendo crítico el dato de niños y niñas de 4 años desplazados, donde 80 de cada 100 tienen un consumo inferior al mínimo requerido para su edad y características. Estos hallazgos para la población desplazada reafirman lo obtenido en el estudio del PMA realizado en el 2002<sup>40</sup>. Una tendencia similar es observada para el caso del déficit de proteínas.
  - En el caso del calcio, el porcentaje con adecuado consumo es muy bajo en todos los grupos poblacionales, en especial en los niños mayores (5% de niños desplazados y 13% de estrato 1). Solo uno de cada dos niños de dos años de estrato 1, tiene un adecuado consumo de este micronutriente, mientras que cerca de uno de cada 3 en los niños desplazados.
  - Esta situación persiste en los casos de vitamina A, C y 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.
- Finalmente, a partir de los resultados del estudio, se realizan recomendaciones para enriquecer el sistema de seguimiento a la vulnerabilidad alimentaria (SIMVA) aplicado sistemáticamente por el PMA desde hace unos años. Las dos principales sugerencias son las de introducir el módulo de percepción de seguridad alimentaria aplicado en el presente estudio como indicador trazador de la inseguridad alimentaria familiar e incluir en el módulo de estado nutricional la valoración de antropometría de gestantes.

---

<sup>40</sup> PMA: 2002. Evaluación de la situación de salud y nutrición de la población desplazada en Colombia

## 10 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 prevalecía 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](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)
- 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, “Protected Relief and Recovery Operation 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 forzado: 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 Rapid Needs Assessment (CJRNA), CICR-PMA. 2004.