

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

La investigación de los problemas de la población desplazada ha sido una prioridad en los tiempos recientes para facilitar la definición y focalización de los múltiples esfuerzos de ayuda humanitaria de instituciones nacionales e internacionales.

En esta oportunidad, el objetivo del estudio es la evaluación del estado de salud, nutricional y alimentario de los hogares¹ con niños y niñas menores de cinco años en condición de desplazamiento² frente a hogares similares de estrato uno que comparten localización geográfica y que son comunidades receptoras.

De un universo de 406 mil personas desplazadas y un poco más de un millón de población de estrato uno receptor localizados en 60 municipios de seis subregiones del país, se seleccionó una muestra probabilística que permitió ofrecer estimaciones válidas y confiables para los universos. La muestra fue de 2400 hogares, 1200 desplazados y 1200 de estrato uno receptor, localizados en 30 municipios, seleccionados dentro de los 60 del universo investigado.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MUESTRA



¹ La unidad de observación es el hogar que es el conjunto de personas que comparten el mismo techo y comen de la misma olla.

² Hogares en condición de desplazamiento a partir de enero de 2001.

Todos los municipios, hogares y personas del universo tuvieron probabilidad de selección, la cuál varío entre municipios grandes y pequeños, para dar mejor representatividad a estos últimos. Los resultados de la muestra fueron ponderados por el recíproco de la probabilidad de selección³, para restituir el universo en su proporción original.

La investigación se enfocó en el análisis de:

- » Las características demográficas y socioeconómicas,
- » La morbilidad percibida,
- » La demanda de servicios de salud,
- » La seguridad alimentaria, indicadores sobre anemia por medición de hemoglobina en sangre,
- » Estado nutricional por medición antropométrica,
- » Lactancia materna,
- » Alimentación complementaria y uso de suplementos de micronutrientes,
- » Frecuencia de consumo de alimentos en los últimos siete días de los niños y niñas menores de 10 años, y
- » Recordatorio de alimentos ingeridos durante las últimas 24 horas por los niños y niñas de seis meses a cuatro años de edad.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

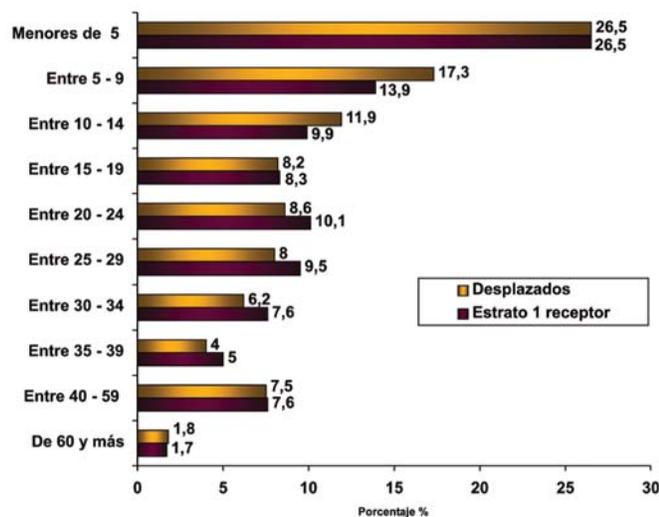
Aunque sean vecinos y tengan estructuras familiares parecidas, en las seis subregiones, los hogares en condición de desplazamiento presentan mayor pobreza, menor participación laboral y mayor dependencia económica, que los hogares de estrato socioeconómico 1 receptor.

En general, los dos grupos de población, estrato uno receptor y desplazados, son muy similares

³ (Kish, L. Survey Sampling, John Wiley and Sons, New York, 1965)

en estructura por edad y género (gráfica 1). Como es obvio, la composición sociodemográfica de los hogares, objeto de este estudio, estuvo condicionada por el hecho de haberse centrado en familias con niños y/o niñas menores de cinco años.

GRÁFICA 1
DISTRIBUCIÓN POR EDAD



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

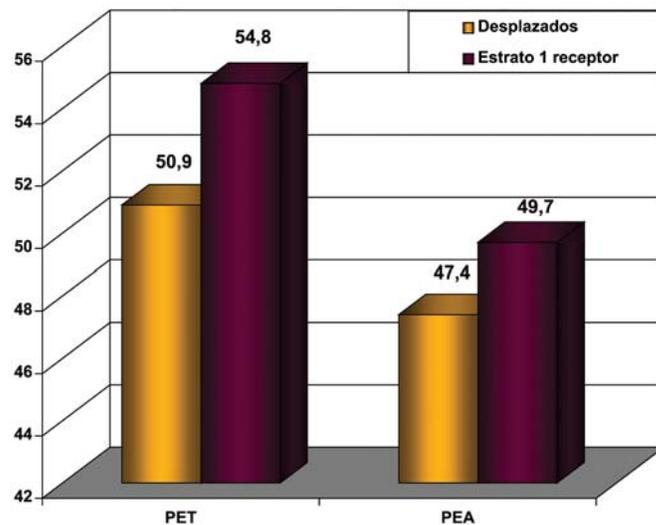
La mitad de la población es de género femenino. Los hogares son muy jóvenes dado que la edad promedio es de 17 años. Son familias numerosas conformadas, en promedio, por 5.8 personas por hogar. Tres son menores de 12 años.

En los niños y niñas menores de 12 años se presenta una alta asistencia escolar, pues más del 90% asiste a establecimientos educativos.

La mitad de la población está en edad de trabajar⁴ (PET), y una cuarta parte es la población económicamente activa (PEA)⁵.

De la PEA, un 50% está ocupada en actividades económicas. Sin embargo, la población de estrato uno receptor tiene mayor participación en el mercado laboral que la desplazada (gráfica 2).

GRÁFICA 2
INDICADORES LABORALES



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

La mayor participación laboral de la población de estrato uno receptor tiene relación con la experiencia en trabajos *urbanos*, referencias, contactos y factores como el analfabetismo y la escolaridad. Con respecto a esto último, el nivel de analfabetismo es mayor en la población desplazada, dado que un 18.3% no sabe leer ni escribir, frente a un 9.6% de la población de estrato uno receptor.

Las condiciones de calidad de vida de la población desplazada son peores que aquellas de la población de estrato uno receptor, aunque en ésta última tampoco son buenas. El 83% de los hogares en condición de desplazamiento y un 73% de los de estrato uno receptor sufren de necesidades básicas insatisfechas (NBI⁶, cuadro 1).

4 Edad mínima señalada por el DANE para que una persona sea considerada en edad de trabajar.

5 La población económicamente activa es aquella que siendo mayor a 11 años, declaró trabajar o estar buscando trabajo en los 15 días anteriores a la entrevista.

6 Un hogar sufre de Necesidades básicas insatisfechas cuando tiene alguna de las siguientes condiciones: Vivienda inadecuada, servicios inadecuados, hacinamiento, inasistencia escolar o dependencia económica.

CUADRO 1
PROPORCIÓN DE HOGARES POBRES SEGÚN
INDICADOR DE NBI Y LP⁷

TIPO DE HOGAR	NBI	LP
Desplazados	85.4	98.8
Estrato 1 receptor	73	98.5
Total país (ECV 2003)	16.5	58.2
Total estrato 1 (ECV 2003)	33.1	79.1

FUENTE: PMA-OPS, 2005.

Las mayores diferencias entre las dos poblaciones se presentan en condiciones de vivienda, acceso a servicios públicos (a pesar de la vecindad), hacinamiento y dependencia económica.

CUADRO 2
PROPORCIÓN DE HOGARES SEGÚN FACTORES
NECESIDAD BÁSICA INSATISFECHA

	HOGARES DESPLAZADOS	HOGARES ESTRATO UNO RECEPTOR
Vivienda inadecuada	47.0	35.3
Servicios inadecuados	38.5	28.7
Hacinamiento	47.7	34.9
Inasistencia escolar	4.2	2.7
Dependencia económica	43.1	28.9

FUENTE: PMA-OPS, 2005.

En el 100% de las viviendas se presentan plagas como roedores, cucarachas, insectos, etc.

Todos son pobres (según Línea de Pobreza, LP). En indigencia está un 93% de los hogares desplazados y un no menos preocupante, 60% de los hogares de estrato uno receptor.

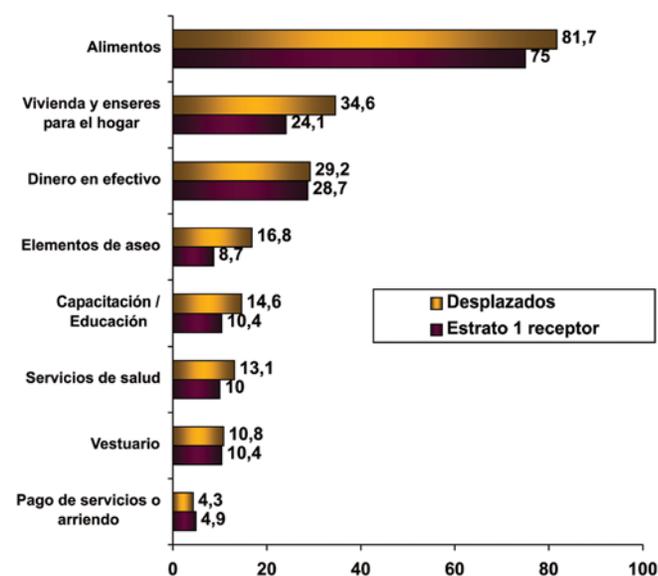
Todos los hogares se clasifican como pobres, dado que sus ingresos se encuentran por debajo de la línea de pobreza, tanto de estrato uno receptor como desplazados. Sin embargo, la

situación de miseria e indigencia es más aguda en los desplazados, de los cuales un 60% está en miseria según el indicador de NBI⁸, y un 93% devenga ingresos menores a los que dicta la línea de indigencia.

El ingreso mensual promedio de los hogares desplazados es \$248 mil pesos, un 65% del salario mínimo –para 5.8 personas–. Este es un 27% menor al de los hogares de estrato uno receptor.

Como complemento del ingreso, la ayuda humanitaria es una estrategia de supervivencia fundamental en estas poblaciones. Un 66% de los hogares en condición de desplazamiento y un 55% de los de estrato uno receptor afirman haber recibido ayuda por parte de amigos, familiares, vecinos, o entidades públicas o privadas en los últimos tres meses, siendo más significativa, la ayuda en alimentos.

GRÁFICA 3
PROPORCIÓN DE HOGARES QUE RECIBIERON ALGÚN TIPO DE AYUDA EN LOS TRES MESES ANTERIORES A LA ENCUESTA



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

7 Un hogar se encuentra en pobreza según la línea de pobreza cuando percibe un ingreso per cápita mensual inferior a \$258.523 (US\$112,4 dólares), y en indigencia (línea de indigencia) cuando este valor es menor a \$96.709 (US\$42 dólares).

8 Se está en indigencia cuando un hogar sufre dos o más condiciones del NBI.

Como se evidencia en los resultados del presente estudio, la situación de las familias genera un círculo vicioso en donde las menores capacidades laborales y oportunidades de generación de recursos conllevan a ingresos que no permiten acceder al consumo de una canasta básica de alimentos. El deficiente consumo de alimentos tiene como consecuencia un alto déficit nutricional y alimentario que aminora las condiciones físicas y anímicas y limita su capacidad de consecución de ingresos.

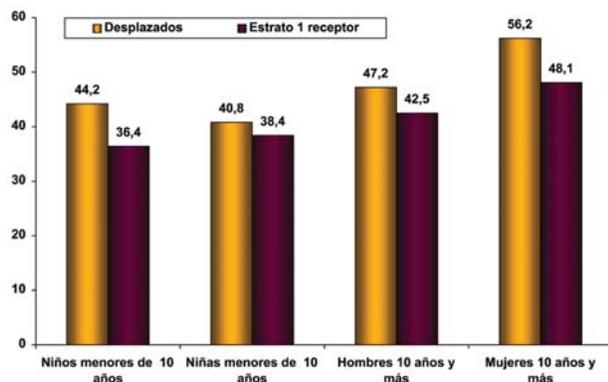
MORBILIDAD SENTIDA

Los indicadores de percepción de morbilidad e incapacidad tienen niveles inusualmente altos y muestran un mayor problema en desplazados.

Cerca del 45% de los niños y niñas y hombres en condición de desplazamiento manifiesta enfermedad durante los 15 días anteriores a la encuesta, tasa que es 10 puntos superiores a la de estrato uno receptor. En el caso de las mujeres, la percepción de morbilidad es mayor alcanzando un 65% para desplazados y un 55% para estrato uno receptor (gráfica 4).

Se debe notar que las tasas de morbilidad son especialmente altas en poblaciones de menos de dos años y alcanzan niveles superiores al 70% en las personas en condición de desplazamiento mayores de 50 años.

GRÁFICA 4
PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD EN 15 DÍAS



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

Los principales problemas de salud de la población menor de seis años son diarreas y problemas respiratorios, mientras que en la población de 10 y más años son problemas mentales y de nervios, y problemas dentales. (Cuadro 3).

CUADRO 3
PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN 15 DÍAS POR CAUSAS SEGÚN GRUPOS DE EDAD

GRUPO EDAD (años)	GRIPA, TOS O RESFRÍADO	DIARREA O SOLTURA DEL ESTÓMAGO	OTRO DIFERENTE A LOS ANTERIORES	DENTAL	LESIÓN POR ACCIDENTE O VIOLENCIA	ENVENENAMIENTO	
<2	Desplazados	75,87	47,02	18,17	7,60	0,55	0,00
	Estratos 1 receptor	66,75	45,15	19,99	4,29	1,63	0,59
2-5	Desplazados	63,83	39,51	19,25	6,77	1,48	0,24
	Estratos 1 receptor	62,62	31,22	13,02	6,58	1,44	0,44
6-9	Desplazados	52,90	21,90	19,91	10,46	1,61	0,08
	Estratos 1 receptor	45,60	22,02	19,48	8,68	0,25	0,00
GRUPO EDAD (años)	SALUD MENTAL	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	CONSUMO DE DROGAS O SUSTANCIAS PROHIBIDAS	DENTAL	LESIÓN POR ACCIDENTE O VIOLENCIA	ENVENENAMIENTO	
10 y más	Desplazados	14,71	1,74	0,14	10,57	1,51	0,11
	Estratos 1 receptor	10,31	2,15	0,18	10,13	1,09	0,15

FUENTE: PMA-OPS, 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 la población de 10 años y más, donde la tasa decrece alrededor de 11 puntos porcentuales.

En incapacidad general causada por problemas de salud, las diferencias entre desplazados y población de estrato uno receptor, son claras y sistemáticas (cuadro 4).

El 13.2% de los hombres desplazados, frente a 9.3% de estrato uno receptor, tuvieron algún tipo de incapacidad por razones de salud.

En las mujeres desplazadas, el 15% tuvo incapacidad general, frente al 13.2% del estrato uno receptor.

Las tasas aumentan con la edad en las dos poblaciones, al igual que el número promedio de días de incapacidad.

CUADRO 4
PERCEPCIÓN DE INCAPACIDAD POR PROBLEMAS DE SALUD EN 15 DÍAS

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	PREVALENCIA %			
	HOMBRE		MUJERES	
	DESPLAZADOS	ESTRATO UNO RECEPTOR	DESPLAZADOS	ESTRATO UNO RECEPTOR
10-19	9,5	5,2	10,8	10,8
20-49	14,2	11,0	15,8	13,8
50 y más	22,4	11,06	20,3	18,7
Total	13,2	9,3	15,0	13,2

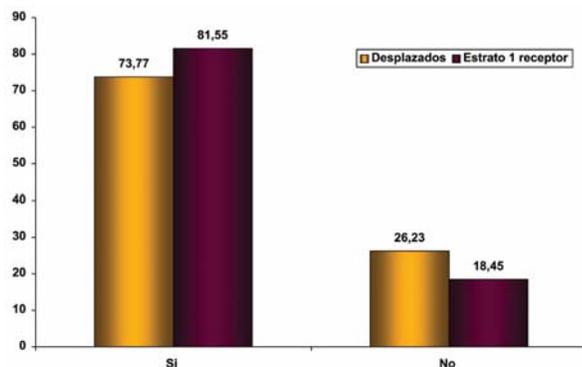
FUENTE: PMA-OPS, 2005.

La incapacidad general por razones de salud, en hombres y en mujeres, es un fenómeno que se comporta distinto en la población desplazada según el tiempo que ha transcurrido desde el desplazamiento forzoso hasta el momento. Se nota una disminución en la tasa de incapacidad general a medida que aumenta el tiempo de permanencia en el municipio de destino. Esta reducción es más marcada en las mujeres.

USO DE SERVICIOS DE SALUD

Al 74% de la población desplazada y al 82% de la población estrato uno receptor se le aplicó la encuesta SISBEN. De estos, un 89% fue calificado en nivel 1. Esta cobertura del SISBEN se ve reflejada en el indicador de demanda de servicios médicos.

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



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

La población desplazada demanda menos los servicios de salud que el estrato uno receptor, lo cual es grave en la medida que tienen unas mayores tasas de morbilidad general e incapacidad por enfermedad.

Como se puede ver, las tasas de demanda, en los 15 días anteriores a la encuesta, de servicios ambulatorios de salud de quienes se sintieron enfermos, registradas por los desplazados, fueron aproximadamente 10 puntos porcentuales inferiores a las del estrato uno receptor en los grandes subgrupos por edad y género (cuadro 5).

CUADRO 5
CONSULTA POR PROBLEMAS DE SALUD EN 15 DÍAS

GÉNERO—EDAD (AÑOS)	TASA X 100	
	DESPLAZADOS	ESTRATO UNO RECEPTOR
Hombres	48,1	58,6
< 10	48,6	57,2
Mujeres		
< 10	45,2	54,8
10 y más	54,7	63,6

FUENTE: PMA-OPS, 2005.

Según aumenta el tiempo de desplazamiento, se incrementa sustancialmente la tasa de consulta, especialmente en los hombres (cuadro 6).

CUADRO 6
CONSULTA POR PROBLEMAS DE SALUD EN 15 DÍAS, EN PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS SEGÚN TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO

TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO	TASA X 100	
	HOMBRES TASA X 100	MUJERES TASA X 100
Entre 0 - 11	26,0	42,2
12 meses y más	54,0	57,5
Total	48,6	54,7

FUENTE: PMA-OPS, 2005.

El médico es el más importante proveedor de atención en salud. Por otra parte, tres cuartas partes de la atención es compensada por IPS públicas (Instituciones Prestadoras de Salud).

En desplazados como en población estrato uno receptor el médico suministró entre 2/3 y 4/5 de la atención ambulatoria solicitada por personas de todas las edades sin diferencia notoria entre las poblaciones comparadas.

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 uno receptor. Los centros de atención ambulatoria de las EPS⁹/ARS, siguen en importancia como lugar de atención, aunque el volumen de esta atención sólo llega a un máximo en las mujeres de mayor edad, de 9.0% en los desplazados y de 16% en el estrato uno receptor.

La población de estrato uno receptor registra en todos los grupos de edad una mayor proporción de atención que los desplazados.

Con respecto a la hospitalización, para un período de 12 meses, se registraron tasas un poco más altas en los desplazados de la mayoría de los subgrupos de edad y sexo. La tasa es superior en los niños y niñas menores de dos años en condición de desplazamiento (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 años, registran una tasa 10 puntos superior a la de los hombres, tanto en desplazados como en estrato uno receptor.

La enfermedad física es la principal causa de hospitalización en los niños y niñas (más del 85%) y en los hombres de 10 y más años (del 58 al 75%). Las tasas son, en general, más altas en los de estrato uno receptor.

Los accidentes y violencia son las otras importantes causas 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 uno receptor.

Como es de esperarse, 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 uno receptor.

Con respecto a la población que no consultó servicios médicos, las razones son las siguientes. En los primeros grupos de edad (menores de 10 años), el “no considerar necesaria la consulta”, fue la principal razón para no buscar atención de los que percibieron problemas de salud.

Esta razón de no demanda de servicio, es la segunda en importancia en los de 10 años y más, en los cuales la proporción varía alrededor del 40% en los desplazados y 25 a 29% en los de estrato uno receptor.

El “valor de la consulta” es la segunda causa en importancia del no requerimiento de atención entre los menores de 10 años, y la primera en los mayores de edad.

En contraste con la razón anterior, por obvias razones (menor ingreso), la proporción fue, en todas las edades, más alta en los desplazados.

La falta de confianza en la oferta disponible (no confía en los médicos, consultó y no sirvió, y no cree que le puedan ayudar) es otro factor de no demanda de poca importancia en los menores

9 EPS: Entidad Promotora de Salud, ARS: Aseguradora en Riesgos Profesionales, IPS: Instituciones prestadoras de salud.

de 10 años (menos del 1%) y de importancia progresiva con el aumento de la edad en los mayores de 10 años (hasta un 10% en los mayores de 50 y más).

Los factores de insatisfacción con las características de la oferta y con la atención recibida, son el otro grupo de causas de cierta importancia en la explicación en la no demanda de atención.

ANEMIA¹⁰

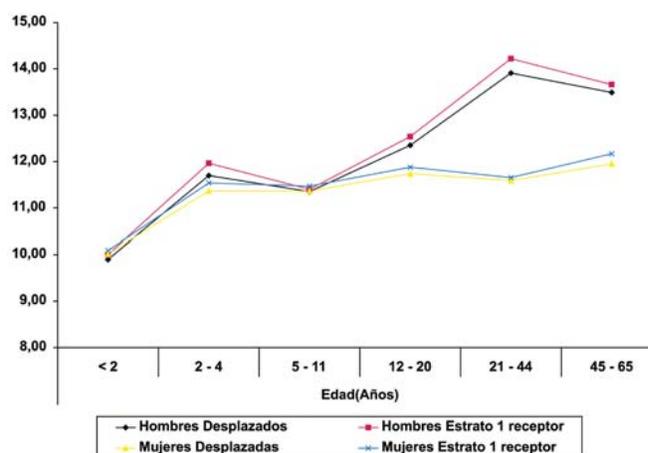
El 55% de las mujeres en edad fértil y el 60% de las mujeres gestantes presentan anemia, situación considerada por OPS como un problema de salud pública¹¹.

La medición de hemoglobina para ambos sexos en desplazados presenta valores inferiores que en población de estrato uno receptor (gráfica 6).

Los promedios más bajos de hemoglobina se registran en niños y niñas de dos años, lo cual ratifica la importancia de la introducción de los alimentos complementarios ricos en hierro, y la suplementación con este micronutriente a partir de los seis meses de edad. A medida que aumenta la edad, los promedios tienden a subir.

Se observan diferencias significativas por género en el grupo de 21 a 44 años, siendo mayor el promedio de hemoglobina en hombres que en mujeres. En estas últimas coincide con su edad fértil.

GRÁFICA 6
PROMEDIO DE HEMOGLOBINA EN HOMBRES Y MUJERES SEGÚN EDAD



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

En cuanto a la prevalencia de anemia, la situación más grave fue encontrada para las mujeres gestantes en la población desplazada y de estrato uno receptor, en donde alcanza el 59% y un 57% respectivamente. El resultado de prevalencia de anemia para mujeres gestantes de 13 a 49 años del nivel 1 de SISBEN¹² en la ENSIN-2005 fue del 48.1%.

Es importante destacar que dentro del grupo de mujeres gestantes el 31.7% de las mismas son menores de 20 años, lo cual puede ser un determinante para la alta prevalencia de anemia en todo el grupo.

Como se verá más adelante no son sorprendentes los datos de anemia, si se tiene en cuenta los altos índices de inseguridad alimentaria y baja cobertura de suplementación con hierro en esta población.

Por grupos de edad y género, las niñas de dos a cuatro años registran mayor prevalencia de anemia que los niños. En los grupos extremos de

¹⁰ Para la estimación de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro se tomó una muestra de sangre con espectrofotómetro (hemoCue B—hemoglobina) para determinar el nivel de hemoglobina. La sangre tomada fue del tipo capilar lo que facilitó considerablemente la recolección de las muestras. Los datos de hemoglobina fueron corregidos por altitud sobre el nivel del mar.

¹¹ En el anexo de cuadros se presentan los criterios epidemiológicos de severidad de la anemia nutricional como problema de salud pública según la OPS/OMS.

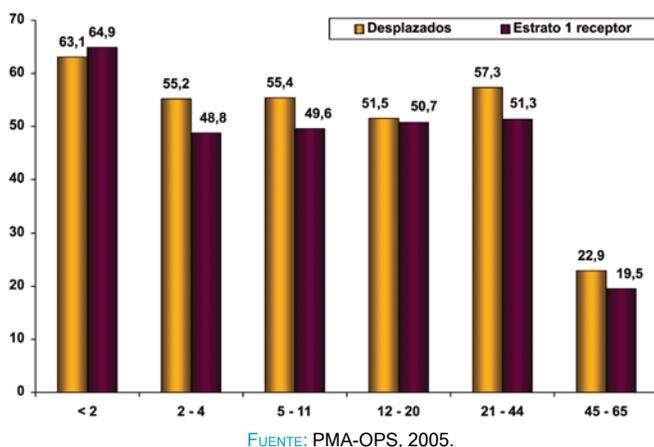
¹² La comparación entre el estrato uno receptor con la población del nivel 1 del Sisben de la ENSIN-2005 se debe hacer con reservas por dos motivos: 1. El Sisben 1 y el estrato uno, aunque tienen una alta correlación no son exactos. 2. La encuesta realizada se concentró en seis subregiones. En el Anexo se presentan los datos de la Encuesta ENSIN-2005.

edad (menores de dos y 45–65 años) los hombres presentan mayores tasas de anemia (gráficas 7 y 8).

En todo caso, sin importar distinción de edad o género, los desplazados tienen una prevalencia de anemia más alta que los de estrato uno receptor.

Las más altas tasas de los niños y niñas de dos años, tienen relación con el momento de la instauración de la alimentación complementaria, pues la dieta es altamente deficitaria en fuentes de hierro de alto valor biológico.

GRÁFICA 7
PREVALENCIA (%) DE ANEMIA EN MUJERES NO GESTANTES

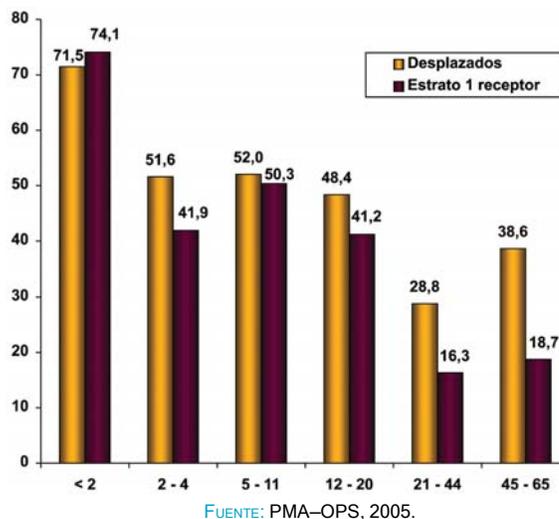


Respecto a los demás grupos de edad, la prevalencia de anemia en las mujeres no gestantes se mantiene en niveles ligeramente superiores al 50% hasta los 44 años.

Ello indica el riesgo potencial para los futuros bebés en caso de que estas mujeres se conviertan en madres.

En los hombres la prevalencia de anemia también es preocupante y las cifras son relativamente similares de los dos a los 20 años, se reduce en el grupo de 21 a 44 años y se eleva en los de 45 y más años (gráfica 8).

GRÁFICA 8
PREVALENCIA (%) DE ANEMIA EN HOMBRES



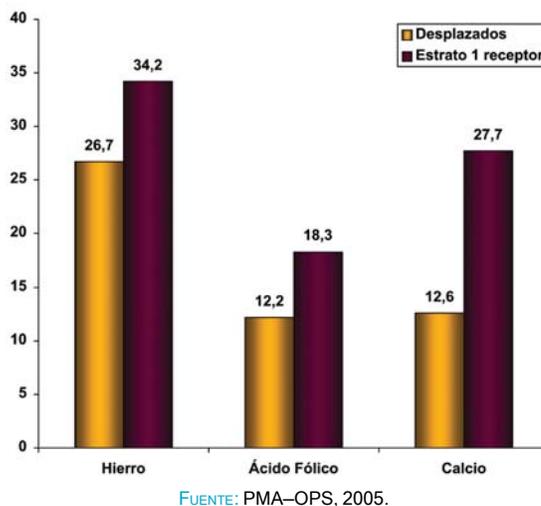
SUPLEMENTOS DE MICRONUTRIENTES

Son muy preocupantes los bajos niveles de suplementación con hierro, ácido fólico y calcio.

HIERRO

La proporción de mujeres en estado de embarazo que reciben suplemento con hierro en ambas poblaciones es baja, 27% de las mujeres en condición de desplazamiento y 34% de estrato uno receptor (gráfica 9).

GRÁFICA 9
PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO, ÁCIDO FÓLICO Y CALCIO



Profundizando en este componente, se observa una muy baja adherencia a la medida de suplementación, pues en ningún grupo las intensidades de uso superan los cinco meses.

En mujeres lactantes, la suplementación apenas alcanza el 10% en desplazados y el 12.3% en las de estrato uno receptor, con un inicio tardío de la suplementación, por encima del cuarto mes de lactancia, al contrario de lo sugerido para la profilaxis, que debería darle continuidad a la suplementación que se trae en la gestación (gráfica 9).

ÁCIDO FÓLICO

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

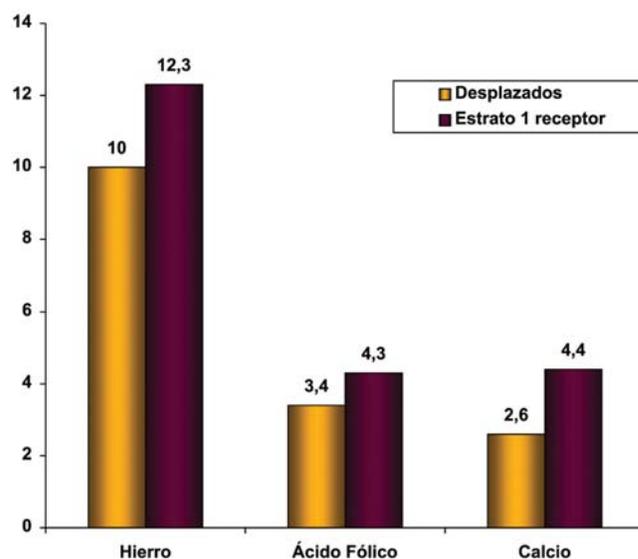
Sólo el 12% de la población desplazada y el 18.3% de la de estrato uno receptor están suplementada con ácido fólico, lo cual es muy grave dado que se supone, de acuerdo con la norma, que por lo menos el mismo porcentaje de mujeres suplementadas con hierro, deberían estar recibiendo Ácido Fólico.

Una proporción asombrosamente baja de mujeres lactantes, 3.5% en desplazadas y 4.4% en la de estrato uno receptor, tienen suplementación de ácido fólico a pesar de su rol metabólico en el complejo hemínico, entre otras funciones fisiológicas, para la mujer en edad fértil y sus futuras gestaciones (gráfica 10).

CALCIO

La suplementación con calcio, especialmente en las mujeres lactantes desplazadas es baja, 2.6%. En el caso de aquellas de estrato uno receptor, la cobertura es del 4.4% (gráfica 10).

GRÁFICA 10
PORCENTAJE DE MUJERES LACTANTES QUE RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO, ÁCIDO FÓLICO Y CALCIO



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

ESTADO NUTRICIONAL POR ANTROPOMETRÍA¹³

Al igual que en los resultados de las condiciones de vida, la morbilidad sentida, y la anemia, los indicadores nutricionales de la población en condición de desplazamiento son peores que la población de estrato uno receptor.

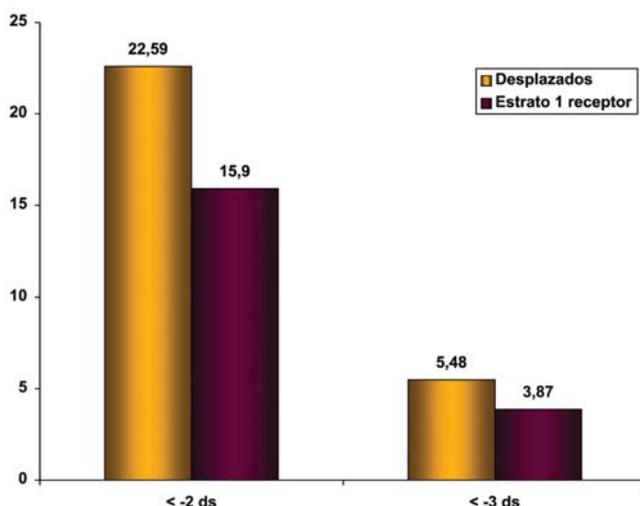
En los niños y niñas menores de cinco años la tasa de desnutrición crónica (talla para la edad) es del 23% para población desplazada y 16% para estrato uno receptor.

¹³ El estado nutricional se determinó con base en el peso y la talla de todos los miembros que estuvieron presentes en el hogar al momento de la encuesta. Los adultos mayores de 65 años no fueron incluidos. Para su interpretación se calculó el puntaje z de los indicadores básicos de peso para la edad y para la talla, y de talla para la edad. El procesamiento se hizo con el software EPINUT. Se utilizaron los datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América (NCHS), como referencia internacional, según recomendaciones de la OMS.

El punto de corte definido, a nivel internacional, para evaluar desnutrición es <-2 ds. Es importante, dentro de este rango, especificar la desnutrición severa, definida como aquellos que se clasifican por debajo de <-3 ds.

En el anexo se presentan los datos de la Encuesta ENSIN-2005.

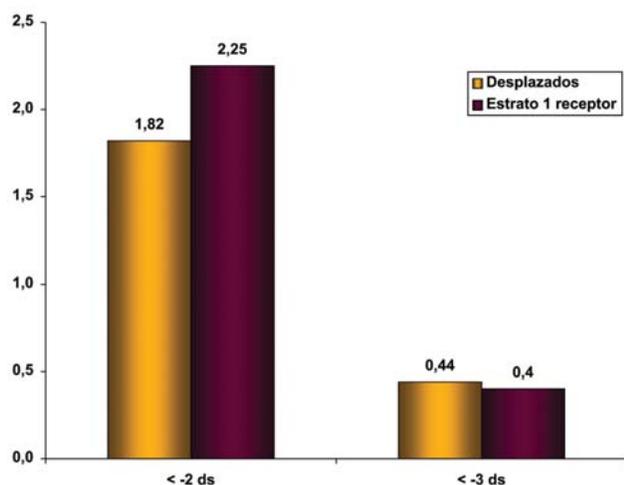
GRÁFICA 11
PREVALENCIA (%) DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA
EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

El 2.3% de la población de niños y niñas menores de cinco años de estrato uno receptor sufren desnutrición aguda (peso para la talla), siendo esta cifra mayor que en población en condición de desplazamiento. Este resultado tiene relación con la mayor lactancia materna en población desplazada, tal como se presenta más adelante.

GRÁFICA 12
PREVALENCIA (%) DE DESNUTRICIÓN AGUDA
(RETRASO DE PESO PARA LA TALLA) EN NIÑOS Y
NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



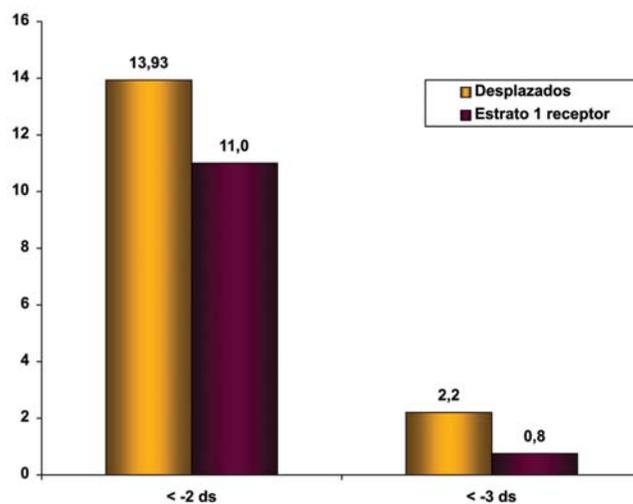
FUENTE: PMA-OPS, 2005.

Es muy importante destacar que en los desplazados, a diferencia del estrato uno receptor, el

porcentaje de desnutrición aguda tiende a aumentar en los niños y niñas mayores de un año. Lo anterior puede ser el reflejo del periodo de vulnerabilidad alimentaria por el cual están atravesando al abandonar la lactancia, lo cual puede ocasionar un cambio rápido de peso hacia el déficit.

Respecto a la desnutrición global (peso para la edad), un 14% de los niños y niñas menores de cinco años de familias en condición de desplazamiento tienen bajo peso para la edad, frente a un 11% en estrato uno receptor. (gráfica 13).

GRÁFICA 13
PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL EN
MENORES DE 5 AÑOS



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

La desnutrición global aumenta en el conjunto de niños y niñas de cinco a nueve años al aumentar el tiempo de desplazamiento del hogar. La tasa de los que llevan más de un año de desplazamiento es 10 puntos más alta frente a los que tienen menos de un año (23 vs. 13.3%).

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

desplazada, por cuenta de sus graves problemáticas coyunturales

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

En general, se presenta mayor peso deficiente según el indicador IMC a menor edad, tanto en población desplazada como de estrato uno receptor. Entre los desplazados, la cuarta parte de las embarazadas tienen peso deficiente, lo cual pone en riesgo al bebé. En contraste, una proporción parecida de las gestantes tienen exceso de peso.

El IMC¹⁴ es el indicador más sensible y objetivo del estado nutricional de la población adulta. El indicador está muy relacionado con el consumo de alimentos y con la prevalencia de inadecuación alimentaria en la comunidad.

GESTANTES

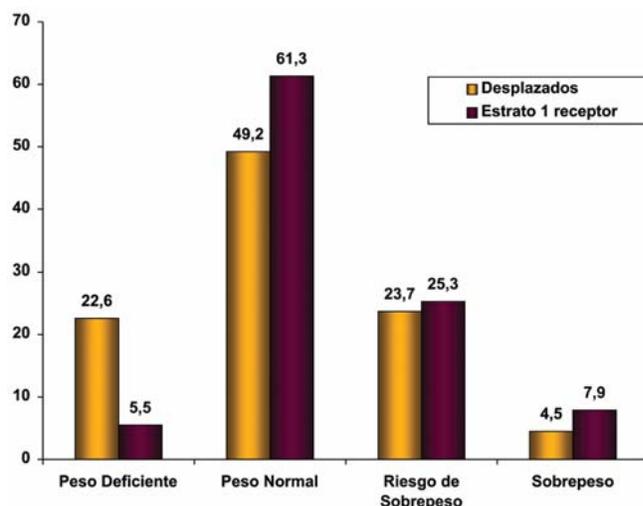
El 23% de las mujeres embarazadas desplazadas tienen peso deficiente, frente al 5.5% de las de estrato uno receptor, y solo la mitad presentan un peso adecuado para su edad gestacional (gráfica 14). Esto es un signo de alerta. El bajo peso en este grupo es un riesgo para el estado de salud y nutrición del bebé.

El alto porcentaje de madres en condición de desplazamiento de bajo peso, puede estar relacionado con la gran proporción de adolescentes en este grupo (31.7%).

En cuanto al exceso de peso, el 28% de las madres desplazadas gestantes y el 23% de las de estrato uno receptor, presenta sobrepeso o riesgo de sobrepeso.

14 Índice de masa corporal (IMC): Relación entre el peso expresado en kilogramos sobre el cuadrado de la talla expresada en metros.

GRÁFICA 14
CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES SEGÚN IMC

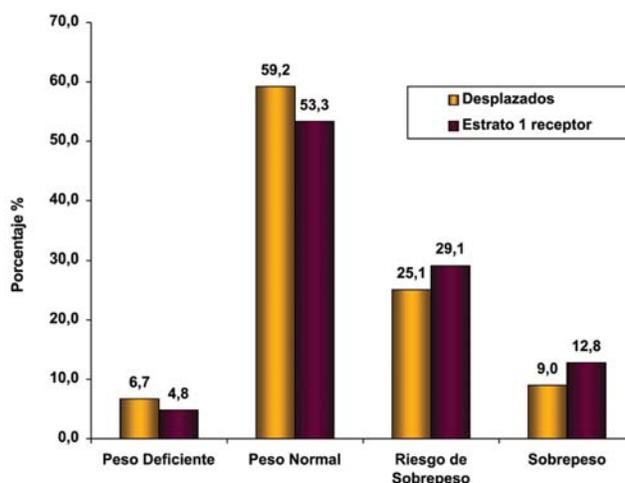


FUENTE: PMA—OPS, 2005.

ADULTOS

Por el contrario a lo mencionado anteriormente, el sobrepeso y la obesidad son problemas relevantes para los grupos de más de 20 años dado que, en conjunto, muestran tasas altas: un 34% de la población en condición de desplazamiento y un 42% en la de estrato uno receptor. Las mujeres de ambas poblaciones registran un mayor problema de sobrepeso y obesidad.

GRÁFICA 15
CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL DE ADULTOS MAYORES DE 20 AÑOS SEGÚN IMC



FUENTE: PMA—OPS, 2005.

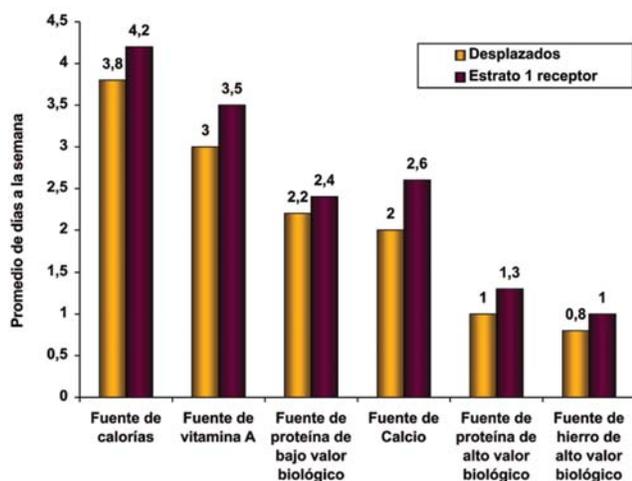
ADQUISICIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS

Los hogares en condición de desplazamiento tienen un gasto promedio de \$253 mil pesos, un 42% inferior al de los hogares de estrato uno receptor, aunque su distribución es muy similar. En términos generales, la mitad del gasto se ejecuta en alimentos, y la otra mitad se distribuye en transporte, servicios públicos, pago de deudas, elementos de aseo y gasto de arrendamiento. La mayoría de alimentos son comprados. Especialmente se adquieren alimentos energéticos, los cuales son de menor costo. En menor cantidad se adquieren alimentos fuente de proteína de alto valor biológico, hierro y vitaminas

Respecto a la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos, los generadores de calorías son los más consumidos, alrededor de 4 días a la semana. Los alimentos fuente de proteínas, calcio, hierro y vitamina A, son consumidos con menor frecuencia. Los alimentos ricos en proteínas y hierro de alto valor biológico sólo se consumen, en promedio, aproximadamente un día por semana.

En todos los grupos de alimentos la frecuencia de consumo de los hogares de estrato uno receptor es mayor (gráfica 16).

GRÁFICA 16
DÍAS QUE CONSUMIERON EL ALIMENTO EN SIETE DÍAS ANTERIORES A LA ENCUESTA



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

En forma complementaria a la compra de alimentos, la dependencia de la solidaridad de los vecinos o familiares es muy importante como fuente de adquisición de los alimentos, superando aún los aportes de las donaciones. Es preocupante que uno 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 hogares dependen de sus vecinos para consumir pescado, plátano y yuca, alimentos que son la base de la dieta diaria en muchas regiones. Inclusive más de 30% de los hogares no reciben la bienestarina del subsidio del estado, sino como parte de la solidaridad de sus vecinos.

En cuanto a la percepción de los hogares de su seguridad alimentaria¹⁵, el 88% de los desplazados dice que en el último mes les faltó dinero para comprar alimentos, y de ellos el 85% tuvo necesidad de disminuir el número de comidas por la misma causa. Al analizar situaciones como la de dejar de comer, o la manifestación de hambre de algún miembro del hogar, la situación más severa la informan aquellos miembros del hogar mayores de 18 años, reflejando la situación de protección a los menores de edad que se genera al interior de la familia.

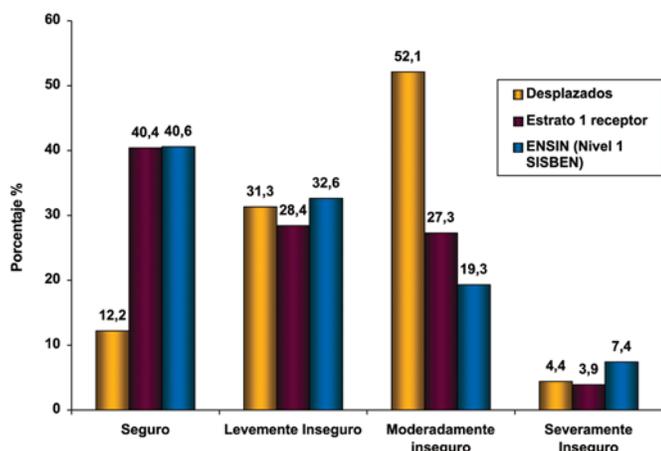
Como ha sido el resultado de otros estudios, claramente la inseguridad alimentaria de estas familias, especialmente las desplazadas, depende principalmente de su baja capacidad de adquisición de alimentos por falta de ingresos.

El análisis de las preguntas relacionadas con percepción de seguridad alimentaria permite concluir que sólo el 12% de las familias desplazadas están en seguridad alimentaria. Por otra

15 Las mediciones de percepción de la seguridad alimentaria fueron de tipo cualitativo y permitieron 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.

parte, más del 50% de las familias desplazadas se sienten entre moderada y severamente inseguras (gráfica 17). En la Encuesta ENSIN–2005, el 40.6% de la población SISBEN 1 se sienten seguros.

GRÁFICA 17
PORCENTAJE DE HOGARES SEGÚN LA EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA



FUENTE: PMA–OPS, 2005.

» Alimentación de los niños y niñas menores de cinco años: lactancia, alimentación complementaria y frecuencia de alimentos

La práctica de la lactancia materna disminuye la probabilidad de inseguridad alimentaria en los niños y niñas menores de dos años.

Más del 97% de los niños y niñas menores de dos años recibieron alguna vez leche materna, siendo levemente superior en la población desplazada. Sin embargo, se encontró una baja prevalencia de lactancia exclusiva (sólo un 18%) por la precoz introducción de alimentos complementarios en ambas poblaciones (cuadro 7). La duración de la lactancia exclusiva o el inicio de la introducción de líquidos es, en promedio, de 1.2 meses para estrato uno receptor y 1.5 para desplazados.

Se debe recordar que la recomendación de las organizaciones de la salud es de lactancia exclusiva durante seis meses.

CUADRO 7
PREVALENCIA DE LA LACTANCIA EXCLUSIVA Y TIEMPO DE DURACIÓN DE LA LACTANCIA EXCLUSIVA Y LA LACTANCIA TOTAL

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

FUENTE: PMA–OPS, 2005.

El consumo de alimentos en los siete días anteriores a la entrevista muestra importantes diferencias entre niños y niñas que lactan y los que no lactan. Los que lactan consumen menos alimentos, teniendo en cuenta que la lactancia suple la gran mayoría de requerimientos nutricionales de los niños y niñas.

GRÁFICA 18
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE LACTAN Y CONSUMIERON ALIMENTOS PROTEICOS DE ORIGEN ANIMAL, DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

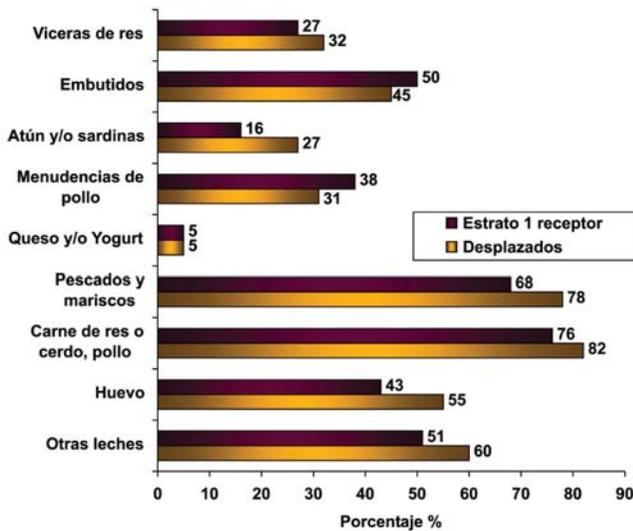


FUENTE: PMA–OPS, 2005.

La frecuencia de consumo por tipo de alimento, en el caso de los que no lactan, presenta una situación grave de inseguridad alimentaria. En la semana anterior a la entrevista, sólo el 60% consumió leche, 55% consumió huevo, 80% alguna carne (pollo, cerdo, carne de res), 60% verduras amarillas o verdes y 40% bienestarina.

Casi todos consumieron proteínas provenientes de cereales como arroz, avena, maíz y pasta y azúcares como panela o chocolate.

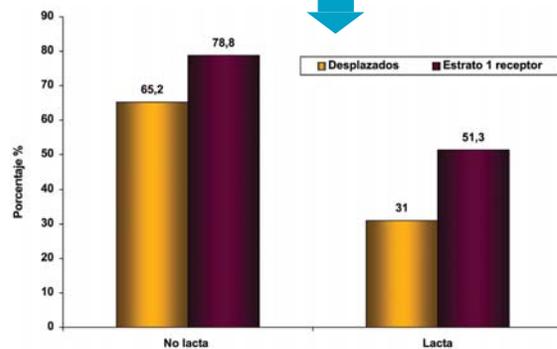
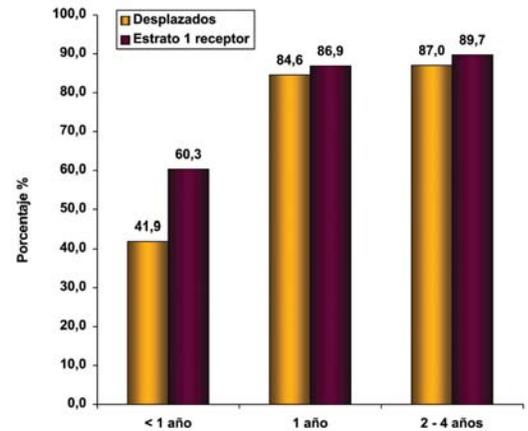
GRÁFICA 19
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS QUE NO LACTAN Y CONSUMIERON ALIMENTOS PROTEICOS DE ORIGEN ANIMAL, DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

De los niños y niñas de uno a cuatro años, en quienes la alimentación complementaria se instaure completamente y asumen la dieta familiar, cerca de un 15% no reciben alguna de las tres comidas principales del día (gráfica 20). En el caso de aquellos con menos de un año de edad la proporción de los niños y niñas que dejan de recibir las tres comidas y no lactan es cerca del 35% para los desplazados y 20% para los estratos uno receptor. Es de anotar, que para estos niños y niñas sigue siendo más alta la proporción de desplazados que no consumen cada una de las comidas.

GRÁFICA 20
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE RECIBEN LAS TRES COMIDAS PRINCIPALES DEL DÍA



FUENTE: PMA-OPS, 2005.

Con la suspensión inadecuada de la lactancia materna y la introducción de una dieta familiar deficitaria, se deteriora el estado nutricional, reflejado con rapidez en el peso, y con lentitud, pero acumulativamente, en la talla.

» Déficit en los consumos de calorías, proteínas y micronutrientes de los niños y niñas menores de cinco años¹⁶.

No importa la variable que se utilice, por nutriente, por calorías, por lactancia y no lac-

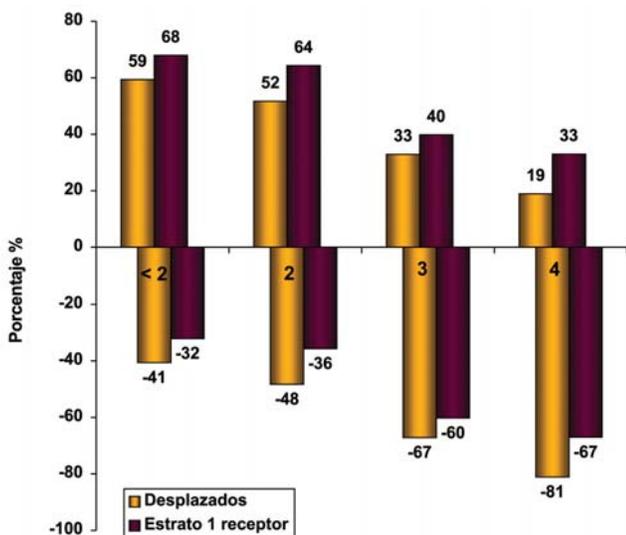
¹⁶ La evaluación dietética de los niños y niñas de cinco años se realizó a través de la frecuencia de consumo por tipo de alimento y del recordatorio de 24 horas, que es el recuento de las comidas y bebidas ingeridas durante las 24 horas anteriores a la encuesta. La frecuencia de consumo se midió en la totalidad de niños y niñas menores de 10 años del hogar, y el recordatorio de 24 horas,

tancia o por tiempo de desplazamiento, la etapa más crítica en lo alimentario y nutricional corresponde al momento en que se introduce la alimentación complementaria y se asume la dieta familiar.

Se presentan altos déficit en calorías, proteínas, vitamina A, vitamina C, zinc y calcio, especialmente en niños y niñas menores de dos años que no lactan y, en general, en población desplazada.

El 40% de los niños y niñas menores de dos años en condición de desplazamiento y el 30% de estrato uno receptor tienen déficit energético (siendo mayor en aquellos que no lactan). Estas proporciones se duplican con la edad, manteniéndose mayores en el caso de población desplazada.

GRÁFICA 21
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL REQUERIMIENTO ENERGÉTICO (EER)

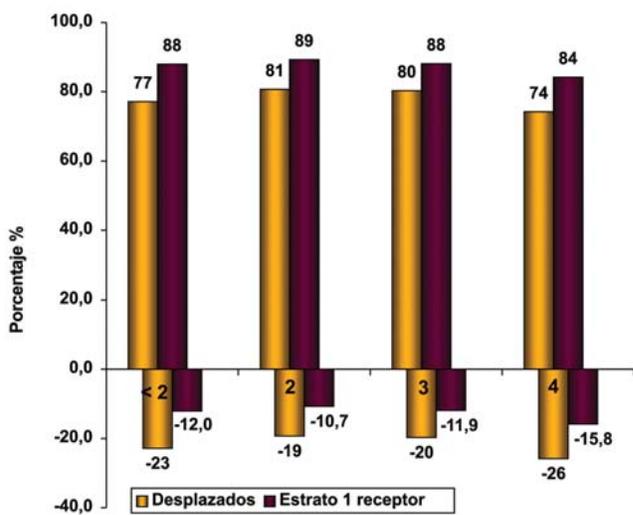


FUENTE: PMA-OPS, 2005

Aproximadamente el 23% de los niños y niñas en condición de desplazamiento y el 12% de los de estrato uno receptor no consumen el mínimo de proteínas requerido para su edad (gráfica 22), lo cual limita un adecuado crecimiento y desarrollo.

El problema en este caso es el origen de las proteínas el cual es, principalmente, vegetal y no animal, obteniendo así una proteína de menor valor biológico.

GRÁFICA 22
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA PROTEÍNAS

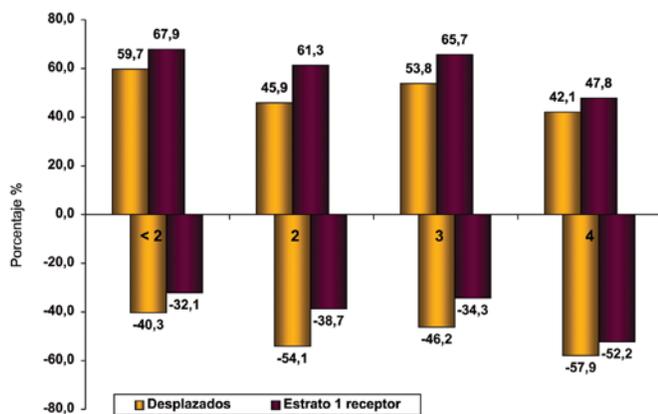


FUENTE: PMA-OPS, 2005

En el caso de vitamina A, micronutriente muy importante en la calidad de la ingesta, el déficit en los niños y niñas menores de dos años en condición de desplazamiento alcanza el 51% para aquellos que no lactan, y un 27% en los que lactan, reflejando la gran importancia de la lactancia materna como factor protector, aun siendo lactancia no exclusiva (gráfica 23). Este déficit se mantiene al aumentar la edad, con fluctuaciones entre los dos y cuatro años de edad.

sólo a un niño o niña menor de cinco años de edad por hogar seleccionado aleatoriamente. En las tablas anexas se presentan las referencias de ingesta utilizadas en el análisis.

GRÁFICA 23
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA A

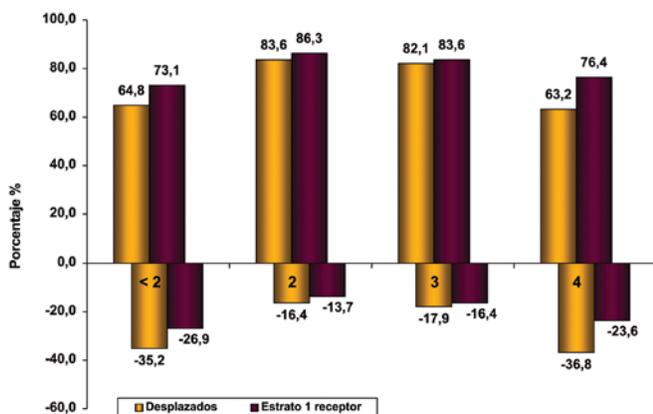


FUENTE: PMA-OPS, 2005.

El alto déficit en vitamina C ofrece un panorama muy preocupante dado su papel metabólico en la formación de colágeno necesario para la conformación de piel y tejidos en crecimiento, en especial en los niños y niñas menores de cinco años.

En el caso de la población menor de dos años en condición de desplazamiento, el déficit alcanza el 40% de los que lactan y un 30% de los que no lactan. Luego, entre los dos y tres años se reduce a niveles entre el 16% y 18%, pero se eleva bruscamente a 37% en los de cuatro años (gráfica 24).

GRÁFICA 24
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA VITAMINA C



FUENTE: PMA-OPS, 2005

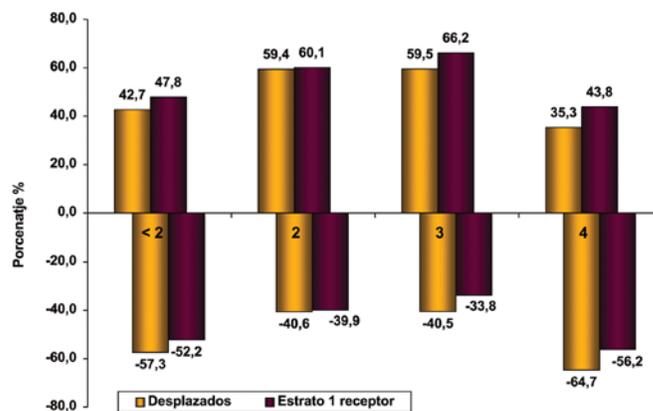
En cuanto al consumo de hierro, un 49% de los niños y niñas desplazados, menores de un año, que no lactan y un 67% de los que lactan, presentan déficit.

Los mayores aportes de consumo, sin decir que sean adecuados, en niños y niñas no lactados, tienen que ver con la alimentación complementaria, dado que la leche materna, en si misma, no es fuente de hierro y es por ello muy crítico el periodo de instauración de la alimentación complementaria en los niños y niñas lactados, pues se observan diferencias importantes con los no lactados (1.5 mgr vs. 4 mgr).

El déficit de hierro disminuye en los niños y niñas de dos y tres años al 41%, pero vuelve a aumentar a un porcentaje 65% en los niños y niñas de cuatro años de edad.

Estos resultados son muy consistentes con la alta prevalencia de anemia en la población infantil.

GRÁFICA 25
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA HIERRO



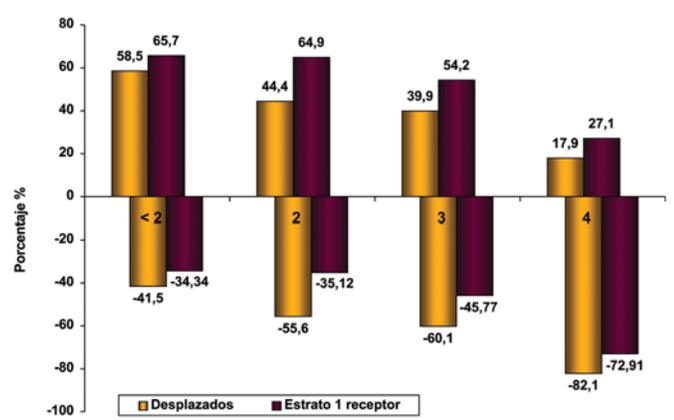
FUENTE: PMA-OPS, 2005

El déficit de calcio, en cambio, arranca en su nivel más bajo en los niños y niñas menores de dos años, y aumenta sistemáticamente de año a año de edad, alcanzando el 82% en los desplazados de cuatro años. Estos resultados

reflejan los persistentemente bajos consumos de leche y derivados lácteos (gráfica 26).

En resumen, la carencia de ingresos se refleja en la preferente adquisición de alimentos fuente de calorías, de menor costo, y de un reducido consumo de alimentos fuente de proteínas. Como consecuencia, se genera un importante déficit de en el consumo de micronutrientes asociado a una alta prevalencia de anemia, al retraso del crecimiento y alta susceptibilidad a las enfermedades.

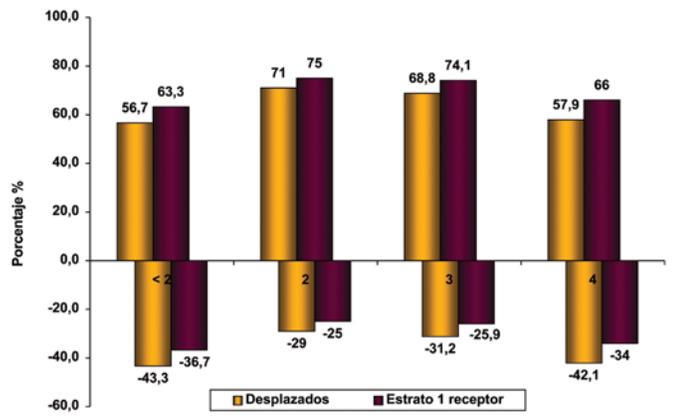
GRÁFICA 26
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA CALCIO



FUENTE: PMA-OPS, 2005

En el consumo de zinc se presenta un déficit cercano al 45% en los niños y niñas en condición de desplazamiento menores de dos años y de cuatro años, el cual es 10 puntos superior al de los mismos grupos de edad de estrato uno receptor. Estos niveles disminuyen en los grupos de dos y tres años de edad (gráfica 27).

GRÁFICA 27
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ESTÁN POR ENCIMA Y POR DEBAJO DEL EAR PARA ZINC



FUENTE: PMA-OPS, 2005

ANEXO DE CUADROS

ENCUESTA NACIONAL DE SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA 2005
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIARRESULTADOS PARA NIVEL I DEL SISBEN, RELACIONADOS CON EL
ESTUDIO “ESTADO NUTRICIONAL DE ALIMENTACIÓN Y
CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA
POR LA VIOLENCIA EN SEIS SUBREGIONES DEL PAÍS – 2005”

ANEMIA

ANEMIA	NIVEL I DEL SISBEN	PROMEDIO RACIONAL	DESPLAZADOS ESTUDIO PMA-OPS 2005	ESTRATO I RECEPTOR ESTUDIO PMA-OPS 2005
Niños y niñas de 1 a 4 años	41.90%	33.20%	66.02%	56.63%
Niños y niñas de 1 a 2 años	–	53.20%	73.60%	72.66%
Niños y niñas de 5 a 12 años	47.70%	37.60%	53.43%	49.21%
Mujeres de 13 a 49 años	37.80%	32.80%	56.41%	51.07%
Gestantes de 13 a 49 años	48.10%	44.70%	59.68%	56.45%

ANTROPOMETRÍA

Desnutrición en niños y niñas menores de 18 años.

ANTROPOMETRÍA	NIVEL I DEL SISBEN	PROMEDIO RACIONAL	DESPLAZADOS ESTUDIO PMA-OPS 2005	ESTRATO I RECEPTOR ESTUDIO PMA-OPS 2005
Desnutrición según indicador talla para la edad				
Niños y niñas de 0 a 4 años	17.20%	12%	23%	16%
Niños y niñas de 5 a 9 años	19%	12.60%	21.30%	21.17%
Niños y niñas de 10 a 17 años	23.10%	16.20%	–	–
Desnutrición según indicador peso para la edad				
Niños y niñas de 0 a 4 años	10.30%	7.00%	13.93%	11.00%
Niños y niñas de 5 a 9 años	–	5.40%	9.49%	10.13%
Niños y niñas de 10 a 17 años	–	6.60%	–	–
Desnutrición según indicador peso para la talla				
Niños y niñas de 0 a 4 años	1.30%	1.30%	1.82%	2.25%
Niños y niñas de 5 a 9 años	–	1.10%	2.04%	0.43%

Estado nutricional en adultos de 18 a 64 años

IMC	NIVEL I DEL SISBEN	PROMEDIO RACIONAL	DESPLAZADOS ESTUDIO PMA-OPS 2005	ESTRATO I RECEPTOR ESTUDIO PMA-OPS 2005
Delgadez	5.50%	3.90%	6.49%	4.59%
Sobrepeso	27.00%	32.30%	24.11%	27.60%
Obesidad	11.30%	13.70%	8.54%	11.74%

Estado nutricional en gestantes de 13 a 49 años

IMC	PROMEDIO RACIONAL	DESPLAZADOS ESTUDIO PMA-OPS 2005	ESTRATO 1 RECEPTOR ESTUDIO PMA-OPS 2005
Bajo peso			
Total	18.9%	22.6%	5.5%
13 - 18 años	30.6%	4.6%	3.9%
Sobrepeso			
Total	25.0%	23.7%	25.3%
13 - 18 años	16.3%	3.4%	42.9%
Obesidad			
Total	8.4%	4.5%	7.9%
13 - 18 años	2.1%	-	-

Duración promedio de lactancia materna (en meses)

LACTANCIA MATERNA	NIVEL 1 DEL SISBEN	PROMEDIO RACIONAL	DESPLAZADOS ESTUDIO PMA-OPS 2005	ESTRATO 1 RECEPTOR ESTUDIO PMA-OPS 2005
Lactancia total	15	14.9	12.19	12.16
Lactancia exclusiva	1.9	2.2	1.51	1.22

Déficit en la ingesta usual de nutrientes

INGESTA	NIVEL 1 DEL SISBEN	PROMEDIO RACIONAL	DESPLAZADOS ESTUDIO PMA-OPS 2005	ESTRATO 1 RECEPTOR ESTUDIO PMA-OPS 2005
Proteínas	49.7%	36.0%	10.4%	5.0%
Vitamina C	27.1%	-	50.5%	43.0%
Zinc	76.0%	62.3%	32.0%	26.1%
Calcio	93.1%	85.8%	39.3%	27.8%

Percepción de la seguridad alimentaria en el hogar

	NIVEL 1 DEL SISBEN	PROMEDIO RACIONAL	DESPLAZADOS ESTUDIO PMA-OPS 2005	ESTRATO 1 RECEPTOR ESTUDIO PMA-OPS 2005
SEGUROS	40.60%	59.20%	12.20%	40.40%
INSEGUROS	59.40%	40.80%	87.80%	59.60%
Levemente	32.60%	26.10%	31.30%	28.40%
Moderadamente	19.30%	11.20%	52.10%	27.30%
Severamente	7.40%	3.60%	4.40%	3.90%

REFERENCIA DE CONSUMO PROMEDIO DE MICRONUTRIENTES

Consumo promedio de ingesta de micronutrientes vs. requerimiento para los niños de 0 a 4 años

EDAD (AÑOS)	DESAGREGACIÓN	INGESTA DE CALORIAS	REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	INGESTA DE PROTEÍNAS	REQUERIMIENTO DE PROTEÍNAS	INGESTA DE VITA A	REQUERIMIENTO DE VITAMINA A
<2 Lacta	Desplazados	1060.3	696	25.04	11.5	594.86	402
	Estrato 1	1027.7		24.90		821.73	
<2 No lacta	Desplazados	1150.1		31.48		340.65	
	Estrato 1	1132.0		33.03		478.55	
2	Desplazados	1175.5	1120	30.46	16.3	354.72	210
	Estrato 1	1368.6		41.17		514.23	
3	Desplazados	1228.1	1465	35.63	19.0	558.21	210
	Estrato 1	1409.4		40.62		903.89	
4	Desplazados	1215.4	1546	33.70	18.7	664.54	275
	Estrato 1	1342.1		38.17		702.94	

EDAD (AÑOS)	DESAGREGACIÓN	INGESTA DE VITA C	REQUERIMIENTO DE VITAMINA C	INGESTA DE HIERRO	REQUERIMIENTO DE HIERRO	INGESTA DE CALCIO	REQUERIMIENTO DE CALCIO	INGESTA DE ZINC	REQUERIMIENTO DE ZINC
<2 Lacta	Desplazados	54.23	38.6	4.78	4.0	515.03	264	3.47	2
	Estrato 1	73.22		4.42		476.35		3.49	
<2 No lacta	Desplazados	48.85		7.94		573.39		4.14	
	Estrato 1	54.24		7.01		694.95		4.15	
2	Desplazados	43.20	13	7.18	5.4	422.93	360	4.22	2.5
	Estrato 1	52.33		7.56		677.97		4.61	
3	Desplazados	61.14	13	7.76	5.4	363.87	360	4.17	2.5
	Estrato 1	67.65		7.84		523.78		4.76	
4	Desplazados	52.62	22	7.48	7.4	354.02	520	4.04	3.0
	Estrato 1	59.21		7.28		432.04		4.58	

Consumo promedio de ingesta de micronutrientes vs. requerimiento para las niñas de 0 a 4 años

EDAD (AÑOS)	DESAGREGACIÓN	INGESTA DE CALORIAS	REQUERIMIENTO DE ENERGÍA	INGESTA DE PROTEÍNAS	REQUERIMIENTO DE PROTEÍNAS	INGESTA DE VITA A	REQUERIMIENTO DE VITAMINA A
<2 Lacta	Desplazados	984.8	637.4	25.26	10.06	703.62	402
	Estrato 1	1103.5		25.64		618.92	
<2 No lacta	Desplazados	1014.9		28.30		366.16	
	Estrato 1	1093.8		35.73		573.20	
2	Desplazados	1209.0	1072	33.29	15.7	433.91	210
	Estrato 1	1242.2		38.46		664.15	
3	Desplazados	1184.9	1375	33.53	18.3	536.43	210
	Estrato 1	1319.3		39.67		767.23	
4	Desplazados	1060.7	1455	27.07	17.7	398.91	275
	Estrato 1	1309.5		38.20		640.96	

EDAD (AÑOS)	DESAGREGACIÓN	INGESTA DE VITA C	REQUERIMIENTO DE VITAMINA C	INGESTA DE HIERRO	REQUERIMIENTO DE HIERRO	INGESTA DE CALCIO	REQUERIMIENTO DE CALCIO	INGESTA DE ZINC	REQUERIMIENTO DE ZINC
<2 Lacta	Desplazados	53.19	38.6	4.05	4.0	524.06	264	3.39	2
	Estrato 1	60.89		5.09		487.60		3.57	
<2 No lacta	Desplazados	38.18		6.28		544.66		3.92	
	Estrato 1	66.00		7.13		736.16		4.40	
2	Desplazados	54.14	13	7.43	5.4	457.63	360	4.17	2.5
	Estrato 1	48.78		7.83		583.31		4.60	
3	Desplazados	59.51	13	6.90	5.4	428.13	360	4.36	2.5
	Estrato 1	62.36		8.34		515.62		5.20	
4	Desplazados	51.01	22	6.03	7.4	292.02	520	3.87	3.0
	Estrato 1	57.57		7.62		417.64		4.53	

CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SEVERIDAD DE LA ANEMIA NUTRICIONAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA (HEMOGLOBINA g/dL):

PUNTO DE CORTE	< 12.0 g/dL	< 7 g/dL
Problema Severo	>40%	>10%
Problema Moderado	10% a 39.9%	1% a 9.9%
Problema Leve	1.0% a 9.9%	0.1% a 0.9%