



MAPAS

de la **SITUACIÓN**

NUTRICIONAL

de COLOMBIA



Naciones Unidas
**Programa
Mundial
de Alimentos**



**INSTITUTO
COLOMBIANO DE
BIENESTAR FAMILIAR
ICBF**

Dirección General

Elvira Forero Hernández

Dirección de Evaluación

Herbert Arnulfo Buitrago Galán

Subdirección de Investigaciones

Rocio Enciso Garzón (e)

**PROGRAMA MUNDIAL DE
ALIMENTOS**

Representante

Praveen Agrawal

**EQUIPO TÉCNICO
ICBF**

Zulma Yanira Fonseca
Zandra Consuelo Estupiñán
Catalina Borda Villegas
Carlos Andrés Castro
Ana Mercedes Cepeda
Clara Esperanza Serrano

PMA

María Cecilia Cuartas Arango
Marlen Yolanda Sierra Mendigaño
Martha Lucia Londoño

**SISTEMAS DE INFORMACIÓN
GEOGRÁFICA**

Alvaro Enrique Castañeda Torres
Liliana Maritza Herrán Alvarado
Marysela Rubiano Martínez
Gladys Marcela Torres Saez
Luisa Fernanda Torres Saez

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Cartografía Digital

IMPRESIÓN

SINTEGRAF Ltda

PRIMERA EDICIÓN

Junio de 2008

Las fronteras y nombres en los mapas presentados no implican aprobación ni aceptación por parte de la Organización de las Naciones Unidas.

www.icbf.gov.co
www.wfp.org/latinoamerica



Naciones Unidas
**Programa
Mundial
de Alimentos**



PRESENTACIÓN

Desde el año 2007, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) trabajaron de manera conjunta en un proceso de elaboración de los Mapas de la Situación Nutricional de Colombia.

Este proceso, motivado por la preocupación de las dos instituciones de presentar de forma sencilla la prevalencia de los problemas nutricionales de la población en general y de grupos específicos que por sus condiciones son más vulnerables a presentar malnutrición, se ha materializado en la elaboración de un documento que recoge y presenta en forma cartográfica los problemas nutricionales identificados por tres diferentes fuentes de información: i) La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) realizada en el año 2005, ii) El Sistema de Seguimiento Nutricional a usuarios del ICBF, resultados año 2006 y iii) El Estudio “*Estado Nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones de Colombia, PMA-OPS 2005*”.

Hoy tenemos el agrado de presentar a usted(es) este documento, cuyo objetivo es mostrar la situación nutricional en Colombia por regiones, subregiones y departamentos e identificar las diferencias que se presentan con grupos de población de especial vulnerabilidad como son las personas en situación de desplazamiento y los niños y las niñas sujetos de la atención del Estado para incidir en política pública nacional y territorial.

El ICBF y el PMA esperan que la información aquí presentada en una serie de mapas, permitan que los diferentes actores relacionados con la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el país, se sensibilicen aún más con la situación nutricional y les permita orientar sus planes, programas y asignación de recursos e igualmente para hacer el seguimiento al cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

PRAVEEN AGRAWAL
Representante
Programa Mundial de Alimentos

ELVIRA FORERO HERNÁNDEZ
Directora General
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

INTRODUCCIÓN



La desnutrición es un indicador de pobreza y de exclusión social, y constituye un obstáculo para el desarrollo económico y social del país. De ahí que la reducción del hambre y la desnutrición sean parte de la primera meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

El proyecto conjunto ICBF y PMA para la elaboración de los Mapas de la Situación Nutricional de Colombia, tiene como propósito colaborar en la identificación de las áreas con alta prevalencia de problemas de malnutrición a un nivel geográfico desagregado según las fuentes de información.

Para ello se ha utilizado información que es el resultado de tres fuentes como son: i) La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) realizada por el ICBF en el año 2005, ii) El Sistema de Seguimiento Nutricional a usuarios del ICBF, resultados año 2006 y iii) El Estudio “Estado Nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones de Colombia, PMA-OPS 2005”.

El resultado de este proyecto conjunto es una serie de mapas que muestran la información desagregada por Regiones, Subregiones y Departamentos de la ENSIN 2005, por departamento para el Sistema de Seguimiento a usuarios del ICBF, resultados año 2006 y por seis subregiones de la condición de nutrición de la población en situación de desplazamiento PMA-OPS 2005.

De cada una de las fuentes se han seleccionado los indicadores más representativos que dan cuenta de la

verdadera situación nutricional de la población colombiana en general y en particular de los beneficiarios de algunos programas del ICBF y de la población en situación de desplazamiento.

La prevalencia de los problemas nutricionales varía entre regiones, subregiones y departamentos. A medida que se va desagregando la información, se logran ubicar de manera más precisa las problemáticas nutricionales y alimentarias. Igualmente la situación nutricional es diferente en grupos poblacionales que por sus condiciones socioeconómicas los hacen más vulnerables a sufrir problemas de este tipo.

El ICBF y el PMA esperan que la información aquí presentada, permita profundizar en el análisis y la explicación de los problemas reportados en los estudios e incidir en política pública nacional y territorial en la medida en que los diferentes actores relacionados con la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional en el país se sensibilicen aún más con la situación nutricional e incidan en el posicionamiento de este tema en las agendas públicas a nivel nacional, regional y local

Es necesario insistir que para diseñar y focalizar intervenciones en el ámbito alimentario y nutricional, los mapas juegan un papel preponderante para ser usados en los territorios y se requiere que sean actualizados con información recogida periódicamente con diferentes niveles de desagregación geográfica y con muestras representativas que den cuenta de la situación real para todos y cada uno de los grupos poblacionales sujetos de la política social.

A continuación se presentan la metodología seguida en la construcción de los mapas y un resumen de los antecedentes y la metodología usada en cada uno de los estudios y en la operación del sistema de seguimiento nutricional que sirvieron como fuente de información para construirlos.

Igualmente se presentan los mapas en forma separada para cada una de las tres fuentes de información y cada mapa se acompaña de una descripción del indicador.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente documento, se recopilaron datos a partir de la información proveniente de tres fuentes como son: i) La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) realizada por el ICBF en el año 2005, ii) El Sistema de Seguimiento Nutricional a usuarios del ICBF, resultados año 2006 y iii) El Estudio “Estado Nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones de Colombia, PMA-OPS 2005”.

Mediante la elaboración de este documento, se ha forjado un proceso de fortalecimiento institucional a través de la implementación de herramientas computarizadas conocidas como Sistemas de Información Geográfica o SIG por sus siglas en Español, instrumento que permite capturar, digitalizar, procesar, analizar, almacenar, desplegar y reportar información temática sintetizada en forma de cartografía digital; estableciendo una comunicación entre el usuario y el mundo real a través de mapas.

Mediante este proceso y con el uso de esta tecnología, los datos obtenidos fueron estructurados en forma de matrices a nivel de Municipios, Departamentos, Subregiones y Regiones, las cuales fueron codificadas para su posterior georeferenciación. Posteriormente se procedió a la realización de análisis espaciales, utilizando los alcances de las herramientas estadísticas del programa, cuyos resultados fueron diagramados, titulados y categorizados en colores que muestran la Situación Nutricional en Colombia.

Como resultado final se produjo una aplicación SIG en ambiente Arcgis 9.2 que dio como resultado la realización de 93 mapas temáticos con los resultados gráficos de los diferentes estudios utilizados en este trabajo.

Para efectos de la presente publicación se seleccionaron 38 mapas que dan cuenta de las principales problemáticas alimentarias y nutricionales de la población colombiana de 0 a 64 años, con énfasis en la situación nutricional de los niños y niñas menores de 5 años de edad y para aquellas variables de las cuales se disponía de información suficiente para obtener una tendencia de la situación nutricional del país que permitan orientar políticas, planes y programas.

La elaboración de los mapas obedece a los resultados de las prevalencias de las variables disponibles en los diferentes grupos etáreos de las 3 fuentes de información. Se mantuvo

la misma estructura utilizada para la representatividad (seis regiones y 14 subregiones y departamentos en la ENSIN 2005, departamentos para el seguimiento nutricional a usuarios de los programas del ICBF) y 6 Subregiones para el estudio PMA-OPS 2005.

La definición de los rangos para georeferenciar la situación nutricional, se realizó tomando como base las prevalencias de variables disponibles a nivel nacional y a éste estimador se le calculó el intervalo de confianza de 95% tal como se definió en la ENSIN 2005, se identificaron los municipios, departamentos, regiones y subregiones que estuvieran por encima o por debajo del rango nacional lo que permite orientar la toma de decisiones.

Para la definición de los colores que identifican la situación nutricional se seleccionaron los colores amarillo, naranja y rojo, partiendo de que la prevalencia de malnutrición en los niños para Colombia está por encima de lo esperado¹ por lo tanto, no se puede considerar que algún sitio del país esté dentro del rango adecuado, decidiendo no utilizar el color verde, que podría conllevar a reducir la atención de una región que aunque tenga un valor por debajo del nivel nacional, no tiene una situación nutricional deseada.

El color amarillo, indica que la prevalencia es menor a la del nivel nacional; el naranja indica que el valor de la prevalencia está dentro del rango de la presentada en el nivel nacional y el rojo, muestra los sitios con prevalencia crítica por ser superior a la del nivel nacional. El color blanco corresponde a aquellas zonas del país en donde la muestra utilizada para la variable a medir no fue suficiente para la estimación del dato con representatividad, por lo que no permitía tener la fuerza estadística para que el resultado pueda ser inferido en la región, subregión o departamento.

A continuación se hace una descripción de la metodología de cada uno de los estudios que son la base de información de los mapas.

1. De acuerdo a la distribución de la curva normal, la referencia corresponde al patrón internacional del Nacional Center for Health Statistics de Estados Unidos (NCHS), la Organización mundial de la Salud (OMS) y el Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos (CDC), de 1977, en donde se establece para la desnutrición, los valores que estén por debajo de menos de -2DE que corresponde al 2,5% del área bajo la curva.

Encuesta Nacional De La Situación Nutricional – ENSIN 2005



La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional –ENSIN se realizó en Colombia en el año 2005. La ENSIN es la primera encuesta que permite identificar la situación nutricional a nivel nacional, regional y departamental a nivel urbano y rural, por grupos de edad y nivel socioeconómico.

La situación nutricional de la población está medida por indicadores antropométricos e indicadores bioquímicos, ingesta dietética, evaluación cualitativa de la seguridad alimentaria en el hogar, lactancia materna y alimentación complementaria, actividad física, tiempo dedicado a ver televisión, autopercepción del peso corporal y conductas asociadas, autoreporte de Diabetes Mellitus e hipertensión arterial.

En Colombia por primera vez se cuenta con información antropométrica y nutricional de la población adulta, ésta

se convierte en una herramienta importante para el país para la formulación y reorientación de acciones de promoción y prevención, teniendo en cuenta que entre las primeras causas de morbilidad están las enfermedades crónicas no transmisibles.

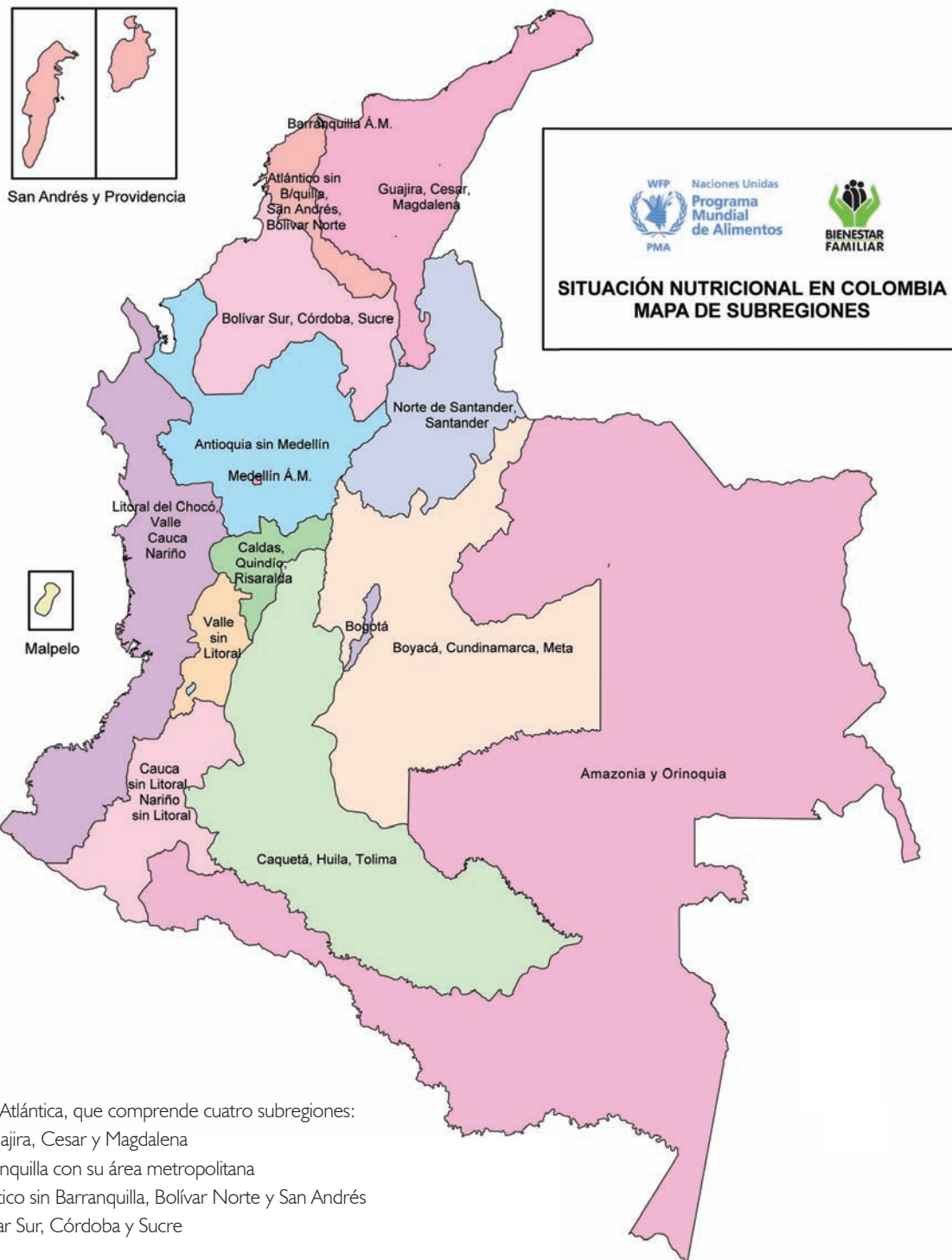
Esta encuesta se realizó a partir de una submuestra de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS 2005, constituida por 17.740 hogares, concentrados en 1.920 segmentos, de 209 unidades primarias de muestreo pertenecientes a los 32 departamentos del país y Bogotá D.C.

Los datos derivados de la ENSIN son un insumo para conocer la magnitud de las problemáticas nutricionales, encaminar las acciones pertinentes, orientar políticas públicas, diseño de programas y servicios, además de facilitar la evaluación de su impacto en los grupos poblacionales a nivel nacional y local; contribuyendo a garantizar la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población colombiana.

Teniendo en cuenta la importancia, representatividad y variables que presenta la ENSIN 2005, la mayoría de los resultados se mapearon con el fin de visibilizar, dar a conocer la distribución y proveer de información más precisa a los gobernantes y tomadores de decisiones para el mejoramiento de problemáticas nutricionales específicas del país.

De igual manera, la combinación de estos datos con otros indicadores socioeconómicos y ambientales puede revelar factores que inciden en la situación de salud y nutrición de la población y sugieren perspectivas de intervención y orientaciones de política pública.

La elaboración de los mapas obedece a los resultados de las prevalencias de malnutrición en los diferentes grupos etáreos de la ENSIN, manteniendo la misma estructura utilizada para la representatividad (seis regiones y 14 subregiones y departamentos), en donde para la mayor parte de los indicadores se logró una representatividad departamental. Las regiones y subregiones de la ENSIN son:



La Región Atlántica, que comprende cuatro subregiones:

1. La Guajira, Cesar y Magdalena
2. Barranquilla con su área metropolitana
3. Atlántico sin Barranquilla, Bolívar Norte y San Andrés
4. Bolívar Sur, Córdoba y Sucre

La Región Oriental conformada por las subregiones de:

1. Santander, Norte de Santander
2. Boyacá, Cundinamarca y Meta

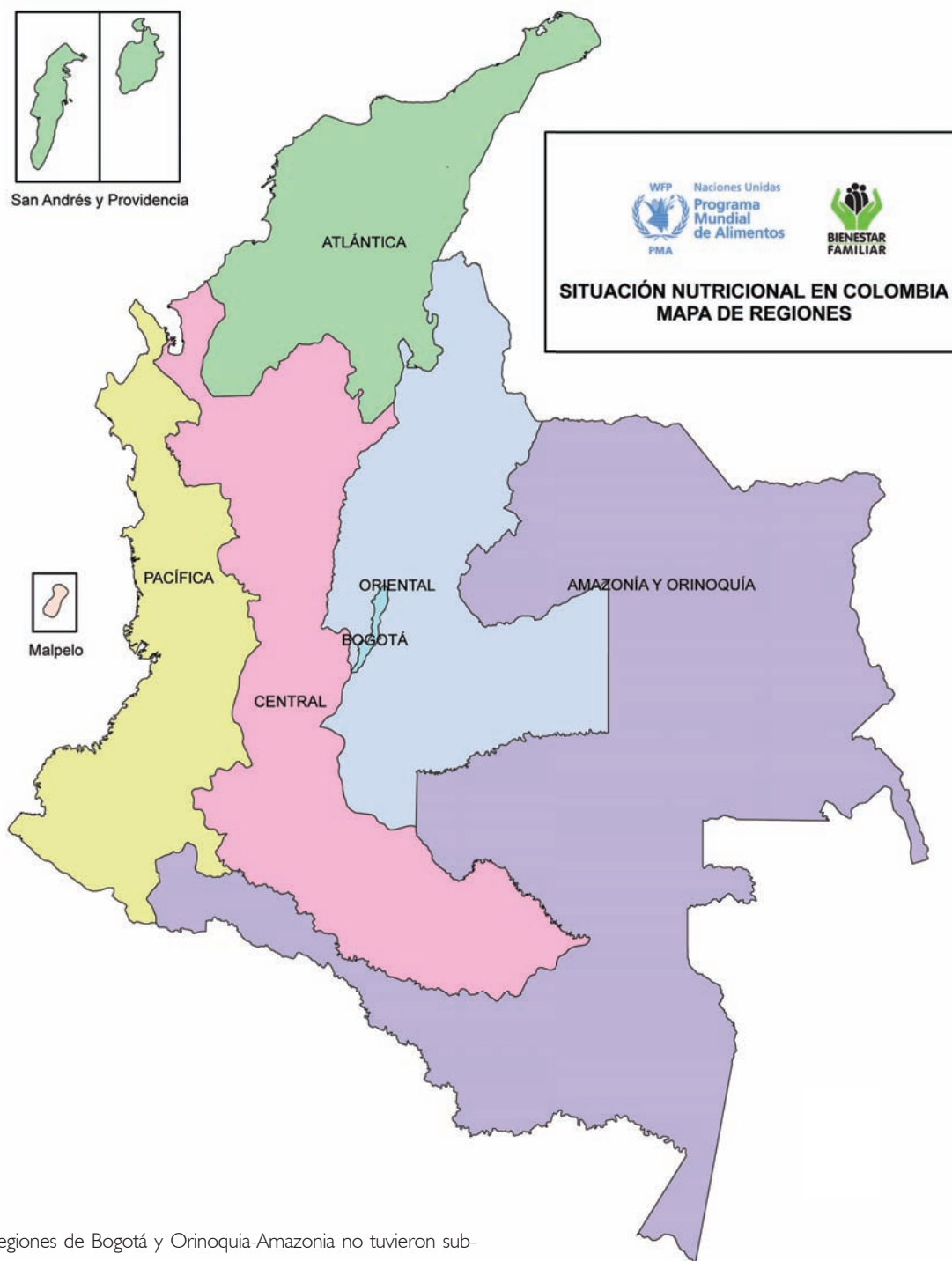
La Región Central que tiene las subregiones de:

1. Medellín con su área Metropolitana
2. Antioquia sin Medellín
3. Quindío, Risaralda y Caldas
4. Tolima, Huila y Caquetá

La Región Pacífica por su parte, presenta las subregiones de:

1. Cali y su área Metropolitana
2. Valle sin Cali y sin litoral
3. Cauca y Nariño sin Litoral Pacífico
4. Cauca Litoral, Nariño Litoral, Valle Litoral y Chocó

MAPAS DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA



Las regiones de Bogotá y Orinoquia-Amazonia no tuvieron sub-regiones y en ésta última sólo se tuvieron en cuenta las cabeceras municipales de los departamentos de Arauca, Guainía, Casanare, Putumayo, Vichada, Guaviare y Vaupés, debido a las grandes distancias que hay en la zona rural.

Sistema de seguimiento nutricional de los beneficiarios del ICBF

El sistema de seguimiento nutricional de los beneficiarios de los programas del ICBF busca identificar en un periodo de tiempo, los cambios del estado nutricional de los niños y niñas usuarios de los programas que cuentan con un componente de apoyo alimentario ejecutados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Este seguimiento busca orientar la realización de intervenciones concretas a nivel individual y a los programas, encaminadas a mejorar o prevenir el deterioro del estado nutricional de dicha población.

A partir del 2004 se inició el proceso de desarrollo conceptual, técnico y operativo del Sistema de Seguimiento Nutricional a usuarios del ICBF, que incluyó el diseño de instrumentos, software para sistematización de información, plan de capacitación y asesoría a las regionales del ICBF.

El año 2005 se dedicó fundamentalmente al inicio de la implementación del sistema empezando por el programa de hogares infantiles. En el año 2006 la meta de expansión del sistema fue la totalidad de niños y niñas usuarios de los programas de Hogares Comunitarios múltiples, grupales, empresariales, recuperación nutricional ambulatoria y hogares sustitutos; se continuó con la meta del 100% de los usuarios de los hogares infantiles y se inició con el 20% de los niños y niñas de hogares comunitarios tradicionales, todos los usuarios incluidos en el sistema para estos programas se encuentran en edades entre los 0 y los 7 años de edad.

Para el desarrollo del sistema de seguimiento nutricional, se tomaron como base las acciones especificadas en los lineamientos de cada uno de los programas incluidos en éste, en donde se indica la toma de peso y talla a todos los niños usuarios, al menos cuatro veces al año (dependiendo de la modalidad puede ser más frecuente), previa estandarización de los agentes comunitarios en la toma de medidas antropométricas a cargo de las nutricionistas del ICBF. La información es reportada de las unidades de atención (hogares comunitarios, hogares infantiles, etc.) a los centros zonales, donde es sistematizada y enviada a la regional. Los análisis de la información son retroalimentados nuevamente hacia los centros zonales y las unidades de atención, a fin de que se puedan tomar medidas correctivas de los hallazgos encontrados. A su vez, todas las



WFP/PMA © David Parra

regionales envían su información a la sede nacional de ICBF para la consolidación final de cada uno de los programas.

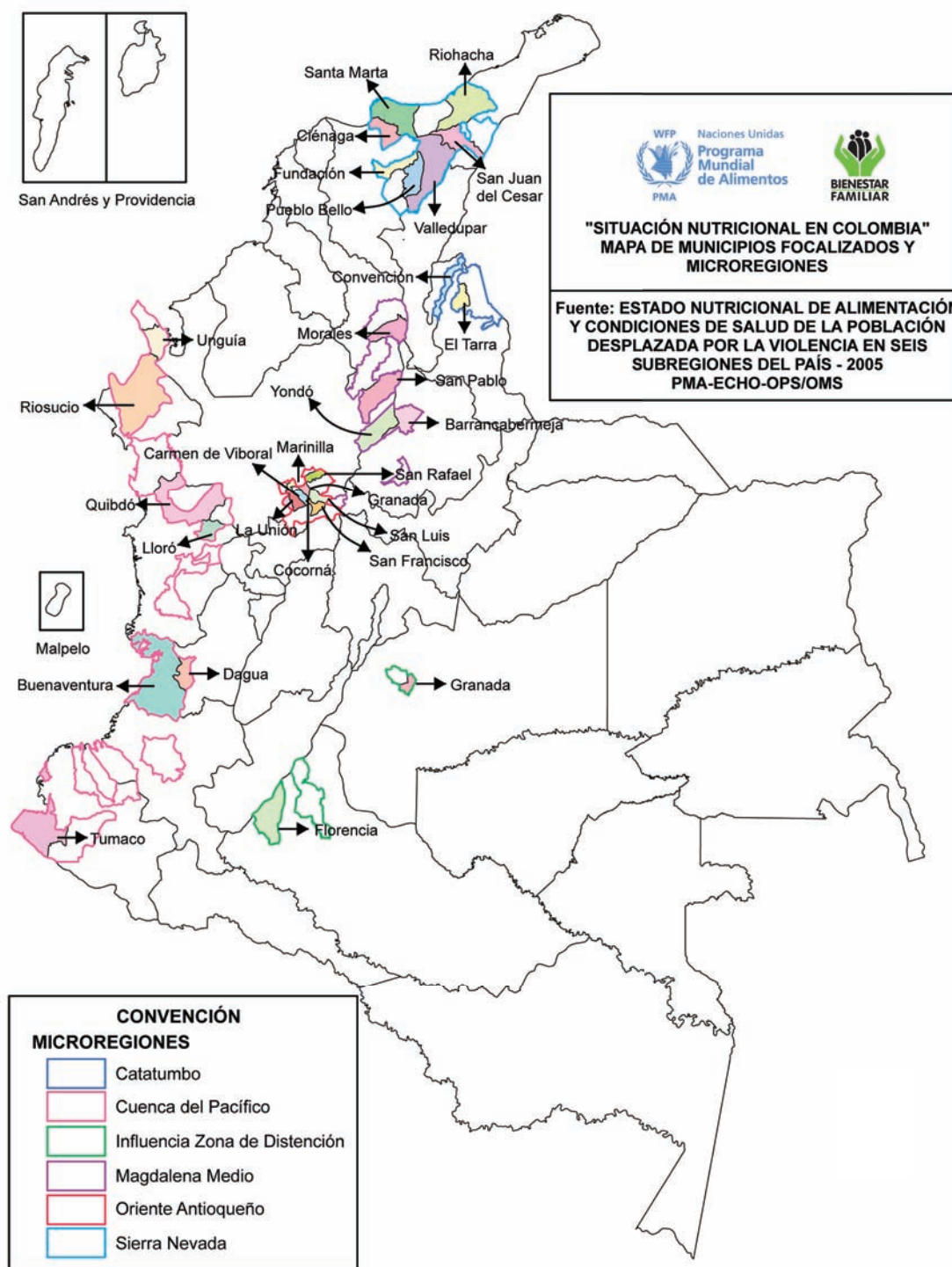
Para el seguimiento nutricional se ha establecido la sistematización de la valoración nutricional para el total de los niños en el primer y cuarto trimestre del año. En el segundo y tercero se deben sistematizar al menos los registros de los niños que requieren seguimiento; es decir, quienes se ubican para el indicador peso para la talla por debajo de -1 desviación estándar (zona crítica y desnutrición) y los que se encuentran por encima de 2 desviaciones estándar (sobrepeso).

A pesar de que se analizan los indicadores de peso/talla, talla/edad y peso/edad, se ha definido como indicador trazador el primero de ellos (peso/talla), por ser el más sensible a cambios en la alimentación, pues es un indicador que varía rápidamente en un tiempo corto, ante una intervención determinada.

Los mapas de la situación nutricional sobre los resultados del sistema de seguimiento presentan el diagnóstico nutricional de los niños y niñas menores de 5 años al inicio del período de intervención, con el fin de contrastar esta información a nivel departamental con la situación nutricional de la población general. Se busca verificar la focalización por cuanto la población que se atiende a través de estos programas está clasificada en nivel del SISBEN² 1 y 2, quienes presentan un alto riesgo de vulnerabilidad, y por tanto es posible que su estado nutricional presente un mayor deterioro.

2. Sistema de Identificación de beneficiarios de programas sociales del Estado

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



El objetivo del estudio fue realizar una evaluación del estado nutricional y alimentario, y de la situación de salud, de una muestra probabilística de población desplazada por la violencia desde el año 2001 y localizada en seis

subregiones prioritarias: i) Catatumbo, ii) Cuenca del Pacífico, iii) Influencia antigua Zona de Distensión, iv) Magdalena Medio, v) Oriente Antioqueño y vi) la Sierra Nevada.

De un universo de 60 municipios en las 6 subregiones se seleccionó probabilísticamente una muestra de 30 municipios. En cada municipio de la muestra, se seleccionaron 40 hogares desplazados y 40 de estrato I receptores. La recolección de datos se llevó a cabo en un total de 2400 hogares, 1200 desplazados y 1200 de estrato socioeconómico I receptora.

Los municipios incluidos en la muestra en estas seis subregiones y que se presentan en el mapa son:

- **Catatumbo:** Convención y El Tarra,
- **Cuenca del Pacífico:** Tumaco, Buenaventura, Dagua, Quibdó, Lloró, Riosucio, La Unión y Unguía
- **Influencia antigua Zona de Distensión:** Florencia y Granada
- **Magdalena Medio:** Barrancabermeja, Casabe, San Pablo y Morales
- **Oriente Antioqueño:** San Luís, San Francisco, Cocomá, Carmen de Viboral, Marinilla, San Rafael, Granada.
- **La Sierra Nevada:** Riohacha, Santa Marta, Fundación, Ciénaga, San Juan del Cesar, Valledupar, Pueblo Bello

Las poblaciones en las subregiones seleccionadas están mezcladas en la mayoría de municipios y por esto cuando nos referimos a población de estrato uno se identifica como receptora de población desplazada. La evaluación produjo estimaciones válidas y confiables para el universo de 406,887 desplazados residentes en las regiones estudiadas, respecto a características demográficas, socioeconómicas, de condiciones de salud y uso de servicios de salud, de estado nutricional y de suficiencia dietética de niños y niñas menores 5 años de las poblaciones comparadas. Los resultados facilitan la revisión de los tipos de intervención, la focalización y el impacto de la ayuda alimentaria canalizada a la población desplazada.

El punto de partida para el diseño de la investigación fue la definición de la población objeto de la misma, conformada por las familias con niños y/o niñas menores de 5 años, desplazados desde enero de 2001, y por las familias de estrato I receptoras, también con niños y/o niñas menores, residentes en 60 municipios medianos y pequeños de las regiones preestablecidas. La muestra probabilística seleccionada para la recolección de los da-

tos fue de 2,400 hogares, 1,200 desplazados y 1,200 de estrato I receptoras, de 30 municipios también seleccionados probabilísticamente dentro de los 60 del universo investigado.

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

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

El estudio presentó el consumo promedio de ingesta de micronutrientes comparado con el requerimiento de los niños y niñas, desagregado por: menores de 2 años que lactan, menores de 2 años que no lactan, niños y niñas de 2, 3 y 4 años de edad.

Para la construcción de los mapas de deficiencia de nutrientes, los indicadores se calcularon tomando el agregado de población menor de 5 años de edad y se tomó como referencia los mismos valores tomados en la ENSIN.

Estos resultados se relacionaron con las prevalencias nacionales establecidas por la ENSIN 2005, para la construcción de los mapas de situación nutricional.

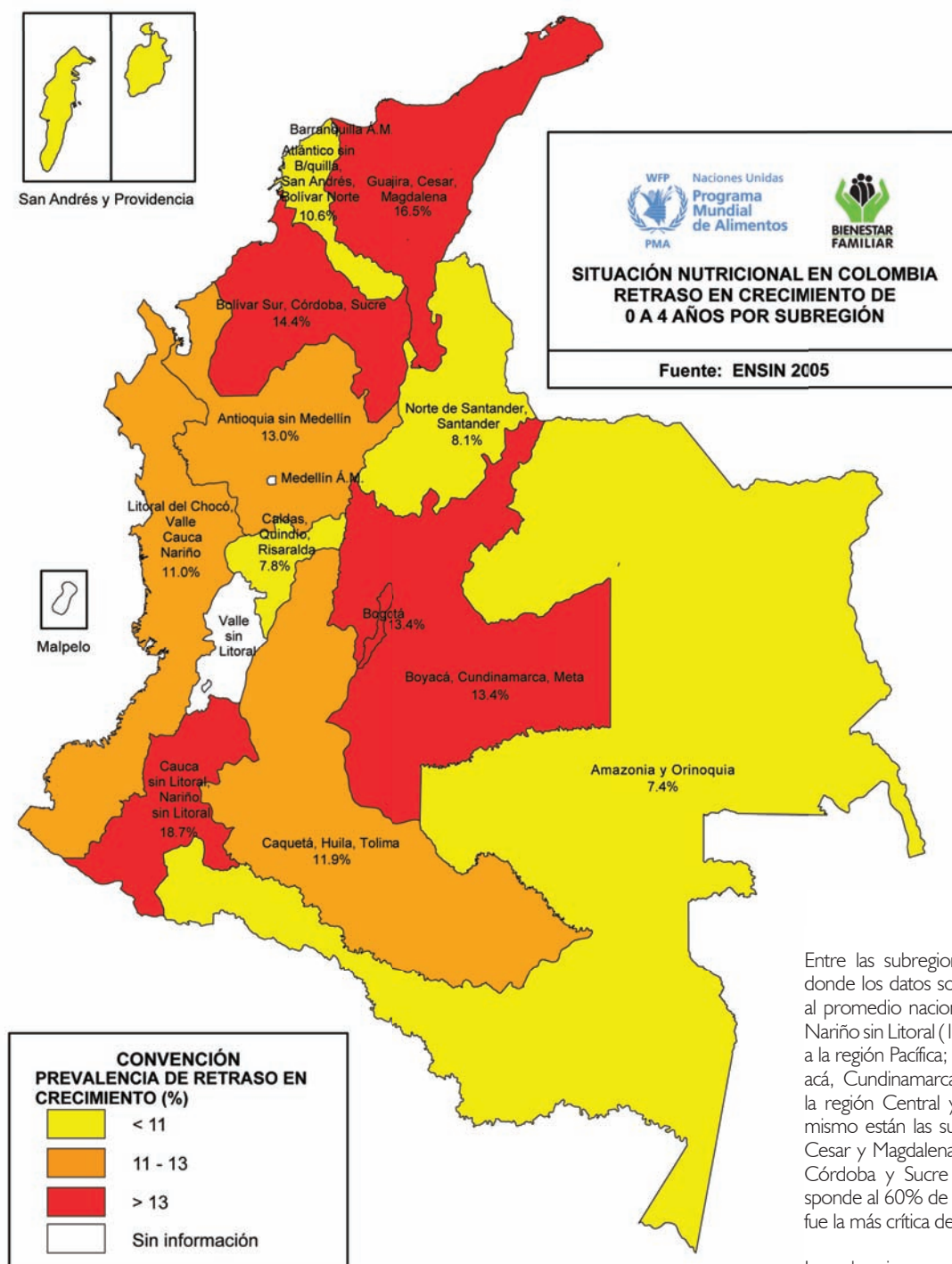


SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA



Encuesta Nacional de la
Situación Nutricional en
Colombia
ENSIN 2005

Retraso en el crecimiento de los niños y niñas de 0 a 4 años por Subregión



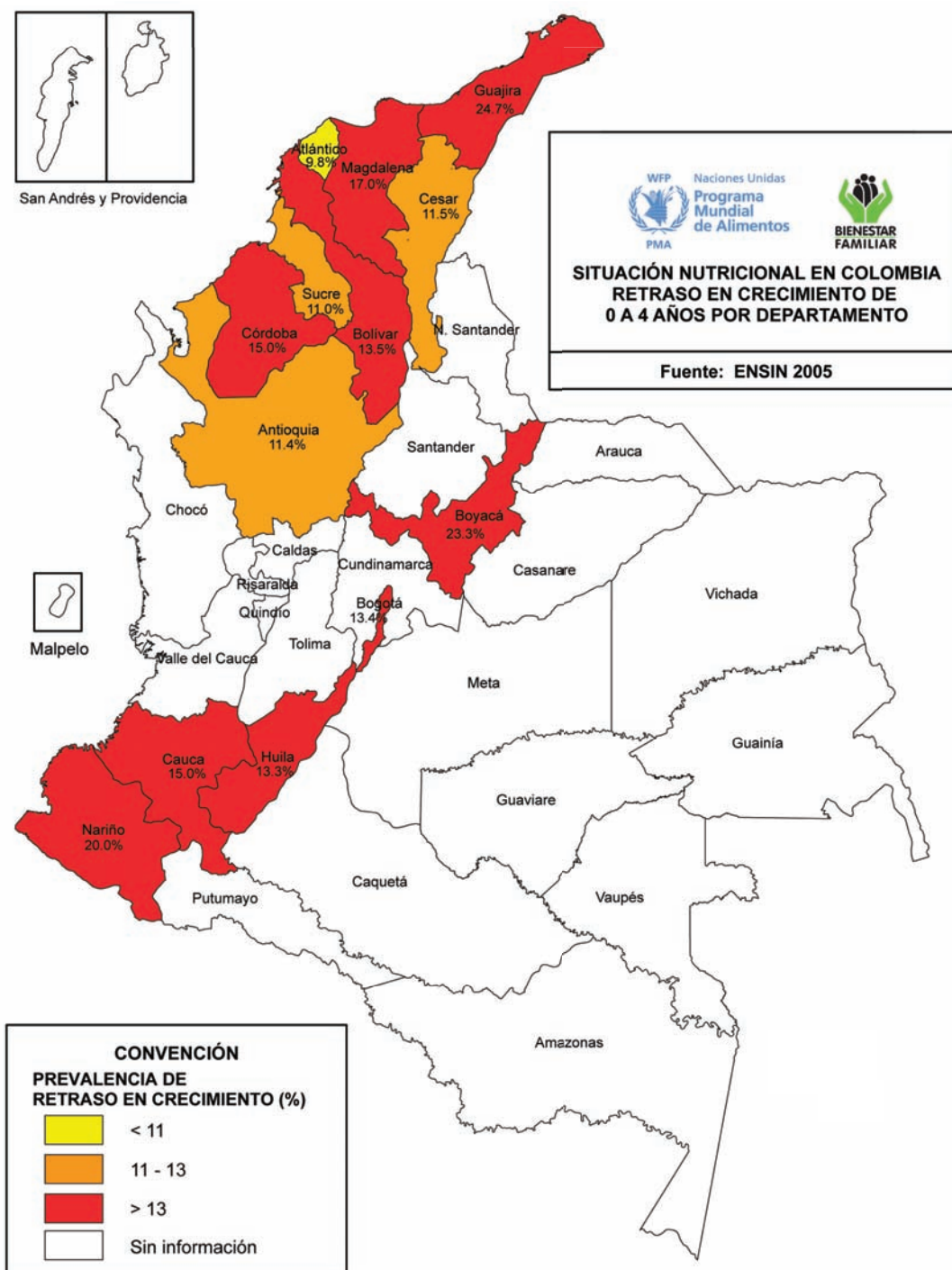
Entre las subregiones de color rojo en donde los datos son críticos y superiores al promedio nacional, aparecen Cauca y Nariño sin Litoral (18.7%), pertenecientes a la región Pacífica; y la subregión de Boyacá, Cundinamarca y Meta (13.4%) de la región Central y Bogotá (13.4%); así mismo están las subregiones de Guajira, Cesar y Magdalena (16.5%); Bolívar Sur, Córdoba y Sucre (14.4%), que corresponde al 60% de la Región Atlántica que fue la más crítica de las regiones del país.

Las subregiones en amarillo, que tuvieron cifras por debajo del nivel nacional están Atlántico sin Barranquilla, San Andrés y Bolívar Norte (10.6%), pertenecientes a la región Atlántica; Norte de Santander y Santander (8.1%) de la Región Oriental; Caldas, Quindío y Risaralda (7.8%) de la Región Central; y Amazonia – Orinoquia (7.4%) son las subregiones con los porcentajes de retraso en el crecimiento en los niños entre 0 y 4 años por debajo del 11%.

Este mapa permite observar el comportamiento del indicador de retraso en crecimiento en los niños y niñas menores de cinco años en Colombia, pero con un nivel de desagregación más pequeño que la región, como es la subregión, la cual está conformada por un total de 14 subregiones.

La prevalencia nacional de baja talla para la edad o desnutrición crónica es de 12%, este tipo de desnutrición se hace más prevalente entre los 12 a 23 meses (16.9%), mientras en menor proporción en los menores de 6 meses (3.0%).

Retraso en el crecimiento de niños y niñas de 0 a 4 años por Departamento

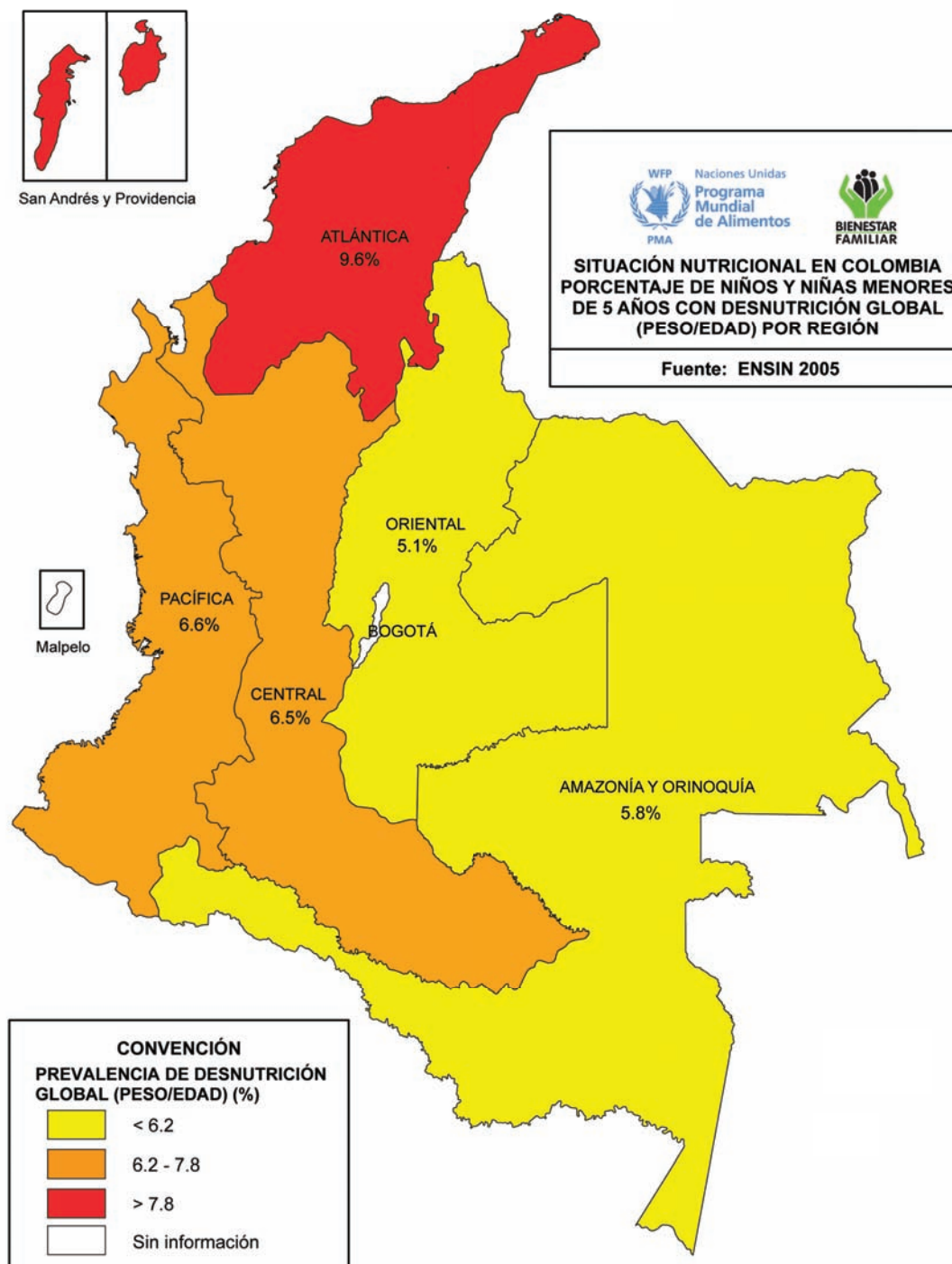


Tal como se evidencia en el presente mapa, para éste indicador el nivel de análisis por departamento tuvo una escasa representatividad motivo por el cual la mayoría de los departamentos está de color blanco, situación que limita dimensionar el problema nutricional de una manera más detallada y por ende, plantear alternativas diferenciales en cada departamento.

La zona rural presenta una prevalencia de 17.1% y la zona urbana 9.5%, la desnutrición crónica severa es de 2.1% en los niños y niñas colombianos de 0 a 4 años, en el área rural es cerca de tres veces mayor (3.7%) que en el área urbana (1.4%).

En los departamentos donde la muestra fue representativa, (12 de 33 departamentos), la situación es preocupante entre los niños y niñas entre 0 y 4 años en cuanto a retraso en el crecimiento, teniendo en cuenta que se presentaron departamentos críticos de todas las regiones. Los departamentos en rojo porque están por encima del rango superior son Guajira (24.7%), Boyacá (23.3%), Nariño (20%), Córdoba (15%), Magdalena (17%), Cauca (15%), Bolívar (13.5%) y Huila (13.3%), mientras que Atlántico, en amarillo, reporta el dato más bajo con 9.8%.

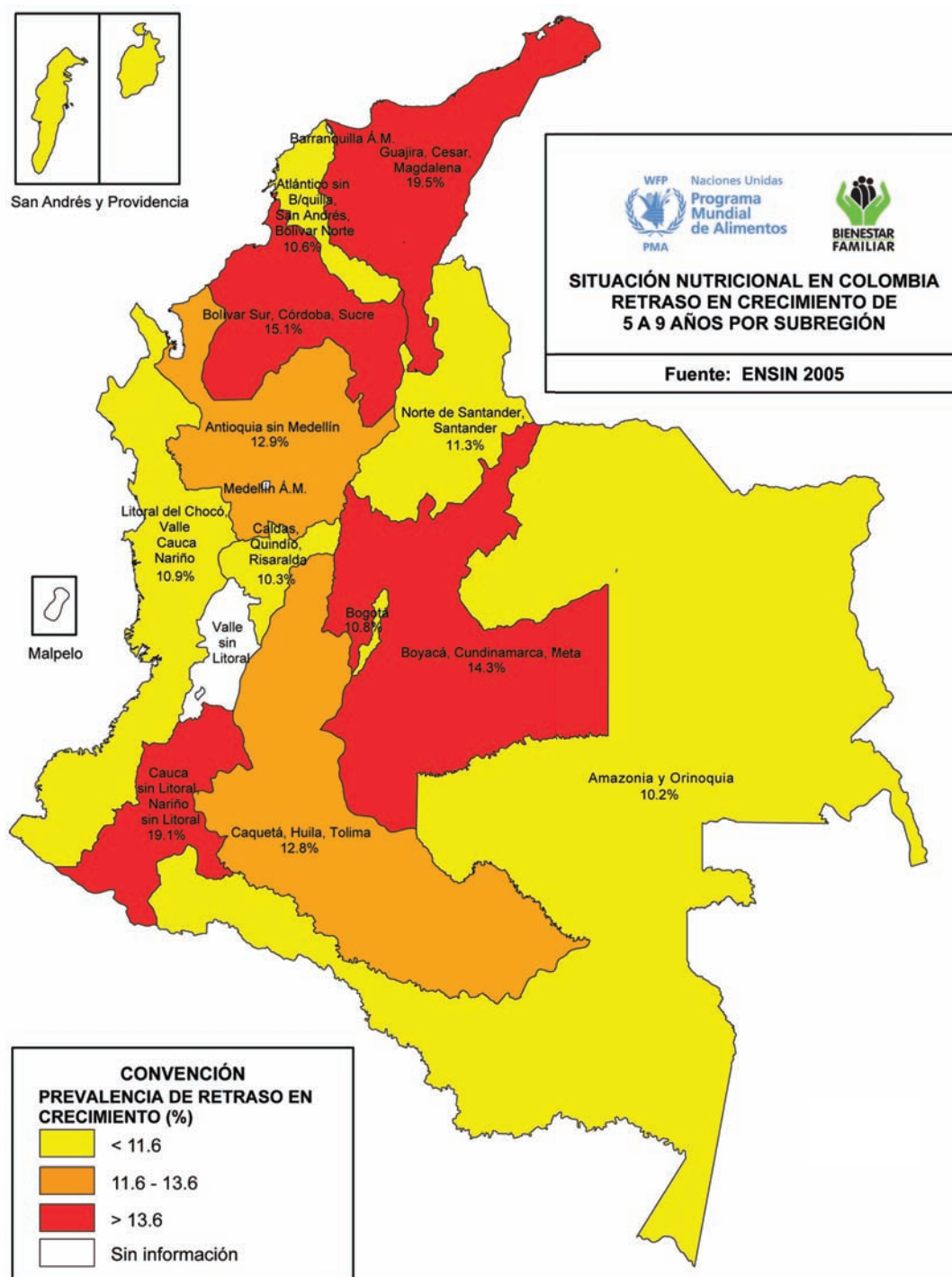
Desnutrición Global en niños y niñas de 0 a 4 años por Región



Según los resultados de la ENSIN 2005, el 7% de los niños y las niñas presentó desnutrición global o insuficiencia ponderal, siendo más prevalente en los que tienen entre 12 y 23 meses de edad (9.2%), en la zona rural es de 9.7%. La mayor prevalencia se presenta en los niños y niñas de 10 y 11 meses (12.2%) y la menor en el grupo de edad compuesto por los niños y niñas menores de 6 meses (1.3%).

La región Atlántica tiene la mayor desnutrición por bajo peso para la edad, equivalente al 9.6%, por encima del promedio nacional. La región Central y Pacífica está dentro de los rangos de confianza (6.2% y 7.8%) y la Región de Amazonía – Orinoquía está por debajo del promedio nacional, pero solo incluye datos de la cabecera municipal.

Retraso en el crecimiento de los niños y niñas de 5 a 9 años por Subregión



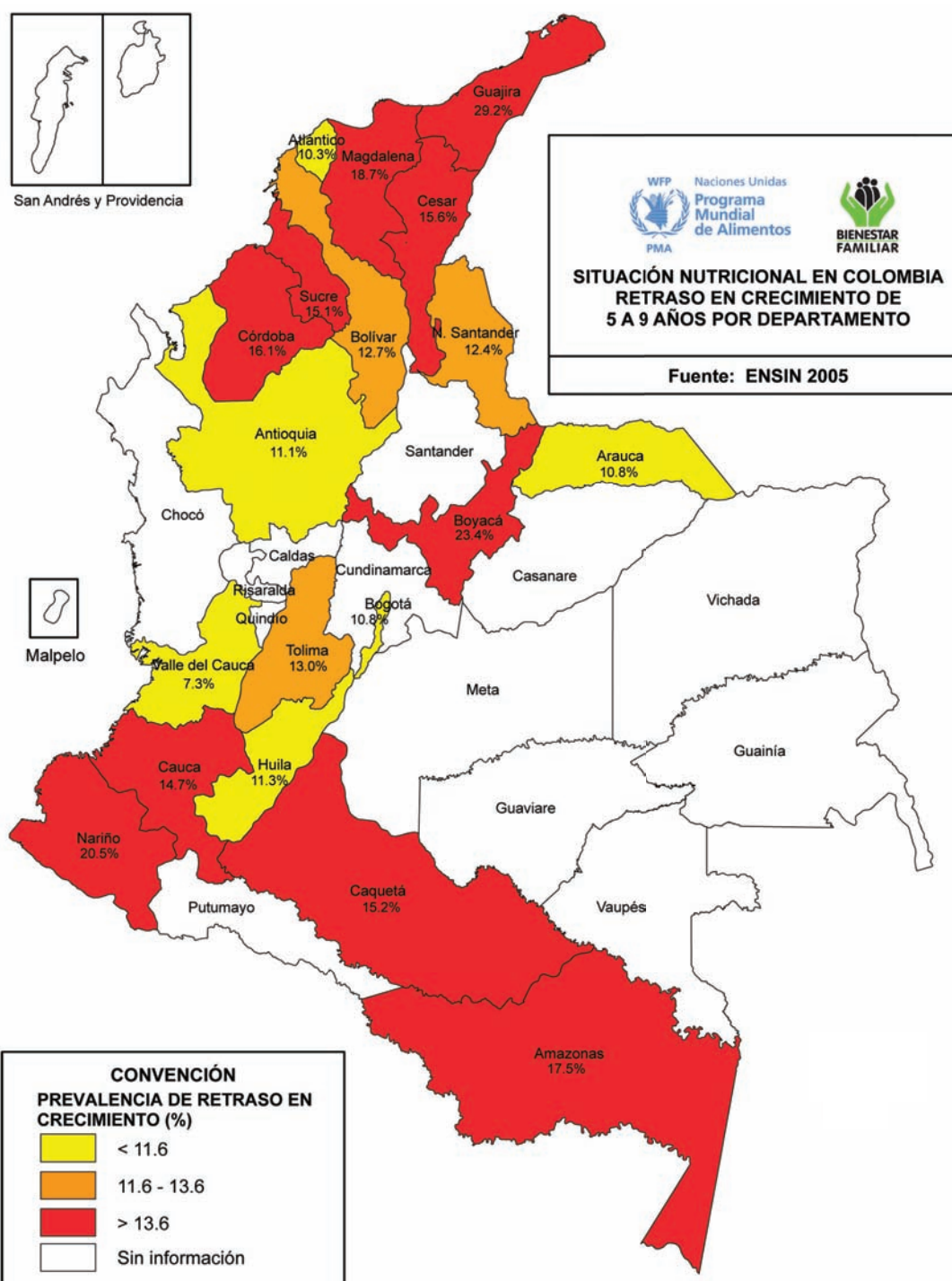
Tal como lo muestra el mapa, la desagregación por subregión muestra representatividad en todas las subregiones exceptuando la del Valle Litoral que está en color blanco. El 12.6% de los niños y niñas colombianos entre 5 y 9 años tienen retraso en crecimiento (estatura baja para su edad) y es mayor en los hombres 14.5% que en las mujeres 10.6%.

Las subregiones en rojo, que son las más afectadas ya que superan considerablemente el promedio nacional (12,6%) son las subregiones de la Guajira, Cesar y Magdalena (19,5%) de la Región Atlántica; Cauca y Nariño sin Litoral (19,1%); Bolívar Sur, Córdoba y

Sucre (15,1%); y Boyacá, Cundinamarca y Meta (14,3%). Lo anterior refleja no solo un problema como región sino un deterioro de las condiciones de vida en éste grupo poblacional, incrementándose de ésta manera, la brecha en la seguridad alimentaria y nutricional por grupo étnico.

Las subregiones en amarillo con prevalencias por debajo del promedio nacional, son Norte de Santander y Santander (11,3%); Chocó, Valle litoral, Cauca litoral y Nariño litoral (10,9%); Atlántico sin Barranquilla, San Andrés y Bolívar Norte (10,6%); Caldas, Quindío y Risaralda (10,3%); y Orinoquia-Amazonia (10,2%).

Retraso en el crecimiento de niños y niñas de 5 a 9 años por Departamento



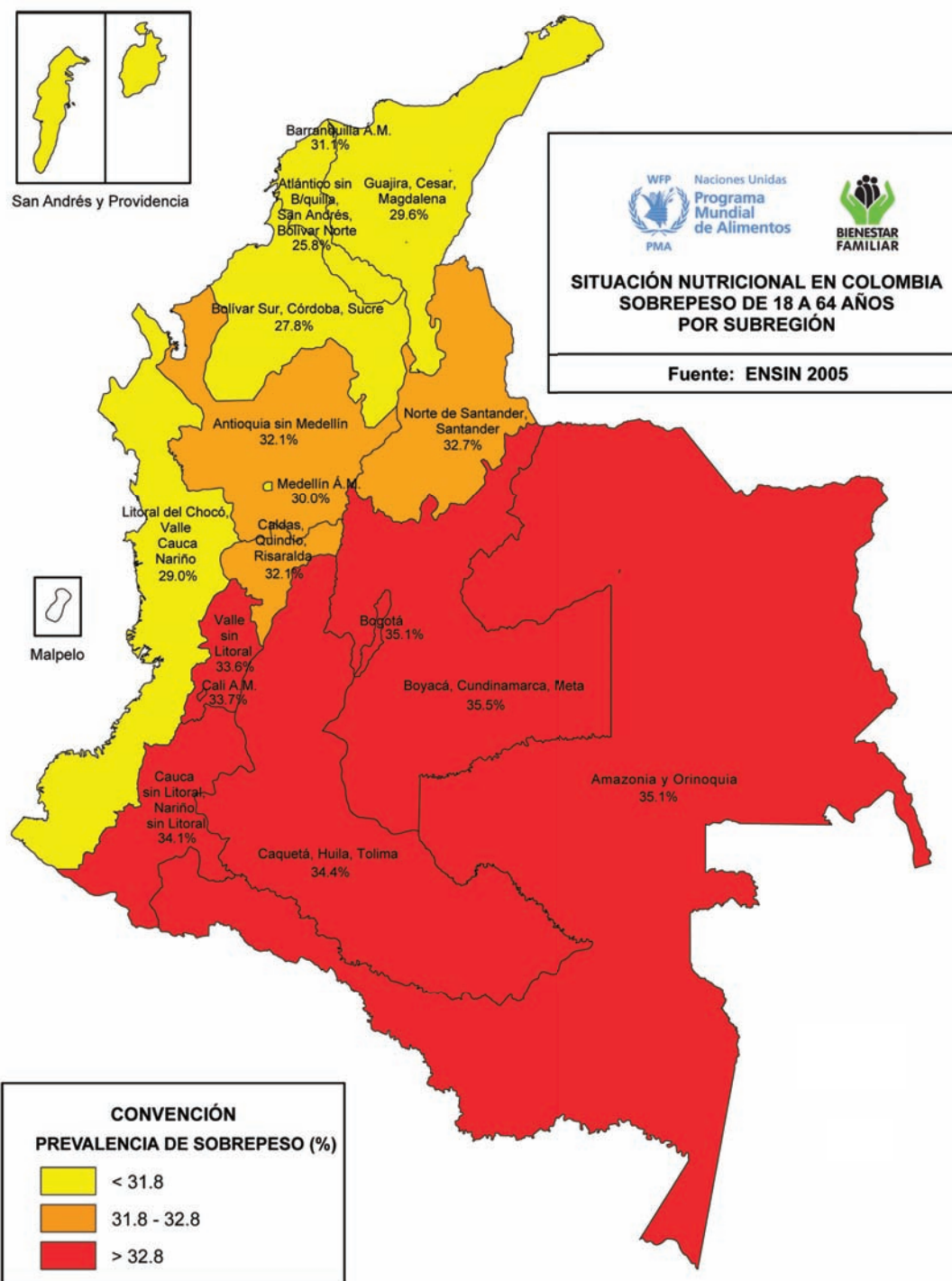
Tal como se observa en el presente mapa, para éste indicador, 19 de los 33 departamentos tuvieron representatividad de los datos, lo que dificulta dimensionar la problemática nutricional de los niños de 5 a 9 años que permitan establecer acciones a nivel de 14 departamentos.

En el área rural la prevalencia es muy alta (18.5%) y en la urbana es de 9.7%. La población rural dispersa, muestra una alta prevalencia (20.6%).

En los departamentos donde se obtuvo representatividad muestral,

se evidencia que diez de los 19 fueron clasificados con color rojo reflejando cifras superiores al promedio nacional: Guajira (29.2%), Amazonas (17.5%), Boyacá (23.4%), Nariño (20.5%), Magdalena (18.7%), Córdoba (16.1%), Cesar (15.6%), Sucre (15.1%), Caquetá (15.2%) y Cauca (14.7%). Esta situación evidencia un deterioro en este grupo poblacional, teniendo en cuenta que respecto al grupo poblacional de 0 a 4 años, no sólo se incrementó el número de departamentos sino que en algunos se incrementó la prevalencia de retraso en el crecimiento como Cesar y Sucre quienes pasaron de color naranja en el mapa de 0 a 4 años a rojo en grupo de edad de 5 a 9 años.

Sobrepeso en la población de 18 a 64 años por Subregión



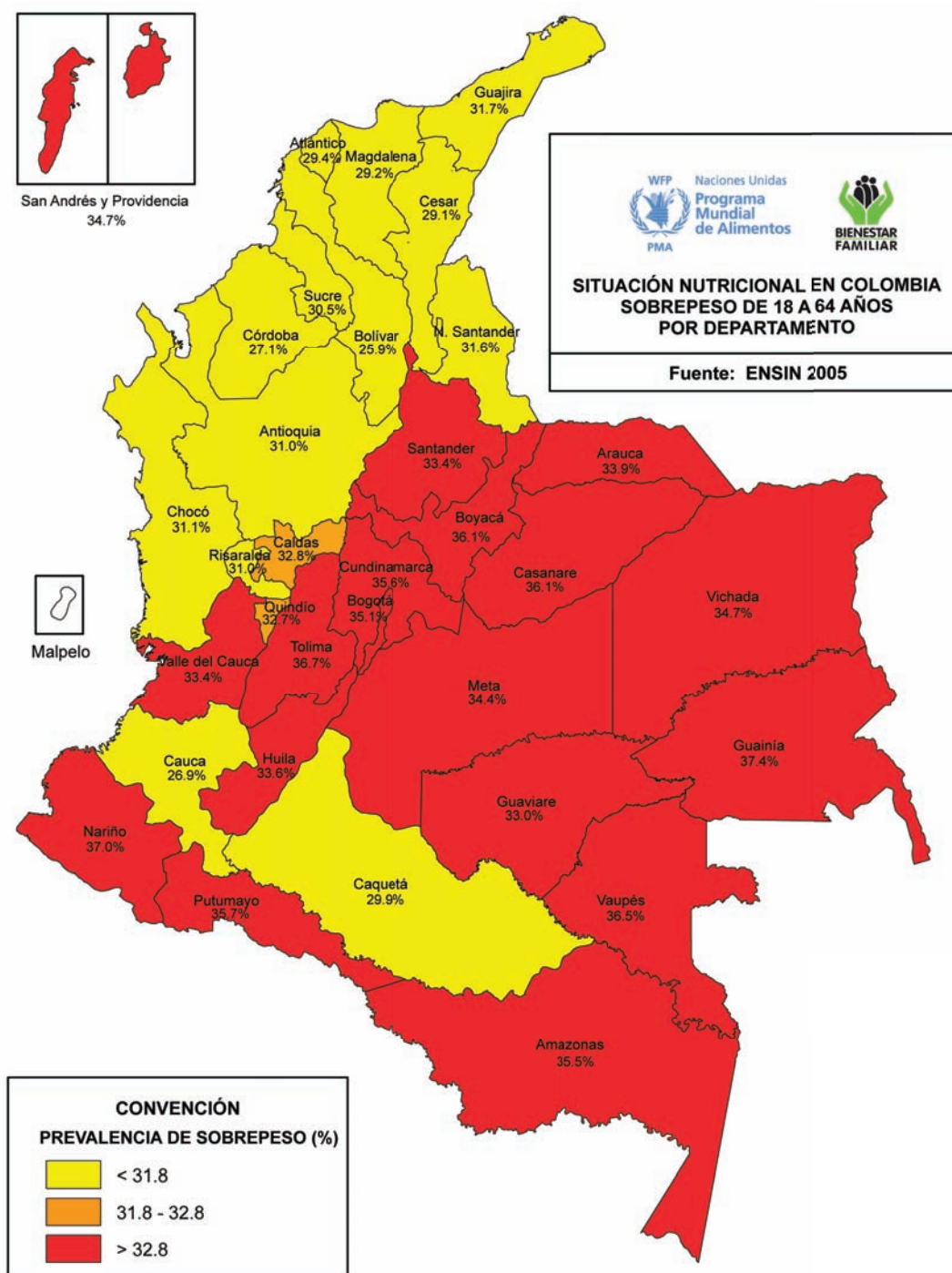
La definición de sobrepeso por subregión permite evidenciar en el mapa, los lugares con mayor riesgo y de ésta manera, definir desde los departamentos, acciones que contribuyan a la identificación de determinantes y de ésta manera, la orientación de acciones de salud pública para la prevención y el control del sobrepeso y por ende, reducir el riesgo de presentar obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles. En el país, la prevalencia de sobrepeso fue de 32,3%, siendo mayor en las mujeres (33%) que en los hombres (31.1%).

El presente mapa, muestra en rojo que las regiones con mayores prevalencias de sobrepeso entre las personas de 18 a 64 años de

edad son las de Bogotá y Orinoquia-Amazonia con un 35,1%, Boyacá, Cundinamarca y Meta con 35,5%. Seguido en orden descendente también se encuentra la subregión de Caquetá, Huila y Tolima, con una prevalencia de 34,4%; y las subregiones de Cauca sin Litoral, Nariño sin Litoral con prevalencia de 34,1%.

Así mismo, el mapa muestra que las subregiones que tuvieron prevalencias menores a las del país (32,3%), se concentraron en la de Atlántico sin Barranquilla la de menor prevalencia en el país con 25,8%. Medellín y la subregión comprendida por Chocó, Valle, Cauca y Nariño con Litorales, presentan prevalencias de 30% y 29% respectivamente.

Sobrepeso en la población de 18 a 64 años por Departamento



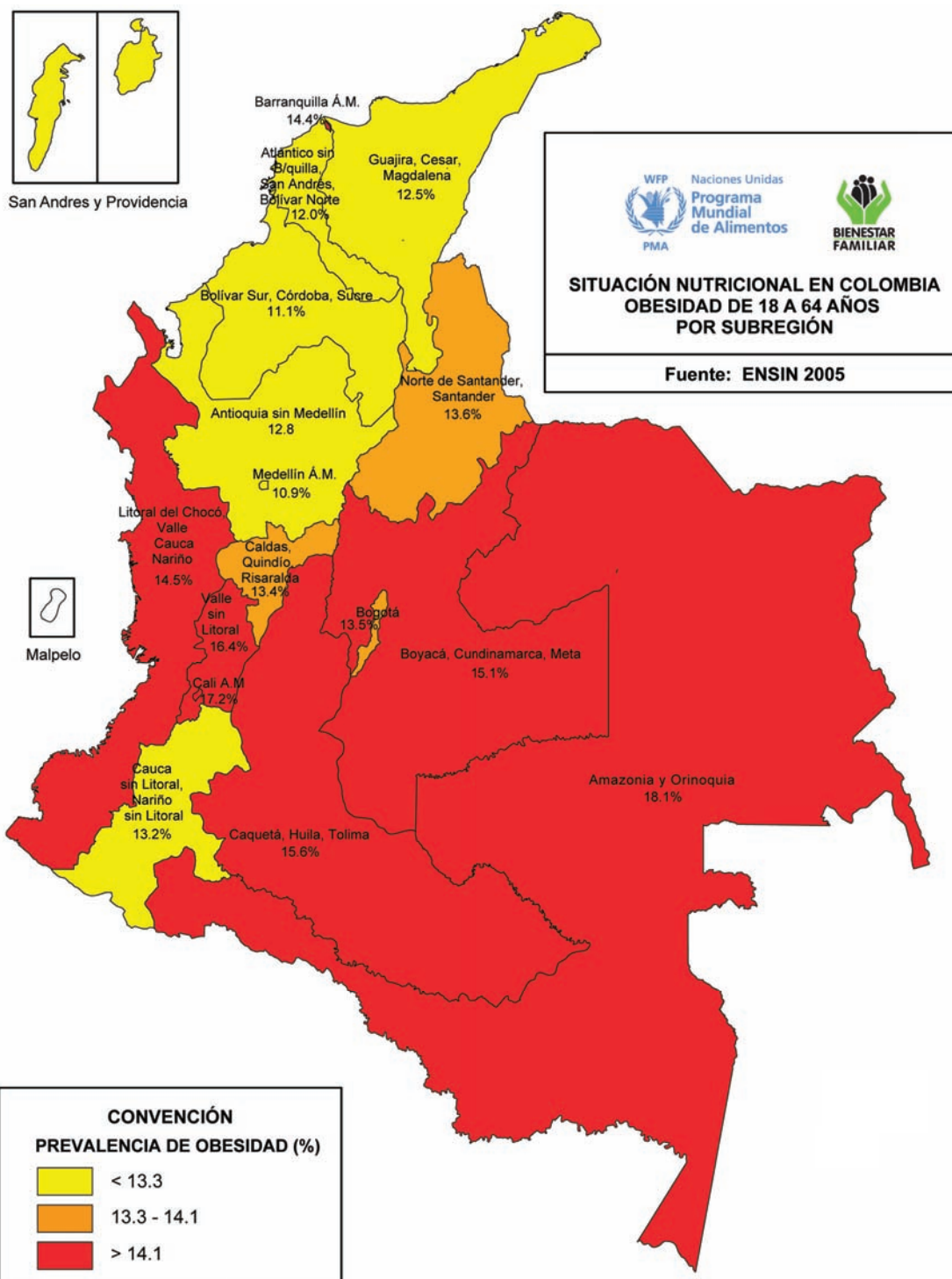
Tal como lo muestra el mapa, sólo los departamentos de Antioquia, Caldas y Risaralda, pertenecientes a la Región Central, presentan porcentajes de sobrepeso similares al promedio nacional (32.3%).

El mapa para el sobrepeso, muestra de color rojo 17 departamentos, reflejando prevalencias superiores al límite superior del intervalo de confianza para el promedio nacional (32,8%), es decir, más del cincuenta por ciento de los departamentos presentan cifras supe-

riores al nivel nacional entre la población adulta, siendo Guainía, Tolima y Vaupés los de mayores prevalencia con 37,4%, 36,7% y 36,5% respectivamente.

En contraste, por debajo del rango inferior de sobrepeso para el país, (31,8%), de color amarillo están 13 departamentos destacándose Córdoba con el menor porcentaje (27,1%) seguido de Cesar y Magdalena con 29% de prevalencia.

Obesidad en la población de 18 a 64 años por Subregión

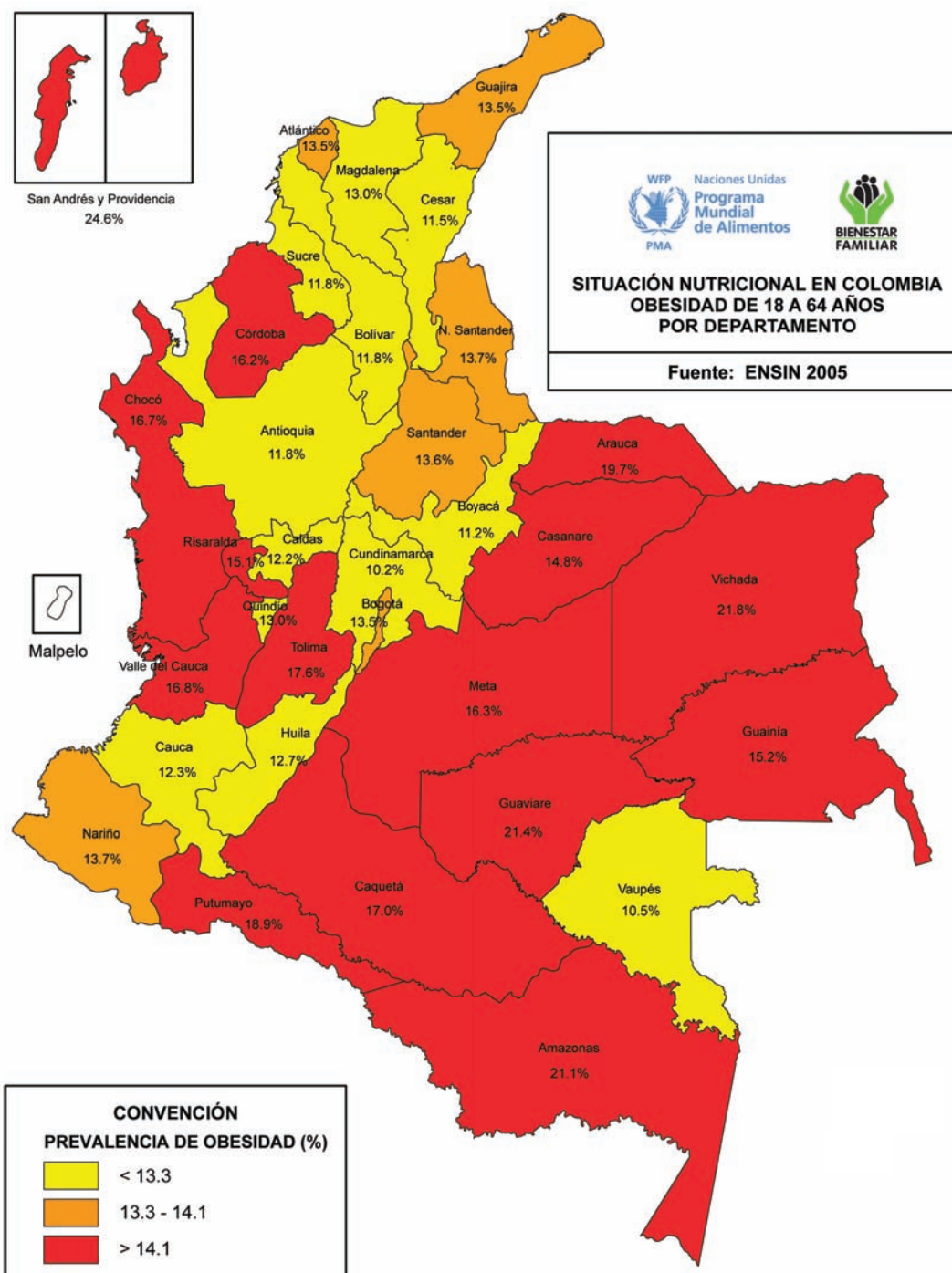


Para el país, la obesidad tuvo una prevalencia de 13,7%; en el mapa se destaca la mayor prevalencia en Orinoquia-Amazonia con 18,1%.

Las subregiones de color naranja en el mapa, con prevalencia cercana al promedio del país son la de Caldas, Quindío y Risaralda; Bo-

gotá y Norte de Santander, Santander. El resto de subregiones están por debajo del límite inferior del país (13,3%), siendo el área Metropolitana de Medellín la de menor porcentaje con 10,9%, seguido de la subregión de Bolívar Sur, Córdoba, Sucre con 11,1%.

Obesidad en la población de 18 a 64 años por Departamento



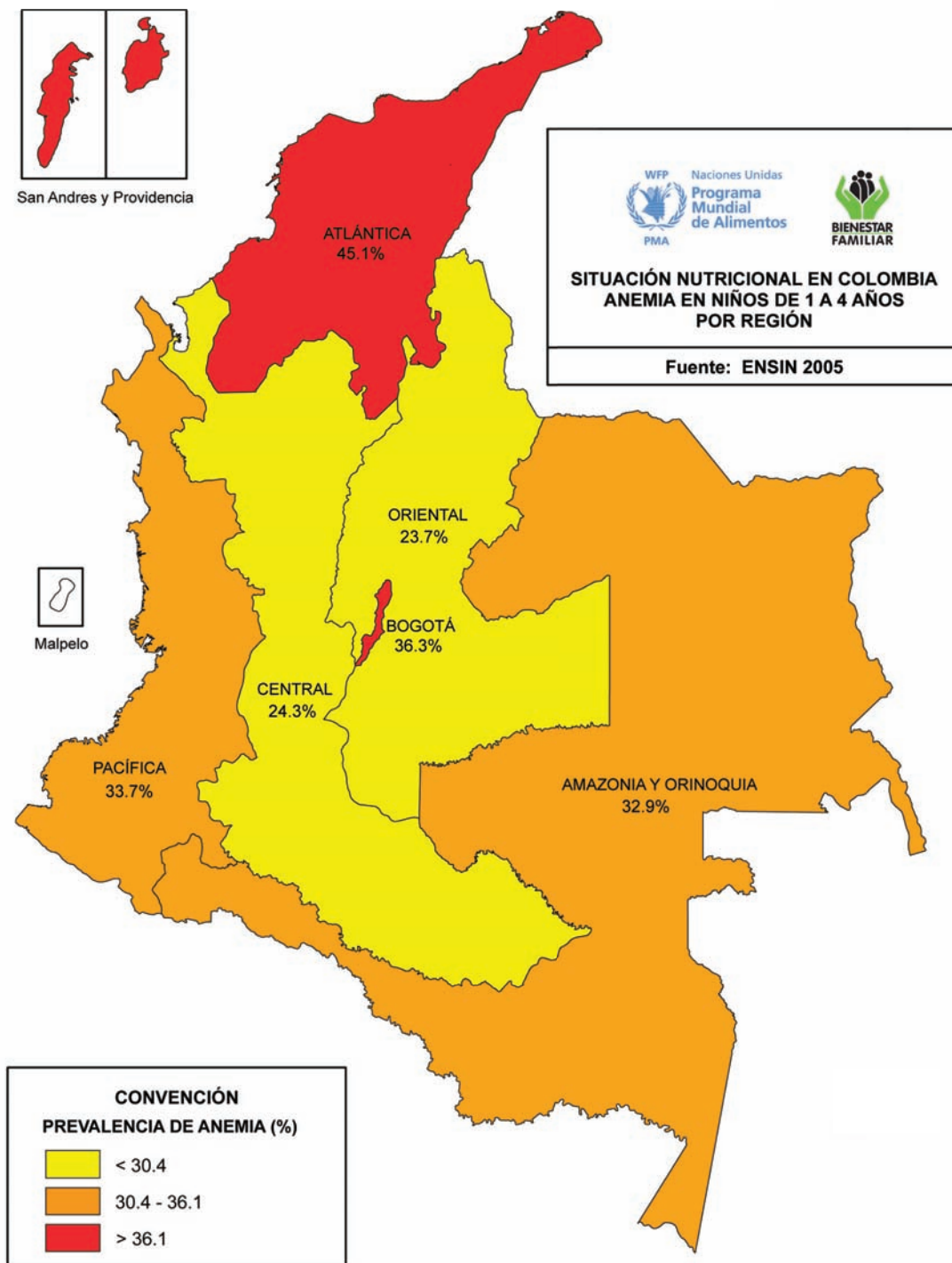
La prevalencia de obesidad en la población de 18 a 64 años, muestra una prevalencia por encima del rango superior para el país (14,1%) en 15 de los 33 departamentos, es decir, el 45,4% de los departamentos, lo que deja entrever un problema de salud pública.

Entre los departamentos más críticos se observan San Andrés con 1,7 veces por encima del rango superior de la prevalencia en el país (24,6%), seguido de Vichada con 21,8% y Guaviare con 21,4%,

departamentos que requieren en un futuro mejorar la información sobre su situación nutricional.

Por otro lado, por debajo del rango inferior de obesidad para el país, (13,3%) en color amarillo se ubican Cundinamarca que arroja el menor porcentaje (10,2%), seguido de Vaupés (10,5%), Boyacá con 11,2% y Cesar con 11,5%. Los departamentos de Atlántico, Bogotá, La Guajira, Nariño, Norte de Santander y Santander, tienen prevalencias entre el 13,3% y 14,1%.

Anemia en niños y niñas de 1 a 4 años por Región



La anemia nutricional es la más prevalente dentro de la población, siendo la anemia ferropriva la más frecuente. La Organización Mundial de la Salud estima que la prevalencia global de anemias nutricionales es del 30% (OMS/FAO, 1991) y que la mayor responsable de la anemia es la baja ingesta de hierro. Los grupos más vulnerables son las mujeres en edad fértil, especialmente las gestantes y los niños menores de cinco años. La deficiencia de hierro se ha relacionado con un bajo desempeño intelectual, baja productividad y un menor desarrollo económico y social de las personas.

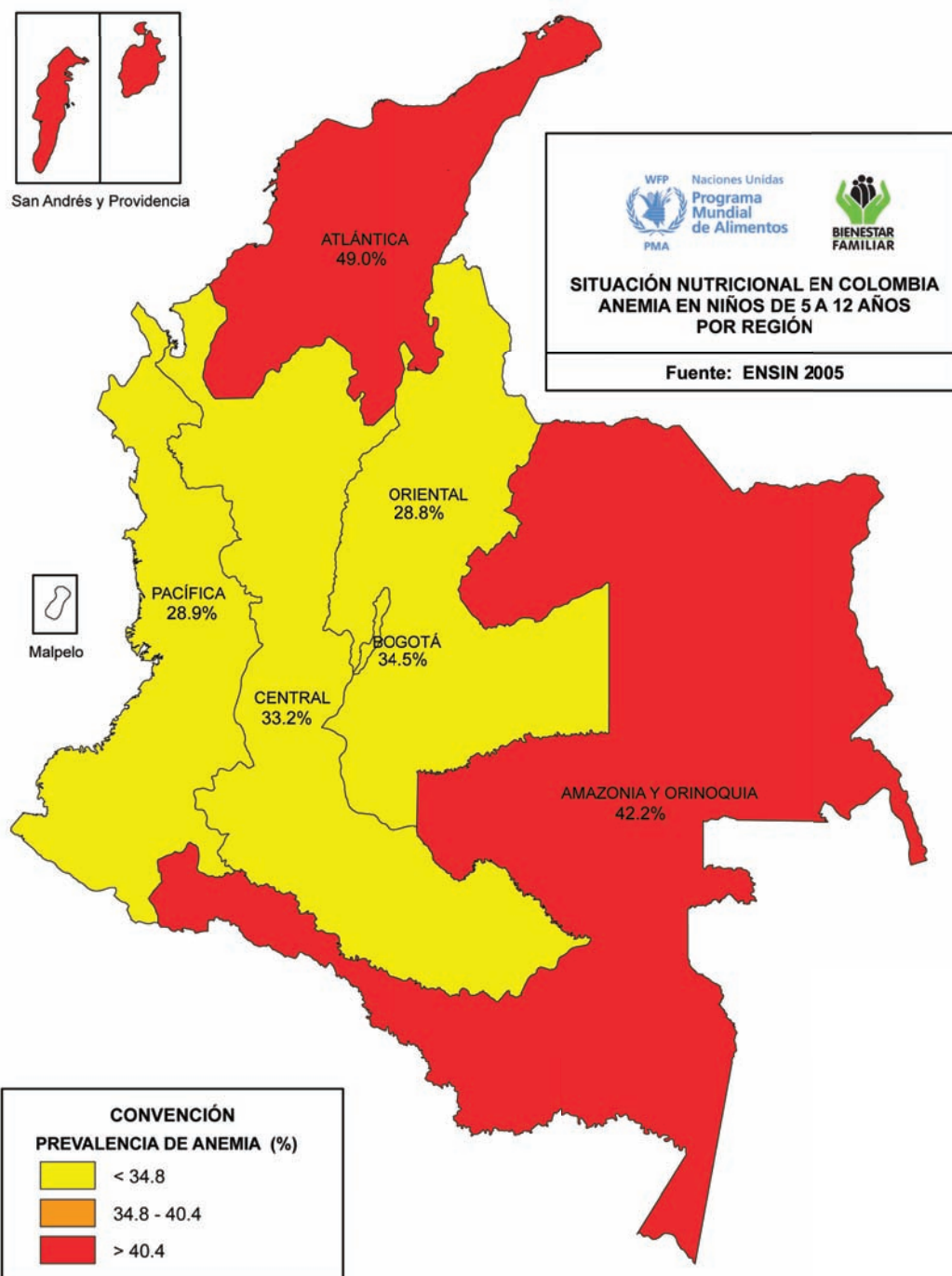
Para la ENSIN, se tomaron muestras de sangre a las niñas y niños de 1 a 12 años y se adoptaron los valores de anemia para niños de 1 a 4 años, concentraciones de hemoglobina por debajo de 11 g/dL, valor determinado por la Organización Mundial de la Salud.

La prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años para el país fue de 33,2%, es decir, una tercera parte de los niños en este rango de edad padecen este problema. Se observa la Región Atlántica, con la situación más crítica, con una prevalencia de 45,1%, seguida de Bogotá con 36,3%, coincidiendo éstas dos, como las de mayor retraso en crecimiento de 0 a 4 años, lo que puede ser una de las razones que contribuyen considerablemente dicho retraso.

Los niños y niñas entre 12 y 23 meses presentan una prevalencia alta de anemia (53.2%). A partir de esa edad y hasta los 59 meses, hay una reducción progresiva, hasta llegar a 22.1% en los niños y niñas entre 48 y 59 meses de edad. El comportamiento de las prevalencias de anemia es similar en los dos sexos, siendo un poco mayor en los niños (38.3%) que en las niñas (36.9%). Es mayor en la zona rural (39.1%) que en la urbana (30.8%).

Las regiones Pacífica y Orinoquia-Amazonia, tienen prevalencias dentro del rango promedio para el país (33.2%), en tanto que la Oriental y Central, presentan menor prevalencia de anemia con 23,7% y 24,3% respectivamente.

Anemia en niños de 5 a 12 años por Región



Para la ENSIN, se adoptaron los valores de anemia para niños de 5 a 12 años, las concentraciones de hemoglobina por debajo de 12 g/dL, valor determinado por la Organización Mundial de la Salud.

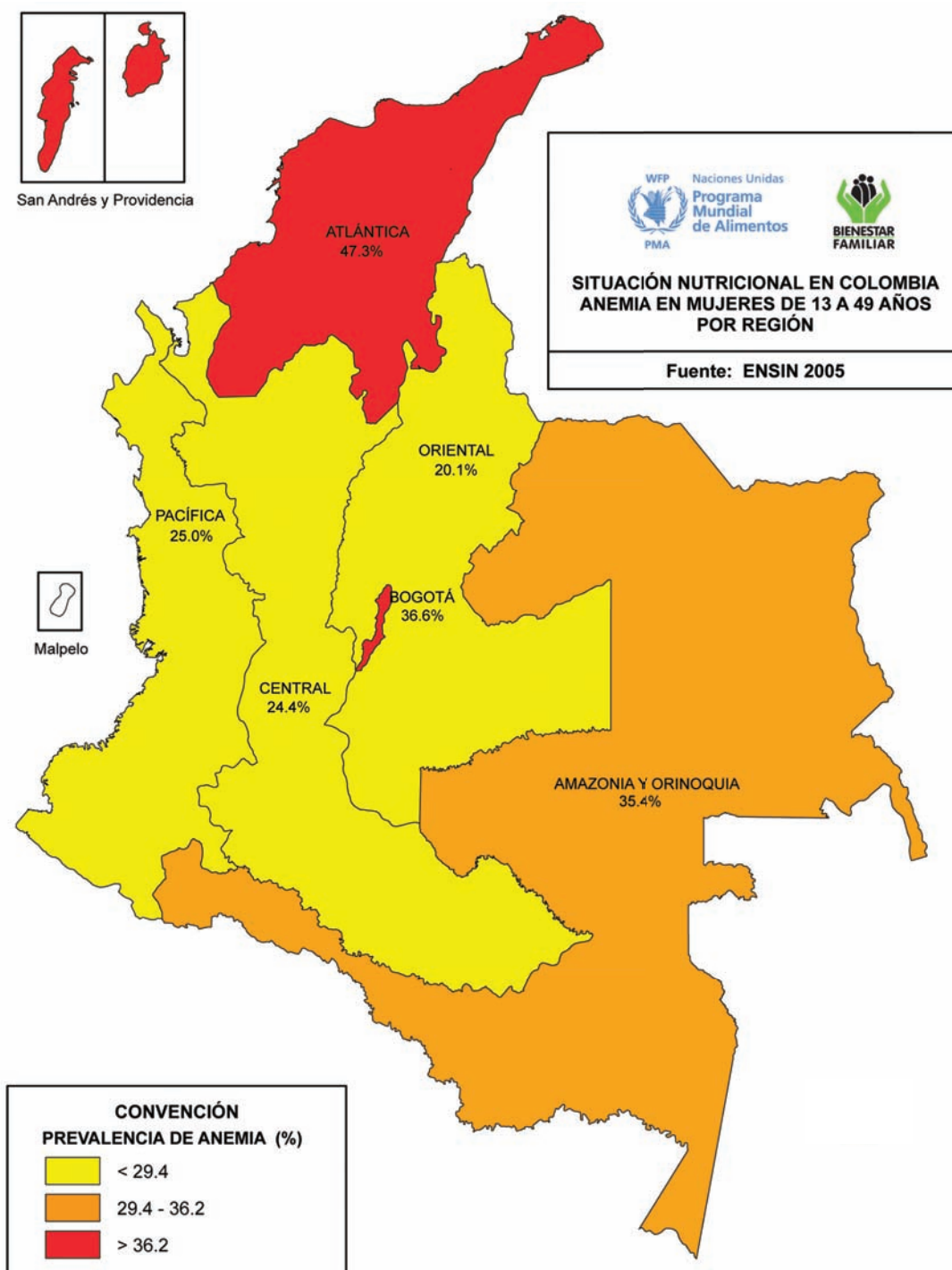
La prevalencia de anemia por región en niños de 5 a 12 años en el país es de 37,6%; como se puede observar la región Atlántica presenta una alta prevalencia de 49,0%, seguida de Orinoquia-Amazonia con 42,2%; mientras que Bogotá, mostró una prevalencia de 34,5%.

Las regiones Oriental y Pacífica, son las de menor prevalencia de anemia con 28,8% y 28,9% respectivamente; siendo la Oriental la

de menor prevalencia en los dos grupos etáreos analizados, pero con un incremento en su cifra en los niños de 5 a 12 años.

Se evidencia que la reducción de la prevalencia de la anemia es progresiva a medida que aumenta la edad. El grupo de edad mas afectado es el de 5 años con una prevalencia de 49,2%, seguido muy de cerca por los niños y las niñas de 6 años con 48,2%; reduciéndose progresivamente hasta llegar a 27,4% en los niños de 12 años. El comportamiento de las prevalencias de anemia es similar en los dos sexos, siendo un poco mayor en los niños (38,3%) que en las niñas (36,9%). Es mayor en la zona rural (44,2%) que en la urbana (34,9%).

Anemia en mujeres de 13 a 49 años por Región



En el país la prevalencia de anemia en mujeres de 13 a 49 años es de 32,8%. Para la ENSIN, se adoptaron las concentraciones de hemoglobina por debajo de 12 g/dL, para anemia en mujeres de 13 a 49 años, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud.

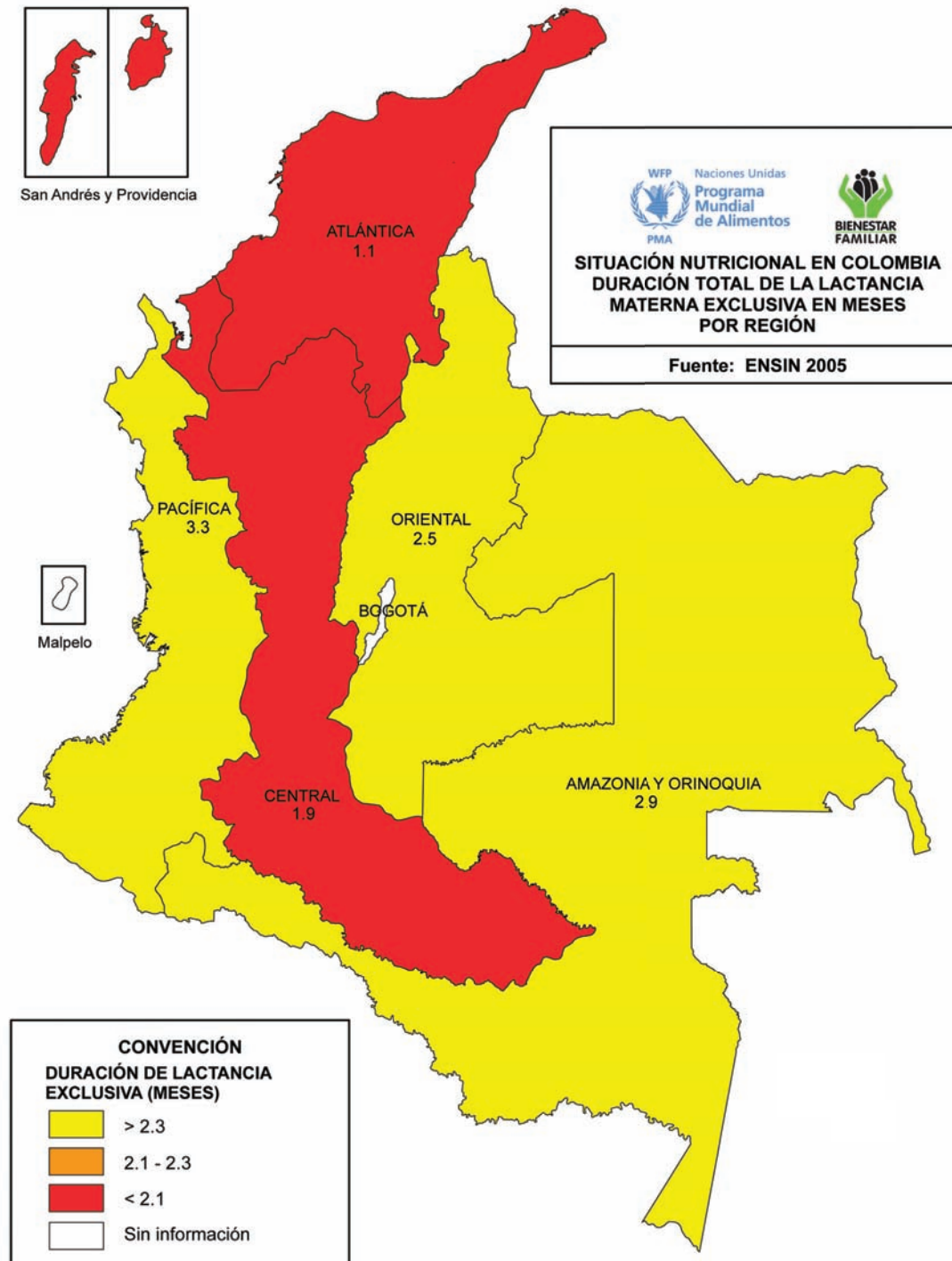
Para el grupo de 13 a 17 años la prevalencia de Anemia es de 32,7%, de 32,2% para el de 18 a 29 años y de 33,2 para el de 30 a 49 años de edad.

En color rojo está la Región Atlántica, la cual vuelve a presentar en un indicador nutricional, la mayor prevalencia de anemia en el país con

47,3%, valor muy por encima del rango superior para el país (36,2%). En orden descendente, le sigue nuevamente Bogotá con 36,6%. De color naranja está Orinoquia-Amazonia con 35,4%, por tener una cifra que está dentro del rango promedio de prevalencia de anemia para el país.

En las regiones Oriental y Central en mujeres de 13 a 49 años fueron las de menor prevalencia de anemia con 20,1% y 24,4% respectivamente; cifras por debajo del rango inferior para el país. Cabe destacar que la Región Oriental fue la de menor prevalencia en todos los grupos poblacionales analizados.

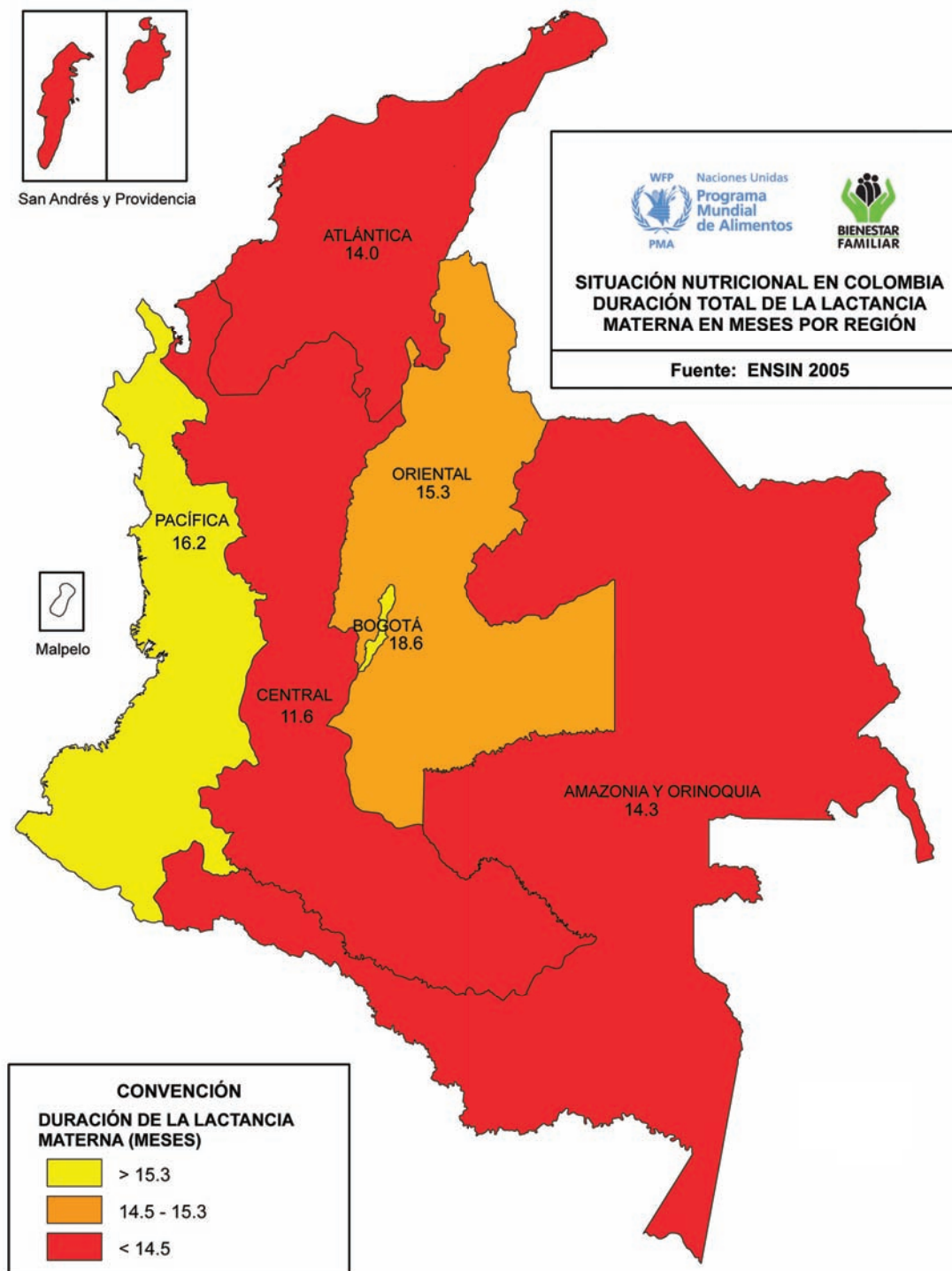
Duración total de lactancia materna exclusiva en meses por Región



La ENSIN contempló un capítulo de lactancia materna teniendo en cuenta la importancia que ésta tiene para el desarrollo y estado nutricional de los niños menores de dos años. La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y complementaria hasta los dos años de vida, se convierte en una estrategia fundamental para el cumplimiento del derecho a la salud, la alimentación y el desarrollo integral de los niños y niñas.

El presente mapa, muestra la duración total de lactancia materna exclusiva en meses en donde se observa de color rojo como la más crítica la Región Atlántica con la más baja duración, llegando solamente a 1,1 meses de lactancia exclusiva y la región central con 1.9 meses. En tanto que la Región Pacífica de color amarillo, es la de mayor duración con 3,3 meses, superior a la mediana nacional (2.2 meses), seguida de Orinoquia-Amazonia (2,9 meses).

Duración total de lactancia materna en meses por Región

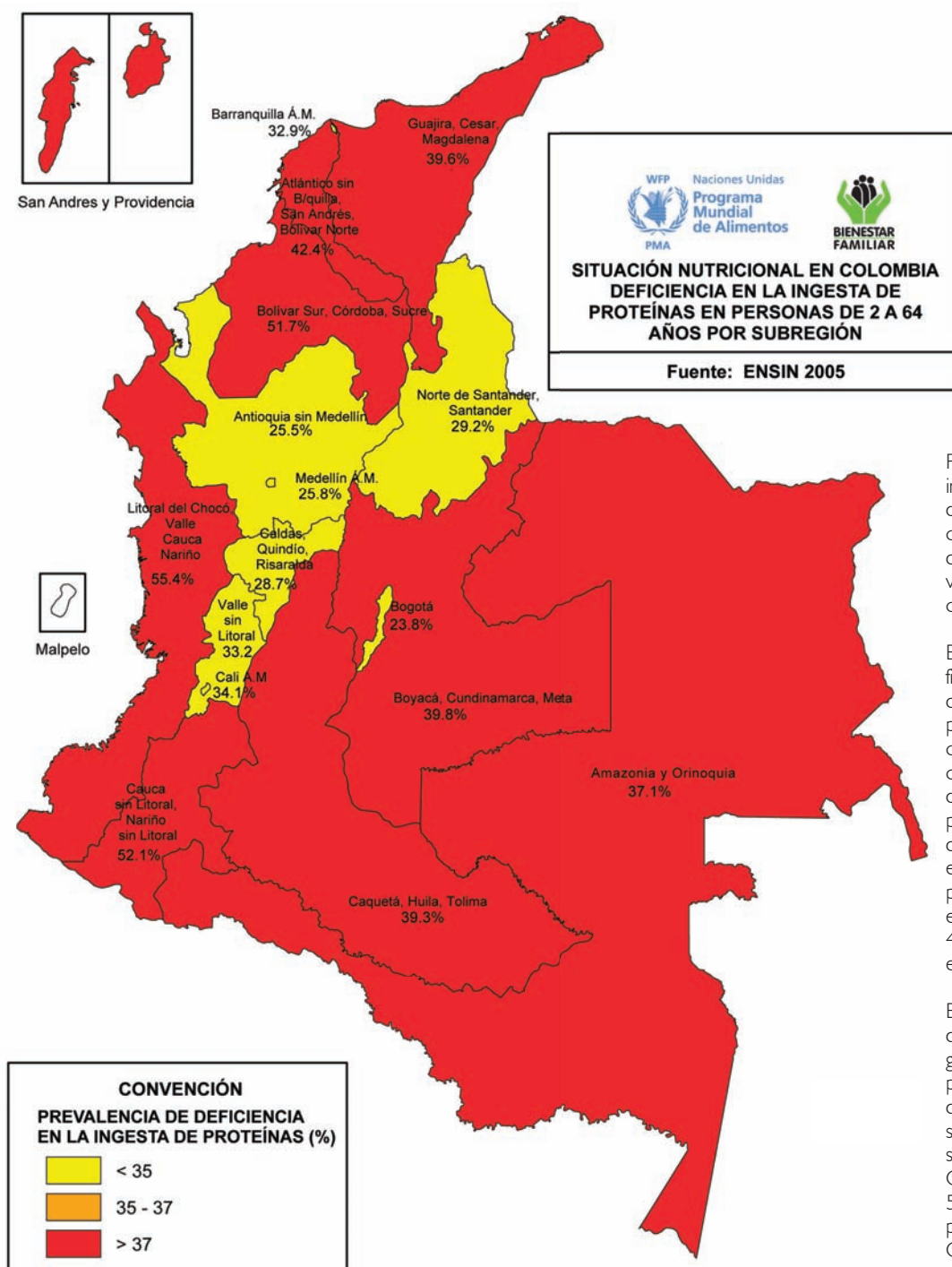


En la ENSIN la información de lactancia materna se obtuvo sobre el último niño nacido vivo de 0 a 4 años de edad; siendo la duración mediana de la lactancia materna en Colombia de 14,9 meses.

El mapa georeferencia la duración total de la lactancia materna por

región, destacándose en color amarillo Bogotá, con 18,6 meses, mostrando mejores resultados que la lactancia exclusiva, mientras que la Región Central de color rojo, fue la de menor duración total con 11,6 meses. La recomendación internacional para la duración prolongada de la lactancia materna es de 24 meses de edad.

Personas de 2 a 64 años con déficit en la ingesta de proteínas por Subregión



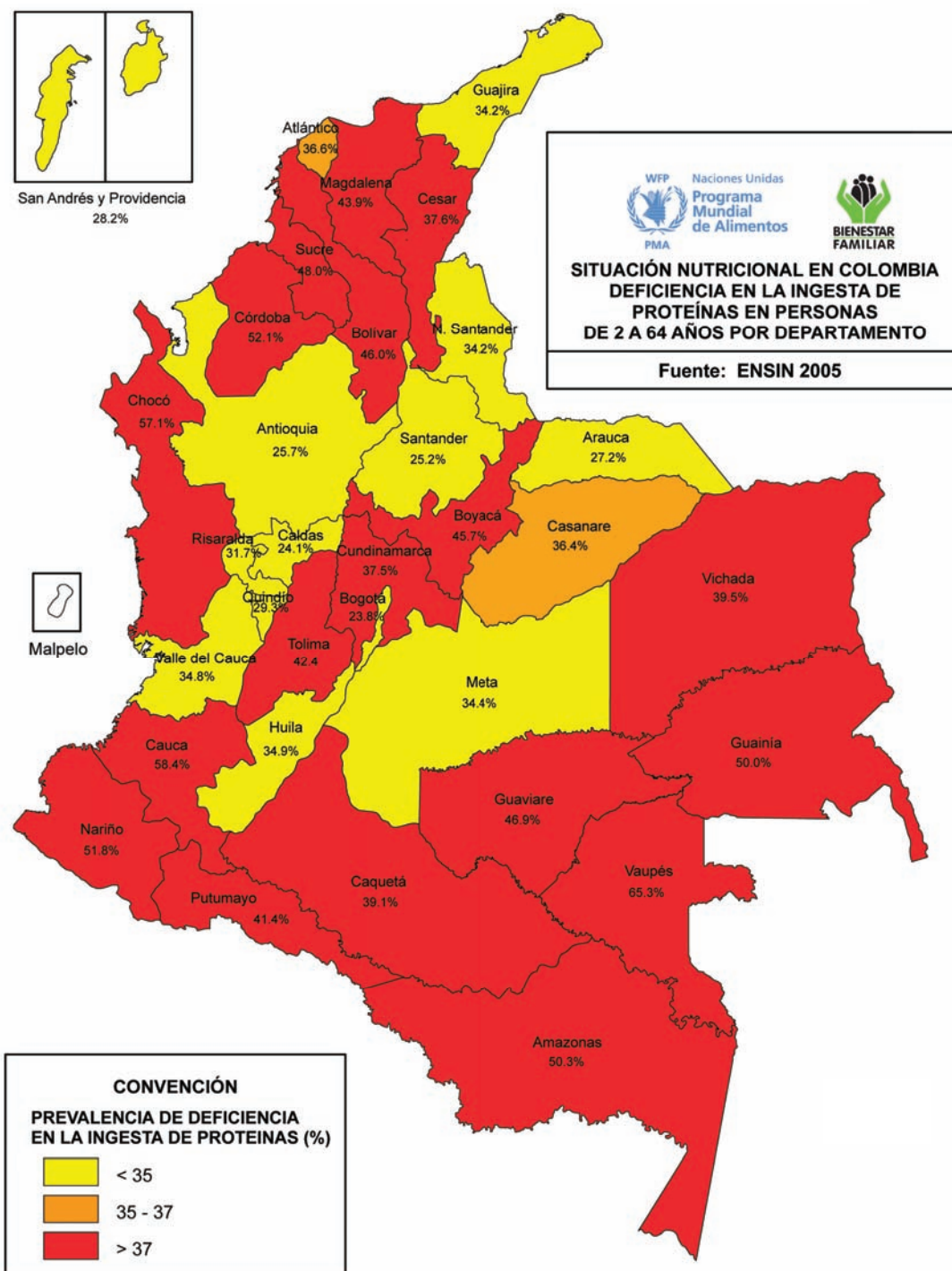
Para establecer la proporción de individuos con ingesta inadecuada de proteínas se tuvo en cuenta la cantidad de proteína ingerida, se determinó el requerimiento individual y se obtuvo una relación o cociente.

En Colombia la prevalencia de deficiencia de ingesta de proteína fue de 36,0%, es decir, una tercera parte de la población tiene bajo consumo de este nutriente, lo que contribuye al deterioro nutricional de la población por ser fundamental para el crecimiento y la formación de órganos y tejidos. Este déficit en el consumo se incrementó a partir de los 14 años, edad en que el porcentaje de déficit alcanzó el 43.1% en los hombres y 50.1% en las mujeres.

En el presente mapa se observa que en la mayoría de las subregiones hay déficit en la ingesta de proteínas, lo cual se presenta en 10 de las 14 subregiones del estudio siendo más alta la deficiencia en la subregión de Chocó, Valle Litoral, Cauca Litoral y Nariño Litoral con 55.4% de déficit en la ingesta de proteínas. Le sigue la subregión de Cauca sin Litoral y Nariño sin Litoral con 52.1% y Bolívar Sur, Córdoba Sucre con 51.7%. Se destaca a Bogotá que tiene el porcentaje más bajo en el déficit descrito, ya que reporta 23.8%, sin embargo se reitera que a pesar de que está muy por debajo del promedio nacional, la prevalencia en el déficit de ingesta de proteína sigue siendo muy alta.

En la ENSIN, se utilizó como metodología para la recolección de información, la técnica del recordatorio de 24 horas, en donde se indagó acerca de todos los alimentos ingeridos el día anterior y se recolectó al azar a lo largo de toda la semana, con el fin de estimar y ajustar la variabilidad intraindividual. De igual forma, se utilizó un juego de modelos de alimentos que reproducen las diferentes formas, tamaños, para líquidos y se utilizaron fotografías de tamaño real.

Personas de 2 a 64 años con déficit en la ingesta de proteínas por Departamento.



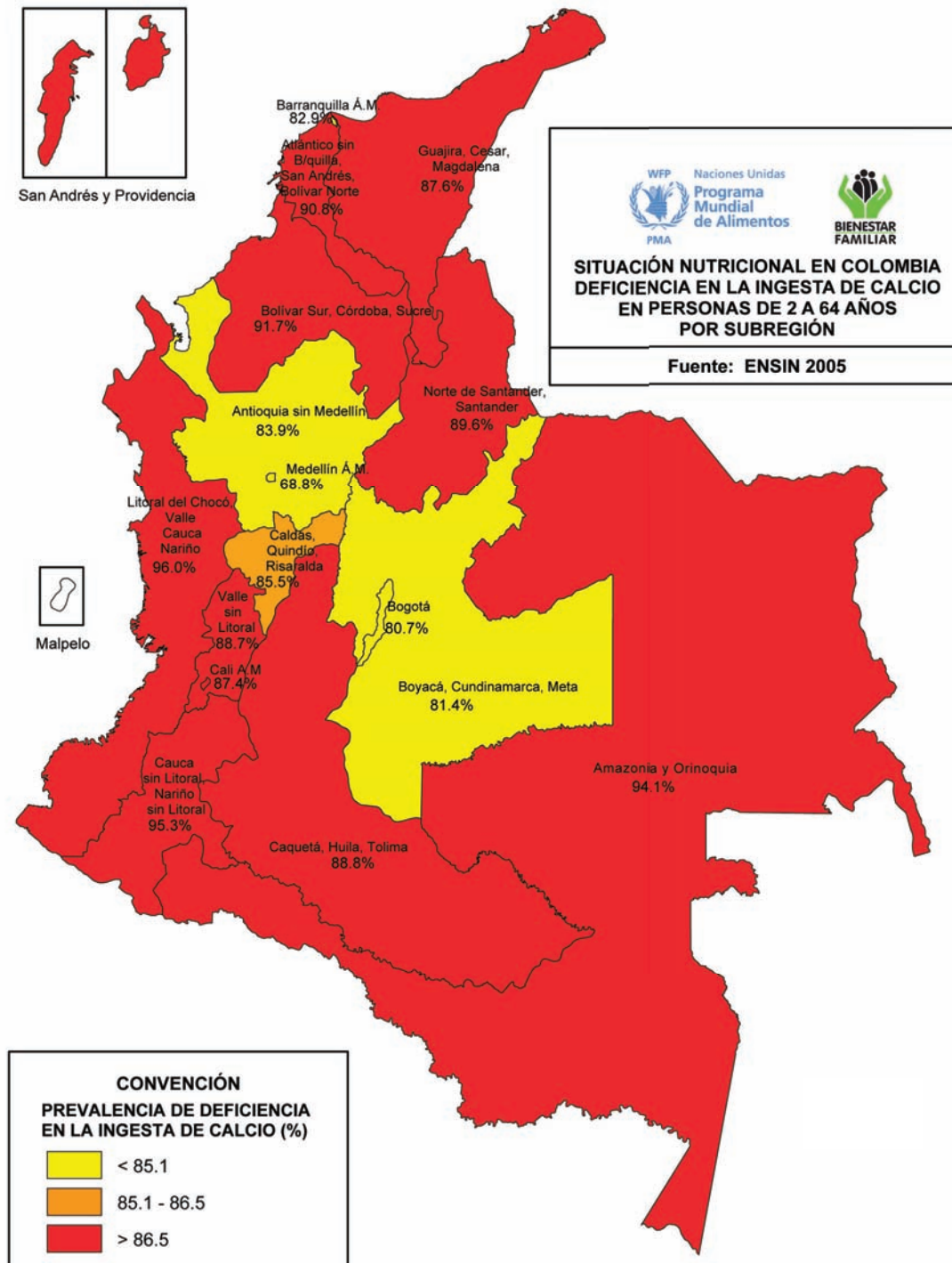
De los 32 departamentos del país, 12 registran déficit de ingesta de proteína menor al promedio nacional (36%).

Los descritos en color rojo, presentan la mayor prevalencia de deficiencia de proteína, Vaupés con 65,3%, Cauca, con 58,4% y Chocó con 57,1%. Entre los departamentos que tuvieron

déficit en el consumo por debajo del valor inferior para el país (35%) están Santander (25,2%), Caldas (24,1%) y Bogotá (23,8%).

Los departamentos de Atlántico y Casanare fueron los únicos en naranja porque tuvieron una prevalencia dentro del rango nacional (36,5%).

Personas de 2 a 64 años con deficiencia en la ingesta de calcio por Subregión



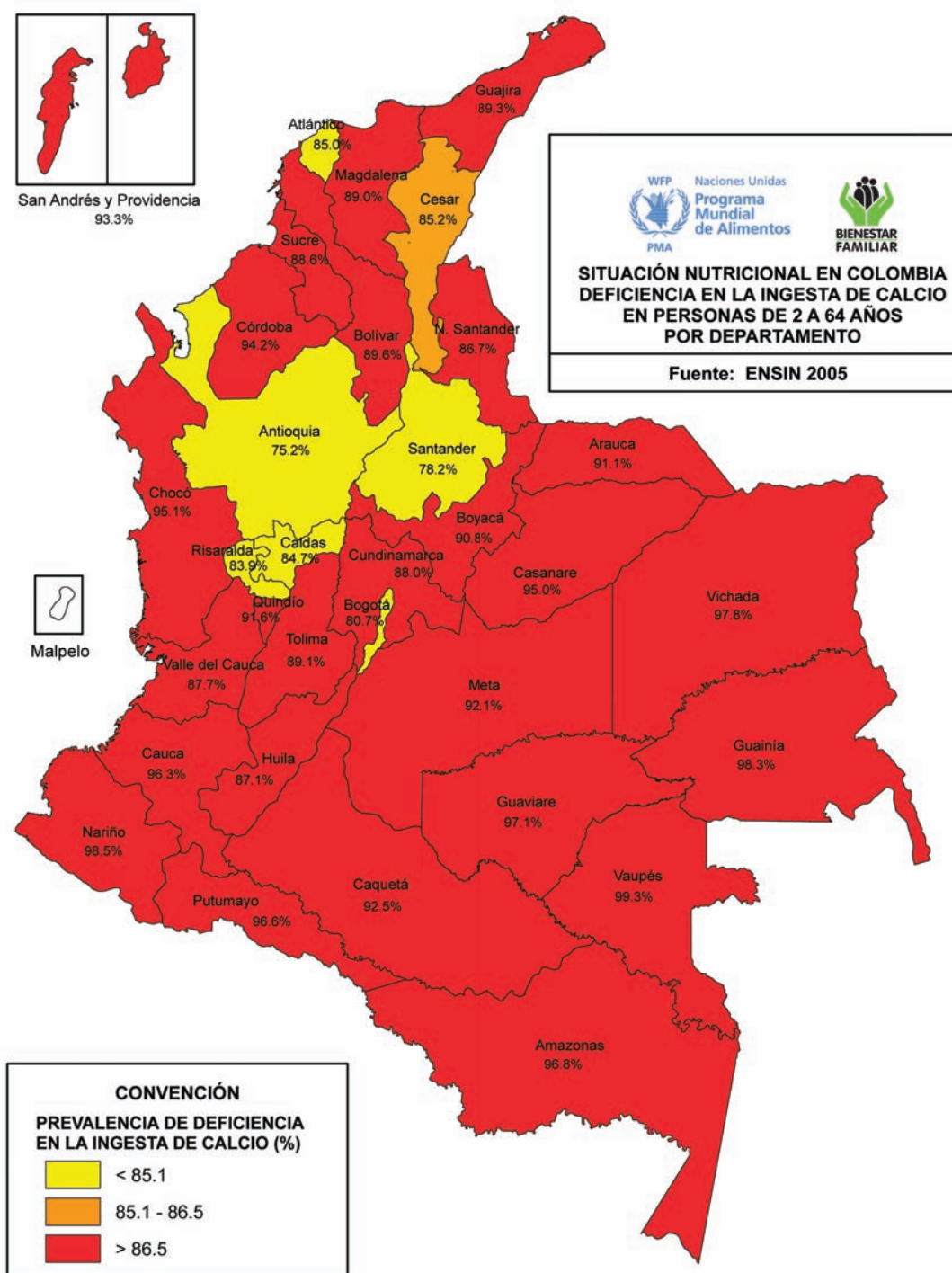
Para determinar la población con deficiencia en la ingesta de calcio, se tuvo en cuenta los datos por debajo del Requerimiento Promedio Estimado (EAR) recomendado por la FAO/OMS en el 2001. Es así como en Colombia, el 85,8% de la población no cubre los requerimientos de calcio.

Todas las subregiones de la Región Atlántica están de color rojo, exceptuando el área Metropolitana de Barranquilla, debido a que tuvieron déficit en la ingesta de calcio por encima del rango superior

(86,5%). Sin embargo, la Región Pacífica fue la que concentró los mayores déficit, en donde se observa la subregión de Chocó, Valle, Cauca y Nariño Litoral y Cauca y Nariño sin Litoral las cuales tuvieron las cifras más altas del país con 96,0 % y 95,3%.

Todas las subregiones superaron el 80% de deficiencia exceptuando el área Metropolitana de Medellín, en color amarillo, la cual presentó la menor prevalencia de deficit en el país (68,8%).

Personas de 2 a 64 años con deficiencia en la ingesta de calcio por Departamento

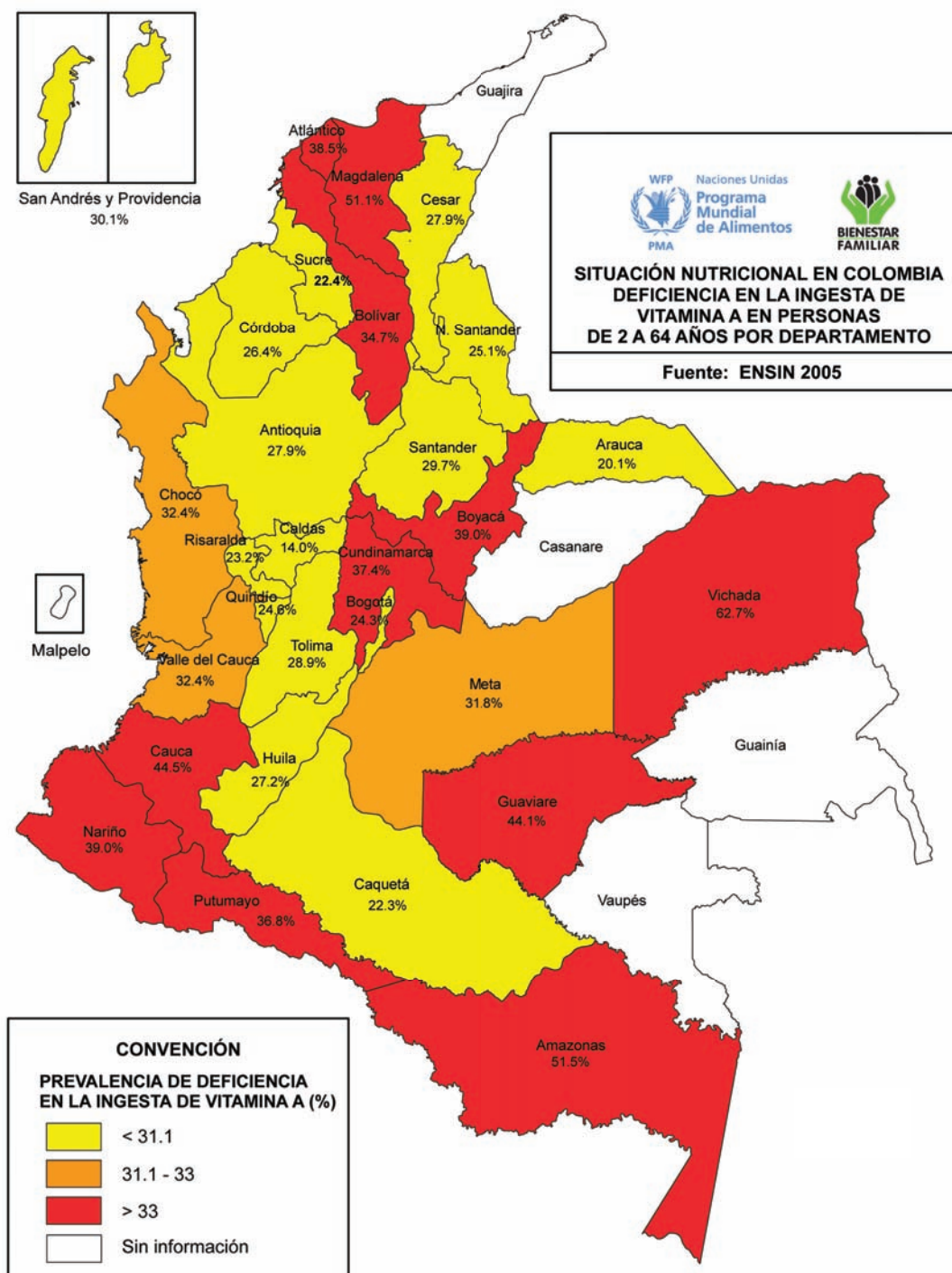


Como se observa en el mapa, gran parte del territorio nacional está de color rojo, indicando déficit de consumo de calcio superiores a 86,5%. De los 32 departamentos, 17 presentaron déficit por encima al rango superior del país (86,5%). Los departamentos más afectados fueron Vaupés con 99,3% Guainía con 98,3% y Vichada con 97,8% valores que indican una problemática generalizada en la población.

Los departamentos con menor déficit fueron Santander con 78,2%, Bogotá con 80,7% y Antioquia, con la menor prevalencia (75,2%), en concordancia con Medellín como subregión.

El departamento del Cesar fue el único en naranja al tener una prevalencia dentro del rango nacional (85,2%).

Personas de 2 a 64 años con deficiencia en la ingesta de vitamina A por Departamento



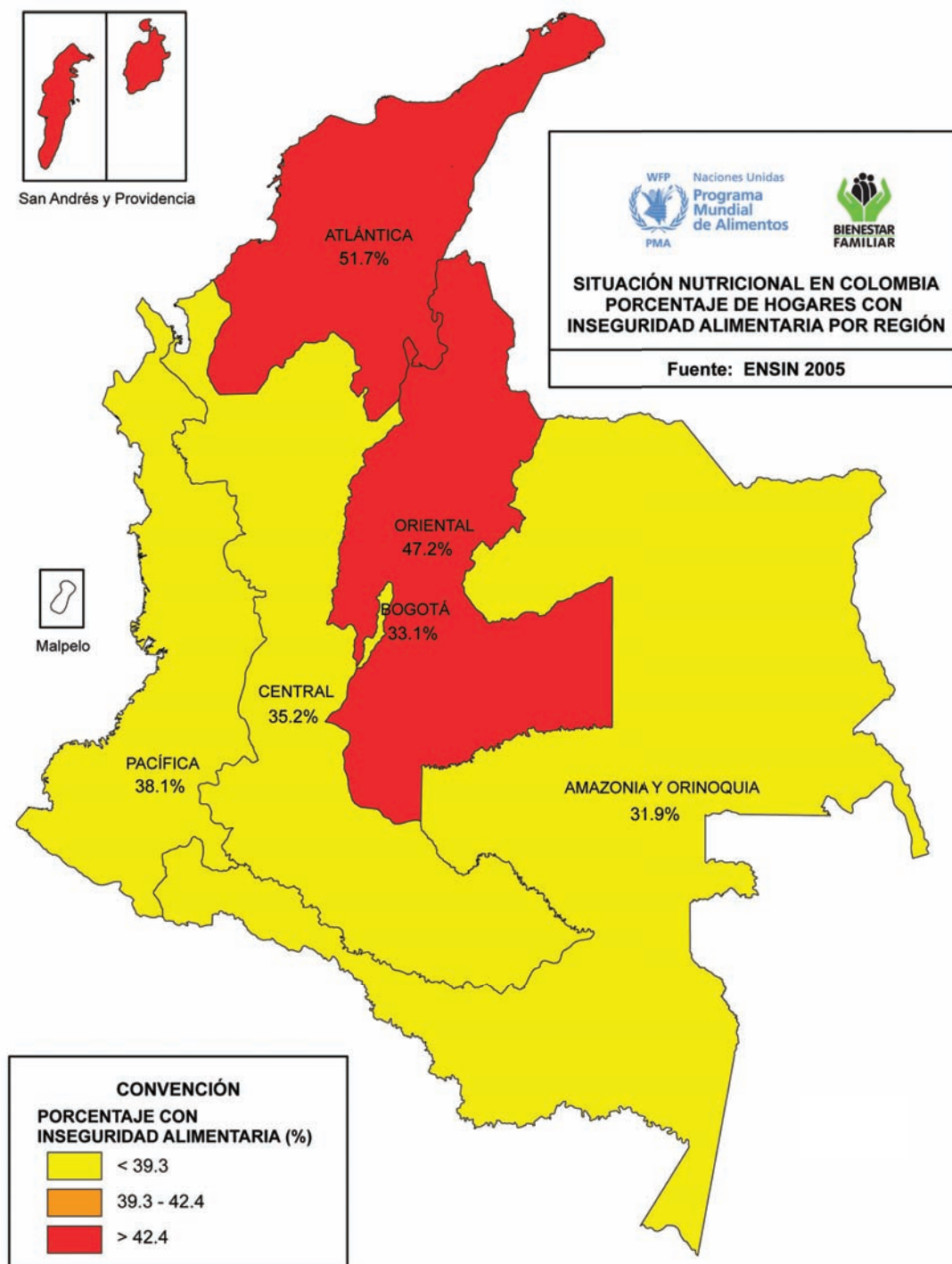
Según la ENSIN en Colombia la deficiencia en la ingesta de vitamina A es de 32%. La prevalencia de deficiencia en la ingesta usual de vitamina A es de 12.8% en el grupo de 4 a 8 años de edad y aumenta drásticamente a partir de los 9, alcanzando el valor máximo de 45.6% en el grupo de hombres de 51 a 64 años de edad.

El mapa que georeferencia esta deficiencia, permite identificar que de

los 32 departamentos y Bogotá, 11 presentan un déficit de ingesta por encima del rango superior nacional, siendo los departamentos de mayor déficit Vichada con 62,7%, Amazonas con 51,5%, Magdalena con 51,1% y Cauca con 45,5%.

Del resto de departamentos, 14 presentan porcentajes por debajo del promedio nacional, en donde se destaca el departamento de Caldas con 14%.

Hogares en Inseguridad Alimentaria por Región



La ENSIN realizó la aplicación de la Escala de seguridad alimentaria validada y adaptada por Álvarez et al., esta escala es continua y mide el grado de severidad de la inseguridad alimentaria en el hogar y no por un miembro en particular; por lo tanto no informa cuántas personas tienen esa condición. Las preguntas se formularon la jefe del hogar o a su cónyuge.

Dentro de los resultados se obtuvo que el 40.8% de los Hogares Colombianos se encuentra en inseguridad alimentaria, de acuerdo a la El 59.2% de los hogares colombianos se encontraron en Segu-

ridad alimentaria y 40.8% con inseguridad alimentaria. De este último porcentaje, el 26.1% de hogares con inseguridad leve, 11.2% moderada y 3.6% con inseguridad severa.

En el mapa se observan las Regiones Atlántica y Oriental con porcentajes mayores al promedio nacional de inseguridad alimentaria presentando 51.7% y 47.2% respectivamente. Las Regiones Central, Pacífica, Orinoquia-Amazonia y Bogotá presentan las menores prevalencias de inseguridad alimentaria.

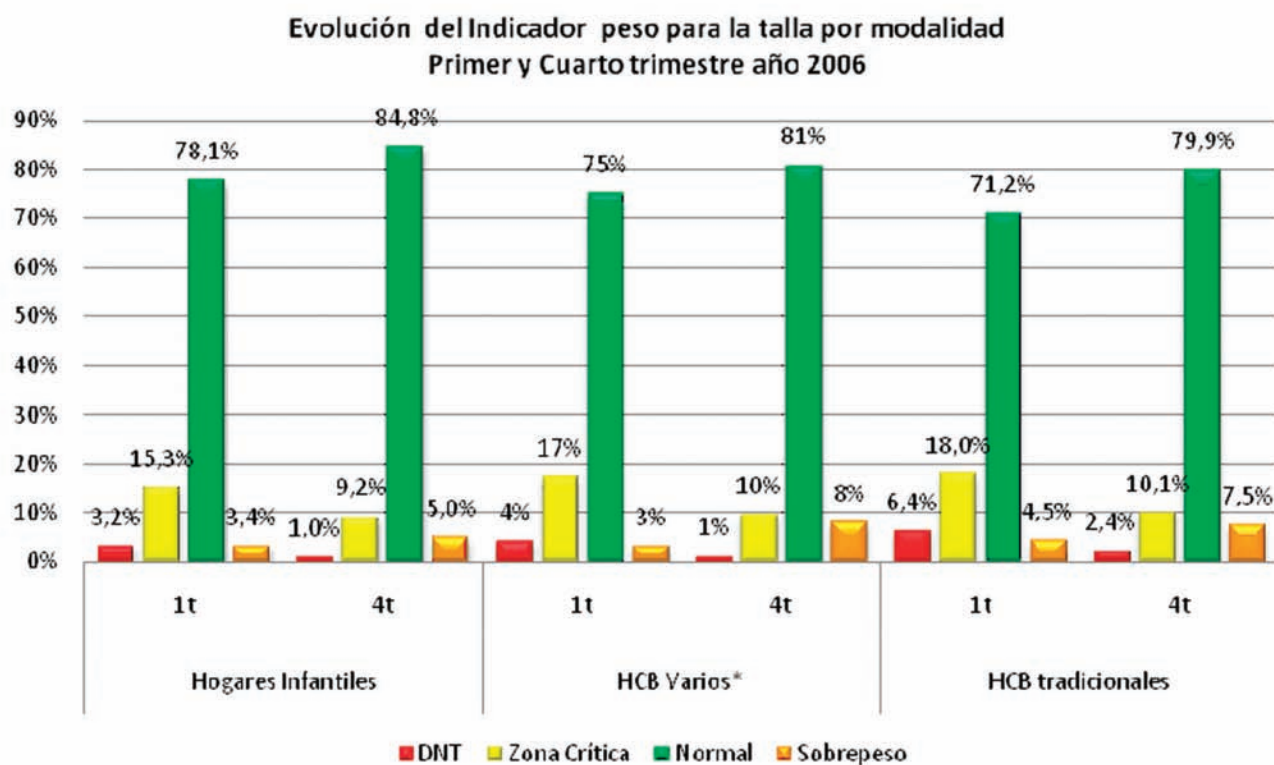
SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA



WFP/PMA © Anne-Karine Brodeur

Sistema de seguimiento nutricional a
usuarios del ICBF
Resultados año 2006

Estado Nutricional según el indicador peso para la talla



* Hogares Comunitarios Múltiples, empresariales y grupales

El indicador peso para la talla se ha definido como el indicador trazador a nivel institucional, teniendo en cuenta el tipo de intervención proporcionada a través de los programas del ICBF. Este indicador muestra acontecimientos recientes o actuales graves, por ejemplo el hambre o epidemias de enfermedades infecciosas como la diarrea o el sarampión. Este indicador se diferencia del indicador talla para la edad en que varía en un tiempo corto, ante una intervención determinada como la de los programas de complementación alimentaria. Siendo, entonces estos resultados una base para evaluar la naturaleza y la gravedad del problema, que puede resultar útil para planificar las medidas apropiadas.

En los mapas que se ilustran a continuación, se observa que

la focalización de los programas cumple con los objetivos de beneficiar a la población más vulnerable, dado que la prevalencia de bajo peso para la talla en el primer trimestre del año, para los tres programas está por encima del promedio nacional. Para el programa de Hogares Tradicionales solamente Amazonas registra una prevalencia dentro del promedio nacional; para el caso de Hogares Múltiples, Grupales y Empresariales, Guaina, Putumayo y Magdalena están dentro del promedio nacional y Cesar con una situación más favorable al registrar una prevalencia del 0.8%. Para el caso de Hogares Infantiles la situación es sensiblemente mejor, registrándose en los departamentos de Amazonas, Guaviare, Nariño, Cauca, Valle y Boyacá presentan una prevalencia dentro del promedio nacional y en Caldas esta proporción es inferior con un 0.7%.

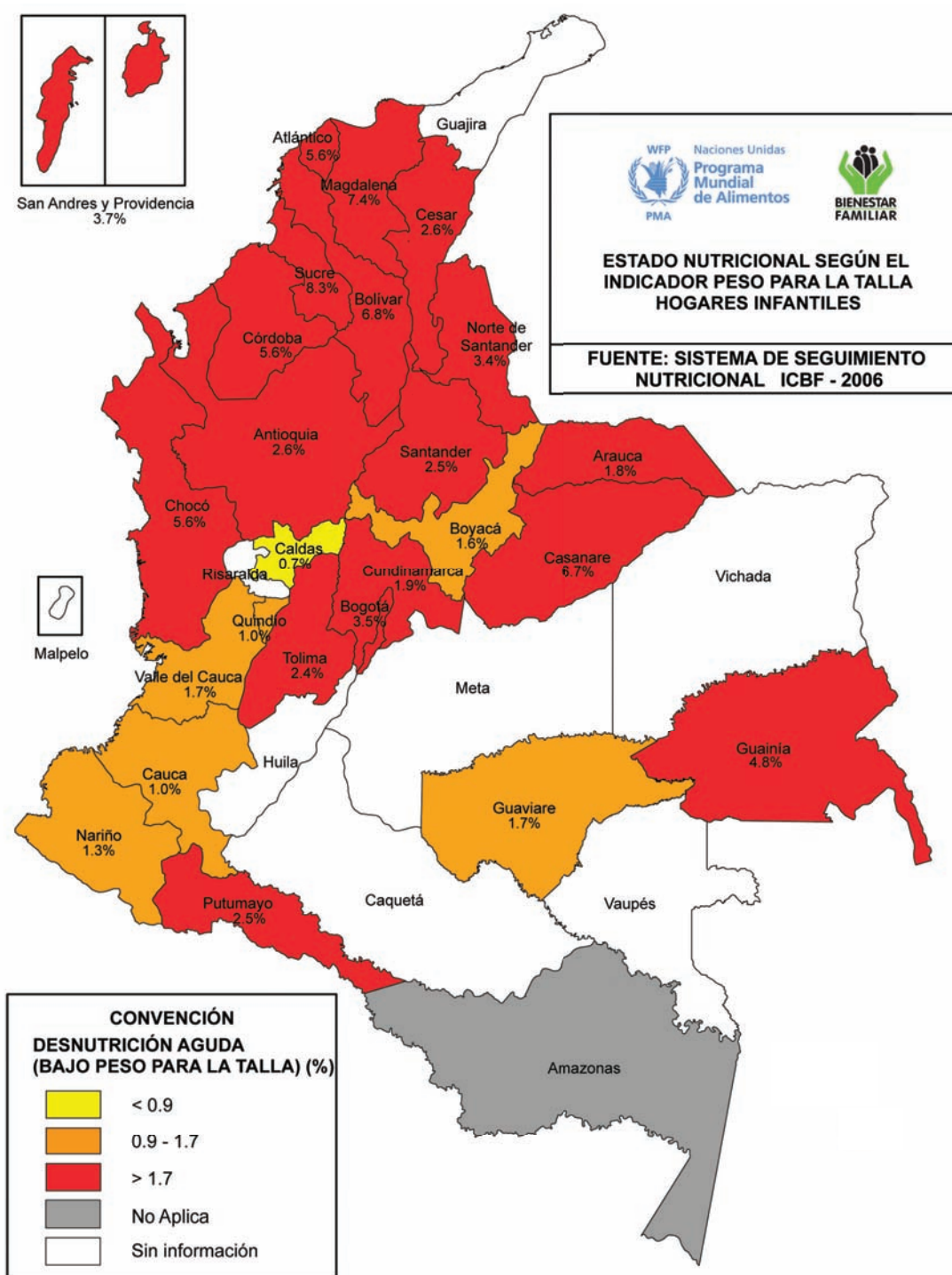
Estado Nutricional según el indicador peso para la talla



En general, el mayor porcentaje de desnutrición aguda se presenta en los niños del programa de Hogares Comunitarios de bienestar tradicionales (6,4% de enflaquecimiento en el primer trimestre), seguido por los programas de hogares comunitarios grupales, múl-

tiples y empresariales (4% de delgadez en el primer trimestre). Los niños menos afectados por la desnutrición aguda en el primer trimestre fueron los de hogares infantiles que mostraron un 3.2% de niños con bajo peso para la talla, porcentaje que disminuyó hasta 1% en el cuarto trimestre; en este último programa los niños en zona

Estado Nutricional según el indicador peso para la talla

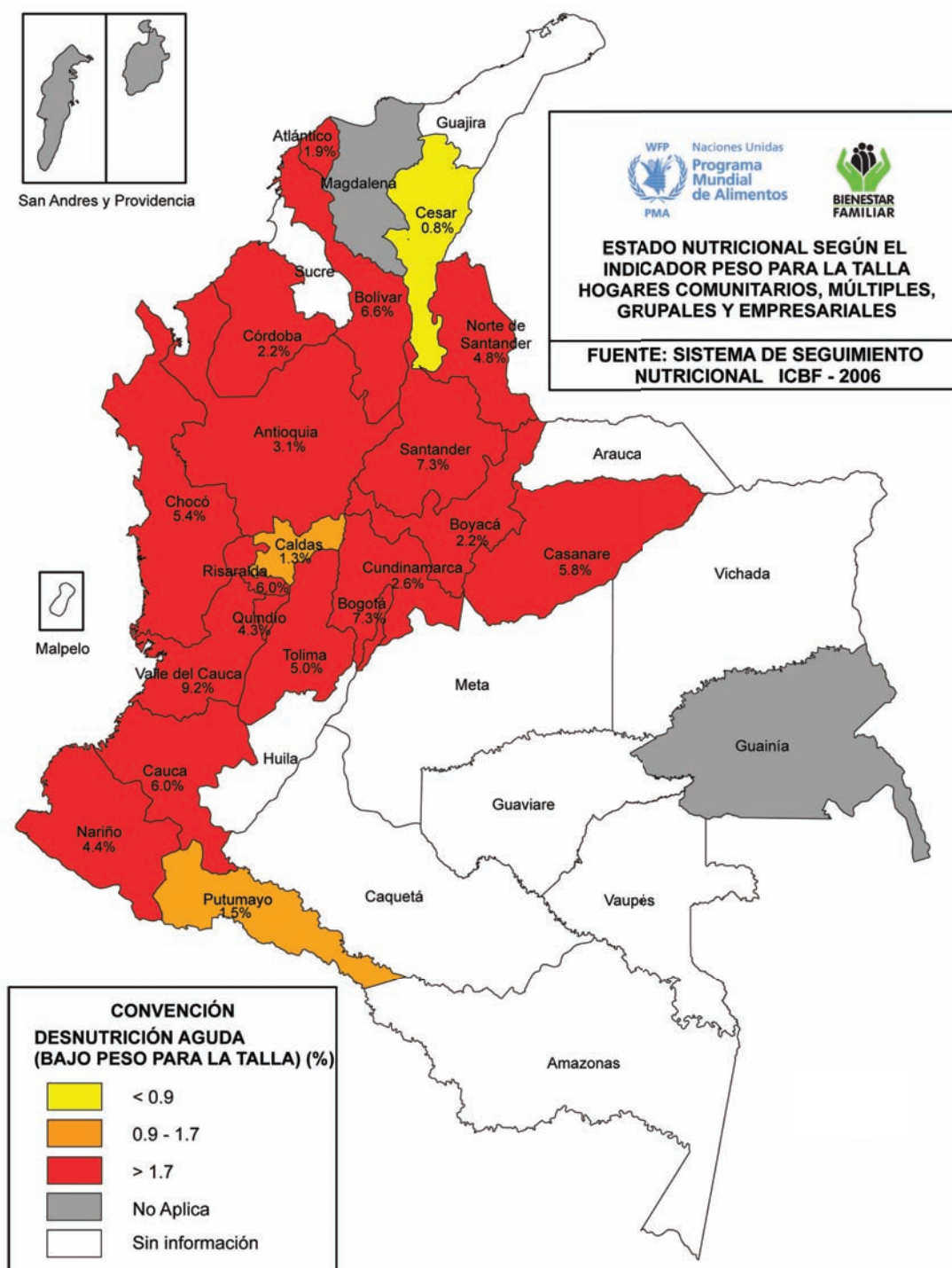


crítica pasaron de 15.3% a 9.2% al final del año.

El porcentaje de niños con problemas de bajo peso para la talla en el primer trimestre del año 2006 para todos los programas y en la gran mayoría de las regionales es superior al reportado en la ENSIN 2005 (1.3%), sin embargo es importante destacar que en el último trimes-

tre del año 2006 hay una disminución importante del porcentaje de niños con bajo peso para la talla, en todos los programas, logrando estar por debajo del promedio nacional en el programa de Hogares Infantiles y en las modalidades de hogares comunitarios múltiples,

Estado Nutricional según el indicador peso para la talla

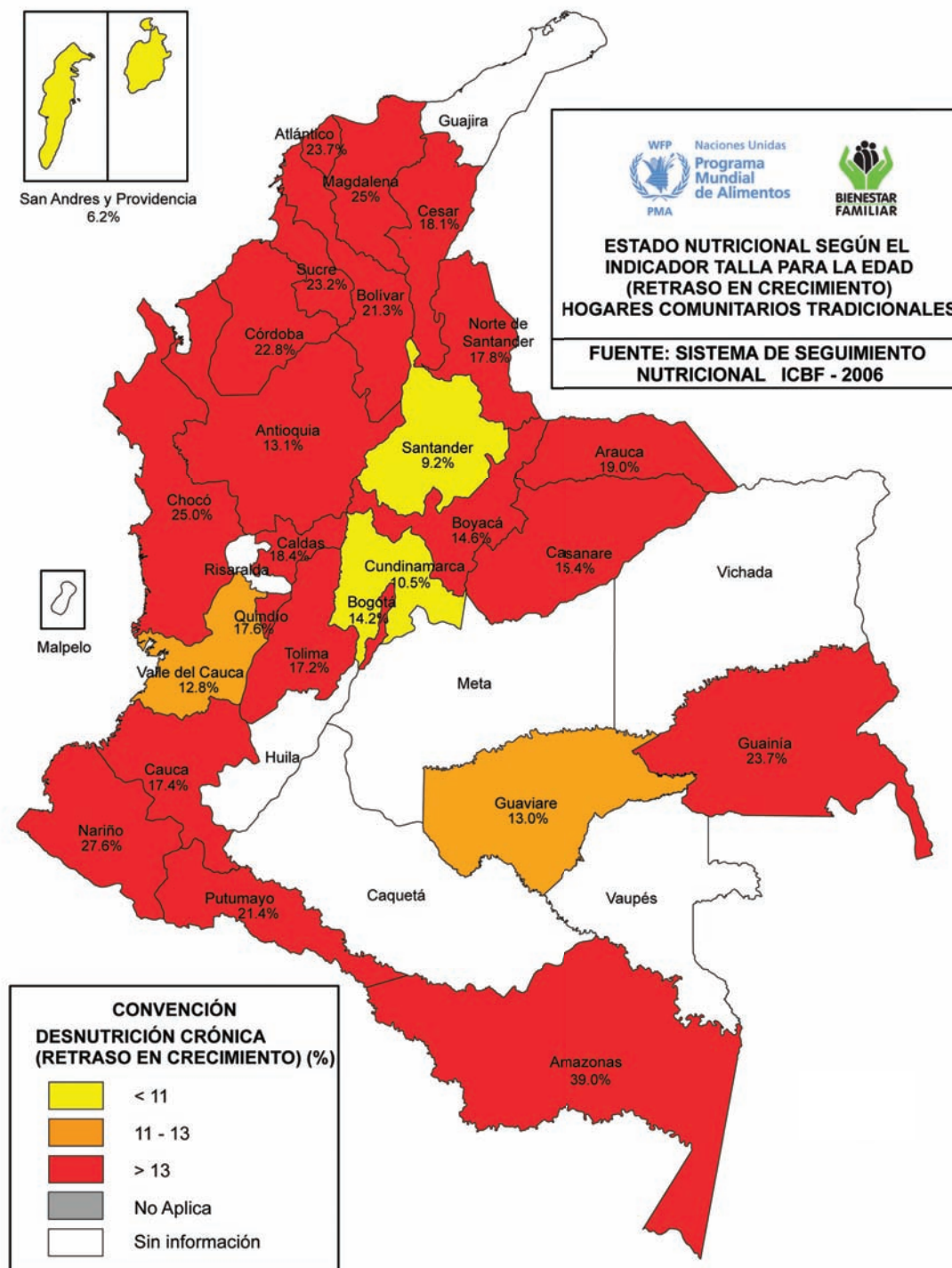


grupales y empresariales.

Así como se destaca el hecho de la disminución progresiva del porcentaje de niños en desnutrición y en riesgo para todos los programas, también es importante analizar el incremento en el porcentaje

de niños con sobrepeso. Esto es más marcado en el Programa de Hogares comunitarios Múltiples, Empresariales y Grupales donde se observa un incremento de 5 puntos porcentuales, pasando de 3% en el primer trimestre a 8% en el último trimestre del 2006.

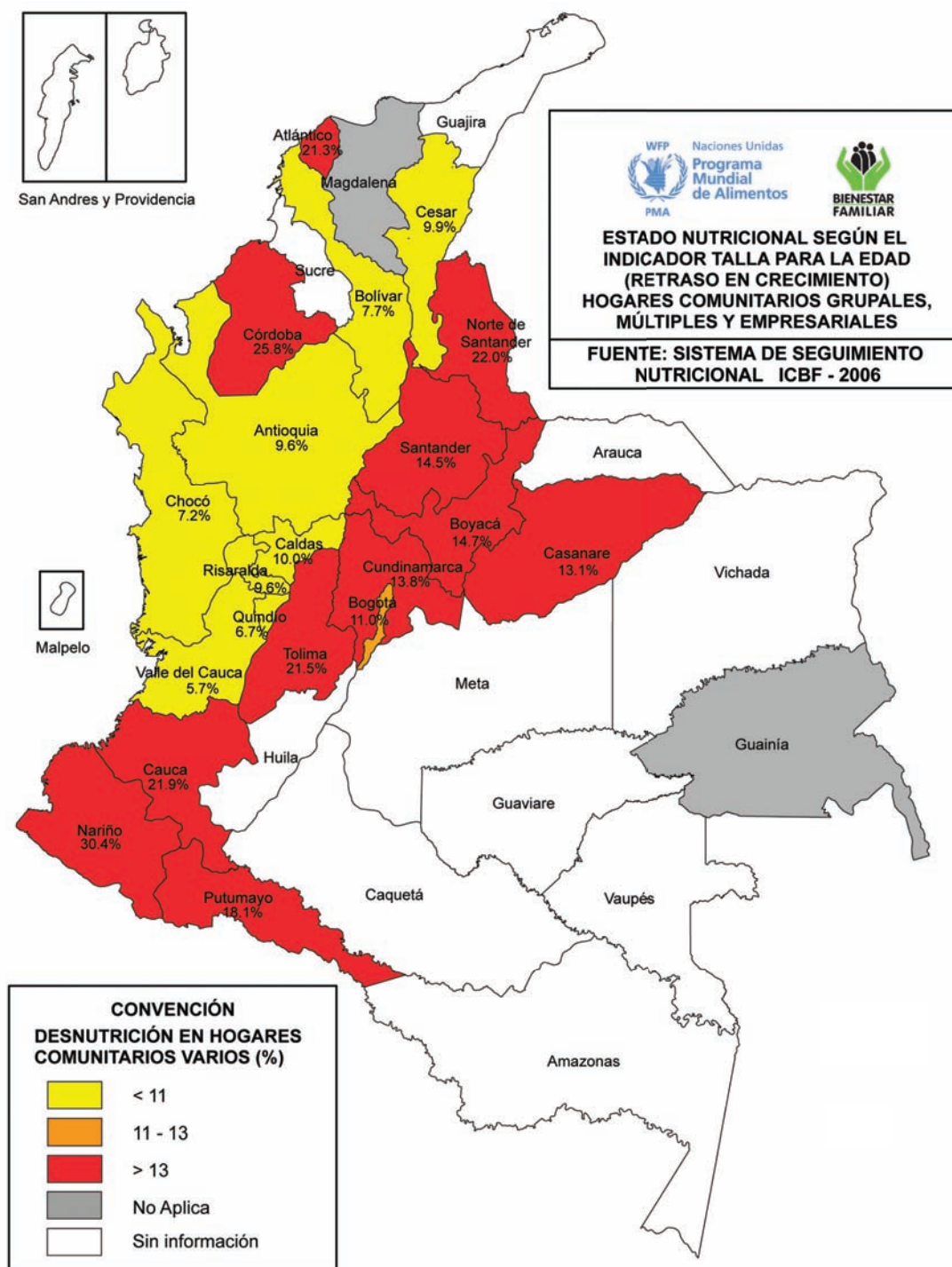
Estado Nutricional según el indicador talla para la edad (Retraso en Crecimiento)



Este indicador difiere del indicador peso para la talla, ya que su recuperación es mucho más lenta siendo aún más difícil a medida que aumenta la edad del niño dado que el retraso en crecimiento es acumulativo; incluso algunos estudios muestran que los niños intervenidos durante los dos primeros años de vida, tienen mayor posibilidad de recuperación, teniendo en cuenta la velocidad de crecimiento durante este periodo.

Los altos niveles de retraso en crecimiento están asociados directamente con los problemas socioeconómicos de largo plazo de la población que se atiende en estos programas, y solamente se podría afectar positivamente con soluciones estructurales de orden social y económica sostenibles a largo plazo.

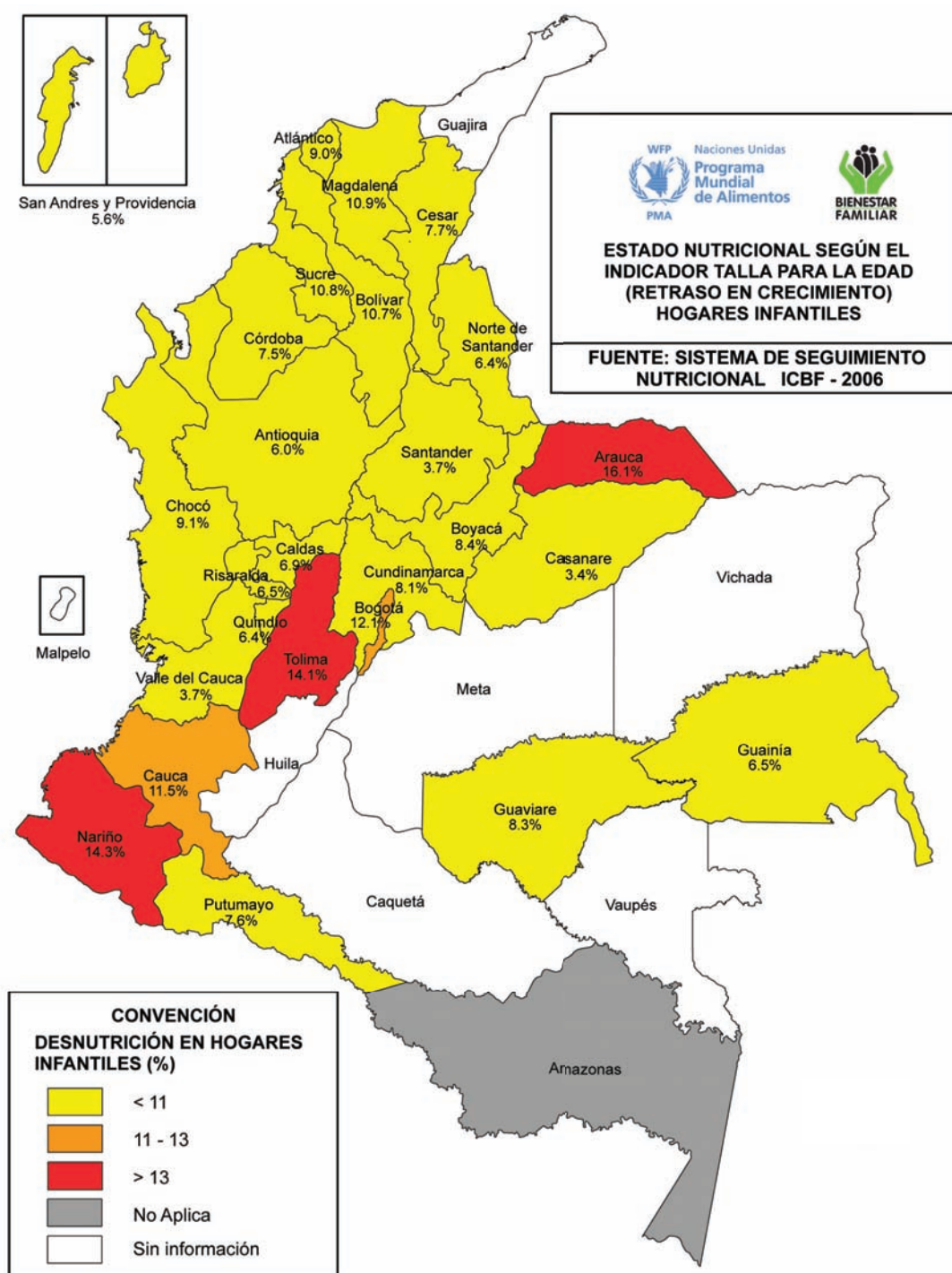
Estado Nutricional según el indicador talla para la edad (Retraso en Crecimiento)



Al comparar la prevalencia de retraso en crecimiento de la población beneficiaria de los programas Hogares Comunitarios de Bienestar Tradicionales, Hogares Comunitarios de Bienestar Múltiples, Grupales y Empresariales y del programa Hogares Infantiles, con los resultados de la ENSIN 2005 para los menores de cinco años; se observa que para los niños que asisten a las diferentes modalidades

de hogares de bienestar, la situación frente a este indicador es crítica, encontrándose por ejemplo, que en la regional Amazonas los niños que asisten a los hogares comunitarios de bienestar tradicionales presentan una prevalencia de retraso en crecimiento del 39%, seguido de las regionales Magdalena, Chocó, Sucre y Atlántico donde la prevalencia está muy por encima del promedio nacional.

Estado Nutricional según el indicador talla para la edad (Retraso en Crecimiento)



En el caso del programa de hogares infantiles, la situación es más alentadora dado que en la mayoría de regionales se observa una prevalencia de retraso en crecimiento por debajo del promedio nacional, sin embargo en las regionales Tolima, Nariño y Arauca

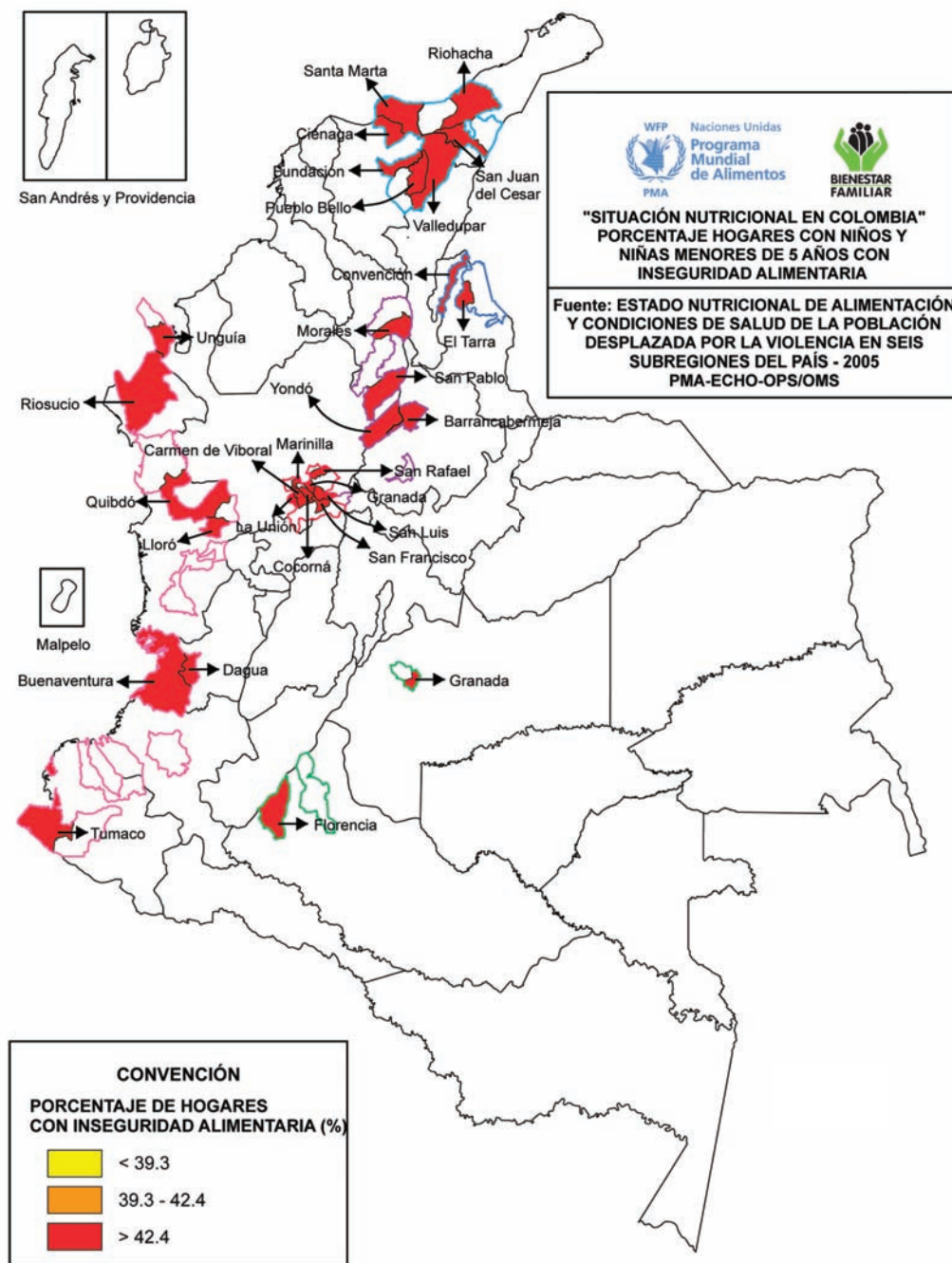
aunque la prevalencia es menor que en los otros programas, aún el porcentaje de desnutrición crónica de estos niños está por encima del promedio.

SITUACIÓN NUTRICIONAL EN COLOMBIA



Estado Nutricional, de
alimentación y condiciones
de salud de la población
desplazada por la violencia
en seis subregiones de
Colombia, PMA – OPS-
ECHO 2005.

Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con inseguridad alimentaria



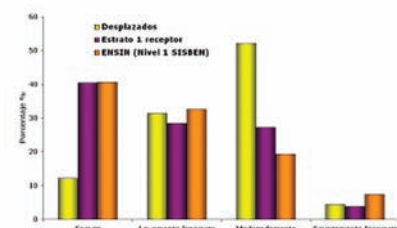
La percepción de la seguridad alimentaria es un componente relativamente nuevo en estudios de vulnerabilidad e inseguridad alimentaria y su importancia radica en que permite alertar sobre el riesgo de inseguridad alimentaria desde el hogar y la cotidianidad de las familias.

En el mapa se presentan los resultados agregados para los dos grupos de población como son las familias desplazadas y las de estrato I receptor obtenidos de la aplicación del módulo de percepción de seguridad alimentaria. Como se observa en todos los municipios, de las 6 microregiones, el color rojo indica que todos los hogares están en nivel crítico de inseguridad alimentaria por cuanto entre el 60% y el 88% de los hogares con niños y niñas menores de 5

años de edad se perciben en inseguridad alimentaria.

Solo el 12% de las familias en situación de desplazamiento encuestadas se percibe en seguridad alimentaria y el 40% de las familias de estrato I receptor.

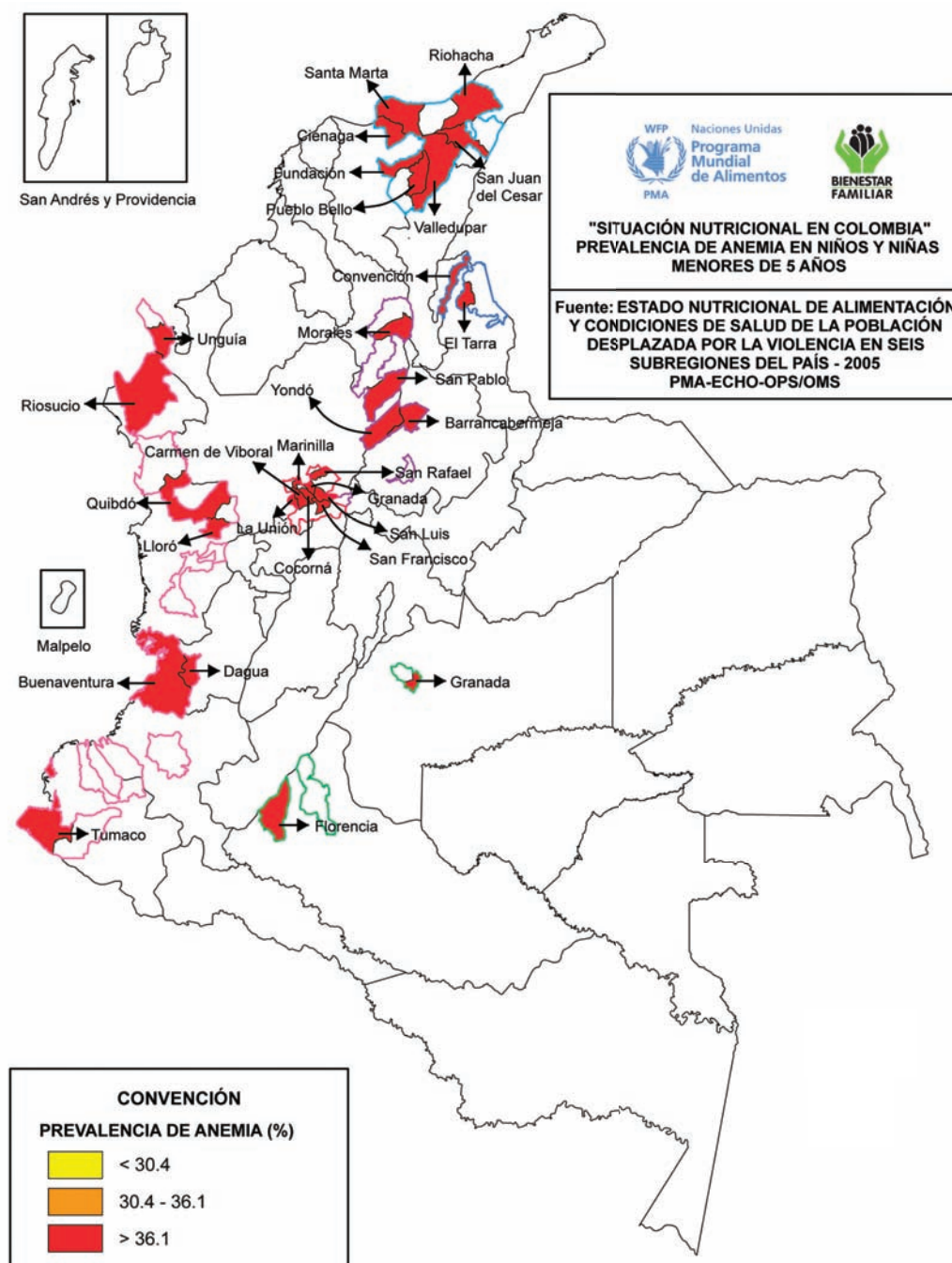
Percepción sobre seguridad alimentaria



De acuerdo a la puntuación dada por la escala, y como lo muestra el gráfico y el mapa, el 87% de las familias en situación de desplazamiento se clasifican en inseguridad alimentaria, (31% de inseguridad leve más 52% de inseguridad moderada más 4% de inseguridad severa). En la ENSIN-2005, el 40.6% de la población SISBEN I se sienten seguros.

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

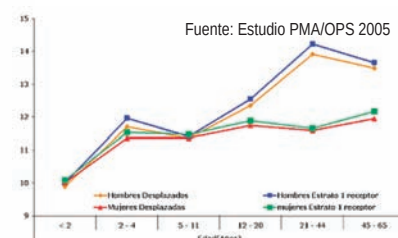
Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 con anemia



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, especialmente en la población en situación de desplazamiento.

En el mapa se muestra para todos los municipios de las 6 subregiones en color rojo que más del 42.4% de la población menor de 5 años de edad estudiada presenta anemia en niveles críticos, lo cual implica un problema de salud pública.

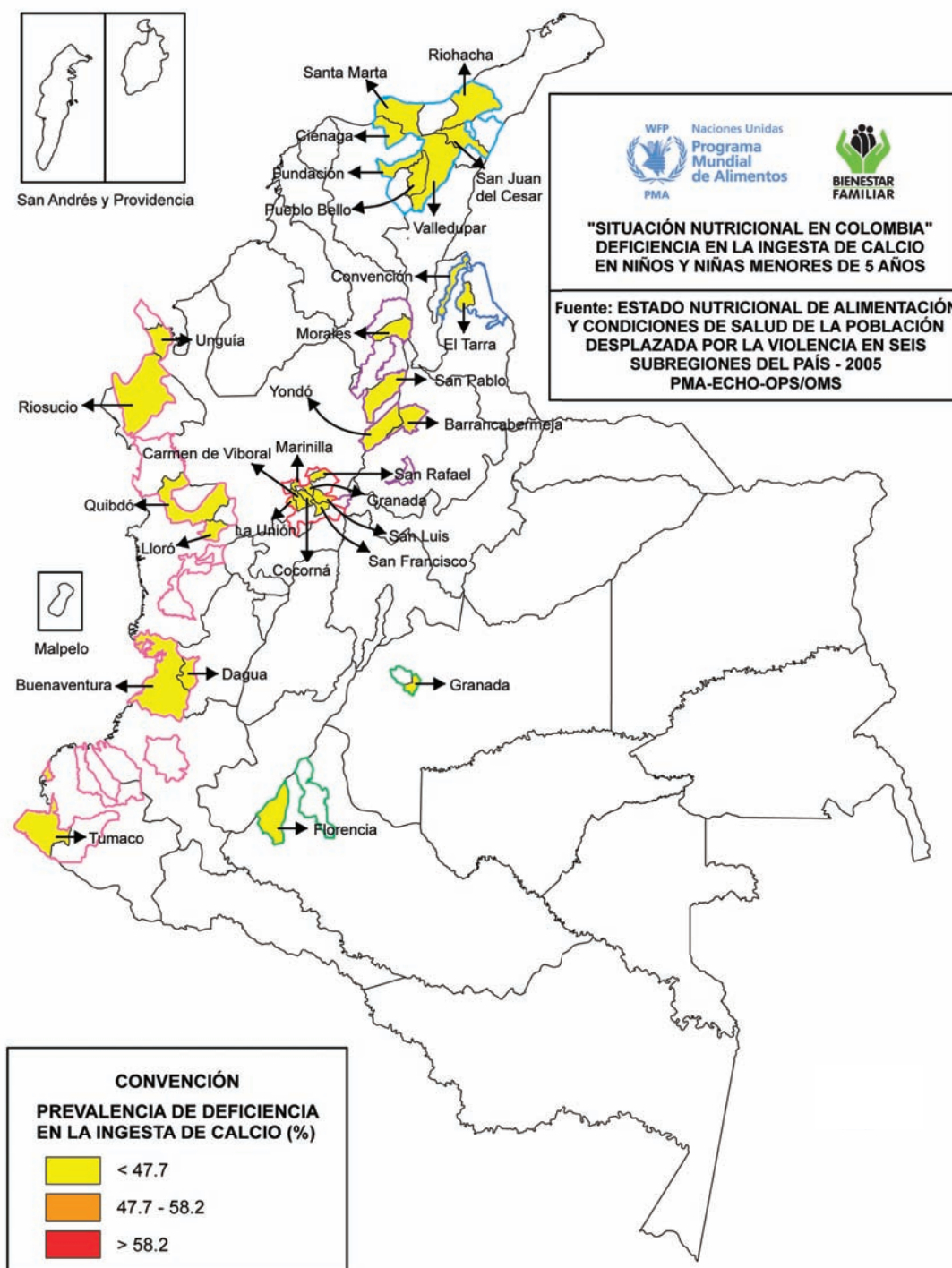
En la siguiente gráfica se presentan los promedios de hemoglobina en hombres y mujeres según edad por grupo de población estudiada.



Los promedios más bajos de hemoglobina sérica se registran en niños y niñas menores de dos años. A medida que aumenta la edad, los promedios de hemoglobina tienden a aumentar. La prevalencia de anemia mayor en hombres se presenta en el grupo de niños menores de 2 años de edad (71% en situación de desplazamiento y 74% en estrato 1 receptor). Esta prevalencia se reduce en cerca del 50% en los quienes están en situación de desplazamiento entre los menores de 2 y en los de 2 a 4 años se estabiliza.

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

Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con deficiencia de ingesta de calcio

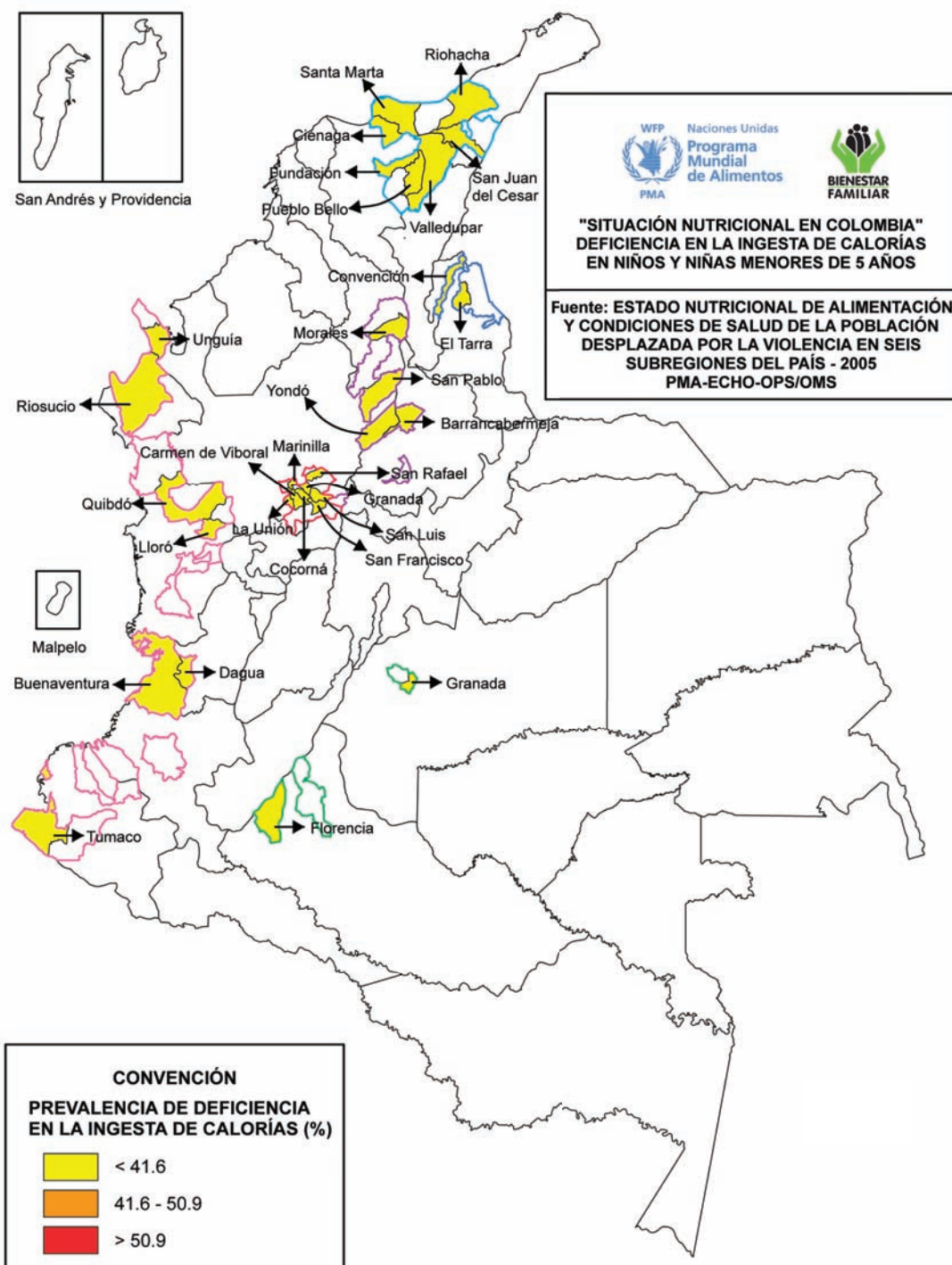


Como se puede observar en el mapa, todos los municipios de las 6 subregiones están de color amarillo, puesto que se encuentran por debajo del límite inferior del rango de confiabilidad determinado para esta deficiencia en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que es de 47.7% a 58.2%.

Para este indicador el 31.7% de la población desplazada menor de

5 años de edad presentó deficiencia de calcio, es importante señalar que este déficit arranca en el nivel más bajo en los niños y niñas menores de dos años (41.5%) y aumenta sistemáticamente de año a año de edad, alcanzando el 82% en los desplazados de cuatro años. Estos resultados reflejan bajos consumos de leche y derivados lácteos año tras año.

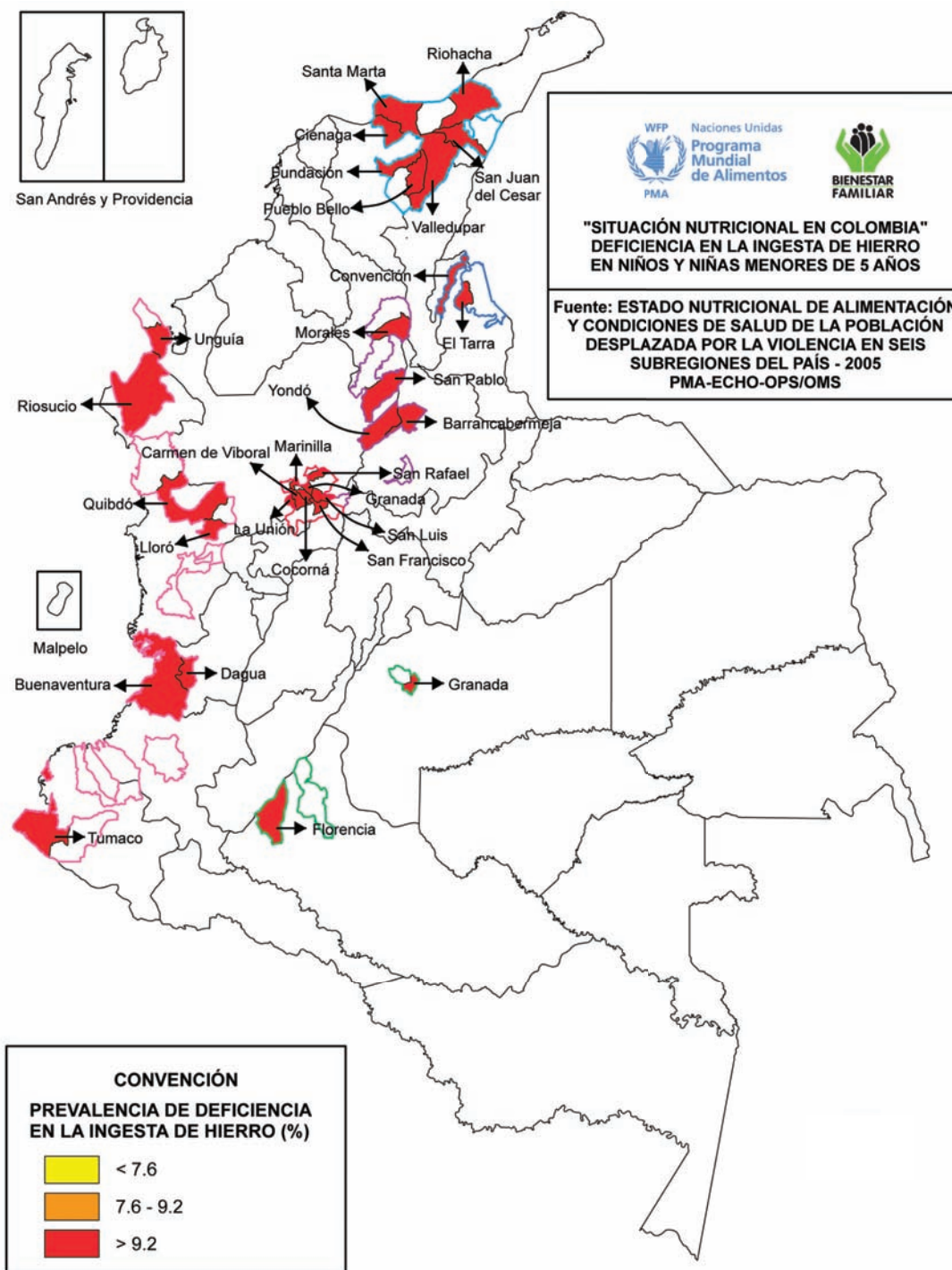
Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con deficiencia de ingesta de calorías



El mapa muestra que todos los municipios de las 6 subregiones están de color amarillo, puesto que el 28.1% de la población desplazada menor de 5 años de edad presentó deficiencia en la ingesta de calorías, se encuentran por debajo del límite inferior del rango de confiabilidad determinado para esta deficiencia en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que es de 41.6% a 50.9%.

De los niños y niñas menores de dos años el 41% la presenta, la etapa más crítica en lo alimentario y nutricional corresponde al momento en que se introduce la alimentación complementaria y se asume la alimentación familiar; por cuanto los niños y niñas de tres y cuatro años presentan deficiencias de 67% y 81% respectivamente.

Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con deficiencia de ingesta de hierro



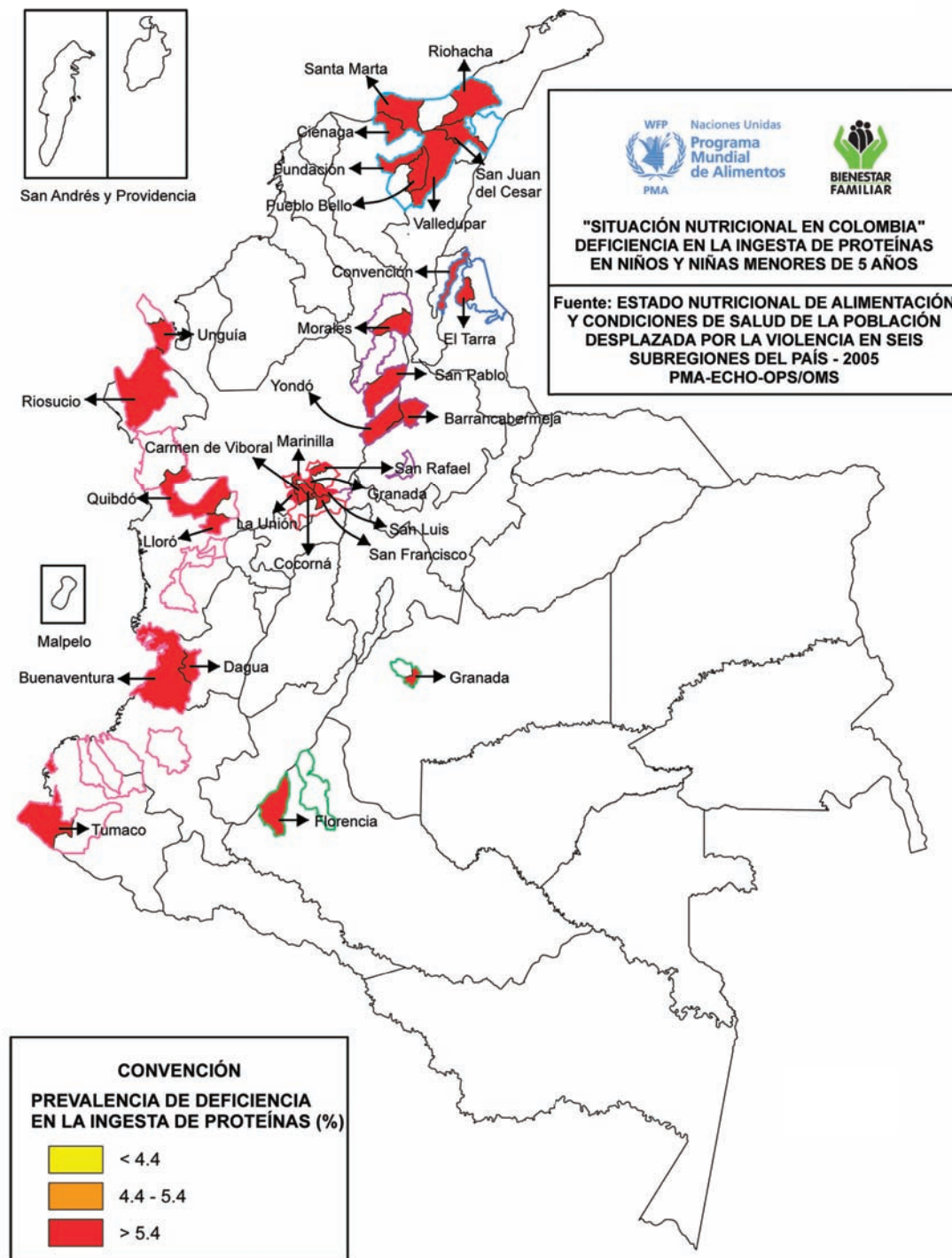
El mapa muestra que todos los municipios de las 6 subregiones están de color rojo, el 27.6% de los niños y niñas menores de 5 años de edad, presentó deficiencia en la ingesta de hierro, que se encuentra por encima del límite superior del rango de confiabilidad determinado para esta deficiencia en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que es de 7.6% a 9.2%.

Cabe aclarar que el porcentaje es mayor (49%) de los niños y niñas menores de un año que no lactan y 67% de los que lactan presentan

este déficit. El déficit de consumo de hierro disminuye en los niños y niñas de 2 a 3 años de edad al 41% pero vuelve a aumentar a un porcentaje de 65% en los niños y niñas de 4 años de edad.

Al relacionar las variables de presencia de anemia con la deficiencia en la ingesta de hierro, se evidenció una mayor proporción de niños y niñas con deficiencia en el consumo de estos micronutrientes dentro del grupo que registró anemia, 22.4% diferencia estadísticamente significativa con el grupo que no registró la anemia.

Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con deficiencia de ingesta de proteínas

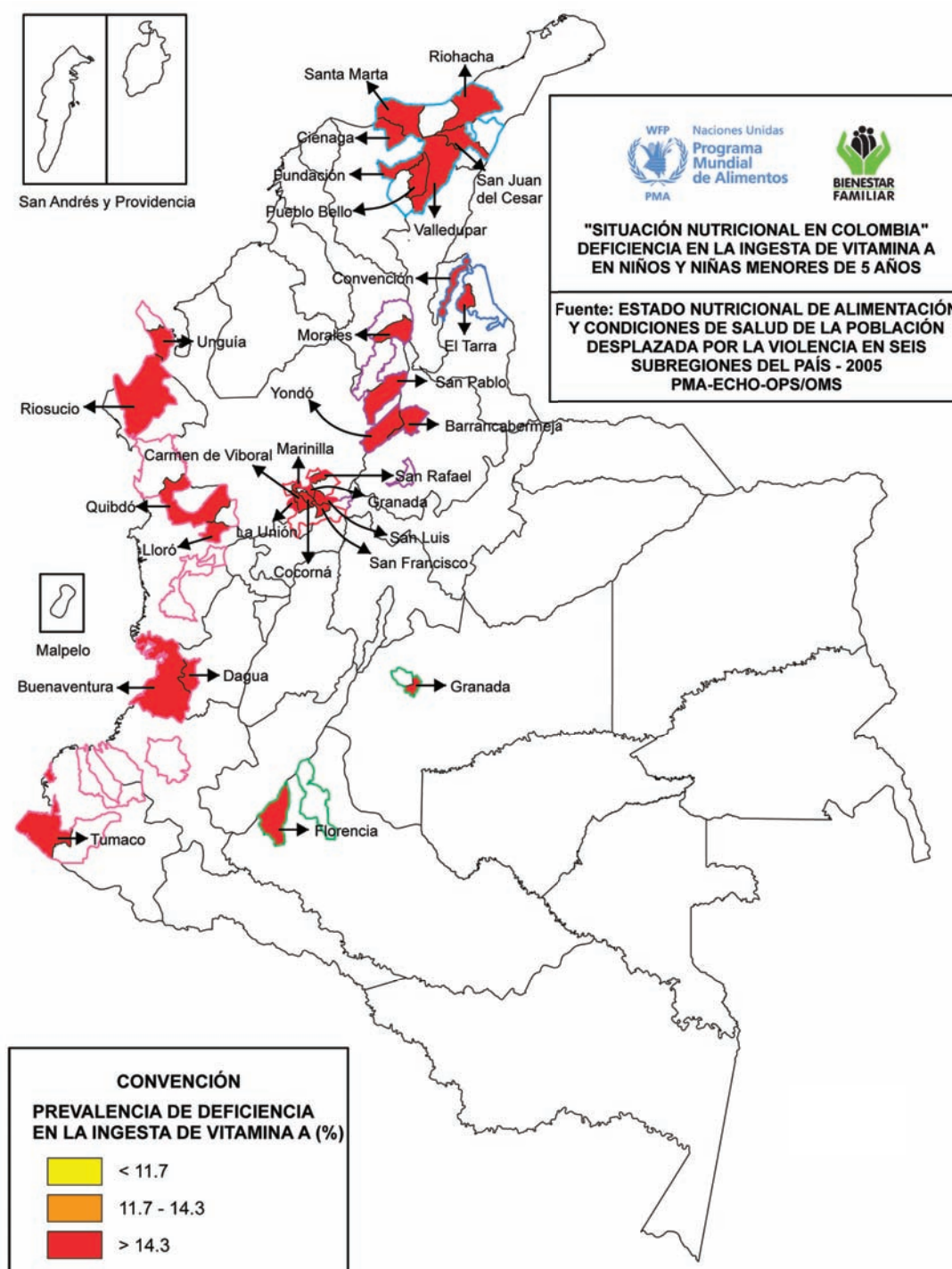


El mapa muestra que todos los municipios de las 6 subregiones están de color rojo, el 10.9% de los niños y niñas presentó deficiencia en la ingesta de proteínas, puesto que se encuentran por encima del límite superior del rango de confiabilidad determinado para esta deficiencia en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que es de 4.4% a 5.4%.

Al realizar la revisión de los datos del estudio el 23% de los niños y

niñas menores de 2 años y el 25% de los niños y niñas de 4 años en condición de desplazamiento no consume el mínimo de proteínas requerido para su edad lo cual limita un adecuado crecimiento y desarrollo. Es de aclarar que el origen de las proteínas que consumen los niños y niñas es principalmente vegetal y no animal, obteniendo así una proteína de menor valor biológico.

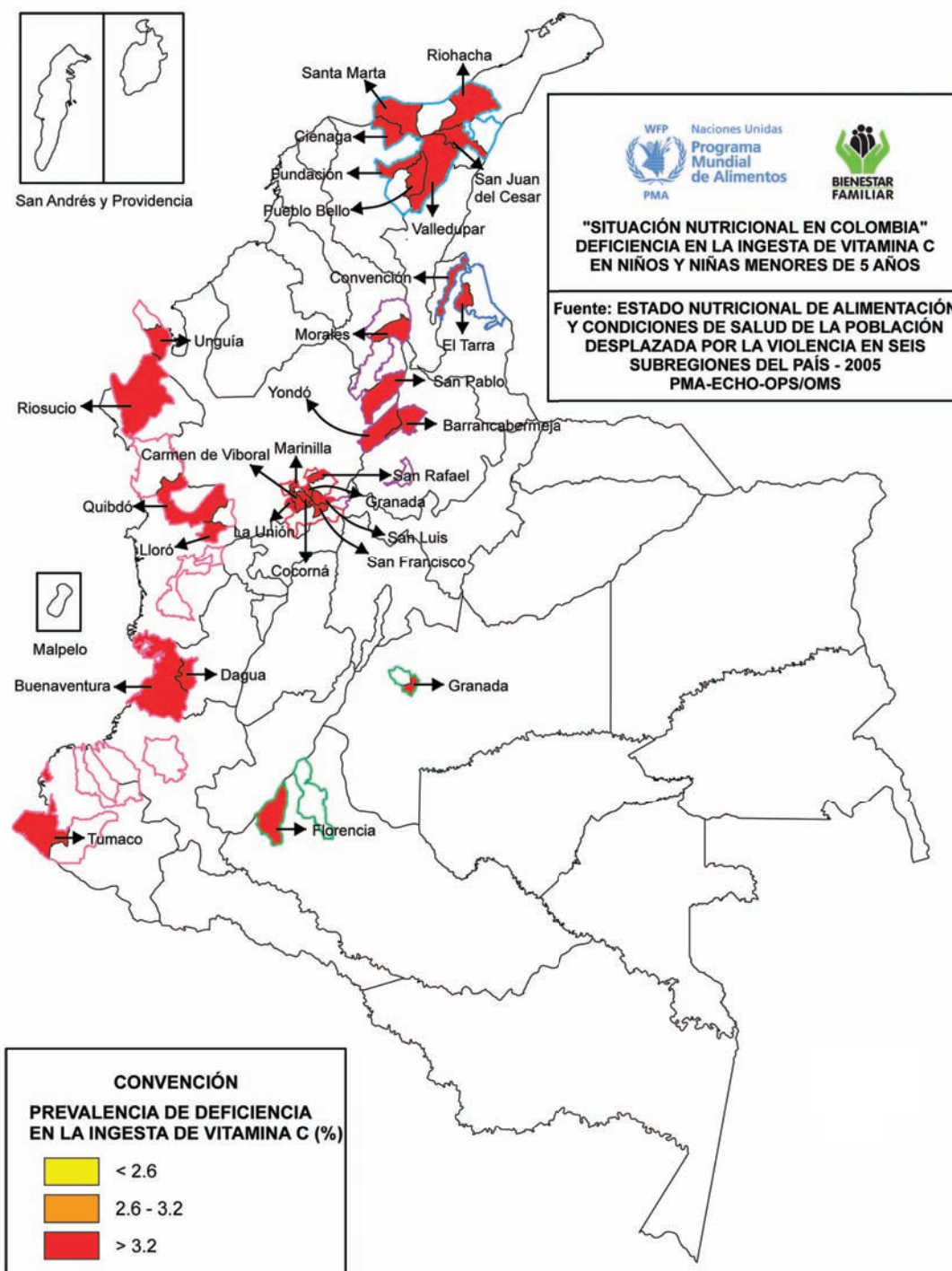
Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con deficiencia de ingesta de vitamina a



El mapa muestra que todos los municipios de las 6 subregiones están de color rojo, puesto que se encuentran por encima del límite superior del rango de confiabilidad determinado para esta deficiencia en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que es de 11.7% a 14.3%, el 25.5% de los niños y niñas presentó deficiencia en la ingesta de vitamina A.

Para los niños y niñas menores de 2 años de edad este déficit alcanza el 51% para aquellos que no lactan y un 27% en los que lactan, lo que refleja la importancia de la lactancia materna como factor protector. Este déficit se mantiene al aumentar la edad, con fluctuaciones entre los dos (54%) y cuatro (57.9%) años de edad.

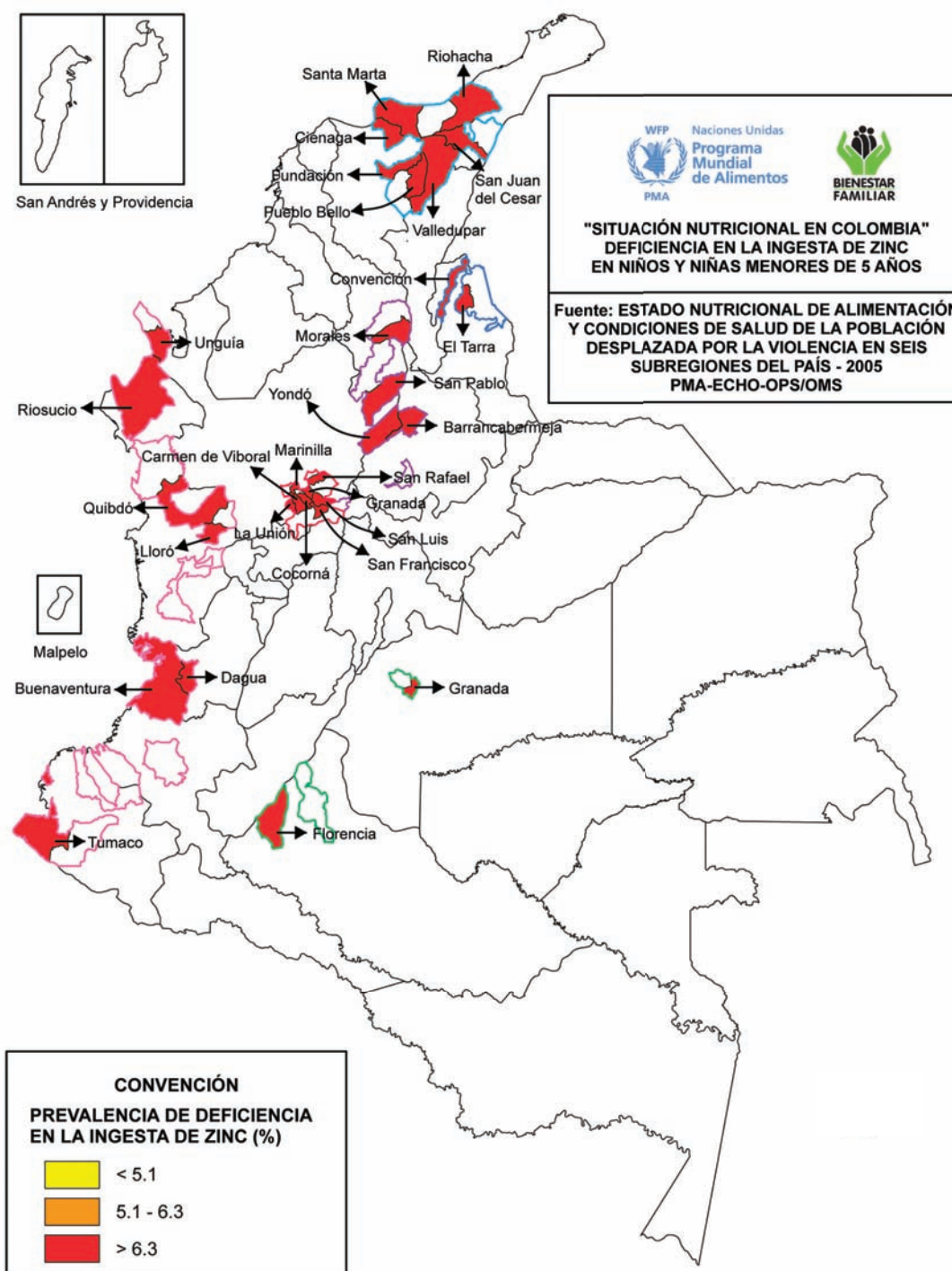
Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con deficiencia de ingesta de vitamina c



El mapa muestra que todos los municipios de las 6 subregiones están de color rojo, puesto que se encuentran por encima del límite superior del rango de confiabilidad determinado para esta deficiencia en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que es de 2.6% a 3.2%, para este grupo es de 15.5%.

En el caso de la población desplazada menor de 2 años, el déficit alcanza el 40% de los que lactan y el 30% de los que no lactan, entre los dos y tres años se reduce a niveles entre el 16% y 18%, pero se eleva a 37% en los de cuatro años de edad.

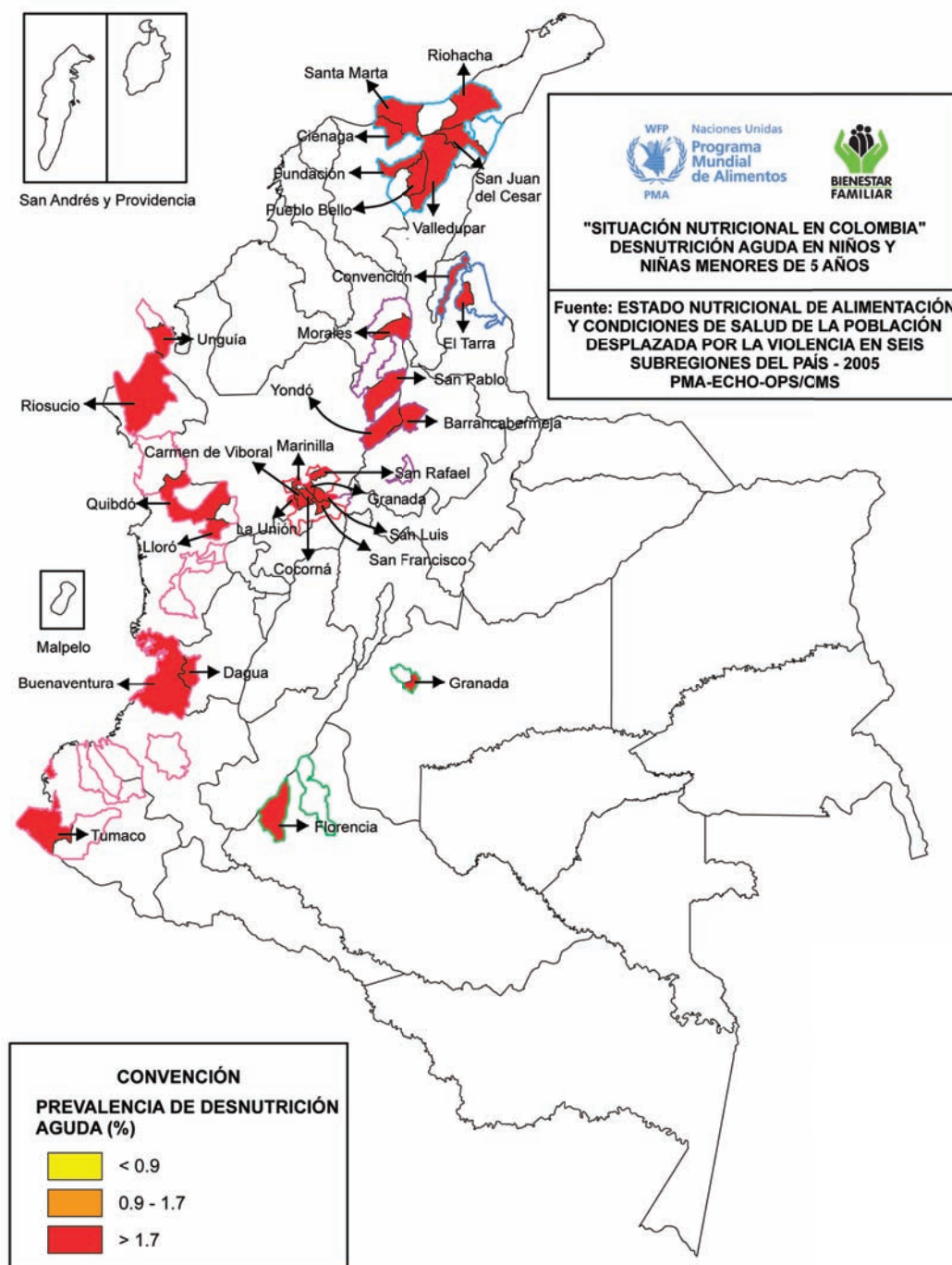
Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con deficiencia de ingesta de zinc



El mapa muestra que todos los municipios de las 6 subregiones están de color rojo, con un porcentaje de 19.7% que se encuentra por encima del límite superior del rango de confiabilidad determinado para esta deficiencia en niños y niñas de 0 a 5 años de edad que es de 5.1% a 6.3%.

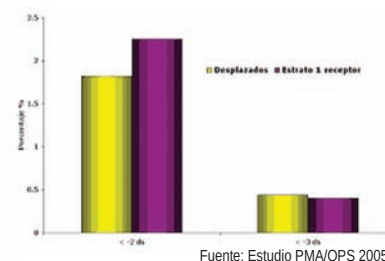
En los niños y niñas menores de dos años y de cuatro años el déficit en el consumo de zinc es cercano al 45%, estos niveles disminuyen en los grupos de dos (29%) y tres años de edad (31%).

Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda



Los niños y niñas menores de cinco años en situación de desplazamiento y los de estrato 1 receptor presentan una prevalencia de 1.8% y 2.3% respectivamente.

En la gráfica se observa la prevalencia (%) desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años



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

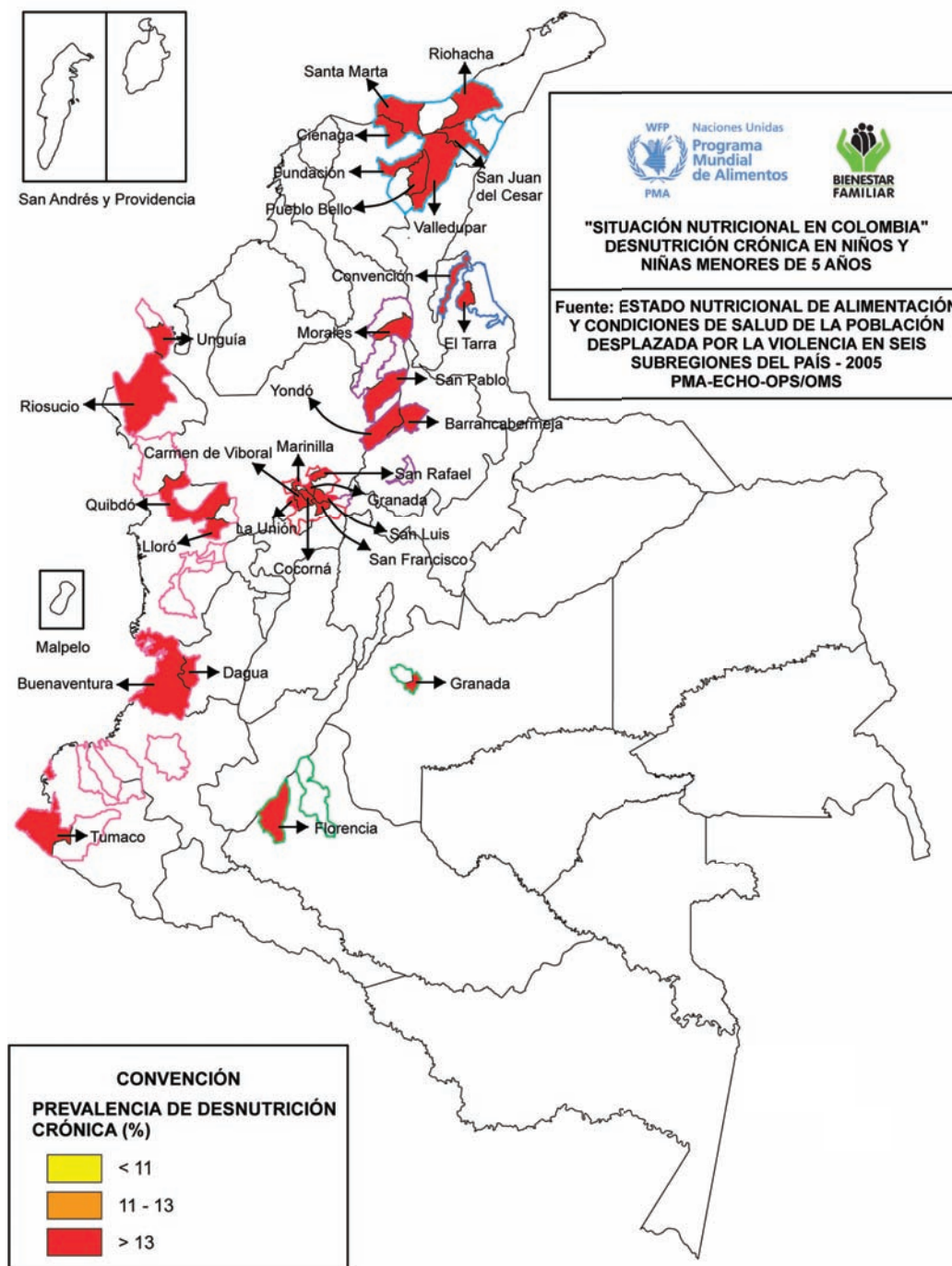
Por tiempo de desplazamiento, la desnutrición aguda de los niños y niñas menores de 10 años es mayor en los desplazados que tienen menos de un año de desplazamiento (3% vs 1.7%), pero las cifras tienen un alto error estándar.

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 desviaciones estándar. El menor porcentaje de exceso de peso en el grupo de desplazados frente al de estrato 1 receptor (1.5% y 2%) no es significativo.

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

Como se puede apreciar en el mapa todos los niños y las niñas menores de 5 años de edad que residen en los municipios estudiados de las seis microregiones tienen un estado crítico frente al estado nutricional medido por el indicador peso para la talla, el cual refiere desnutrición aguda, por cuanto la prevalencia es mayor en este grupo de población que el promedio nacional reportado en la ENSIN que es de 1.3%.

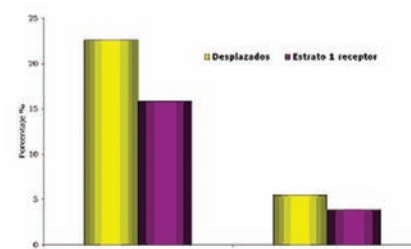
Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica



la presencia o no de desnutrición crónica ó retraso en el crecimiento, por cuanto a los niños y niñas menores de cinco años, tanto en situación de desplazamiento como de estrato I receptor, las altas prevalencias de desnutrición crónica (22.6% y 15.9%), son superiores a las reportadas en la ENSIN-2005 en donde la proporción de niños y niñas SISBEN I menores de 5 años con deficiencia de la talla para la edad es del 17.2%. La desnutrición crónica severa (<-3 DS) con prevalencias de 5.5% y 3.9% en en situación de desplazamiento y estrato I receptor. Estos datos reflejan no sólo la desventaja socio-económica que tienen los niños y niñas estudiados, sino la vulnerabilidad mayor que de la población en situación de desplazamiento.

Cuando la desnutrición crónica se revisa separadamente para los niños y niñas menores de 2 y los de 2 a 4 años, se observa el efecto acumulativo del retraso en talla a medida que aumenta la edad. Es así como en la población desplazada las tasas son 18.2% y 25.2% respectivamente y en la población estrato I receptor, 12.5% y 18.2% respectivamente, siendo significativas las diferencias al 90% de confianza. 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 quienes están en situación de desplazamiento (21%) y estrato I receptor (14.2%) es mucho mayor y significativa estadísticamente, con un 99% de confianza.

En la gráfica se presenta la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de edad por población.

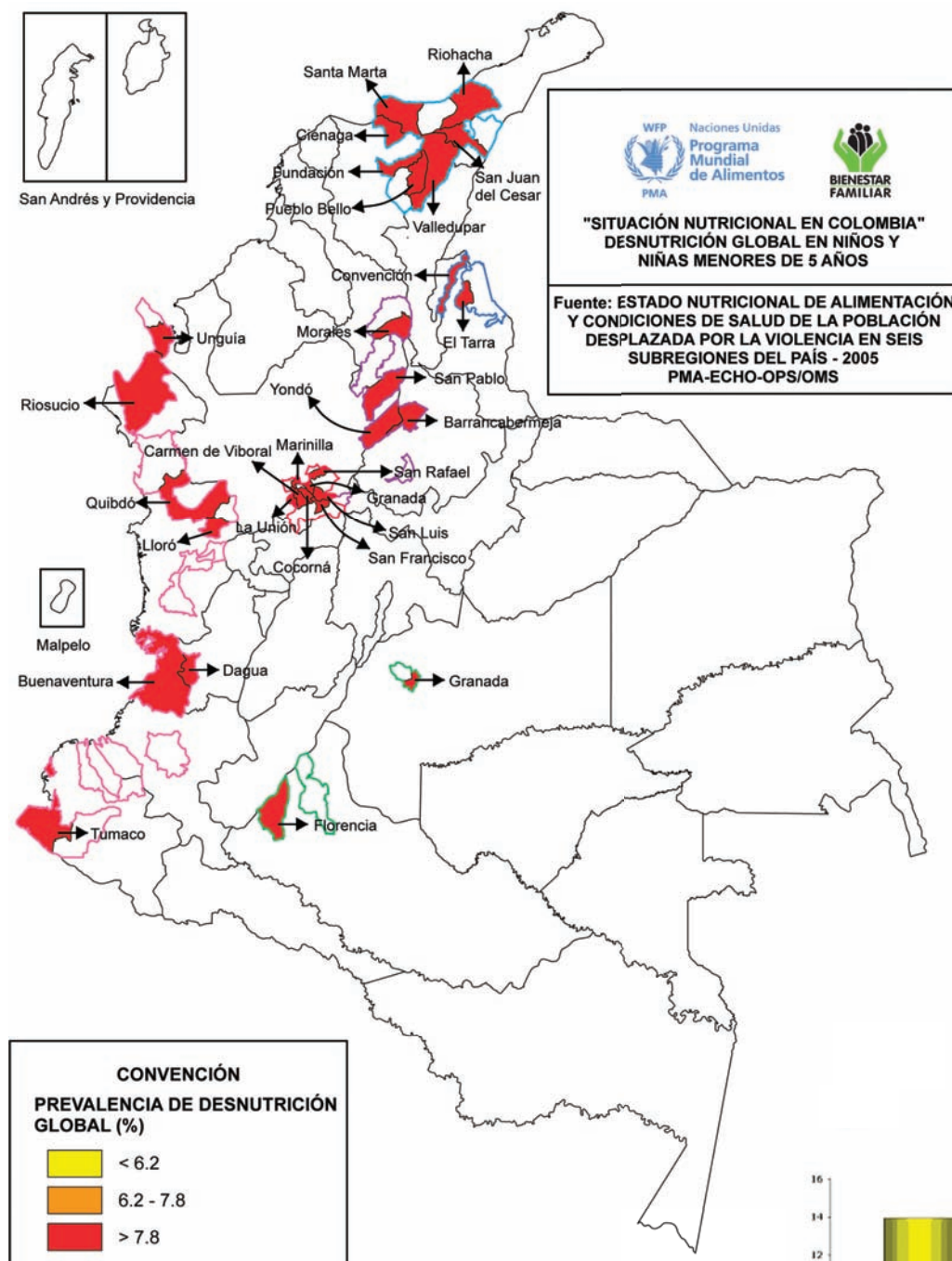


Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

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 socio-económicas de la familia y a procesos de largo plazo.

Como se puede apreciar en el mapa, todos los niños y las niñas menores de 5 años de edad que residen en los municipios estudiados de las seis microregiones tienen un estado crítico frente al estado nutricional medido por el indicador talla para la edad que refiere

Porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global

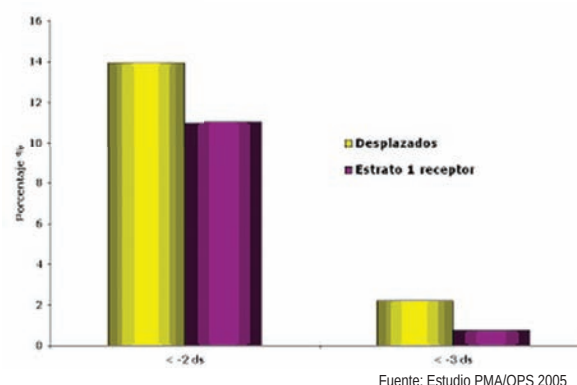


El indicador peso para la edad representa un consolidado de los dos indicadores anteriores (crecimiento lineal y proporción corporal), por lo cual puede ser usado para el diagnóstico general de desnutrición.

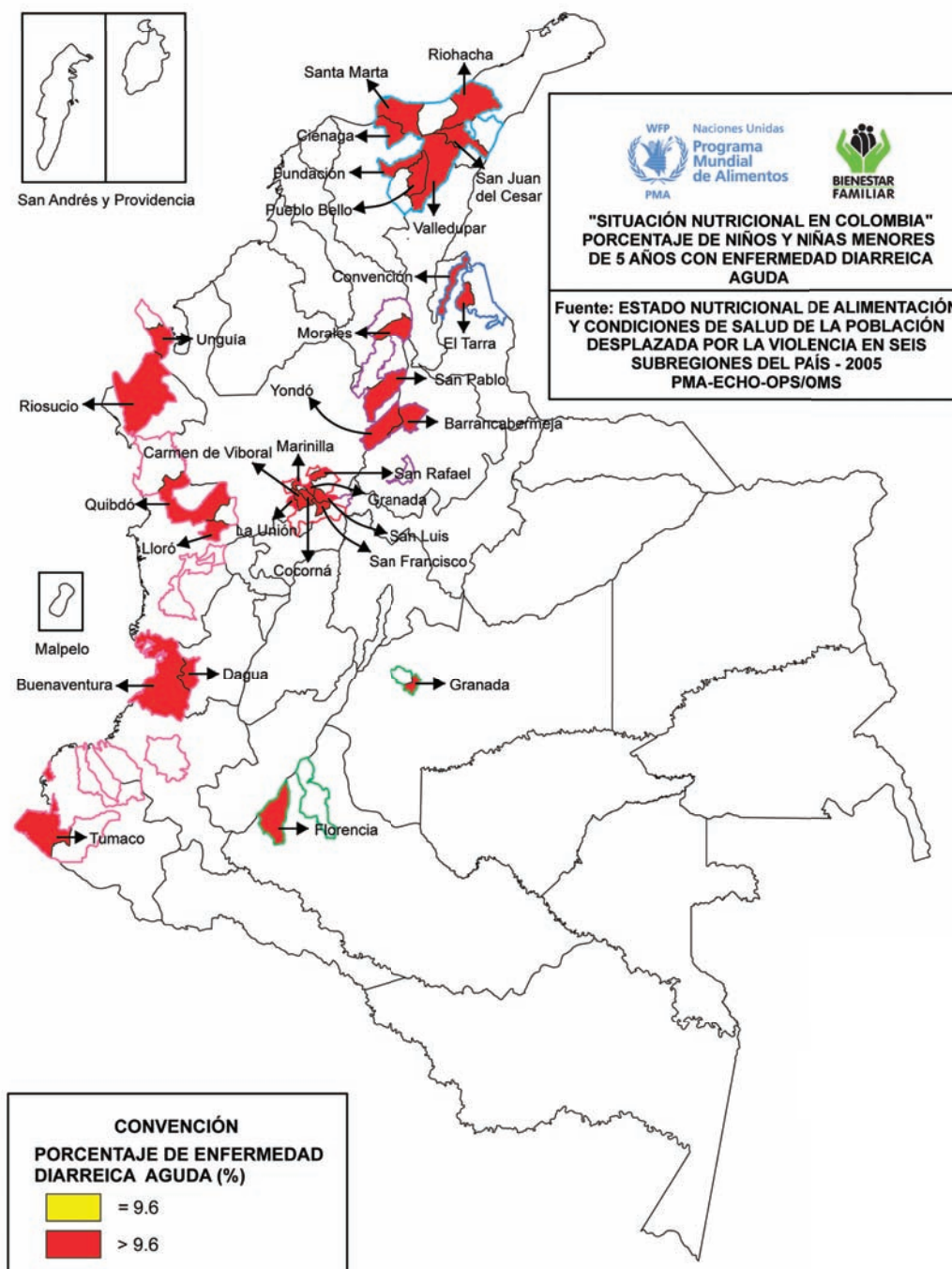
Como se puede apreciar en el mapa, todos los niños y las niñas menores de 5 años de edad que residen en los municipios estudiados de las seis microregiones tienen un estado crítico frente al estado nutricional medido por el indicador peso para la edad, el cual refiere la presencia de desnutrición global. Los niños y niñas menores de cinco años en situación de desplazamiento presentan una desnutrición global significativamente más alta (al 85% de confianza) que los de estrato 1 receptor (13.9 y 11% respectivamente). A su vez, estas cifras son mayores que las de la ENSIN, en donde la proporción de niños y niñas, SISBEN 1, menores de 5 años, con deficiente peso para la edad es de 10.3%.

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

En la gráfica se observa la prevalencia (%) de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años.



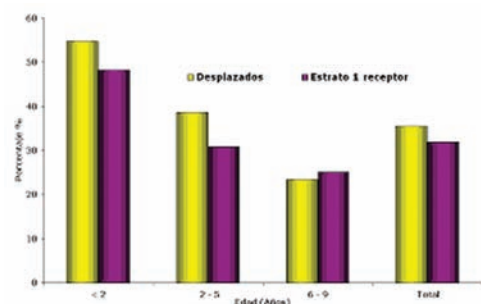
Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con EDA



En el conjunto de niños y niñas menores de 5 años, las tasas de morbilidad por diarrea, son un poco más altas en quienes están en situación de desplazamiento, y se reducen con el incremento de la edad tanto en situación de desplazamiento como en estrato 1 receptor. En los niños y niñas menores de 2 años, las tasas son considerablemente altas, 76% en desplazados y 66% en estrato 1 receptor.

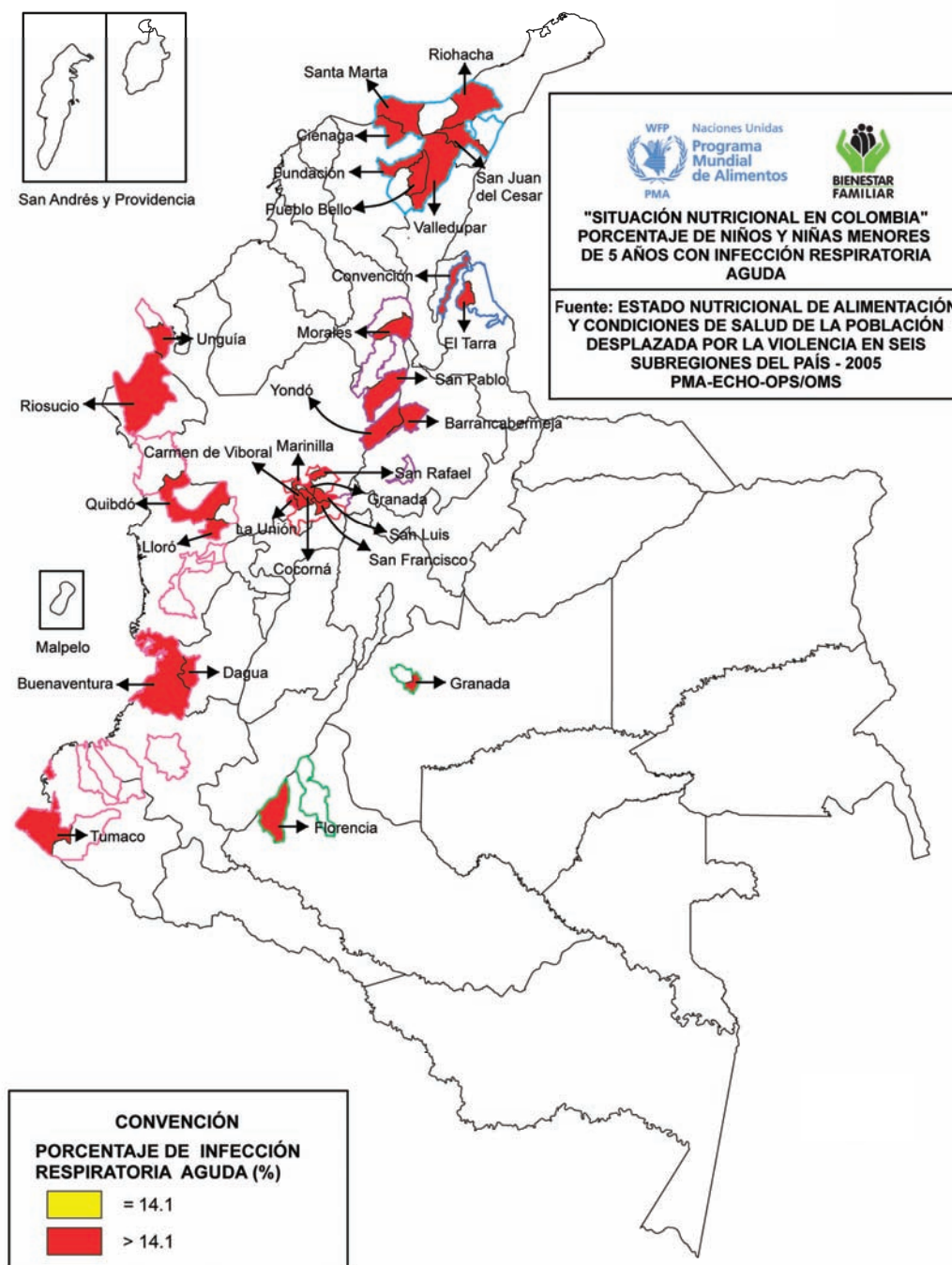
Para el grupo de niños y niñas de 2 a 5 años las prevalencias son de 39% para desplazados y de 31% para residentes.

Percepción de morbilidad específica diarrea, en 15 días población menor de 10 años, tasas por 100



Fuente: Estudio PMA/OPS 2005

Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con IRA

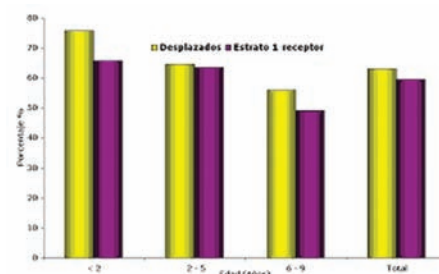


En el conjunto de niños y niñas menores de 5 años, las tasas de morbilidad por infecciones respiratorias, son un poco más altas en los desplazados, y se reducen con el incremento de la edad tanto en desplazados como en estrato 1 receptor. En los niños y niñas menores de 2 años, las tasas son considerablemente altas, 76% en desplazados y 67% en estrato 1 receptor.

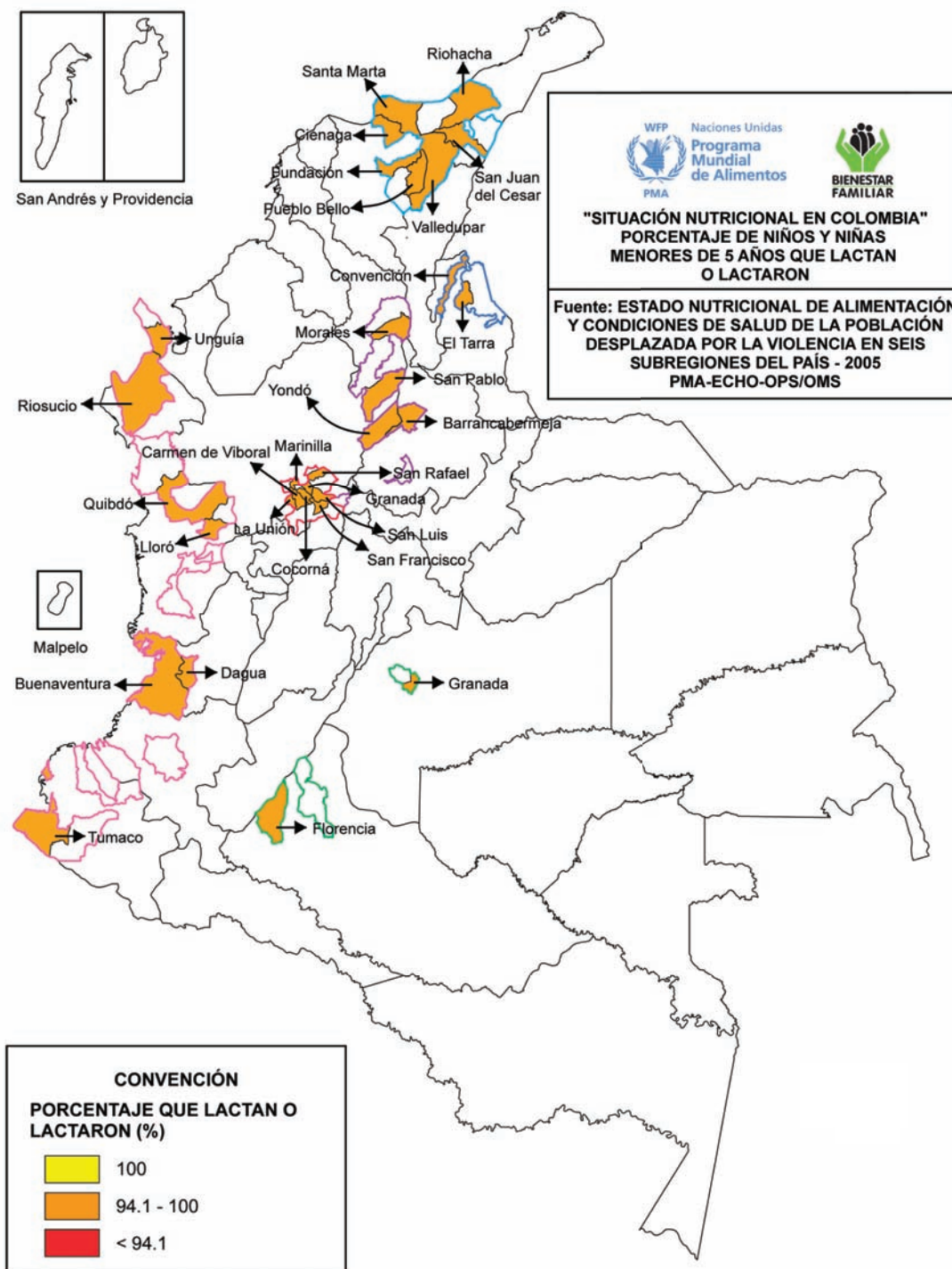
Para el grupo de niños y niñas de 2 a 5 años las tasas son de 64% para desplazados y de 63% para residentes.

Se confirma aquí lo registrado en prácticamente todas las encuestas de salud, es decir, una prevalencia de problemas respiratorios casi dos veces mayor que la prevalencia de enfermedad diarreica.

Percepción de morbilidad específica Gripe, tos o resfriado, en 15 días población menor de 10 años, tasas por 100



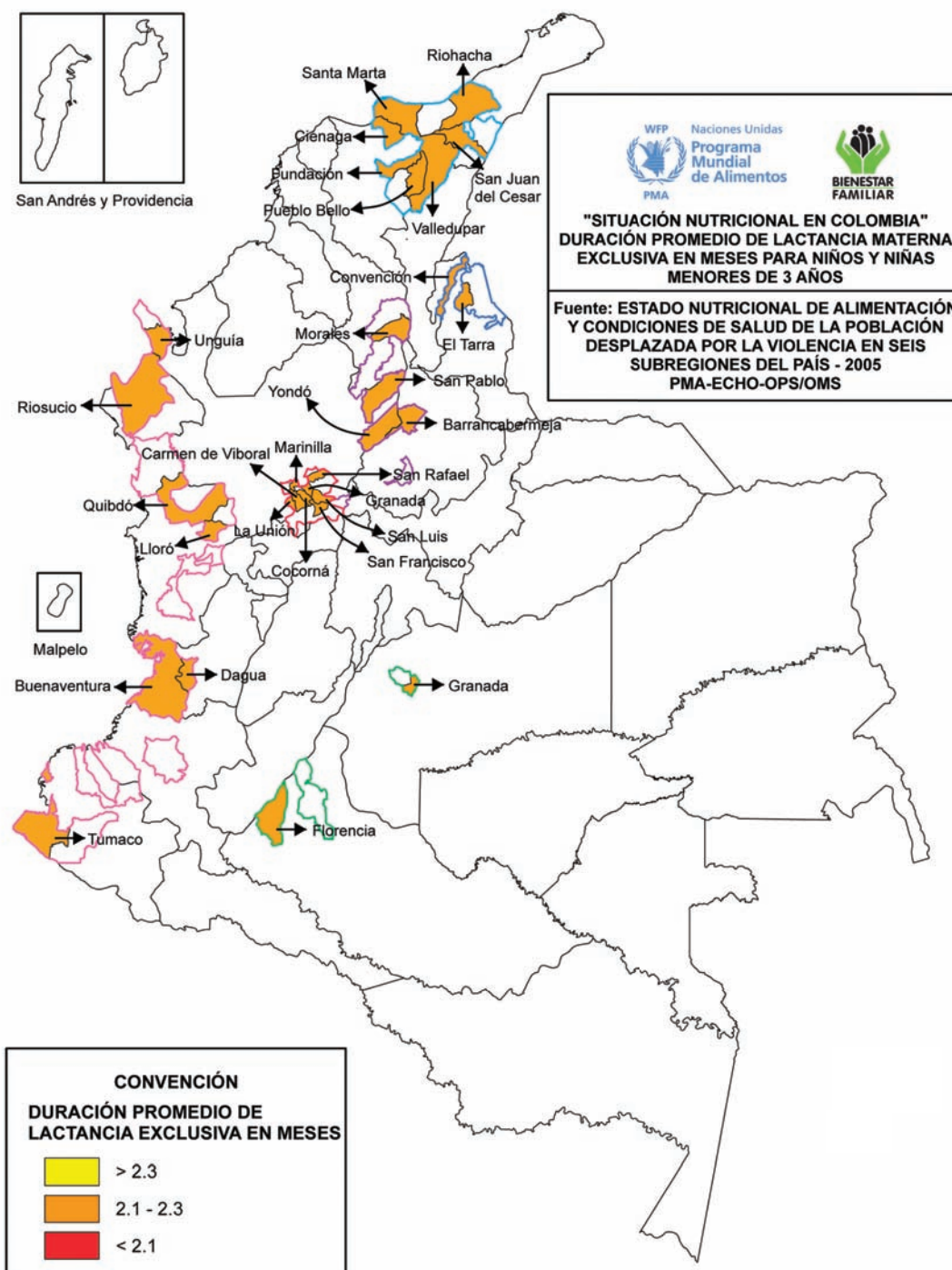
Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que lactan o lactaron



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

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

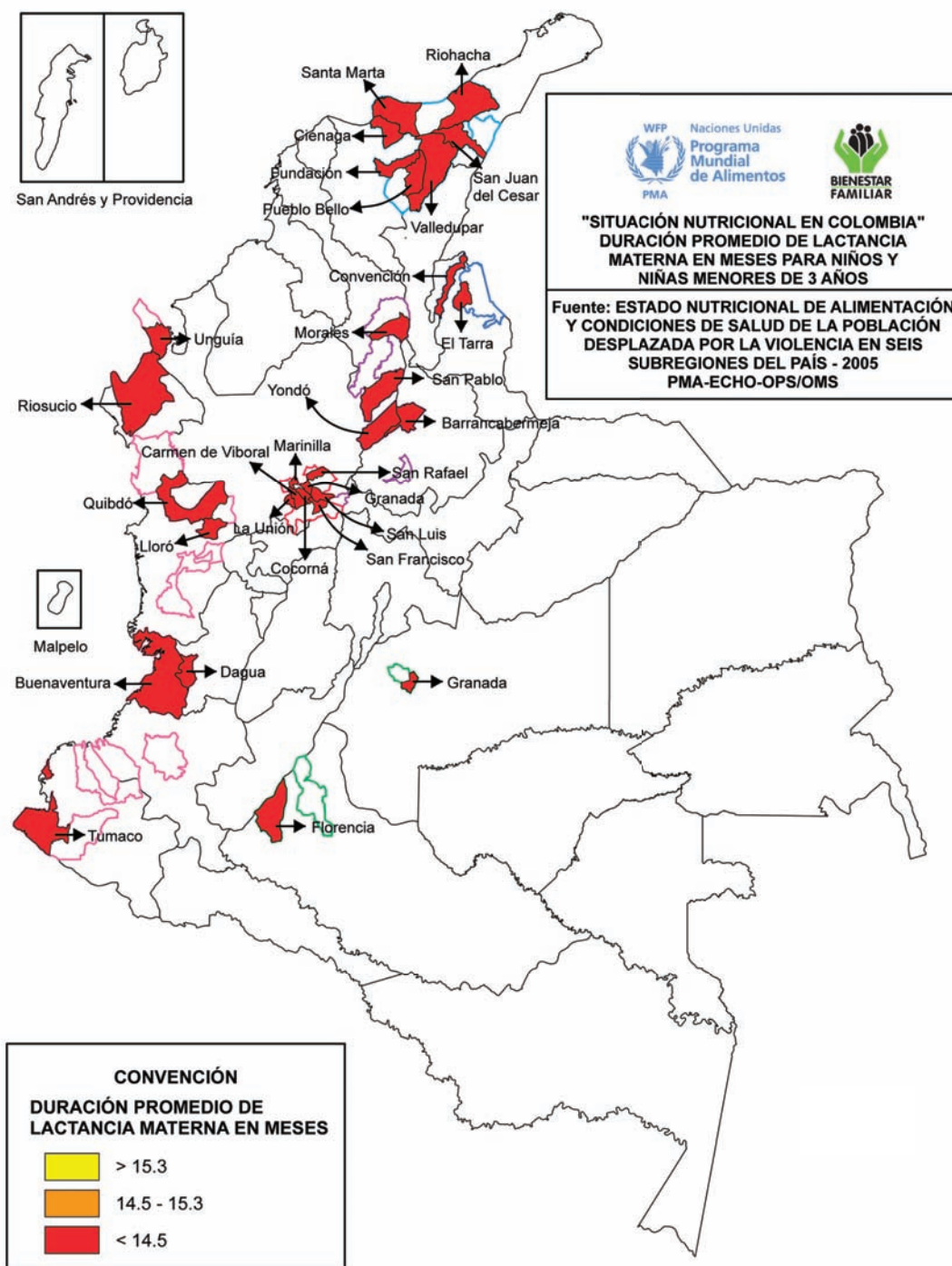
Duración Promedio de Lactancia Exclusiva para niños y niñas menores de 3 años



Se encontró una baja prevalencia de lactancia exclusiva. Solo un 18% de los niños y niñas recibieron lactancia materna exclusiva en sus primeros seis meses de vida durante un tiempo promedio de 1.51 meses para desplazados y 1.22 para vulnerables. Hay una introducción precoz de alimentos complementarios tanto en población desplazada como residente de estrato socio-económico I receptor.

En estos dos grupos de población el promedio de lactancia materna exclusiva está por debajo del promedio nacional y de la recomendación de lactancia exclusiva de 6 meses, pues su práctica protege la salud y garantiza la nutrición del niño o niña menor de 6 meses. El indicador confirma la alta vulnerabilidad de los niños y niñas que no reciben lactancia exclusiva para enfermarse y estar mal nutridos.

Duración Promedio de Lactancia para niños y niñas menores de 3 años



En ambas poblaciones es de un poco más de 12 meses. Tampoco son significativas las diferencias entre niños y niñas. Los 12 meses del tiempo total de lactancia de los bebés, están muy cerca de la mediana de duración de la lactancia materna en

la población general del país, que es de 13 meses, según lo registra la ENDS 2000 de Profamilia. En el caso de la ENSIN 2005, el promedio de lactancia general es de 15 meses. Se debe recordar que la recomendación de lactancia general es de 24 meses.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Si bien en todos los estudios y para todas las variables, la muestra de cada uno de ellos, no permite tener una representatividad igual, los datos presentados en esta georeferenciación indican una tendencia de los problemas nutricionales. Información que se convierte en una herramienta de orientación y ajuste de los programas y proyectos que se ejecutan dentro de los programas de protección social basados en alimentación.
- La combinación de estos datos con otros indicadores socioeconómicos y ambientales puede revelar factores que inciden en la situación de salud y nutrición de la población y sugieren perspectivas de intervención y orientaciones de política pública a nivel territorial y local.
- En el análisis de los resultados nutricionales de estos estudios, se identifica un problema de transición nutricional. Se presenta un problema de malnutrición de exceso dentro de los adultos pero de déficit en la población infantil; situación que hace necesario el planteamiento de acciones diferenciales entre grupos poblacionales de acuerdo a la problemática nutricional a abordar.
- La obesidad define ya una patología que requiere el manejo a través de un tratamiento particular, por cuanto, en la mayoría de los casos va acompañado de desórdenes metabólicos como dislipidemias o de enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden haber sido consecuencia de dicha obesidad, generando altos costos de atención y tratamiento. La modificación en la alimentación, que implica un mayor consumo de calorías, grasas y azúcares, promovido por los medios de comunicación sumado a una menor actividad física, son determinantes importantes en donde la solución debe plantearse hacia la modificación de los estilos de vida. Para esto, se requieren políticas y acciones en materia de promoción y prevención que logren un cambio radical de las costumbres alimentarias.
- De acuerdo a la determinación de la concentración de hemoglobina y ferritina sérica que estableció la ENSIN 2005, la anemia se convierte en un problema de salud pública para Colombia, afectando a más de la tercera parte de los grupos poblacionales incluidos en la encuesta. Esta situación es alarmante teniendo que esta deficiencia afecta directamente el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social en la primera infancia; además en las mujeres gestantes, la anemia repercute en su estado de salud y mayor probabilidad de que sus hijos presenten bajo peso al nacer. De igual forma, se recomienda que para las próximas encuestas, se aumente la representatividad de la muestra con el fin de conocer la magnitud del problema a nivel subregional y departamental.
- Las particularidades de cada una de las áreas geográficas presentadas dentro de cada estudio, permite que con base en un análisis local se orienten recursos y programas dependiendo de la problemática identificada con mayor prevalencia.

Frente al Sistema de Seguimiento Nutricional a usuarios del ICBF, resultados año 2006:

- En el análisis del indicador trazador (peso para la talla) se observa una disminución significativa del enfamecimiento entre el primer y cuarto trimestre del año para todos los programas, lo cual es positivo teniendo en cuenta que todos éstos tienen dentro de sus objetivos contribuir a mejorar el estado nutricional de sus usuarios y que el aporte de calorías y nutrientes es importante frente a las recomendaciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se observa que el porcentaje de niños con exceso de peso tiende a aumentar entre el primer y cuarto trimestre, lo cual debe evaluarse a la luz de los riesgos que esta condición puede conllevar en la salud en general.
- Teniendo en cuenta que cada uno de los departamentos de Colombia, presenta condiciones socio-económicas, ambientales, geográficas y culturales diferentes es necesario hacer un análisis a profundidad en cada una de las regionales que permita acercarse a las posibles causas de la situación tanto a nivel de déficit como de exceso que permitirá ajustar o fortalecer las intervenciones que se están realizando.
- El programa que presenta un mayor porcentaje de niños con enflaquecimiento es el de Hogares Comunitarios Tradicionales lo que probablemente se relaciona con las condiciones socioeconómicas y ambientales de los beneficiarios de este programa; mientras que en el programa de Hogares Infantiles se presentan los mayores porcentajes de exceso de peso.
- Es necesario dar a conocer en diferentes espacios y niveles los resultados arrojados por el sistema de seguimiento nutricional con el fin de que se logre uno de sus principales objetivos que es aportar elementos para la revisión de lineamientos generales de los programas incluidos.

Frente al Estudio “Estado Nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones de Colombia, PMA-OPS 2005”; se logró realizar el cruce de variables de niños y niñas dentro de los principales hallazgos encontrados se muestra:

- Prevalencia mayor y estadísticamente significativa de Anemia (78.5%) e IRA (65.1%) en los niños y niñas que registran desnutrición crónica, adicionalmente la proporción de hogares con inseguridad alimentaria es mayor (92.2%) para los niños y niñas que registran desnutrición que para los que no la registran.
- El indicador de desnutrición crónica relacionado con el porcentaje de lactantes, muestra una mayor proporción de lactantes en el grupo que no registra desnutrición (99.1%), en este mismo grupo la duración promedio de la lactancia es mayor (12.13%).
- El indicador de Desnutrición Global cruzado con las variables de anemia, inseguridad alimentaria y EDA, muestra que los niños y niñas que registran desnutrición tienen mayor prevalencia de anemia (83.4%), de EDA (53.8%) y de inseguridad alimentaria (93.6%) que los niños que no registraron desnutrición global.
- La desnutrición global comparada con el porcentaje de lactantes, muestra mayor proporción, estadísticamente significativa en el grupo de niños que no registra desnutrición (99.1%).



Naciones Unidas
**Programa
Mundial
de Alimentos**



**BIENESTAR
FAMILIAR**

www.icbf.gov.co

www.wfp.org/latinoamerica

Línea gratuita nacional Bienestar Familiar

01 8000 91 80 80