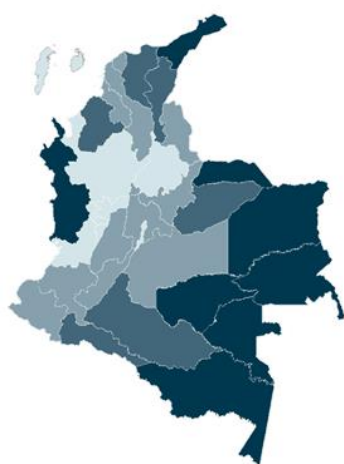


ANDI – Cámara de la industria de alimentos

ABACO – Asociación de bancos de alimentos de Colombia

Fundación Éxito



Alimentando sueños

Línea base de la situación alimentaria y nutricional de la niñez en Colombia, 2019.

Lectura situacional para la toma de decisiones basada en evidencia.



**Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia
– ABACO**

Director Ejecutivo

Juan Carlos Buitrago Ortiz

Gerente Alianza por la Nutrición Infantil

Sara Méndez París

Equipo técnico Alianza por la Nutrición Infantil

Adriana Galindo

Yuli Taborda

Angie Julieth Santamaría García

Miguel Fernando Contreras Rivera

Diseño y diagramación

María del Coral Miranda

Fundación Éxito

Directora Ejecutiva

Paula Escobar Gutiérrez

**Líder de Inversión social y generación del
conocimiento**

Diana María Pineda Ruiz

**Analista de Inversión social y generación del
conocimiento**

Juan Sebastián Holguín

Mapas y gráficos

Propiedad de ABACO, la ANDI y Fundación Éxito

**Asociación Nacional de Empresarios de
Colombia – ANDI**

Presidente

Bruce Mac Master

**Director Ejecutivo Cámara de la industria de
alimentos**

Juan Camilo Montes Pineda

Esta publicación es el producto del convenio del año 2018 entre la Cámara de la industria de alimentos de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia – ANDI y la Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia – ABACO, sus contenidos son responsabilidad de las entidades participantes. Prohibida si reproducción total o parcial sin autorización de ABACO y la ANDI.

Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia
Calle 19 A Nro. 32 – 50
Teléfono: (+571) 402 9305 / Celular: (+57) 313 245 7978

Contenido

Presentación

1	Acercamiento al estado de la política social relacionada con la seguridad alimentaria y nutricional en Colombia.....	6
2	Determinantes sociales y económicas del estado de salud y nutrición de la niñez en Colombia	17
2.1	Estructura demográfica en Colombia, una sociedad en vía de envejecimiento.....	17
2.1.1	Niños, niñas y adolescentes en Colombia	22
2.1.2	Ocupación del territorio	25
3	Estado de las variables asociadas a los ejes y dimensiones de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	28
3.1	Dimensión de los medios económicos – eje disponibilidad de alimentos.....	28
3.2	Dimensión de los medios económicos – Eje acceso a alimentos	32
3.2.1	Incidencia de la pobreza monetaria en Colombia.....	34
3.2.2	Incidencia de la pobreza monetaria extrema en Colombia.....	35
3.2.3	Índice de pobreza multidimensional - IPM	38
3.2.4	Desigualdad – Coeficiente de Gini.....	46
3.2.5	Nivel de educación	49
3.2.6	Desempleo.....	51
4	Dimensión de calidad de vida y fines del bienestar	52
4.1	Los hogares en Colombia.....	53
4.2	Servicios públicos domiciliarios	56
4.3	Seguridad alimentaria y situación nutricional.....	59
4.3.1	Seguridad alimentaria.....	61
4.3.2	Autoconsumo en hogares	67
4.3.3	Estrategias de afrontamiento de inseguridad alimentaria en el hogar	68
4.3.4	Principales características del cambio alimentario y nutricional en Colombia	70
4.4	Determinantes singulares del estado nutricional por curso de vida	72
4.4.1	Lactancia materna (0 a 23 meses de edad).....	72
4.4.2	Prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública para los grupos de edad de 3 a 5 años, 6 a 12 años y adolescentes	82
4.4.3	Actividad física y comportamientos sedentarios.....	89
4.5	Estado nutricional de niños, niñas, adolescentes.....	91

4.5.1	Estado nutricional de niños y niñas en primera infancia	91
4.5.2	Estado nutricional de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años.....	104
5	Estadísticas vitales.....	121
5.1	Nacimientos.....	122
5.1.1	Nacimientos según peso del nacido vivo	124
5.1.2	Defunciones fetales por causas asociadas al retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	129
5.1.3	Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales.....	132
6	Cruce de variables	144
7	Conclusiones	145
7.1	Territorio y población.....	146
7.2	Disponibilidad y acceso a los alimentos.....	147
7.3	Seguridad alimentaria y prácticas de alimentación	147
7.4	Situación nutricional de la primera infancia.....	149
7.5	Situación nutricional de niñez y adolescencia.....	150

Presentación

Actuar con mayor nivel de certidumbre sobre un fenómeno o problema social con el propósito de transformarlo, requiere inicialmente realizar una lectura de dicha situación, esto es, adoptar un proceso de consolidación y análisis de la información para describir el comportamiento de las variables relacionadas con la problemática en determinada población y de qué manera se manifiestan en un horizonte de tiempo determinado.

Acorde al propósito definido por la Alianza; “ser el país con la mejor nutrición infantil de América Latina” y al planteamiento de alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS asociados a las líneas de acción, se presenta la línea base considerando indicadores de impacto asociados a variables del entorno sociopolítico y económico, de la estructura demográfica y de ocupación del territorio y de la situación de alimentaria y nutricional en niños, niñas y adolescentes, propiamente dicha.

Los resultados de los indicadores presentados son el producto de operaciones estadísticas robustas que se encuentran debidamente documentadas, lo que garantiza la continuidad y periodicidad del monitoreo y la evaluación.

La desagregación territorial de los datos es la disponible en las fuentes de información oficiales para los niveles nacional, regional y departamental y con mayores restricciones para el nivel municipal. Los cruces de variables para la focalización se realizan considerando las variables de mayor impacto y que tienen el mayor nivel de desagregación territorial posible.

La línea base presenta los resultados agregados y asociados a la situación nutricional de la niñez en Colombia, con el fin de apoyar la toma de decisiones respecto a la naturaleza de las acciones y los territorios en los cuales priorizar la intervención y contribuir a la transformación positiva de la situación problema.

Lectura situacional descriptiva sobre la situación alimentaria y nutricional de la niñez en Colombia

1 Acercamiento al estado de la política social relacionada con la seguridad alimentaria y nutricional en Colombia

“El derecho a la alimentación es un derecho humano, reconocido por la legislación internacional, que protege el derecho de todos los seres humanos a alimentarse con dignidad, ya sea produciendo su propio alimento o adquiriéndolo.”¹

El concepto de alimentación ha evolucionado acorde con los arreglos sociopolíticos internacionales, suscritos alrededor del reconocimiento de la dignidad humana, de la igualdad e inalienabilidad de los derechos de todas las personas, y de las condiciones mundiales relacionadas básicamente con la disponibilidad y acceso a los alimentos.

Con mayor o menor grado de reconocimiento y adopción progresiva de mecanismos nacionales para la garantía de los derechos, los modelos de desarrollo económico han privilegiado distintas medidas en torno al bienestar, crecimiento económico, la distribución equitativa de las oportunidades, el incremento en la efectividad de la acción estatal o el incremento de capacidades, en procura de enfrentar las privaciones a las que puedan verse sometidas las personas en razón de su condición socioeconómica, procedencia, postura ideológica o de género, entre otras.

Con la Promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el año 1948, se reconoce como parte constitutiva de un nivel de vida adecuado; el bienestar, la salud y en *especial la alimentación*, reconocimiento que intrínsecamente establece la obligatoriedad del Estado como garante del goce efectivo de este derecho.

El derecho a la alimentación pasó de ser una situación meramente individual que involucraba únicamente a las personas y sus condiciones materiales para acceder a los alimentos, a un derecho que involucraba claramente la acción del Estado para que todas las personas estuvieran

¹ De Schutter Olivier. Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación 2017. Recuperado de <http://www.srfood.org/es/olivier-de-schutter-2>

en iguales condiciones de adquirir alimentos conforme a su dignidad, aún en condiciones extremas de pobreza, escasez o hambrunas (liberación del hambre).

Al concepto inicial de *Alimentación*, paulatinamente y acorde a los cambios ocurridos a nivel mundial, se le incorporaron nuevos alcances, dimensiones y componentes, surgió así, el concepto de *Seguridad Alimentaria*, cuya definición se adoptó oficialmente en el marco de la Cumbre Mundial de la Alimentación - CMA, de 1996; “Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana.”²

“El concepto como tal surgió en la década del 70, basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional, en los años 80, se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico. Y en la década del 90, se llegó al concepto actual que incorpora la inocuidad y las preferencias culturales, y se reafirma la Seguridad Alimentaria como un derecho humano.”³

La evolución cronológica y del alcance del concepto de Seguridad Alimentaria, se observa a continuación⁴;

1974 – Medio para garantizar únicamente la subsistencia de las personas cuando surgen fuertes crisis alimentarias por falta de alimentos suficientes. Concepto cuantitativo asociado a la ayuda humanitaria de emergencia.

1983 – El hambre no sólo se produce por un problema de escasez o de disponibilidad de los alimentos, sino más bien por problemas de acceso a los alimentos debido a la pobreza que sufre la población en concreto necesitada. Con este enfoque se busca establecer equilibrio entre la demanda de alimentos y el suministro final y efectivo de los mismos a la población más pobre.

1996 – Se amplía el significado e incluye en su definición elementos cualitativos (de calidad), existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a alimentos suficientes, sanos (inocuos) y nutritivos que les permitan satisfacer sus necesidades energéticas y sus preferencias alimentarias para poder llevar una vida activa y sana.

2009 – Se reitera el concepto de la cumbre de 1996 y se deja constancia de los 4 pilares sobre los que se asienta la Seguridad Alimentaria; existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen, en todo momento acceso, físico, social y económico a suficientes alimentos, inocuos y nutritivos, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los

² Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. En buenos términos con la terminología, 2012. Recuperado de <http://www.fao.org/3/MD776s/MD776s.pdf>

³ FAO. Conceptos básicos de seguridad alimentaria y nutricional 2011. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>

⁴ Esquema realizado con base en; Fillol Adriana. El concepto de Seguridad Alimentaria en el marco internacional. Recuperado de <http://thesocialsciencepost.com/es/2015/12/el-concepto-de-seguridad-alimentaria-en-el-marco-internacional/>

alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana. Los cuatro pilares de la seguridad alimentaria son la disponibilidad, el acceso, la utilización y la estabilidad. La dimensión nutricional es parte integrante del concepto de seguridad alimentaria.

La dimensión nutricional se incorpora al lenguaje de los organismos y agencias internacionales concernidas en el tema, a partir de la década de los 90; “la seguridad nutricional es entonces, un estado que se logra a nivel de la personas y conjuga el acceso a alimentos adecuados que satisfacen plenamente las necesidades nutricionales con otros factores de carácter no alimentario que permitan a las personas metabolizar los alimentos y utilizar los nutrientes para sustentar el crecimiento y el mantenimiento del cuerpo así como llevar a cabo las funciones vitales básicas.”⁵

La combinación de los conceptos de seguridad alimentaria y seguridad nutricional, enfatizan, por tanto, que las personas no solo deben tener acceso a los alimentos, sino que éstos deben tener la calidad suficiente para proveer lo que sus organismos necesitan para funcionar plenamente.

Según la definición de la FAO; “existe seguridad alimentaria y nutricional cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a alimentos en cantidad y de calidad suficientes en términos de variedad, diversidad, contenido de nutrientes e inocuidad para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana, y tienen un entorno sanitario y una salud, educación y cuidados adecuados.”⁶

En Colombia, la alimentación como asunto que implica la acción del Estado – Política Alimentaria, ha contado con sus propios desarrollos y en algunos casos las decisiones de gobierno han antecedido los acuerdos de carácter internacional en la materia, tal como se observa en la tabla 1, con datos tomados de la evaluación de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PSAN 2017.

Tabla 1. Hitos de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia

AÑO	HITO
1926	Inicio del programa de restaurantes escolares
1941	Formalización de la atención nutricional a los escolares del sector oficial
1947	Creación de laboratorios de estudios de nutrición - Instituto Nacional de Nutrición
1968	Creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como entidad que continuó con las funciones que entonces correspondían al Instituto Nacional de Nutrición, incluyendo la ejecución del proyecto de protección nutricional y educación alimentaria en escuelas oficiales de educación primaria (actualmente PAE)

⁵ Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. En buenos términos con la terminología 2012. Recuperado de <http://www.fao.org/3/MD776s/MD776s.pdf>

⁶ Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. En buenos términos con la terminología, 2012 P. 8 – Rescatado de <http://www.fao.org/3/MD776s/MD776s.pdf>

1970	Creación del Plan Nacional de Alimentos para el Desarrollo
1974	En respuesta a la crisis mundial de alimentos (1972), el Plan Nacional de Desarrollo 1974-1978, establece el Plan de Alimentación y Nutrición (PAN) y el Desarrollo Rural Integrado (DRI) con el fin de promover la integración de políticas agrícolas en la política alimentaria y nutricional
1989	El documento Conpes 2419 adopta el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria, que fundamentaba su ejecución en cuatro objetivos: (i) fortalecer y aumentar la producción nacional de alimentos; (ii) mejorar el consumo de alimentos de la población vulnerable; (iii) garantizar un adecuado aprovechamiento biológico de los alimentos; (iv) control del riesgo de inseguridad alimentaria (DNP, 1989)
1991	Inclusión en la Constitución Política de 1991 de: (i) los niños tienen derecho a una alimentación equilibrada; (ii) la mujer gestante y los adultos mayores, ambos en condición de vulnerabilidad, tienen derecho a un subsidio alimentario; (iii) la producción de alimentos gozará de la especial protección del Estado; (iv) Seguridad alimentaria como “el grado de garantía que debe tener toda la población, de poder disponer y tener acceso oportuno y permanente a los alimentos que cubran sus requerimientos nutricionales, tratando de reducir la dependencia externa y tomando en consideración la conservación y equilibrio del ecosistema para beneficio de las generaciones futuras”
1996 -2005	A partir de los compromisos establecidos en la Conferencia Internacional de Nutrición de 1992, Colombia formula el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) 1996-2005, cuya coordinación es asumida en 1998 por el ICBF. El periodo del Plan coincidió con acciones del gobierno nacional orientadas a dar cumplimiento a los compromisos de la Cumbre Mundial de Alimentos de 1996 y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); (i) Programa Familias en Acción; (ii) focalización de los subsidios alimentarios a la población en condiciones de vulnerabilidad; (iii) planes de lactancia materna en el marco de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño; (iv) definición de las metas nacionales de los ODM 5; (v) Red de Seguridad Alimentaria (ReSA); (vi) Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN.
2008	La evaluación del PNAN evidenció que uno de los mayores logros de este fue mantenerse durante tres periodos de gobierno. La evaluación identificó también falencias en la institucionalidad por lo cual una de las recomendaciones fue definir una Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, como política de Estado (DNP, 2008). Se formula el Conpes social 113 de 2008, sobre la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
2011 -2015	En vigencia de la Ley 1450 (Plan Nacional de Desarrollo Nacional 2010 - 2014) se estableció que el PAE se trasladara del ICBF al Ministerio de Educación – MEN, con el objetivo de alcanzar las coberturas universales y que desde el MEN se desarrollara la orientación, ejecución y articulación con las entidades territoriales. Con el fin de llevar a cabo la orientación y articulación, el Ministerio de Educación, definió el lineamiento técnico administrativo para la prestación del servicio y la ejecución del Programa. Este Documento fue revisado y actualizado teniendo en cuenta los aportes de las entidades territoriales, los operadores y demás actores.
2015	El MEN expide Decreto 1852 para reglamentar la operación descentralizada total a partir del 2016

Fuentes: Evaluación Institucional y de Resultados de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional-PSAN y Ministerio de Educación - MEN

En Colombia, mediante el documento del Consejo de Política Económica y Social - CONPES social 113 de 2008, se formuló la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PSAN. El Conpes indica que la implementación de la política se realizará mediante el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, cuyo horizonte temporal inicial se estableció para el periodo 2008-2017. Este plan fue aprobado en diciembre del 2012, y su periodo de vigencia se extendió al 2019.

En el marco de la política nacional establecida en el Conpes 113, se define seguridad alimentaria y nutricional, como la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa.

Esta definición omite el tema de las preferencias culturales, incluido a nivel internacional en la década de los 90, y se enmarca desde el manejo social del riesgo; “así el evento indeseable sobre el cual la población busca asegurarse es el de padecer hambre, malnutrición o enfermedades asociadas con la alimentación e inocuidad de los mismos⁷”. Al enmarcar la definición desde el manejo social del riesgo y no desde el enfoque de derechos, se focaliza la acción del Estado hacia la franja de la población con mayor nivel de vulnerabilidad y con mayor nivel de exposición a amenazas.

La PSAN se formula con 5 ejes, que en conjunto garantizan el ejercicio de los derechos y deberes, precisan la acción del Estado, la sociedad civil y la familia y definen las condiciones necesarias y suficientes para lograr la seguridad alimentaria y nutricional - SAN.

Los ejes se agruparon por dimensiones, para efectos de ordenar el análisis y plantear las acciones estratégicas y su evaluación, esto considerando el elevado número de variables que deben ser observadas para acercarse fácticamente a un fenómeno complejo como el de la SAN. La clasificación por dimensiones, ejes y variables asociadas se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Dimensiones, ejes y variables de la PSAN

DIMENSIÓN	EJE	VARIABLES ASOCIADAS
Medios económicos	Disponibilidad de alimentos	Oferta o suministro de alimentos de la canasta básica, producción agropecuaria y distribución interna de los alimentos
	Acceso	Ingresos, comportamiento del tipo de cambio de la moneda, comportamiento de los precios a nivel mayorista vs distribución detallista, costos del transporte, prácticas de autoconsumo
Calidad de vida y fines del bienestar	Consumo	Necesidades nutricionales del ser humano, lactancia materna
	Aprovechamiento	Actividad física, deficiencias en la ingesta de minerales y vitaminas y saneamiento básico
Calidad e inocuidad de los alimentos	Calidad e inocuidad	Calidad de las materias primas, presencia de microorganismos patógenos y sustancias contaminantes, buenas prácticas agrícolas y de manufactura, marco regulatorio, inspección, capacidad institucional, estatus sanitario e integración de actores de cadenas productivas

Fuente: Documento Conpes 113 de 2008

⁷ Consejo Nacional de Política Económica y social. Conpes 113 de 2008. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN. P.12. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SEGURIDAD%20ALIMENTARIA%20Y%20NUTRICIONAL.pdf>

La Política, focaliza los grupos de población más vulnerables; desplazados por la violencia, afectados por desastres naturales, grupos étnicos, niños, mujeres gestantes y lactantes, y los grupos de personas y campesinos de más bajos recursos y se enmarca en los principios de; (i) derecho a la alimentación, (ii) equidad social, (iii) perspectiva de género, (iv) sostenibilidad, (v) corresponsabilidad, y (vi) respeto a la identidad y diversidad cultural.

Para avanzar en el nivel de seguridad alimentaria y nutricional, la política propuso las siguientes estrategias y líneas de acción.

Tabla 3. Estrategias y Líneas de la PSAN

ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE POLÍTICA
Desarrollo institucional, Planes territoriales de seguridad alimentaria y nutricional, Focalización, Alianzas estratégicas, Participación comunitaria y ciudadana, Información, educación y comunicación, Seguimiento y evaluación	Estabilidad en el suministro y desarrollo del mercado agroalimentario
	Impulso a las formas asociativas y empresariales para la generación de empleo e ingresos que contribuyan a la disponibilidad y acceso a los alimentos
	Mejoramiento de la capacidad para acceder a los factores productivos a la población vulnerable
	Garantía de acceso a los alimentos
	Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable
	Mejoramiento de los servicios públicos, saneamiento ambiental y entornos saludables
	Aseguramiento de la calidad e inocuidad de los Alimentos
	Desarrollo científico y tecnológico de los 5 ejes de la seguridad alimentaria y nutricional
	Desarrollo de las capacidades, potencialidades y competencias humanas

Fuente: Documento Conpes 113 de 2008

El documento precisa que en la financiación de la Política y del Plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional, concurrirán los diferentes sectores, las entidades territoriales, la empresa privada, las organizaciones no gubernamentales, las agencias internacionales, las familias y la sociedad.

En el año 2015, el gobierno nacional contrata la realización de una evaluación institucional y de resultados de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – PSAN,⁸ con el fin de identificar la capacidad institucional de las entidades a cargo de su formulación e implementación, a nivel nacional y territorial, e identificar el cumplimiento de los objetivos y el avance de las metas, de acuerdo a lo establecido en el documento Conpes 113 de 2008. A continuación, las principales conclusiones de la evaluación.

⁸ Departamento Nacional de Planeación. Evaluación Institucional y de Resultados de la PSAN 2015. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/138_InformeFinal.pdf

Se destaca la robustez técnica, la pertinencia y correspondencia entre el diagnóstico y los contenidos del plan de acción, producto entre otros, del procesamiento de la situación problema a través de la metodología del marco lógico. En otras palabras, se observa una relación secuencial lógica entre los medios y fines planteados.

Se reconoce el valor político de la Política; de una parte, por conjugar las preocupaciones de los técnicos de gobierno y las expectativas de los movimientos sociales respecto a las demandas de la población más vulnerable en el tema, y de otra, por haber sido construida sobre un conocimiento acumulado, producto de la trayectoria en el país de iniciativas gubernamentales relacionadas.

La Política, además de estar soportada en las disposiciones del Derecho Internacional cuenta con importantes desarrollos en la Jurisprudencia Colombiana, en la que se aborda el análisis del derecho a la soberanía y seguridad alimentaria desde sus determinantes, el deber de la seguridad alimentaria, entre otros conceptos, se define como; “el grado de garantía que debe tener toda la población, de poder disponer y tener acceso oportuno y permanente a los alimentos que cubran sus requerimientos nutricionales, tratando de reducir la dependencia externa y tomando en consideración la conservación y equilibrio del ecosistema para beneficio de las generaciones futuras”⁹

La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – CISAN, reconocida como la máxima instancia del tema en el país, cumplió con los mandatos que se le asignaron, en buena medida por las gestiones de la secretaría y la mesa técnica, conformada por profesionales del nivel técnico de las entidades que la conforman, tiene reconocimiento en el gobierno nacional, organismos multilaterales y en gobiernos subnacionales como la instancia del gobierno para los temas de la seguridad alimentaria y nutricional. La CISAN cumplió con las 18 funciones que le asignan las normas, y ha ejecutado todas las recomendaciones del Conpes que le dio origen, excepto las disposiciones sobre precios de los alimentos.

La oferta de intervenciones de los planes de seguridad alimentaria y nutricional del país, abordan la mayoría de los problemas de seguridad alimentaria que se presentan en los niveles territoriales. El nivel nacional previó la implementación de un total de ciento cincuenta y siete (157) intervenciones, que se suman a setecientos treinta y nueve (739) programas y proyectos a nivel departamental, sin embargo, se encontró que la oferta de intervenciones es insuficiente en materia de centros de acopio y planes de abastecimiento, gestión del riesgo, y en desarrollo institucional para el control de la calidad e inocuidad.

⁹ Corte Constitucional. Sentencia C-644/12. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/C-644-12.htm>

La excepción a la consistencia técnica de la política radica en haber olvidado los precios de los alimentos al consumidor, que habían sido señalados en el diagnóstico del Conpes 113 de 2008 como una restricción importante del acceso a los alimentos, y que formaban parte de las recomendaciones del Conpes al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, pero que no fueron incluidos en el plan de acción de la política.

Todos los componentes de la política y sus intervenciones tienen la misma importancia relativa, sin embargo, la calidad de los indicadores está desbalanceada respecto a los ejes de la Política, pues si bien en algunos de éstos son suficientes y pertinentes, en otros casos, como en el de acceso, los indicadores escapan al ámbito de la política. Por otra parte, se advierte en la evaluación, que el Plan de Acción no señala prioridades distintas a las poblaciones vulnerables.

La puesta en marcha de la política se ve restringida, porque en el plan de acción la mitad de su contenido está compuesto por tareas intrasectoriales sobre las cuales la CISAN no tiene mayor incidencia. Sólo el 11% de las intervenciones del plan son intersectoriales en los términos de la Ley 117, esto es, tareas que deben ser adelantadas por dos o más entidades. La intersectorialidad conceptual que aporta el marco lógico no es equivalente a la intersectorialidad operativa. La mitad de las intervenciones de la política corresponden a acciones misionales, principalmente en los ejes de disponibilidad y calidad e inocuidad. Los programas y proyectos, que son los que cambian el statu quo, y para los cuales se asignan metas y recursos de inversión, son apenas la mitad del plan de acción de la política.

El Conpes 113 falló en definir los planes territoriales SAN como una de las principales estrategias para implementar la política, con la expectativa de que su contenido se expresara en los planes de desarrollo, planes de inversión y los planes de acción de cada entidad. Esto no ha ocurrido en ninguno de los tres niveles de gobierno. De acuerdo a la evaluación, los planes no logran incorporarse efectivamente a los instrumentos de planificación territorial, tanto en su componente estratégico como financiero.

Al igual que otros planes de carácter sectorial o poblacional definidos por ley en Colombia, terminan constituyéndose en apéndices de los planes de desarrollo, con baja inclusión al momento de formular los planes de acción y los planes operativos anuales de inversiones, cuyo primer requisito es que los recursos y acciones planteadas para cada vigencia fiscal deban estar vinculados a proyectos matriculados y que hagan parte del plan de desarrollo, esto es, si el plan SAN no está completamente incluido en el plan de desarrollo territorial, no podrá ser sujeto de financiación.

La CISAN, en medio de restricciones legales y de diseño de la política, no habría logrado recursos adicionales significativos para la política. Las comisiones intersectoriales no tienen la

capacidad jurídica para asignar recursos. El Conpes 113 es un documento sin recursos, que formula generalidades sobre la materia, lo mismo que su plan de acción. La CISAN entonces solo tiene margen para movilizar recursos por parte de las entidades participantes.

Entonces, ¿cuál es la perspectiva a futuro si se considera que; el horizonte de tiempo del plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional finaliza en el año 2019, los planes de desarrollo de los gobiernos subnacionales se encuentran en su último año y, por último, el plan nacional de desarrollo se encuentra aprobado?

Frente a este momento coyuntural en torno al tema de la seguridad alimentaria y nutricional, debería considerarse:

Cualquier plan que se elabore, deberá estar alineado con los planteamientos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022, en torno al tema de seguridad alimentaria y nutricional. La estructura del plan nacional de desarrollo considera una serie de pactos y líneas asociadas. En el pacto denominado; Pacto por la equidad. Política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados, se incluye la línea; Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición: ciudadanos con mentes y cuerpos sanos.

La propuesta estratégica del plan, parte de articular dos definiciones adoptadas a nivel internacional; (i) “El concepto de seguridad alimentaria y nutricional ha tenido avances significativos a partir del enfoque del derecho a la alimentación y a la vida en condiciones dignas. Por esto, a partir de estos desarrollos conceptuales, Colombia le apuesta a un nuevo abordaje de la seguridad alimentaria y nutricional. Se espera que este logre, por un lado, que la población priorizada, de acuerdo con criterios de exclusión y vulnerabilidad, tenga, de manera progresiva, acceso físico y económico, en todo momento, a una alimentación adecuada o a medios para obtenerla (Organización de la Naciones Unidas, 1999) y, por otro lado, (ii) establecer un mecanismo que permita mejorar la articulación institucional y de oferta con responsabilidades definidas para los actores involucrados, en un marco de gobernanza multinivel (OECD, FAO, FNUDC, 2016)”¹⁰.

Las principales apuestas del plan, en el marco de la línea Alianza por la seguridad alimentaria y nutrición, se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Estrategias de seguridad alimentaria y nutricional - Plan Nacional de Desarrollo 2018 -2022

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
-----------	-------------

¹⁰ Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022: Pacto por Colombia – Pacto por la Equidad. DNP 2019

Incrementar la producción de alimentos mediante el uso eficiente del suelo, para generar una provisión estable y suficiente de alimentos que permitan cubrir las necesidades nutricionales de la población colombiana	Generar una provisión estable y suficiente de alimentos para cubrir las necesidades nutricionales de la población colombiana en un marco del ordenamiento social rural y productivo -agropecuario, descrito dentro del Pacto por el emprendimiento y la productividad
Mejorar la capacidad de los hogares para acceder de forma física y económicamente estable a alimentos, herramientas y mecanismos para la producción o adquisición de alimentos, acceso al mercado y generación de ingresos	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la capacidad de compra de alimentos por parte de los hogares. - Facilitar el acceso físico de los alimentos por parte de los hogares y mejorar la infraestructura para la comercialización y la promoción de mercados locales.
Lograr una alimentación adecuada y mejorar el estado nutricional de la población, con especial énfasis en La Guajira, Chocó y zonas dispersas	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción, protección y apoyo de la lactancia materna - Creación de entornos alimentarios saludables y sostenibles (la educación alimentaria y nutricional, se reformará el Programa de Alimentación Escolar, hábitos alimentarios saludables con enfoque territorial, se fortalecerán hábitos y estilos de vida saludable, fortificación de alimentos de consumo masivo) - Organización de intervenciones y oferta institucional en torno a la nutrición (ruta de atención intersectorial de niños y niñas con desnutrición aguda, focalización de la oferta institucional en los departamentos donde se presentan, los resultados nutricionales más desfavorables)
Establecer un mecanismo de articulación y gobernanza multinivel en torno a la SAN	<p>Creación de un Sistema de Seguridad Alimentaria y Nutricional que permita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptar el rediseño de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional a las líneas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, que contempla el ajuste de la arquitectura institucional - Construir el nuevo Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que será el derrotero de la Política Pública del país - Formulación de la política pública nacional para contrarrestar la pérdida y desperdicio de alimentos - Promover el conocimiento y la apropiación de herramientas técnicas que orientan las políticas públicas de alimentación y nutrición de la población colombiana - Promover el desarrollo territorial, mejorar las capacidades locales para gestionar las políticas de SAN - Promover la participación de la sociedad civil organizada y del sector privado en el marco del sistema nacional de SAN.

Fuente: Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022

El rediseño o actualización de la política precisa la formulación del nuevo plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional, la formulación de la política pública para contrarrestar la pérdida y desperdicio de alimentos y el rediseño de la política SAN, aprovechando la ventana de oportunidad que promueve la participación de la sociedad civil y el sector privado.

En el primer semestre del año 2020 se formularán y adoptarán los nuevos planes de desarrollo territorial para el periodo 2020 – 2024. Como se observó en la evaluación de la política

nacional SAN y en otros estudios sobre políticas públicas de carácter social, los planes de acción de políticas sociales, que se formulan en paralelo o posteriormente al proceso de adopción de los planes de desarrollo, generalmente quedan fuera del ciclo de planeación, ejecución, monitoreo y seguimiento.

Los propósitos de cualquier política pública deberían estar incluidos en la estructura misma del Plan y materializarse a través de proyectos de inversión, esto garantiza, no solo, la operatividad de la iniciativa en la gestión pública territorial, sino, la destinación de recursos ciertos en el plan operativo anual de inversiones y la anualización de las metas en el plan de acción. Las políticas sociales per se, no garantizan recursos en el modelo de la gestión pública en Colombia, adoptan un carácter indicativo y a menudo constituyen un listado de buenos propósitos, sin herramientas vinculantes para su cabal ejecución.

Por último, la identificación y delimitación del problema a abordar y su procesamiento se debe realizar con absoluta rigurosidad técnica, en un ejercicio en el que los fines, los medios y recursos guarden simetría y correspondencia con los distintos tipos de indicadores a adoptar y con el nivel de gobernabilidad que tiene el actor estratégico que elabora la propuesta, frente a las variables del entorno y las relacionadas directamente con la situación problema a enfrentar.

A modo de ilustración, se anexan a continuación los indicadores SAN de resultado, adoptados en el Plan Nacional de Desarrollo para el cuatrienio 2018 – 2022, para el nivel nacional y regiones priorizadas.

Tabla 5. Indicadores SAN de resultado. Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022

INDICADOR	LÍNEA BASE	META CUATRIENIO
Tasa de mortalidad infantil por desnutrición en menores de 5 años (por cada 100.000 NN)	8,2 (2016)	6,5
Tasa de mortalidad infantil por desnutrición en menores de 5 años en Chocó (por cada 100.000 NN)	44,2 (2016)	36
Tasa de mortalidad infantil por desnutrición en menores de 5 años en La Guajira (por cada 100.000 NN)	63,2 (2016)	50
Prevalencia de subalimentación	6,5% (2015-2017)	5,5%
Población subalimentada	3.200.000 (2015-2017)	2.000.000
Porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria moderada	13,8% (2015)	12,5%
Porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria severa	8,5% (2015)	7%
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	9,10% (2016)	8%
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en Chocó	11,42% (2016)	9%

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en La Guajira	9,39% (2016)	8%
Porcentaje de desnutrición aguda en menores de 5 años	1,6% (2015)	1%
Porcentaje de retraso en talla en menores de 5 años	10,8% (2015)	8%
Porcentaje de exceso de peso en menores de 5 años	6,3% (2015)	6%
Porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses	36,1% (2015)	42,8%
Porcentaje de exceso de peso en adolescentes y escolares	24,4% (2015)	24,4%

Fuente: Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022

2 Determinantes sociales y económicas del estado de salud y nutrición de la niñez en Colombia

Para iniciar la caracterización de la situación de seguridad alimentaria y nutricional en la población menor de 18 años en Colombia, se presentan los datos relacionados con la dinámica demográfica, con el propósito de describir los cambios poblacionales no solo para determinar la fluctuaciones en su número, sino porque las variaciones en la estructura por grupos de edad inciden directamente en el comportamiento de variables socioeconómicas y por tanto, en la orientación de la política de protección y seguridad social. No es lo mismo planificar para una sociedad que envejece que para una sociedad relativamente joven y con altas tasas de fecundidad.

En segundo lugar, se presentan los resultados de las variables de mayor relevancia asociadas a los ejes definidos para cada una de las dimensiones definidas en la PSAN, para el caso del capítulo actual, las variables de la dimensión de medios económicos, correspondientes a disponibilidad y acceso.

2.1 Estructura demográfica en Colombia, una sociedad en vía de envejecimiento

“Colombia se encuentra inmersa en un proceso de transición demográfica, el cual consiste en que una población en un periodo largo pasa de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad. Este comportamiento está asociado a los patrones de desarrollo económico social más modernos. Adicionalmente, el proceso de transición demográfica viene acompañado de cambios en el nivel de urbanización, incremento del envejecimiento, inserción de la mujer en el mercado laboral y disminución del tamaño de los hogares (5,9 personas por hogar en 1973 a 3,7 en el 2011). También

se aprecia un mayor envejecimiento, como resultado de la reducción de la mortalidad que incrementa la esperanza de vida.”¹¹

El resultado de la variación de los principales indicadores demográficos para el país durante el periodo 1985 – 2020, según DANE, se observan en la tabla 6.

Tabla 6 . Variación Indicadores Demográficos Colombia. 1985 - 2020

INDICADOR	1985	2020	VARIACIÓN	OBSERVACIÓN SOBRE LA VARIACIÓN EN 15 AÑOS
Tasa de crecimiento natural (x mil)	22,03	12,08	-9,95	Por cada 1.000 habitantes de la población total, su tamaño disminuyó en 10 personas
Tasa bruta de natalidad (x mil)	28,80	18,03	-10,77	Por cada 1.000 personas de la población, se presentó una disminución de 11 nacidos vivos
Tasa bruta de mortalidad (x mil)	6,77	5,95	-0,82	Por cada 1.000 habitantes de la población, disminuyó la mortalidad en una persona
Tasa global de fecundidad (por mujer)	3,34	2,29	-1,05	El número promedio de hijos disminuyó en uno
Relación de dependencia (x mil)	699,35	512,58	-186,77	Se presentó una disminución de 187 personas en edad de dependencia (menores de 15 años y mayores de 65 años) por cada 1.000 personas en las edades productivas (15 a 64 años)
Tasa de Mortalidad Infantil (x mil)	43,20	15,10	-28,10	Por cada 1.000 niños nacidos vivos en la población, disminuyó la mortalidad en 28 niños

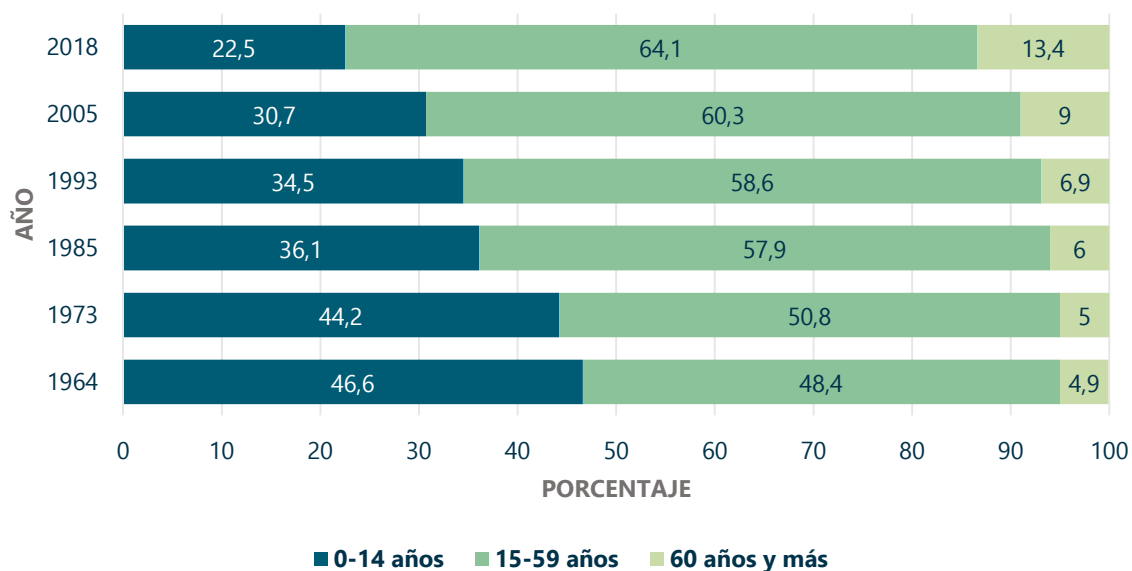
Fuente: DANE. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020

La disminución de la totalidad de las tasas presentadas y de la relación de dependencia se manifiestan, entre otros eventos, en el incremento del envejecimiento y de la esperanza de vida y en la presencia de hechos asociados a la dinámica poblacional, tales como, el bono demográfico o incremento de la población joven que puede trabajar y ahorrar, ampliando la capacidad productiva nacional.

Los cambios en la estructura demográfica para el periodo 1964 – 2018, por grandes grupos de edad se observan en la gráfica 1. Es evidente el crecimiento del grupo de edad entre 15 y 59 años y de los mayores de 60, en contraste con la disminución gradual del grupo entre 0 y 14 años.

¹¹ Portafolio (2011). La transición demográfica. Recuperado de <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/transicion-demografica-438078>

Gráfica 1 . Distribución de la población por grandes grupos de edad. 1964 – 2018 pr.

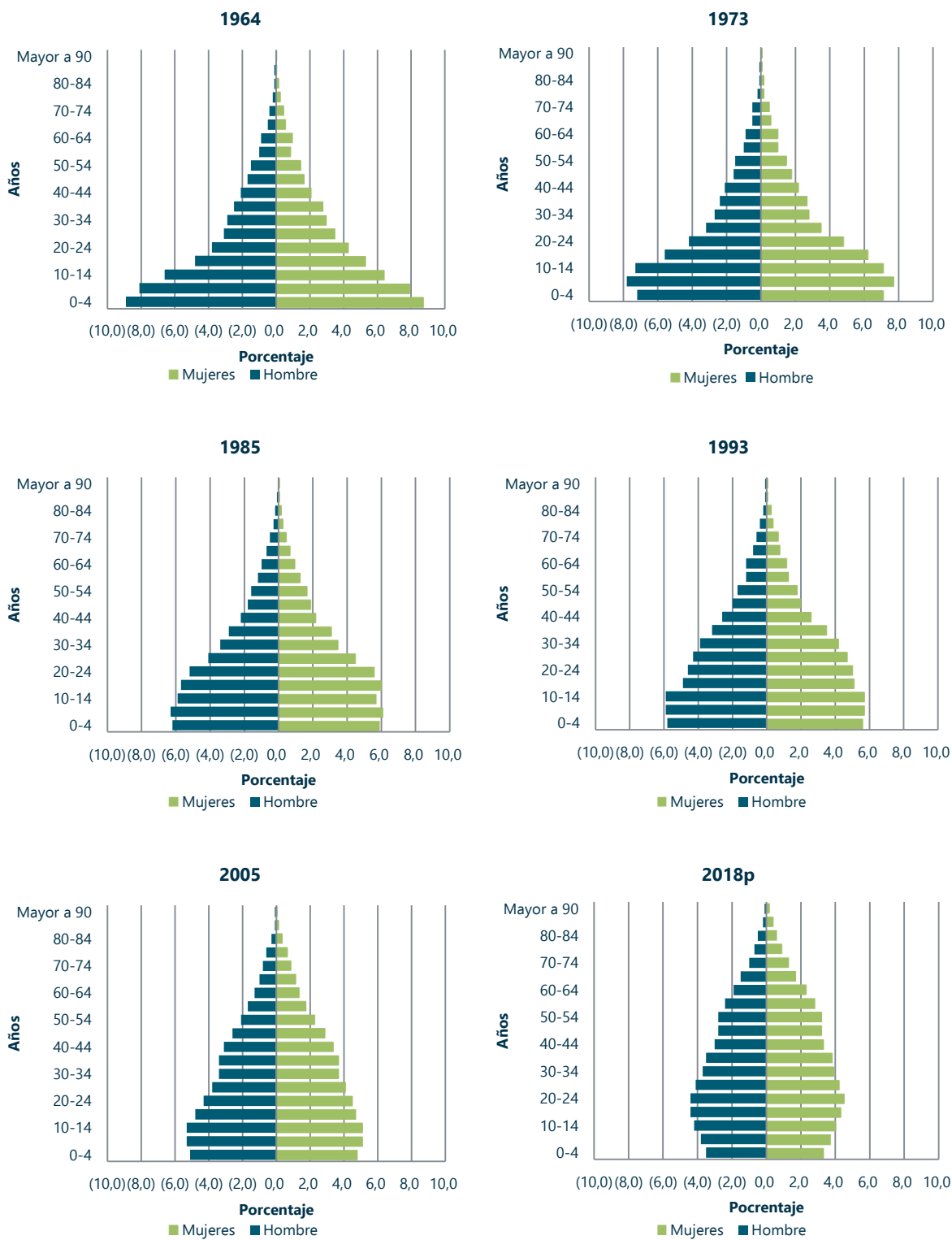


Fuente: DANE. Censos de población 1964 -1973-1985- 1993 – 2005 – 2018 preliminar.

La disminución en la fecundidad, presumiblemente, se relaciona con; la transformación de los estereotipos sociales respecto a la maternidad como sinónimo de realización personal, la inserción de la mujer al mercado laboral, la mejora en sus niveles de escolaridad y de condiciones de vida. En Colombia, las mujeres, especialmente de las áreas urbanas (tasa global de fecundidad para áreas urbanas es inferior en 0.8 puntos respecto a las del área rural), de los quintiles superiores de riqueza y con mayor nivel de educación tienen menos hijos.

Los cambios en la estructura de la población por grupos quinquenales de edad con los datos de los 6 últimos censos se presentan en las siguientes pirámides poblacionales. Es notoria la disminución progresiva de los grupos comprendidos entre 0 y 4 años y el grupo de 5 a 9 años. Se explica esta variación por eventos tales como la disminución en las tasas bruta y global de fecundidad a nivel nacional (2 hijos en promedio por mujer) con la consecuente variación en la composición de los hogares.

Gráfica 2. Estructura de la población por grupos quinquenales de edad y sexo, 1964 – 2018 preliminar



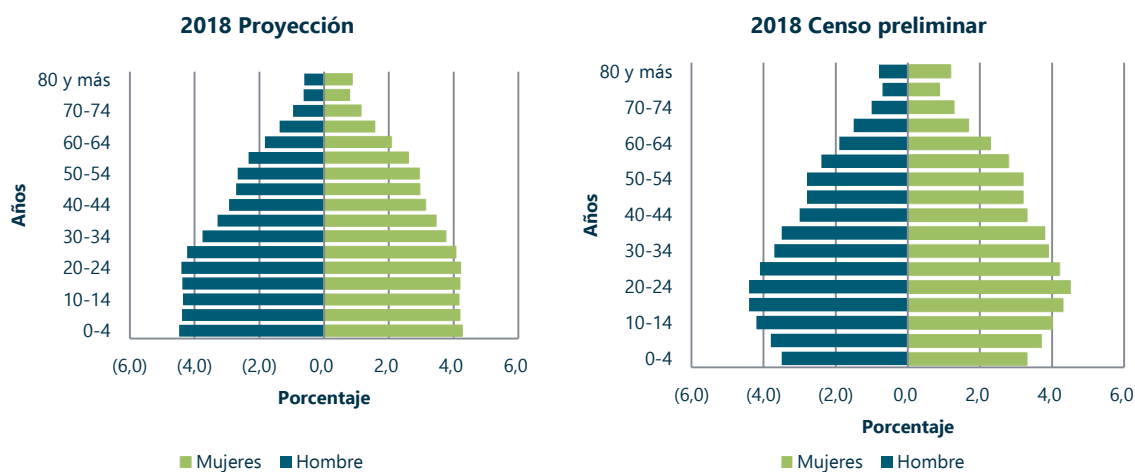
Fuente: DANE. Censos de población 1964 -1973-1985- 1993 -2005 -2018 preliminar

La disminución de la fecundidad es uno de los marcadores centrales de los eventos de transición demográfica, común a todos los países de la Latinoamérica, sin embargo las transformaciones vinculadas con el desarrollo de la autonomía y la libertad de decisión de las personas, especialmente de las mujeres, frente a situaciones como; la sexualidad, el número de hijos o no que se desea tener, el incremento de la escolaridad, la inserción en el mercado laboral, necesariamente inciden en el comportamiento de la población a nivel global, en la reconfiguración de los hogares y de los arreglos familiares.

Frente al tema demográfico, en Colombia los cálculos de indicadores y análisis de los cambios en la estructura demográfica se han realizado con base en las proyecciones de población a partir de los datos censales 2005, con la limitada información censal (2018) disponible a la fecha, se ha podido evidenciar que el número de pobladores del país es menor al que se proyectó para este año.

En Colombia, la diferencia entre la población proyectada y la efectivamente censada para el año 2018, se observa en las siguientes pirámides, es notoria la diferencia en los grupos de edad entre 0 y 4 años y 5 y 9, localizados en la base de la pirámide.

Gráfica 3. Comparativo entre proyección de población 2018 y datos censales 2018 en la estructura de la población por grupos quinquenales de edad y sexo¹²



Fuente: DANE. Censos de población 2005 -2018 preliminar

El cambio en los datos de población supone una modificación sustancial en los cálculos de los indicadores, esto es, todos los resultados que utilizan datos de población en la fórmula variarían.

¹² A la fecha (abril 19 de 2019), se encuentran disponibles los datos censales 2018 preliminares para el total de población en Colombia, por grandes grupos de edad por departamentos (0 a 14 años, 15 a 64 y mayores de 65) y porcentaje nacional por grupos quinquenales de edad. Esta situación determina que los datos a utilizar en la línea base serán los provenientes de las proyecciones de población.

Para el caso de indicadores ‘positivos’ como coberturas significaría una mejora en el resultado, en cambio, para aquellos indicadores ‘negativos’ como las tasas que determinan el nivel de riesgo, el nuevo resultado sería mayor al dividir el número de eventos sobre un número de población relativamente menor, esto aplica para las tasas de desnutrición, mortalidad, morbilidad, etc.

Los recálculos sólo podrán ser realizados cuando se cuente con el 100% de la información y cuando el DANE determine los procedimientos técnicos para tal efecto. En otras palabras, los eventos y condiciones que afectan negativamente a la niñez pueden ser peores de lo que se estima actualmente.

Los datos numéricos y porcentajes sobre población, discriminados por departamento y municipio para el año 2018, se pueden consultar en el Anexo 1. Datos de población menor de 18 años en Colombia.

2.1.1 Niños, niñas y adolescentes en Colombia

Según las proyecciones DANE de población, para el año 2018 se registraron un total de 15.464.633 personas menores de 18 años, lo que representa el 31% de la población total del país. Por departamentos, en números absolutos; Bogotá (se mide con los departamentos), Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca y Atlántico ocupan los primeros 5 lugares, distribución que cambia dramáticamente si se considera la proporción de población menor de 18 años sobre la población total; Vichada (45%), Amazonas (43.8%), Vaupés (43.7%), Chocó (43.1%) y Guaviare (43.5%), ocupan los 5 primeros lugares.

En los siguientes mapas se observa la distribución geográfica de la población menor de 18 años en números absolutos y en proporción, el contraste es considerable. El color oscuro de la gama tonal representa el mayor valor alcanzado.

Se aclara respecto a la representación geográfica de los datos, que en la línea base, para representar la población menor de 18 años en números absolutos, se utilizan como puntos de referencia los valores establecidos por la Ley 617 de 2000¹³ para categorizar departamentos y municipios en lo referente a la población, en cambio, para representar los porcentajes se utilizan los datos máximo y mínimo que la población alcanza a nivel municipal y departamental y los rangos intermedios se distribuyen proporcionalmente¹⁴.

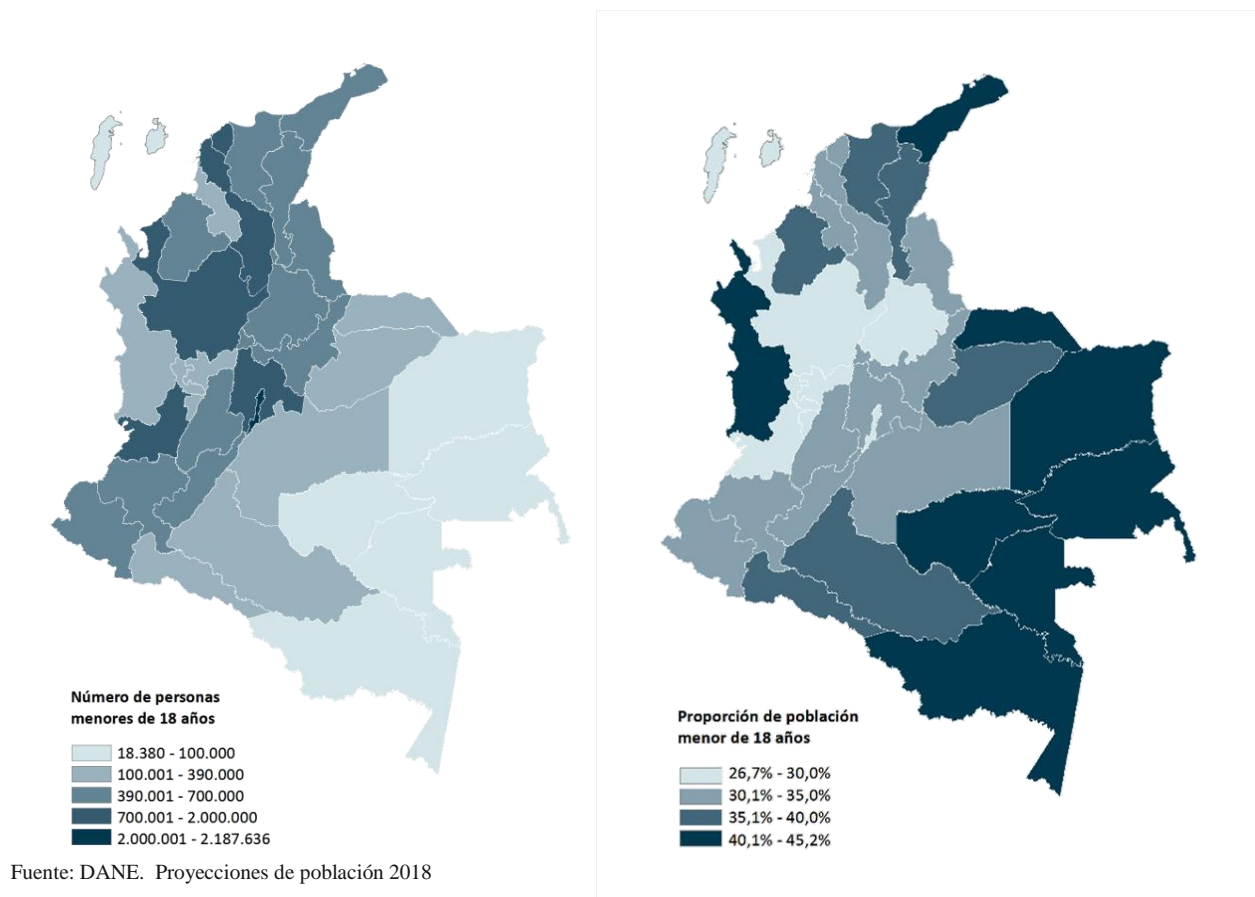
La mayor proporción de niños y niñas se concentra en la Orinoquía - Amazonía, Chocó y La Guajira, territorios caracterizados por menores niveles de desarrollo socioeconómico, productivo

¹³ 5 rangos: (igual o inferior a 100.000) (de 100.001 a 390.000) (de 390.001 a 700.000) (701.000 a 2.000.000) (mayor a 2.000.000)

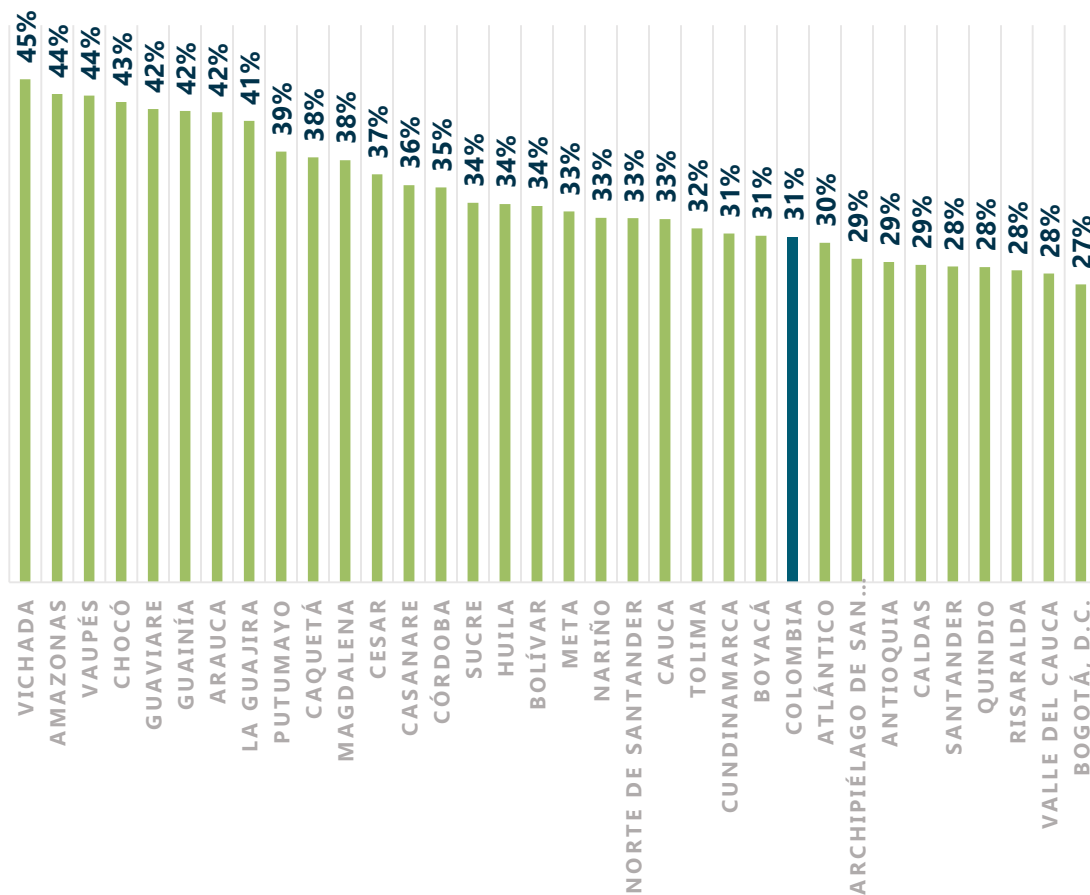
¹⁴ Datos máximo y mínimo que la población alcanza: A nivel municipal (56.45% Taraira en Vaupés y 19.9% Sabaneta en Antioquia) y Departamental (26.7% para Bogotá D.E y 45.2% para Vichada)

e institucional y por tanto con menor oferta de bienes y servicios para que niños y niñas desarrollen al máximo sus capacidades. El comportamiento de la proporción de niños, niñas y adolescentes por Departamento, para el año 2018, se observa en la gráfica 4.

Mapa 1. Contraste de población de 0 a 17 años, por número absoluto y proporción respecto a población total por Departamento - 2018



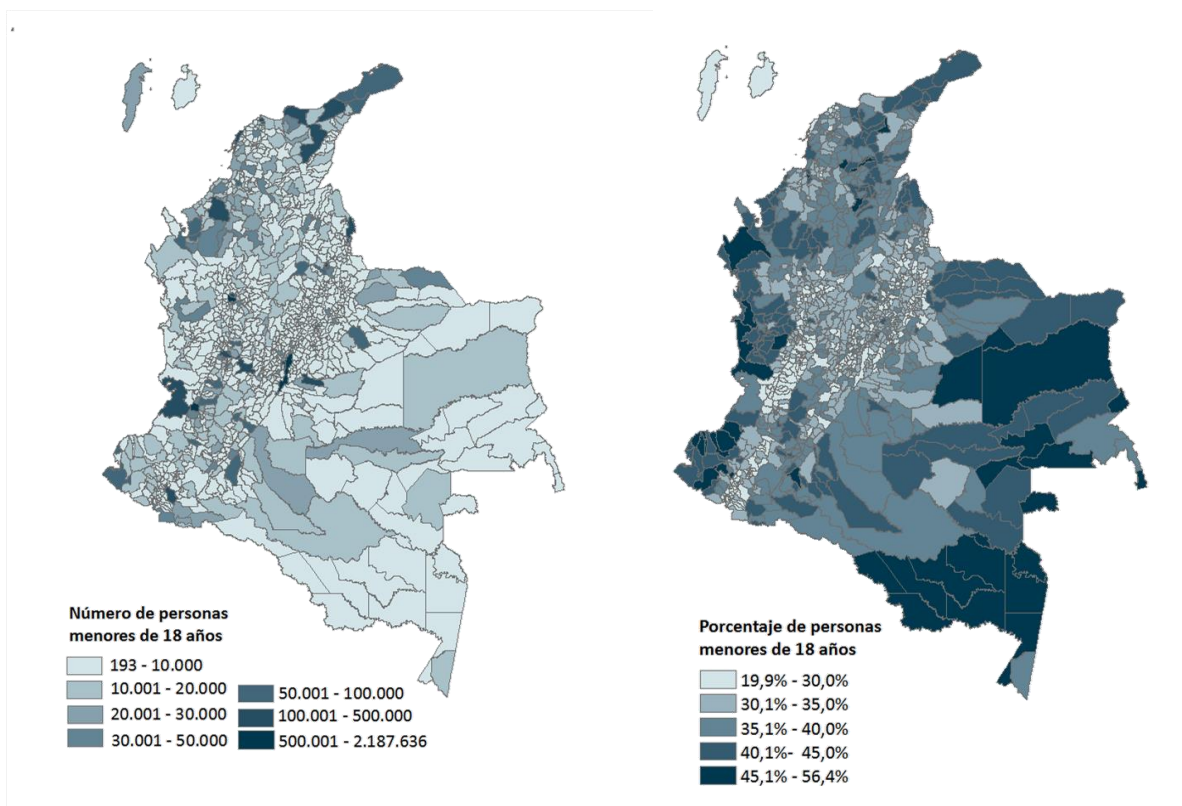
Gráfica 4. Proporción de niños y niñas por Departamento – 2018



Fuente: DANE. Proyecciones de población 2018

La distribución municipal de niños y niñas (0 a 17) por número absoluto y proporción, se presenta en los siguientes mapas. En general, los municipios asentados en la zona andina concentran proporcionalmente el menor número de niños y niñas. En el comparativo por municipio se observa la misma tendencia que en la representación departamental, tal como se aprecia a continuación.

Mapa 2. Contraste de población de 0 a 17 años, por número absoluto y proporción respecto a población total por Municipio – 2018



Fuente: DANE. Proyecciones de población 2018

2.1.2 Ocupación del territorio

La ocupación del territorio, para este caso la residencia permanente en uno u otro departamento, en las zonas rurales o urbanas de los mismos, marca directamente la condición socioeconómica de la población, en lo que tiene que ver especialmente con la pobreza y desigualdad y por tanto en los niveles de calidad de vida y acceso a oportunidades. Según los datos del Dane – Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH, en el año 2018 se mantuvo la tendencia de mayor pobreza monetaria en el campo colombiano.

En 2018, el porcentaje de personas clasificadas como pobres en las 13 principales ciudades fue de 16,2%, en las cabeceras fue del 24,4%, mientras que en los centros poblados y el rural disperso fue del 36,1%.

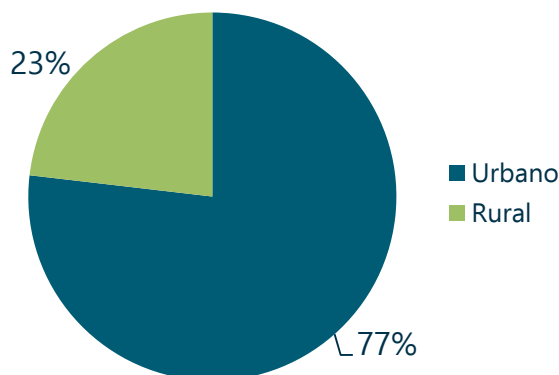
En Colombia, la población se asienta principalmente en las áreas urbanas, y si bien, los fenómenos asociados a la violencia socio-política de los años 50 o la más reciente asociada al conflicto armado interno han tenido impacto en la distribución y asentamiento de la población en el territorio, de acuerdo a los datos censales disponibles y a los estudios sobre migración interna, es a

partir de la década del 60 y comienzos de los 70, cuando la proporción de la población urbana y rural se modifica drásticamente en el país, debido a la expansión económica y al incremento de oportunidades de empleo, educación y vivienda en algunos centros urbanos que concentraron el flujo migratorio.

“La década del 60 y los primeros años de la del 70 fueron períodos de estímulo a la industrialización, desarrollo de la infraestructura, fomento del comercio internacional y mejoramiento social y económico sin precedentes. Mejoraron las condiciones de vida de las familias, se incrementó el empleo, se amplió el acceso a la salud y la educación. Sin embargo, las mejoras se concentraron en unas pocas regiones y ciudades que se consolidaron como principales focos de localización de las actividades económicas. Se acentuaron los desequilibrios entre estos centros y el resto del territorio nacional cuya economía permanecía ligada a la agricultura tradicional, organizada en pequeñas parcelas de muy escasa productividad.”¹⁵

La distribución de la población total del país, según zona habitual de residencia se observa en la gráfica 5. La distribución por zona de residencia por departamento puede consultarse en el Anexo 2. Distribución de la población urbano – rural por Departamento.

Gráfica 5. Distribución de la población por zona habitual de residencia – 2018



Fuente: Proyecciones de población, 2018 DANE.

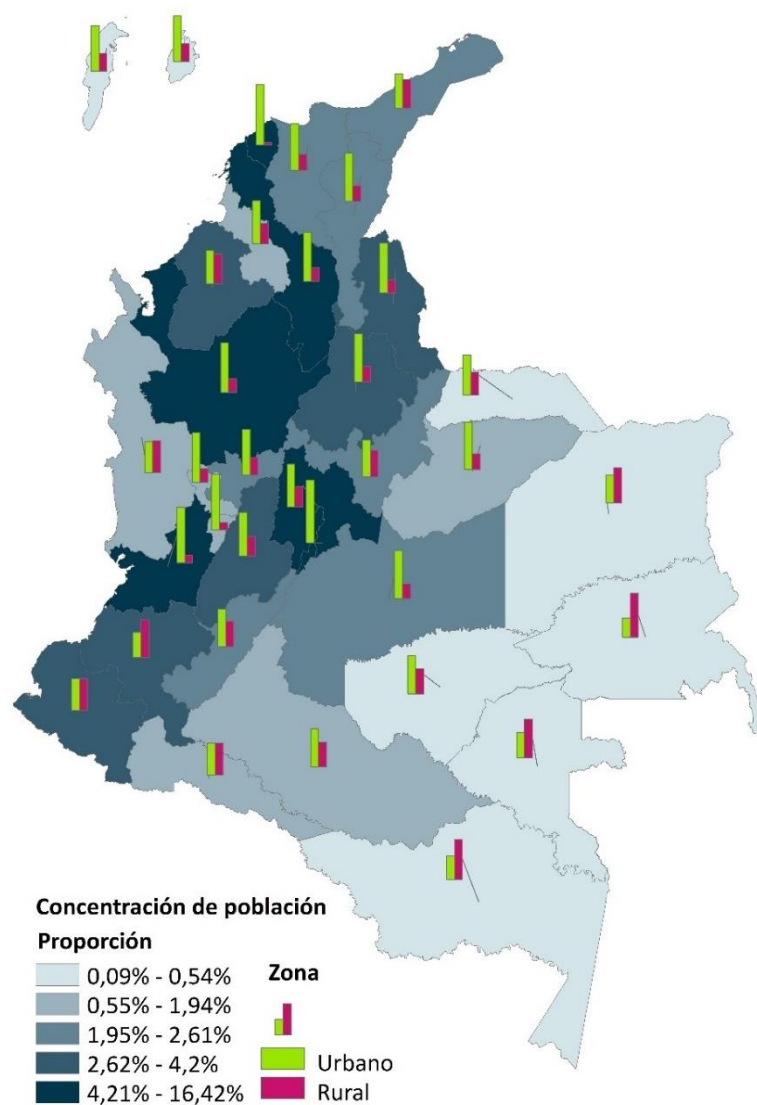
Los indicadores relacionados con la pobreza y desigualdad muestran mayor severidad en las zonas rurales del país, la pobreza afecta principalmente a los niños y niñas. Según informe de la FAO, en 2018; “En Colombia 3.4 millones de personas están subalimentadas y viven mayoritariamente en zonas rurales donde sus condiciones estructurales reproducen día a día las causas de su hambre: desigualdad, exclusión étnica, inequidad de género, falta de acceso a tierra y a activos productivos, brecha rural-urbana y desequilibrios territoriales, o carencia de servicios sociales.”¹⁶

¹⁵ Martínez Gómez Ciro. Las Migraciones Internas en Colombia. Análisis territorial y demográfico según los censos de 1973 y 1993. Universidad Autónoma de Barcelona. Tesis Doctoral en Demografía. Diciembre de 2001

¹⁶ FAO. 12 claves para una agenda de transformación rural en Colombia 2018. Recuperado de:

La distribución de la población en el país se representa en el mapa 3, a mayor tonalidad del color mayor número de habitantes por departamento y la proporción de población urbana y rural se representa en histogramas, llama la atención que los departamentos que tienen mayor proporción de niños y niñas, también tienen mayor proporción de habitantes en la zona rural.

Mapa 3. Porcentajes de población de acuerdo a zona de residencia por departamento – 2018



Fuente: DANE. Proyecciones de población 2018

3 Estado de las variables asociadas a los ejes y dimensiones de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

3.1 Dimensión de los medios económicos – eje disponibilidad de alimentos

La disponibilidad de alimentos hace referencia a; “la oferta o suministro de alimentos de la canasta básica. Las dos principales características que debe tener la oferta de alimentos de la canasta básica son la suficiencia y la estabilidad de al menos todos los grupos de alimentos definidos en ésta. De acuerdo con lo anterior, la inestabilidad de la oferta de alimentos de la canasta básica es una causa de inseguridad alimentaria, no sólo por el efecto coyuntural que tiene sobre la suficiencia, sino por el efecto que tiene sobre el precio de los alimentos (una escasez coyuntural de alimentos puede elevar su precio). Así, la disponibilidad de alimentos puede verse afectada por el comportamiento de la producción de estos y por los factores que determinan que esa producción sea estable y permanente.”¹⁷

Según el diagnóstico Conpes, una de las variables con mayor incidencia sobre la disponibilidad de alimentos se relaciona con la producción agrícola, producción que, en los últimos diez años muestra tendencia al incremento, tal como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 6. Producción agrícola nacional. Periodo 2007 – 2018



Fuente: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural. Secretarías de Agricultura Departamentales. Alcaldías Municipales

El cálculo de la producción agrícola nacional se realiza mediante la sumatoria de las toneladas producidas cada año de; cereales, fibras, flores y follajes, forestales, frutales, hongos,

¹⁷ Conpes 113 de 2008. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

hortalizas, leguminosas, oleaginosas, otros permanentes, otros transitorios, plantas aromáticas, condimentarias y medicinales, tubérculos y plátanos.

De acuerdo a la FAO, Colombia es uno de los pocos países con gran potencial de expandir su área agrícola sin afectar el área de bosques naturales, es el cuarto país de América Latina con más tierras disponibles para producción agrícola, es el tercer país con mayores recursos de agua y diversidad climática, y es el tercero de Latinoamérica con mayores tasas de precipitación anual, ocupando el puesto décimo en todo el mundo¹⁸.

La distribución del suelo según uso, se presenta en la tabla 7, con datos del Instituto Geográfico Agustín Codazzi - IGAC.

Tabla 7. Datos de las áreas para la producción agrícola, ganadera y de explotación de recursos naturales 2016

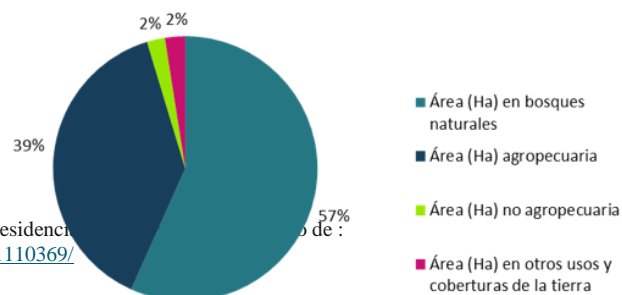
GRUPO DE VOCACIÓN	ÁREA (HA)	ÁREA (%)
Agrícola	22.077.625	19,30%
Ganadera	15.192.738	13,30%
Agrosilvopastoril	4.057.776	3,60%
Forestal	64.204.294	56,20%
Conservación de suelos	6.303.503	5,50%
Cuerpo de agua	1.935.201	1,70%
Zonas urbanas	232.791	0,20%
No suelo	170.871	0,20%
Total	114.174.800	100%

Fuente: IGAC 2016

En el año 2014 se realizó el tercer Censo Nacional Agrícola, según el DANE, Colombia tenía 43.02 millones de hectáreas en uso agropecuario, de éstas; el 19.70% (8.5 millones de Ha) específicamente para uso agrícola, mientras que 80,02% (34.4 millones de Ha) se destinaban a pastos y rastrojo, el 0,28% restante en infraestructura agropecuaria.

Es evidente la capacidad del país para expandir el uso del suelo en actividades agrícolas, sin embargo, es notoria la preponderancia que se le otorga a la actividad ganadera. A continuación se observa la distribución en la utilización del suelo en el país, como puede apreciarse en la gráfica 7, Colombia es un país rico en bosques naturales.

Gráfica 7. Proporción de área en bosques naturales, agropecuaria, no agropecuaria y otros usos en el área rural dispersa. Total nacional.



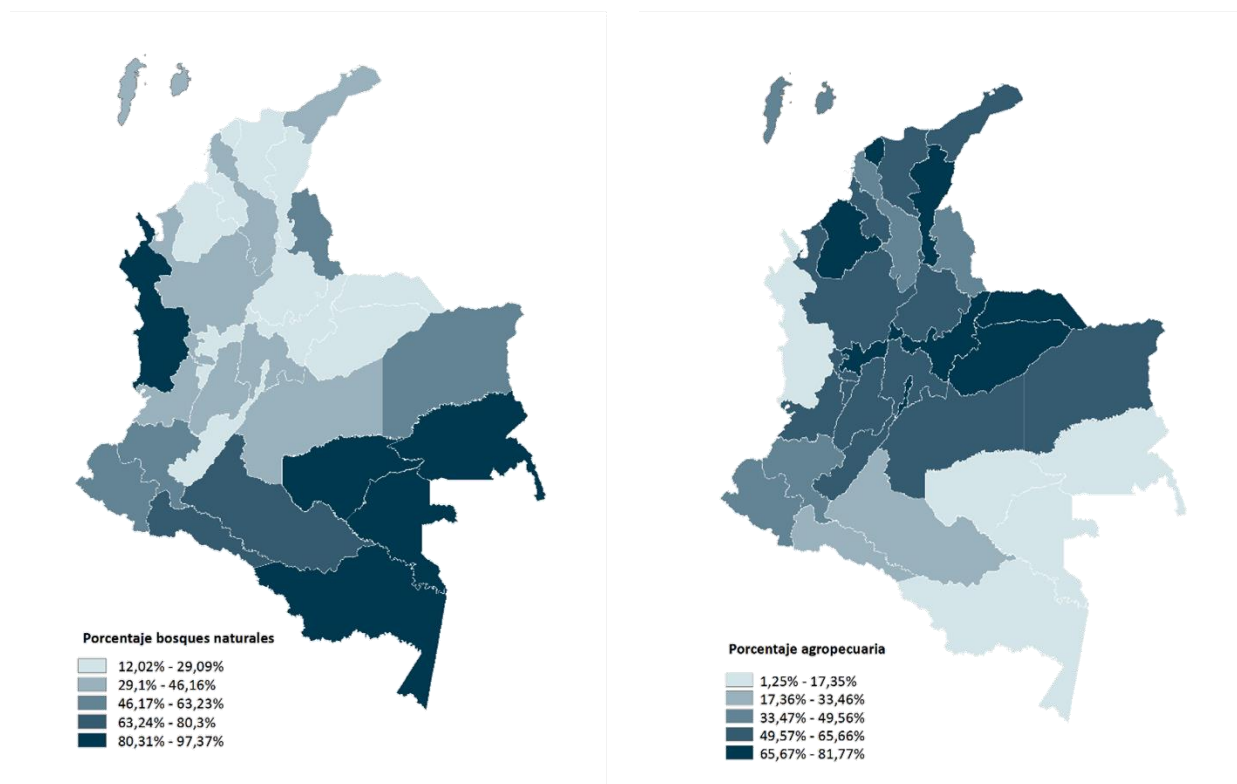
¹⁸ FAO inicia reuniones bilaterales con candidatos a la Presidencia de Colombia. <http://www.fao.org/colombia/noticias/detail-events/es/c/1110369/>

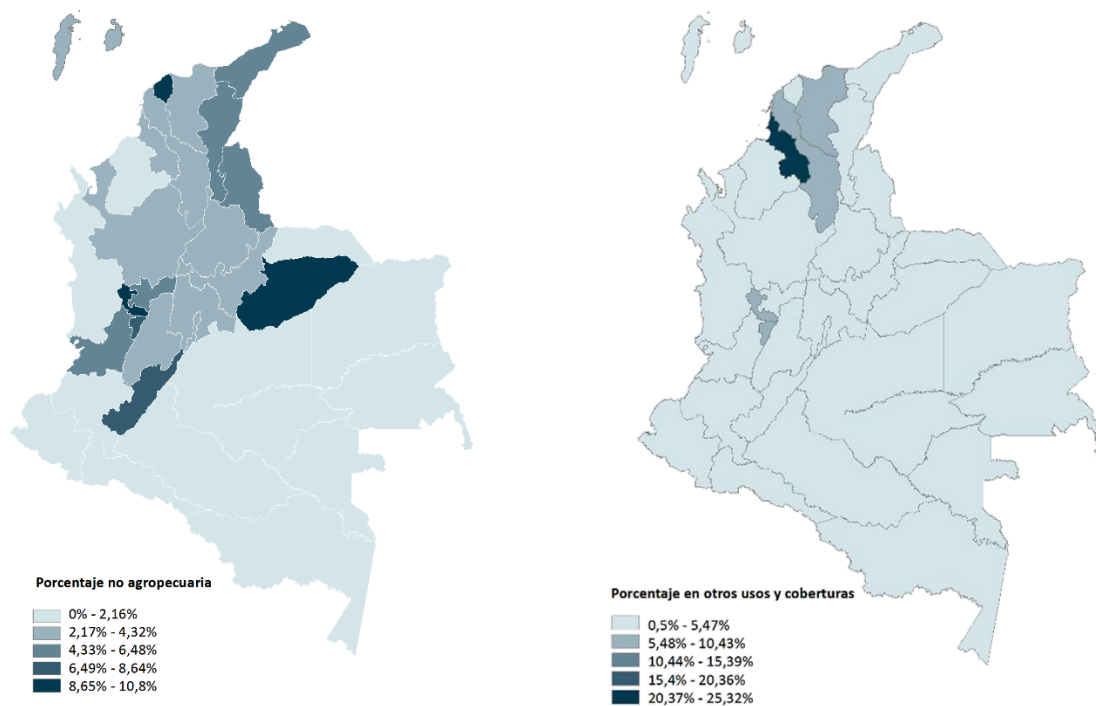
Fuente: DANE - 3er CNA 2014

En su orden; Antioquia, Nariño, Valle del Cauca, Meta y Cauca ocupan los cinco primeros lugares en uso del suelo (en Ha) destinadas a la producción agrícola; mientras; Vichada, Meta, Casanare, Antioquia y Arauca los ocupan en uso del suelo destinadas a pastos y rastrojos (actividad pecuaria). Los departamentos con mayores áreas de bosques en el país son; Amazonas, Guainía, Caquetá, Vaupés, Guaviare, territorios con baja densidad de población pero que presentan altas proporciones de personas menores de 18 años.

En los siguientes mapas, se representan los porcentajes de acuerdo a los usos del suelo por departamento. A mayor intensidad del color mayor porcentaje en cada una de las 4 variables.

Mapa 4. Proporción de área en bosques naturales, agropecuaria, no agropecuaria y otros usos – área rural dispersa





Fuente: DANE - 3er CNA 2014

“El Censo Nacional Agropecuario de 2014 estableció que el 44,7% de la población rural se encuentra en condiciones de pobreza, con un reducido acceso a la tierra. Los pequeños campesinos, estimados en 1.4 millones de familias, solamente acceden a 1.5 millones de hectáreas, el 4,8% de la tierra.”¹⁹ Sin embargo, la mayoritaria contribución de la población campesina a la seguridad alimentaria y nutricional en el país es, preponderante.

“El mercado regional latinoamericano presenta grandes oportunidades, 33 países de la región son importadores de alimentos, 18 son importadores netos y una quinta parte de las exportaciones se dirigen a la propia región (19,2%). Aprovechar las oportunidades requiere de diversificación productiva y mayor valor agregado. La Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria (ACFC) es responsable del 70% de los alimentos que se destinan a los mercados locales en Colombia, por lo cual, su contribución a la seguridad alimentaria del país es incuestionable. El Censo Nacional Agropecuario 2014 evidencia que el 75 % de las unidades de producción están en manos de campesinos, empleando el 57% de la fuerza laboral del sector. A pesar de dicha importancia, la ACFC no ha sido lo suficientemente valorada como sujeto de política pública y el Gobierno aún está en deuda de diseñar e implementar programas específicos para impulsar a la ACFC hacia un camino de inclusión y sostenibilidad económica.

¹⁹ FAO, PNUD, La Vía Campesina, Unión Europea. Mesa Técnica de Acompañamiento Internacional al Acuerdo #1 Hacia un nuevo campo colombiano. Reforma rural Integral 12 claves para una agenda de transformación rural en Colombia.

En este contexto, debe evitarse un falso debate entre agricultura empresarial y agricultura campesina, familiar y comunitaria. Ambos sistemas pueden coexistir, cooperar y establecer alianzas en la que todos ganan.”²⁰

3.2 Dimensión de los medios económicos – Eje acceso a alimentos

De acuerdo al documento Conpes 113, el acceso a alimentos es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes básicos son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos.

En Colombia, la canasta básica familiar, está definida como el conjunto de bienes y servicios que son adquiridos de forma habitual por una familia para su sostenimiento. La canasta se utiliza en el país para el cálculo del índice de precios al consumidor (IPC), el cual representa o mide el comportamiento del costo de vida, comportamiento que es medido en términos porcentuales. Para el año 2019, la canasta está integrada por 443 artículos y servicios, el peso porcentual de los productos según divisiones de gasto se observa en la tabla 8.

Tabla 8. Composición de la canasta familiar según divisiones de gasto – Total nacional 2019

BIEN O SERVICIO	PONDERACIÓN %
Alimentos y bebidas no alcohólicas	15,05
Bebidas alcohólicas y tabaco	1,70
Prendas de vestir y calzado	3,98
Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles	33,12
Muebles, artículos para el hogar y para la conservación ordinaria del hogar	4,19
Salud	1,71
Transporte	12,93
Información y comunicación	4,33
Recreación y cultura	3,79
Educación	4,41
Restaurantes y hoteles	9,43
Bienes y servicios diversos	5,36

Fuente: DANE. Encuesta Nacional de Presupuesto de los Hogares. 2019

Los alimentos y bebidas no alcohólicas representan el 15.05% del total de divisiones y ocupan el segundo lugar en el gasto, después de la división de alojamiento, servicios públicos y otros combustibles.

²⁰ FAO, PNUD, La Vía Campesina, Unión Europea. Mesa Técnica de Acompañamiento Internacional al Acuerdo #1 Hacia un nuevo campo colombiano. Reforma rural Integral” 12 claves para una agenda de transformación rural en Colombia.

La canasta básica alimentaria, está compuesta por el grupo de alimentos básicos que representan el patrón de alimentación usual de una población, en cantidades que pretenden satisfacer las recomendaciones nutricionales de energía y nutrientes para la mayor parte de individuos que conforman la unidad familiar al menor costo posible (FAO).

La canasta básica nacional, comprende los grupos de; (i) cereales y productos de panadería, (ii) tubérculos y plátanos, (iii) hortalizas y legumbres, (iv) frutas, (v) carnes, (vi) pescado y otros de mar y (vii) lácteos, grasas y huevos.

“En la actualidad, una de las mayores causas de la inseguridad alimentaria en Colombia no radica tanto en la escasez de alimentos, sino en la imposibilidad de acceder a ellos. Parte de la explicación se debe al bajo nivel de ingresos de la población vulnerable, lo cual se agudiza por las disfunciones mismas de los sistemas agroalimentarios relacionados con el abastecimiento y la distribución de alimentos, que en muchas ocasiones generan alzas notables e injustificadas de los precios. Estudios recientes en Colombia (MANÁ-FAO, 2015), reflejan que desde una mirada territorial las relaciones entre zonas de producción y consumo no se articulan de manera eficiente en términos de proximidad, ya que el comercio al interior de las regiones no supera el 24%, provocando externalidades asociadas al deterioro de los productos, pérdidas y desperdicios que alcanzan hasta el 50% en rubros como la yuca, el mango y las hortalizas de hoja, generando elevados costos energéticos que se traducen en precios más altos para la sociedad en general, pero con mayor incidencia en los consumidores con menor poder adquisitivo.”²¹

El tema de los ingresos y los niveles de pobreza de la población, a nivel nacional, se determinan a través de dos tipos de mediciones; medición por ingresos mediante el cálculo de las líneas de pobreza y pobreza extrema y a través del índice de pobreza multidimensional - IPM.

La pertinencia de incluir los resultados de estas mediciones, de acuerdo a la PSAN, radica en que tanto la pobreza como la indigencia, por ser medidas del número de personas que no tuvieron los suficientes ingresos para consumir lo necesario, se asocian con la imposibilidad de acceder a los alimentos y, por tanto, se consideran causas de la inseguridad alimentaria de los hogares. Cuando hay variaciones en los precios de los alimentos, el problema se acentúa debido a que es menor la posibilidad de que los individuos pobres alcancen una canasta mínima con su ingreso disponible.

A continuación, se presentan los resultados de las variables de pobreza, desigualdad, escolaridad y empleo, todos ellos de una u otra forma implicados en el resultado de la condición socioeconómica de las personas, hogares y especialmente niños y niñas.

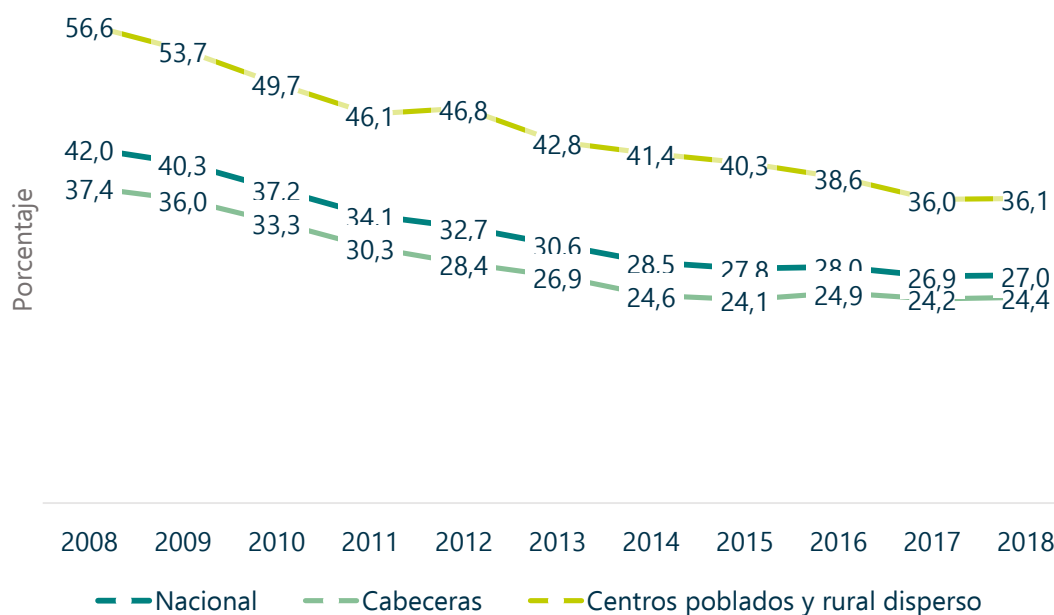
²¹ FAO en Colombia. Colombia en una mirada 2016. Recuperado de <http://www.fao.org/colombia/fao-en-colombia/colombia-en-una-mirada/es/>

3.2.1 Incidencia de la pobreza monetaria en Colombia

El índice de pobreza monetaria mide el porcentaje de la población con un ingreso per cápita menor a la línea de pobreza, que para el año 2018 se definió en \$257.433 pesos. Según los datos oficiales los ingresos del 27% de la población colombiana no le alcanzan para comprar la canasta básica de bienes alimentarios y no alimentarios y satisfacer sus necesidades primordiales, porcentaje que equivale a 13.073.000 personas.

La evolución del porcentaje de población pobre por ingresos, durante el periodo 2008 – 2018 se observa en la gráfica 8, es evidente la tendencia a la disminución para todas las áreas consideradas, y el mayor nivel de pobreza durante la totalidad de años del periodo en los centros poblados y el rural disperso.

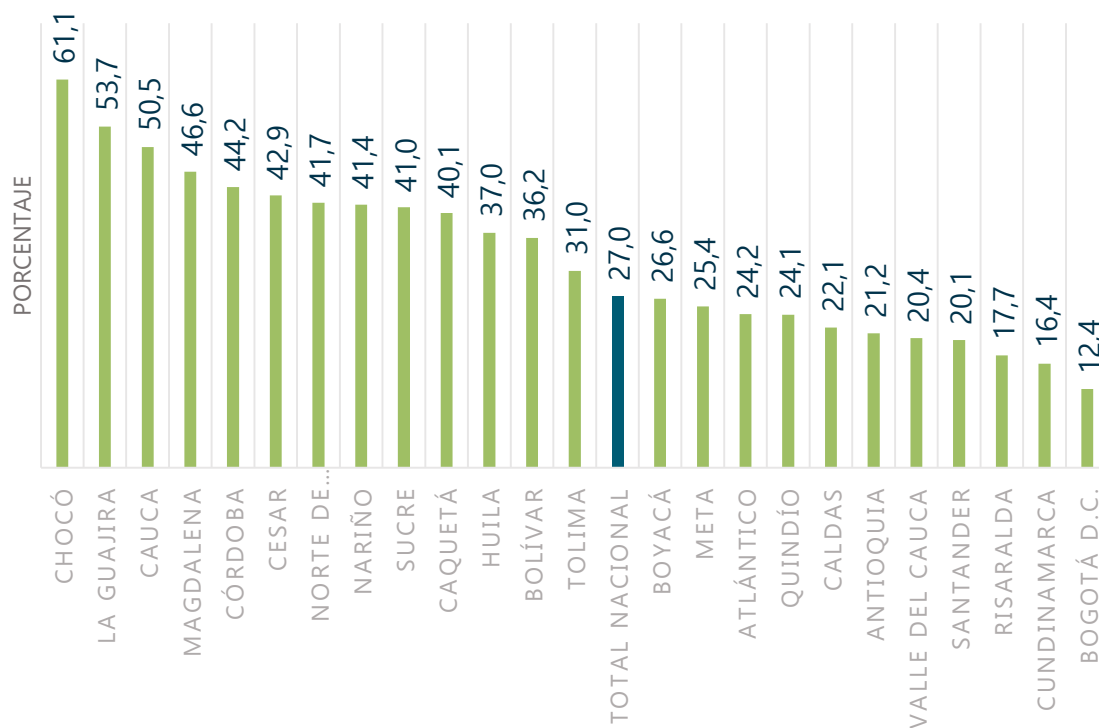
Gráfica 8. Incidencia de la pobreza monetaria en Colombia. Periodo 2008 -2018. Total nacional y áreas



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares

A nivel departamental, los datos de pobreza por ingresos, solo se encuentran disponibles para 23 departamentos y Bogotá, de los 32 existentes en Colombia. Los resultados se observan en la gráfica 9.

Gráfica 9. Incidencia pobreza monetaria por departamentos 2018



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares

El departamento de Chocó concentró el mayor porcentaje de población bajo línea de pobreza (61,1%), duplica el valor a nivel nacional (27%) y La Guajira está a solo un 0,3 punto porcentual para duplicar ese valor (53,7%). De acuerdo a los datos presentados, 13 departamentos con medición se situaban por encima del porcentaje nacional.

3.2.2 Incidencia de la pobreza monetaria extrema en Colombia

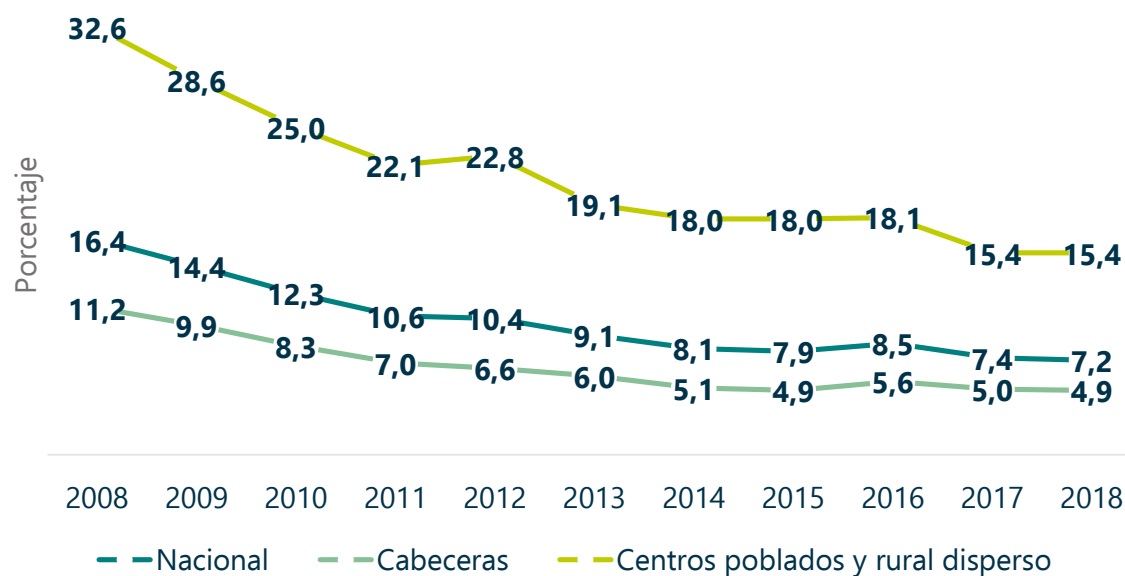
Se considera que una persona está en condición de pobreza extrema cuando no cuenta con ingreso mensual suficiente para lograr un nivel mínimo de sobrevivencia; “la pobreza extrema o indigencia es un indicador del porcentaje de personas que no pueden acceder a una canasta mínima de alimentos que cumpla con los requerimientos calóricos de la población.”²²

En el caso de Colombia, para 2018, la línea de pobreza extrema se fijó en \$117.605 pesos. Para el año 2018, el 7.2 % de la población según datos del DANE se ubicaba bajo la línea de pobreza extrema, lo que equivale a un número aproximado de 3.508.000 personas.

²² Conpes 113 de 2008. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

En la gráfica 10 se observa el comportamiento de la pobreza extrema en Colombia para el periodo 2008 a 2018, los porcentajes son más altos para la población residente en los centros poblados y el rural disperso.

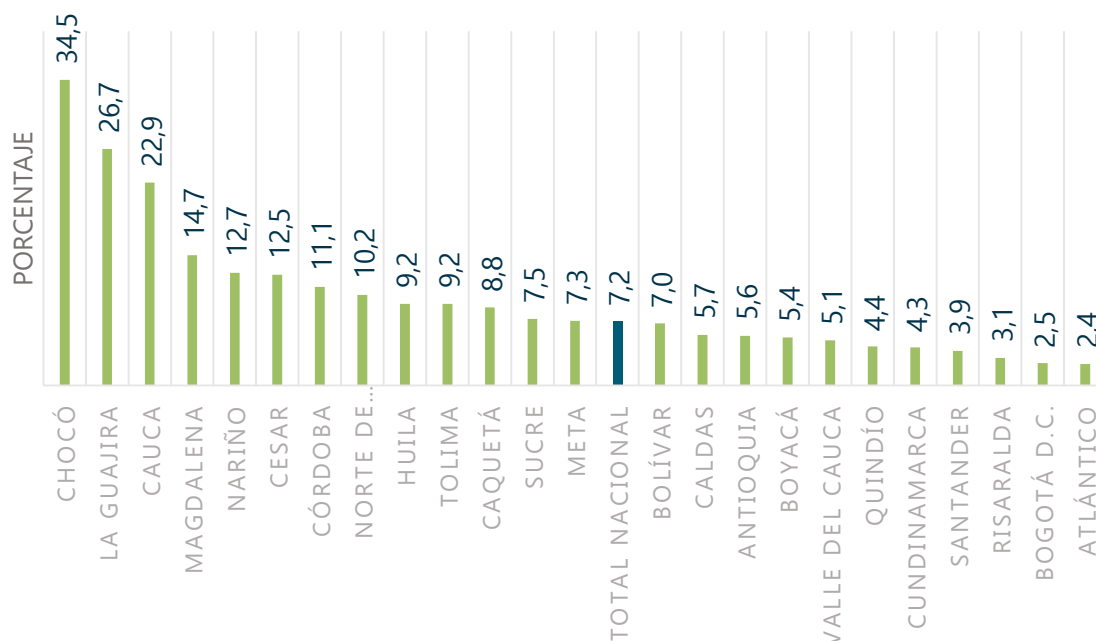
Gráfica 10. Incidencia pobreza monetaria extrema-periodo 2008-2018. Total nacional y áreas



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares

Los resultados de incidencia de la pobreza extrema por departamento se presentan en la gráfica 11, Chocó con 34.5%, La Guajira con 26.7% y Cauca con 22.9%, concentraron los mayores porcentajes de población bajo línea de pobreza extrema en el año 2018. Los datos por departamento se presentan en la gráfica 11.

Gráfica 11. Incidencia pobreza monetaria extrema por departamentos 2018



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares

Los datos de promedio de ingreso, línea de pobreza y línea de pobreza extrema para cada uno de los 23 departamentos y Bogotá D.C para el año 2017, se observan en la tabla 9.

Tabla 9. Promedio de ingreso, Línea de pobreza y línea de pobreza extrema 2018

CIUDAD / DEPARTAMENTO	PROMEDIO DEL INGRESO PER CÁPITA DE LA UNIDAD DE GASTO ²³ DE LA POBLACIÓN*	LÍNEA POBREZA*	LÍNEA DE POBREZA EXTREMA*
Bogotá D.C.	1.117.113	278.129	122.934
Antioquia	780.180	264.681	117.726
Valle del Cauca	737.339	266.308	121.453
Santander	715.601	265.857	120.793
Total Nacional	679.391	257.433	117.605
Risaralda	664.110	260.244	117.005
Cundinamarca	660.158	246.316	114.506
Atlántico	650.853	282.305	124.501
Caldas	648.068	253.239	114.906
Meta	639.933	251.461	115.491
Quindío	620.237	266.749	118.697
Boyacá	551.226	234.082	112.740

²³ “La unidad de gasto hace referencia a la persona que atiende sus propios gastos, o al grupo de personas que comparten la vivienda y tienen arreglos para satisfacer en común sus necesidades esenciales (gastos de alimentación, servicios de la vivienda, equipamiento y otros gastos del hogar)” (...) Dentro de los ingresos de la unidad de gasto se tienen en cuenta los ingresos por concepto de salarios, ganancias u honorarios, los ingresos en especie y otras fuentes de ingreso. En este último rubro se incluyen, entre otros conceptos, las transferencias monetarias gubernamentales que reciben los hogares. No se incluyen las transferencias gubernamentales en especie. DNP. Conpes 150 de 2012 - Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia.

Tolima	520.849	247.602	114.653
Huila	493.660	239.319	114.881
Bolívar	490.712	261.399	117.745
Norte de Santander	439.610	257.696	114.354
Cesar	435.152	254.744	115.954
Nariño	423.344	225.119	111.090
Caquetá	422.146	236.264	114.138
Sucre	421.309	246.590	115.344
Magdalena	408.632	250.509	115.820
Córdoba	376.319	228.920	110.416
La Guajira	365.649	229.271	111.420
Cauca	341.792	213.930	108.859
Chocó	301.793	222.032	109.606

*Cifras en pesos corrientes

Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares

Al no contar con los datos DANE de pobreza y pobreza extrema desagregados para la población urbana y rural, se presenta el resultado de percepción de pobreza, recogido mediante la Encuesta de Calidad de Vida – ECV para el nivel nacional en el año 2018.

Tabla 10. Hogares por opinión de jefe(a) o de cónyuge respecto a si se considera pobre (%).
Total nacional y área 2018

ÁREA	SE CONSIDERA POBRE	NO SE CONSIDERA POBRE
Total	34,8	65,2
Cabecera	28,1	71,9
Centros poblados y rural disperso	58,1	41,9

Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2018

Los resultados recogen la opinión del jefe de hogar o cónyuge sobre si se considera pobre o no, la diferencia en los resultados de hogares del área urbana y rural es notoria, en los centros poblados y el rural disperso la percepción de pobreza es mayor en un 30% respecto a los hogares establecidos en las cabeceras.

3.2.3 Índice de pobreza multidimensional - IPM

En el año 2010, el Departamento Nacional de Planeación - DNP inició las mediciones de pobreza a través del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM-Colombia), medida que refleja el grado de privación de las personas en un conjunto de dimensiones. El IPM en Colombia considera 5 dimensiones; condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y juventud, salud, trabajo

y servicios públicos domiciliarios/condiciones de la vivienda y dentro de estas dimensiones, 15 variables observables en la siguiente tabla.

Tabla 11. Dimensiones y variables del IPM Colombia

DIMENSIÓN/ PESO	VARIABLES/ PESO
Condiciones educativas del hogar (0.2)	Bajo logro educativo (0.1)
	Analfabetismo (0.1)
Condiciones de la niñez y juventud (0.2)	Inasistencia escolar (0.05)
	Rezago escolar (0.05)
	Barreras de acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia (0.05)
	Trabajo infantil (0.05)
Trabajo (0.2)	Desempleo de larga duración (0.1)
	Empleo informal (0.1)
Salud (0.2)	Sin aseguramiento en salud (0.1)
	Barreras de acceso a servicio de salud (0.1)
Servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda (0.2)	Sin acceso a fuente de agua mejorada (0.04)
	Inadecuada eliminación de excretas (0.04)
	Pisos inadecuados (0.04)
	Paredes exteriores inadecuadas (0.04)
	Hacinamiento crítico (0.04)

Fuente: DNP – DDS – DANE – DPS. Conpes 150 – Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia

La privación de una persona se determina en el ámbito de su hogar. Si un hogar se encuentra en privación en una determinada dimensión, todos los miembros del hogar estarán privados en esa dimensión.

De acuerdo con esta medida, se considera que una persona está en condición de pobreza si tiene 33% o más de privaciones, esto es, si enfrenta carencias en por lo menos 5 de las 15 variables seleccionadas.

Los cálculos iniciales, se realizaron con base en la Encuesta de Calidad de Vida – ECV 2008 - 2010 del DANE, considerando los datos censales del 2005 y las proyecciones poblacionales, la medición se hizo para el nivel nacional, departamental y los municipios del país. A partir de esa fecha, se continuó realizando la medición a partir de la ECV, pero los cálculos solo se realizaron para 7 regiones del país, área urbana y rural y el total nacional. En el año 2019 los cálculos incluyeron la incidencia para los 32 departamentos y Bogotá D.C.

A continuación, se presenta la distribución geográfica de los resultados de incidencia de la pobreza o porcentaje de población en privación, para Colombia en el año 2010 (única información

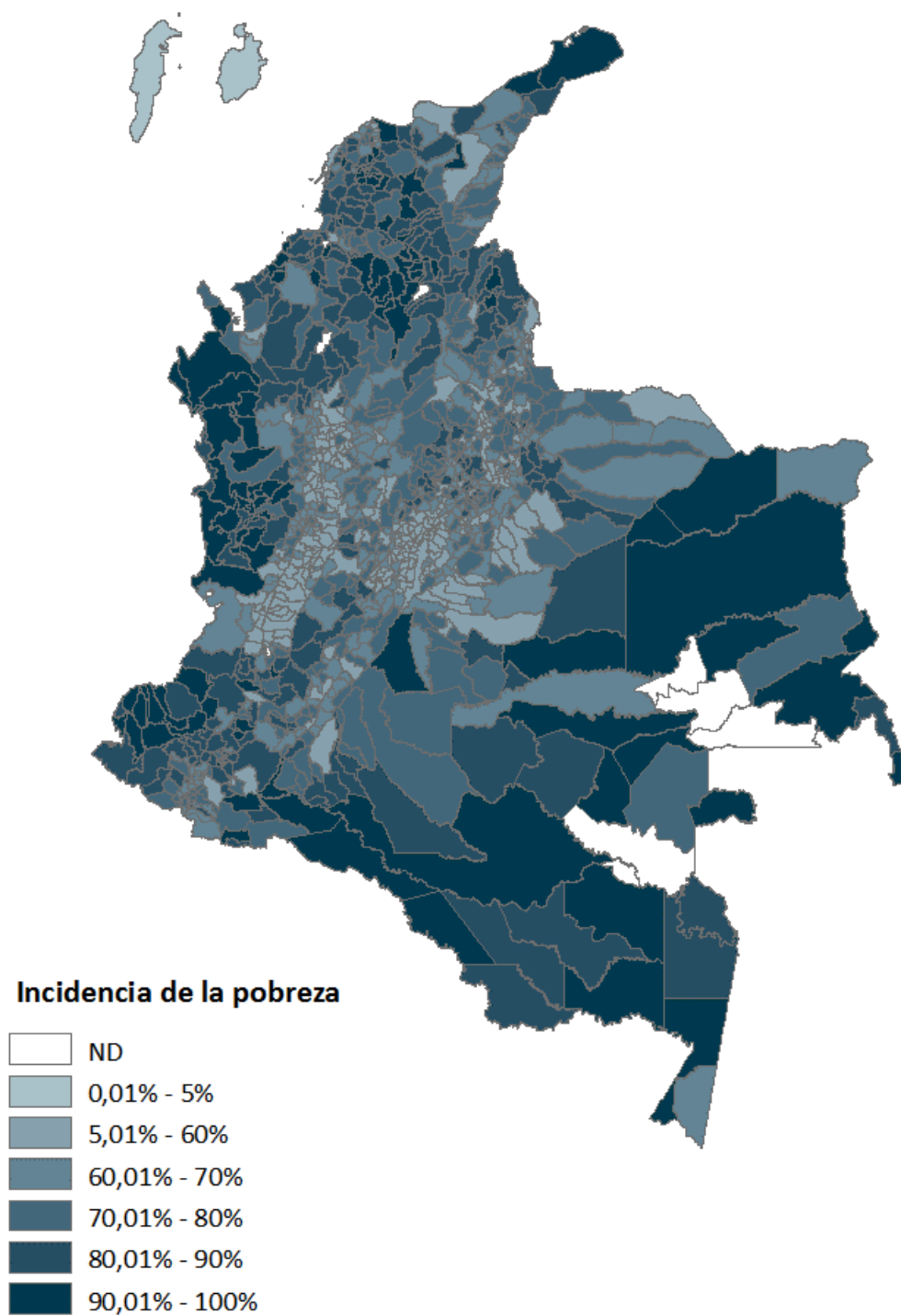
disponible para el nivel municipal), a mayor intensidad del color mayor porcentaje de población con privaciones en al menos 5 de las 15 variables del IPM.

En el mapa 5 se puede observar que los municipios con menores porcentajes de población con privaciones se concentraban en el área andina del país y los municipios con mayores porcentajes se distribuían en la periferia. Para ese año, 97 municipios del total nacional, alcanzaron incidencia superior al 90.02% (porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional) y en 5 municipios de Cauca, Chocó, Amazonas y Vaupés la incidencia de la pobreza se presentó en el 100% de su población. Los resultados 2010 de incidencia de la pobreza por municipio, se adjuntan en el Anexo 3. IPM – Incidencia de la pobreza municipal 2010.

El comportamiento del IPM durante el periodo 2010 – 2018²⁴ para los dominios; nacional, cabecera, centros poblados y rural disperso, se representa en la gráfica 12. La diferencia de la incidencia de la pobreza entre cabeceras y centros poblados y rural disperso alcanzó los 26.1 puntos porcentuales, esto es, por cada persona con privaciones residente en las cabeceras hay 3 personas residentes en los centros poblados y rural disperso en situación de pobreza multidimensional.

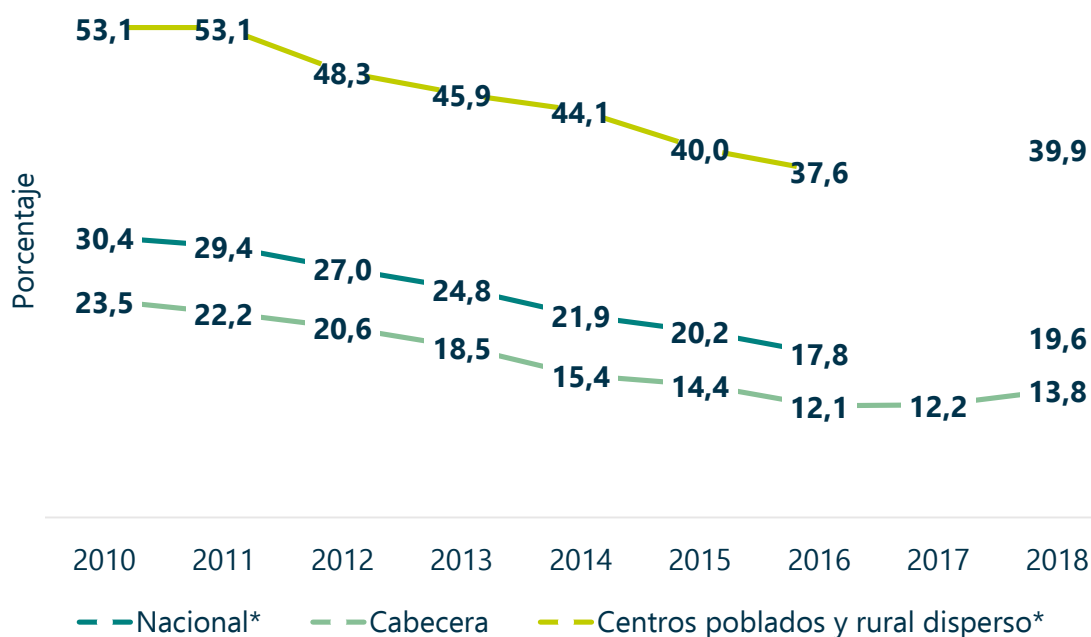
²⁴ DANE. Anexo Técnico Pobreza Multidimensional 2018. En 2017 la distribución de la muestra correspondiente al dominio rural, no respetaba la estructura de la distribución poblacional-geográfica descrita porque la asignación de la muestra en la zona rural disperso tuvo un tamaño de muestra insuficiente para generar estimaciones de calidad en el dominio rural. Las cifras del dominio geográfico rural, conformado por centros poblados y rural disperso, y, por consiguiente, del agregado nacional de 2017 elaboradas a partir de la ECV no son comparables con la serie. Por esta razón, no se contará con el dato de estas desagregaciones geográficas para el año mencionado. Esto se verá reflejado en la serie publicada de ahora en adelante por el DANE que excluirá estas desagregaciones para el 2017

Mapa 5. Índice de pobreza multidimensional por municipio – 2010



Fuente: Cálculo DNP – SPSCV con datos del censo 2005

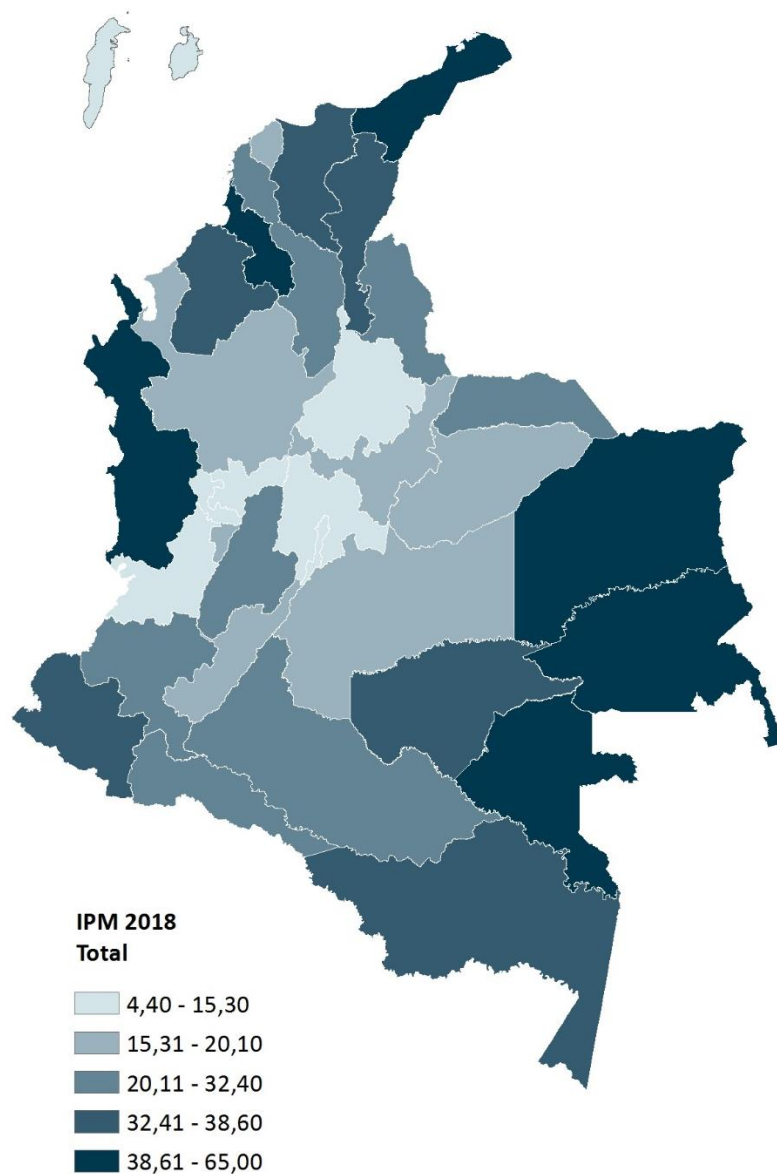
Gráfica 12. Tendencia Índice de Pobreza Multidimensional periodo 2010 – 2018 Colombia



Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida

En el año 2019, el DANE calculó los resultados de pobreza multidimensional por departamento, para cabeceras y para los centros poblados y el área rural dispersa. Los resultados de la medición IPM con su desagregación territorial se representa geográficamente en los siguientes mapas, a mayor intensidad tonal del color mayor nivel de incidencia (%) de pobreza.

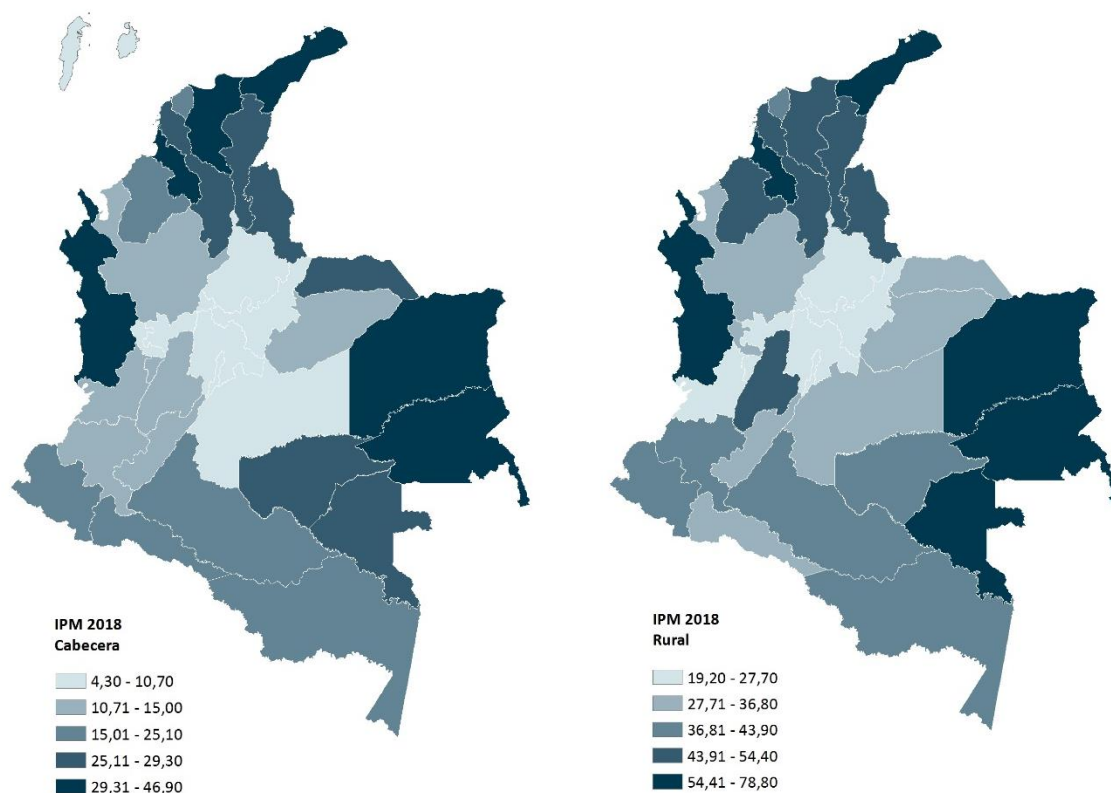
Mapa 6. Índice de pobreza multidimensional por departamento – 2018



Fuente: Dane, ECV 2018

La incidencia de la pobreza multidimensional alcanzó una incidencia a nivel nacional de 19.6%, los departamentos que registran los mayores porcentajes, en orden descendente para el año 2018, son; Guainía (65%), Vaupés (59.4%), Vichada (55%), La Guajira (51.4%) y Chocó (45.1%).

Mapa 7. Índice de pobreza multidimensional por área de residencia en departamentos – 2018



Fuente: Dane, ECV 2018

La incidencia de la pobreza en cabeceras alcanzó un resultado para el total nacional de 13.8%, por departamentos es mayor en; Guainía (46.9%), Vichada (39.7%), La Guajira (34.1%), Sucre (30.9%) y Magdalena (33.2%). Para el área resto (centros poblados y rural disperso) el resultado de la incidencia de pobreza multidimensional nacional alcanzó el 39.9%, 26.1 puntos porcentuales por encima del resultado para el área de cabeceras. Por departamentos los mayores porcentajes IPM se registraron en; Vaupés (78.8%), Guainía (72.7%), La Guajira (72.5%), Vichada (67.3%) y Chocó (59.6%). Para todos los dominios la incidencia de la pobreza multidimensional es menor en Bogotá. En la tabla 12 se presentan los resultados del IPM para los departamentos, total y por área de residencia.

Tabla 12. Índice de Pobreza Multidimensional – departamentos 2018

DEPARTAMENTO	TOTAL	CABECERAS	CENTROS POBLADOS Y RURAL DISPERSO
Guainía	65,0	46,9	72,7
Vaupés	59,4	28,2	78,8
Vichada	55,0	39,7	67,3
La Guajira	51,4	34,1	72,5
Chocó	45,1	29,9	59,6
Sucre	39,7	30,9	58,5
Magdalena	38,6	33,2	54,4
Córdoba	36,7	23,3	51,9
Amazonas	34,9	25,1	40,1
Nariño	33,5	23,4	43,7
Guaviare	33,5	27,3	42,9
Cesar	33,2	26,7	53,5
Bolívar	32,4	26,3	53,9
Arauca	31,8	29,3	36,3
Norte de Santander	31,5	27,2	47,7
Caquetá	28,7	21,3	40,0
Cauca	28,7	13,4	39,0
Putumayo	25,1	19,2	31,0
Tolima	23,5	12,6	47,8
Atlántico	20,1	19,0	43,9
Nacional	19,6	13,8	39,9
Huila	19,2	12,2	29,5
Casanare	19,1	14,8	31,9
Antioquia	17,1	11,8	36,8
Boyacá	16,6	8,9	27,4
Quindío	16,2	15,0	25,7
Meta	15,6	10,7	31,6
Caldas	15,3	10,7	27,4
Valle del Cauca	13,6	12,3	22,3
Santander	12,9	8,3	27,7
Risaralda	12,5	7,3	31,6
Cundinamarca	11,5	7,7	19,8
Archipiélago de San Andrés, Providencia Y Santa Catalina	8,9	8,9	-
Bogotá, D.C.	4,4	4,3	19,2

Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida

Los resultados según porcentaje de hogares en privación por indicador para el total nacional, para el periodo 2010 -2018, se observan en la tabla 13.

Tabla 13. Porcentaje de hogares que enfrentan privación por indicador. 2010 - 2018

INDICADOR	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Analfabetismo	13,2	12,0	12,1	11,7	10,7	10,2	9,7	ND	9,5
Bajo logro educativo	55,4	54,6	53,1	51,6	50,7	48,2	46,4	ND	43,8
Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	11,8	10,8	9,4	9,7	9,4	9,1	8,7	ND	9,3
Barreras de acceso a servicios de salud	6,9	8,2	6,6	7,2	6,3	6,5	4,4	ND	6,2
Desempleo de larga duración	9,9	9,1	10,0	9,7	10,4	10,2	10,8	ND	11,8
Hacinamiento crítico	15,1	14,2	13,1	12,4	10,8	10,6	9,5	ND	9,2

Inadecuada eliminación de excretas	12,0	14,5	12,1	11,8	10,5	10,1	9,6	ND	12,0
Inasistencia escolar	4,6	4,8	4,1	3,8	3,3	3,0	2,9	ND	3,3
Material inadecuado de paredes exteriores	3,0	3,2	2,2	2,1	1,8	1,7	1,9	ND	2,9
Material inadecuado de pisos	6,3	6,3	5,9	5,8	5,2	4,6	4,5	ND	6,1
Rezago escolar	35,1	34,1	33,3	31,7	32,0	29,5	28,6	ND	28,6
Sin acceso a fuente de agua mejorada	11,6	12,0	12,3	11,2	11,5	9,8	9,8	ND	11,7
Sin aseguramiento en salud	21,0	19,0	17,9	17,1	12,2	11,2	9,6	ND	11,0
Trabajo infantil	4,6	4,5	3,7	3,6	3,4	3,2	2,6	ND	2,1
Trabajo informal	80,9	80,4	80,0	78,1	76,8	74,5	73,6	ND	72,3

Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida

La mayoría de los indicadores mostraron tendencia al descenso hasta el año 2016, sin embargo, el indicador de barreras de acceso a servicios de salud²⁵, presenta un comportamiento fluctuante con escasa variación si se considera que el periodo analizado es de 8 años. Por otra parte, el indicador de trabajo informal²⁶ concentra los mayores porcentajes del total de indicadores incluidos en todos los años y el indicador de desempleo de larga duración²⁷, a diferencia del resto de indicadores, presenta tendencia al incremento (1.9 puntos porcentuales)

3.2.4 Desigualdad – Coeficiente de Gini

Colombia ha avanzado en los últimos años en la superación de la pobreza y de la pobreza extrema, sin embargo, los niveles de desigualdad persisten con escasos márgenes de variación, situando al país entre las 7 naciones con mayores niveles de desigualdad en el mundo y el segundo más desigual en Latinoamérica, de acuerdo con los datos del Banco Mundial.

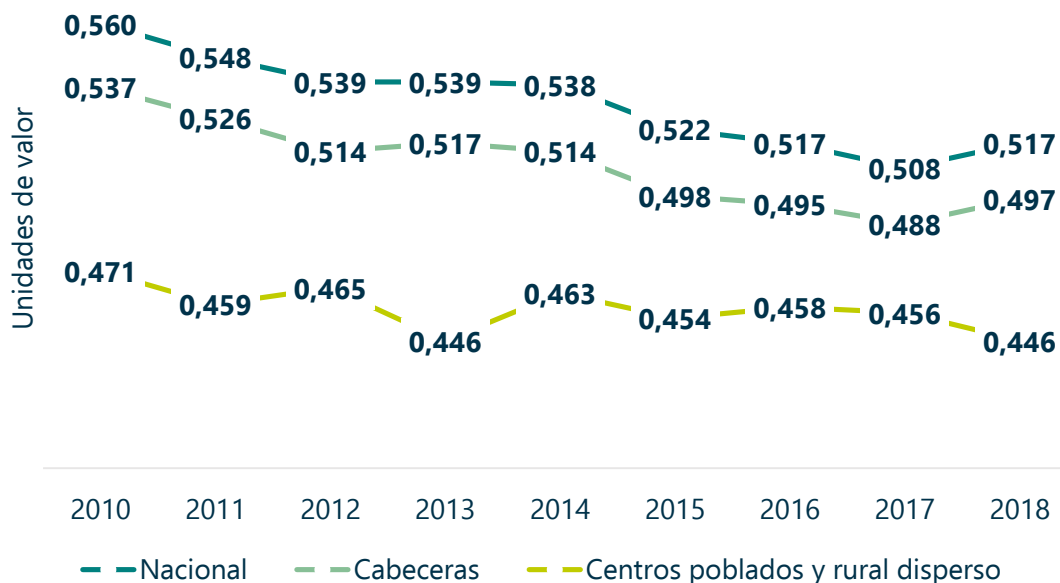
En Colombia la evolución del Coeficiente de Gini, durante el periodo 2008 – 2018, por concentración de ingresos, se observa en la gráfica 13. Aunque aparentemente muestra tendencia a la disminución, durante 10 años solo se registra una variación de 0,043 puntos.

²⁵ DANE. Boletín técnico Pobreza monetaria y multidimensional. Privación por barreras de acceso a salud dada una necesidad: una persona se considera privada, si pertenece a un hogar que tiene, al menos, una persona que en los últimos 30 días tuvo una enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud, que no haya implicado hospitalización y que para tratar este problema no acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud.

²⁶ DANE. Boletín técnico Pobreza monetaria y multidimensional. Privación por empleo formal: una persona se considera privada, si pertenece a un hogar que tiene, al menos, un ocupado sin afiliación a pensiones.

²⁷ DANE. Boletín técnico Pobreza monetaria y multidimensional. Privación por desempleo de larga duración: una persona se considera privada, si pertenece a un hogar que tiene, al menos, una persona de la Población Económicamente Activa (PEA) desempleada por más de 12 meses.

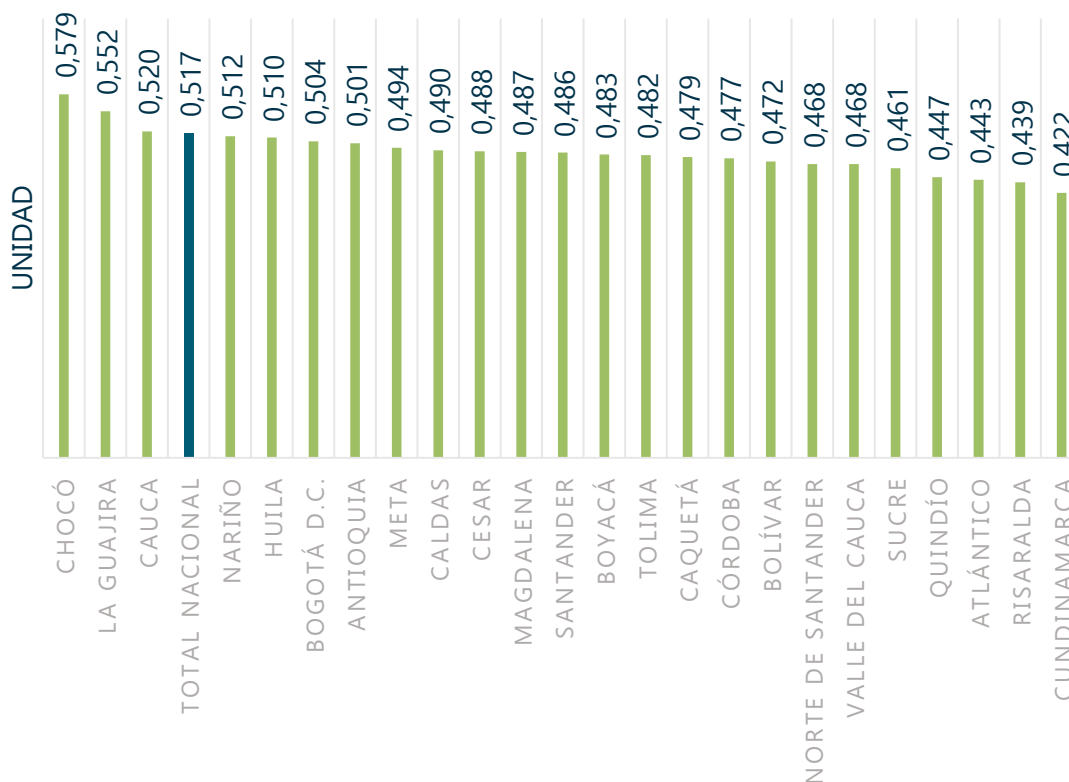
Gráfica 13. Coeficiente de Gini – Colombia 2008 -2018



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2018)

Los datos de desigualdad en la distribución del ingreso se encuentran disponibles para 23 departamentos y Bogotá D.C, éstos se observan en la gráfica 14. En su orden Chocó (0.579), La Guajira (0.552), y Cauca (0.520) se clasifican como los departamentos con mayor desigualdad con resultados superiores a 0.517 (total nacional), cabe recordar, que la medida establece que la igualdad en la distribución del ingreso se refleja en los puntajes más cercanos a cero.

Gráfica 14. Coeficiente de Gini departamentos 2017



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares

De acuerdo a, Desigualdad del ingreso en Colombia: un estudio por departamentos; “los niveles de desigualdad personal del ingreso en un país se pueden explicar por dos factores: por un lado, por las brechas en el ingreso medio entre regiones o departamentos, y por otro, por la desigualdad que se presenta en la población dentro de esas divisiones geográficas.

En Colombia existe una gran diversidad geográfica en los niveles de desigualdad dentro de los departamentos. En contraste con la pobreza que se concentra en las regiones costeras del país, la distribución de ingresos es espacialmente diferenciada y no hay un patrón entre su magnitud y su concentración. En tal sentido, departamentos con ingreso per cápita familiar bajo (Chocó y La Guajira, en promedio, 244.400 pesos y 353.300 pesos, respectivamente) tienen la mayor desigualdad; sin embargo, Antioquia presenta un elevado nivel de ingreso (698.400 pesos en promedio) altamente concentrado. Mientras en Atlántico y Caquetá un individuo perteneciente al 10 % más pobre tendría que multiplicar su ingreso por 6,5 para pertenecer al 10 % más rico de cada departamento, en Chocó debería hacerlo por 21. Esa diversidad es clara al observar que incluso departamentos con el mismo nivel de ingreso tienen notables diferencias en su desigualdad.

De este modo, un mayor nivel de desarrollo no garantiza mejoras en términos distributivos, lo mismo que en algunos territorios el rezago no conlleva necesariamente a amplias desigualdades en el ingreso de su población. Este resultado resalta la importancia de comprender la desigualdad del ingreso del país no solo como producto de brechas entre departamentos, sino también de complejidades en las explicaciones de las disparidades dentro de ellos. Un ejemplo de lo anterior es la forma en que las fuentes del ingreso personal adquieren mayor o menor relevancia en la explicación de la desigualdad según la estructura ocupacional. Así, en Antioquia y Cundinamarca, que tienen un mayor rol de la producción industrial y de servicios, el ingreso de los asalariados (aunque es menos desigual que el de los trabajadores cuenta propia) tiene mayor peso a la hora de explicar la desigualdad en esos espacios geográficos.²⁸

3.2.5 Nivel de educación

Si bien el acceso a bienes y servicios públicos, como la educación, hacen parte de la dimensión de calidad de vida y fines del bienestar en la PSAN, se presentan en este capítulo los datos generales de promedio de años de educación por grupos de edad y diferenciados por la variable sexo. Esto considerando que el nivel de educación se asocia directamente con la posibilidad o no de acceder a empleos de calidad y por tanto con la oportunidad de conseguir mejores ingresos. El nivel de educación alcanzado y la pobreza se encuentran relacionados. Cinco indicadores asociados a la educación hacen parte de la medición del IPM.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS – 2015; las limitaciones de acceso a la educación en la primera infancia, la niñez y la adolescencia no solo hacen parte de las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de los hogares, sino que se convierten en el principal mecanismo por el cual estas condiciones se transmiten y se reproducen a lo largo del ciclo vital de las personas.

En la tabla 14, se presentan los datos del promedio de años de educación de la población en Colombia mayor de 6 años, considerando, las características de zona de residencia habitual y quintil de riqueza, conforme a la información disponible de la ENDS 2015. La información de nivel de educación de la educación de seis años y más por departamento para hombres y mujeres se puede consultar en el Anexo 4. Nivel de educación de la población de seis años y más.

²⁸ Sánchez Torres R-N. Desigualdad del ingreso en Colombia: un estudio por departamentos 2017. Recuperado de unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/conozca-el-mapa-de-la-desigualdad-del-ingreso-en-colombia/

Tabla 14. Promedio de años de educación de la población de seis años y más por características seleccionadas, Colombia 2015

CARACTERÍSTICA	PROMEDIO DE AÑOS DE EDUCACIÓN HOMBRES	PROMEDIO DE AÑOS DE EDUCACIÓN MUJERES
Grupo de edad		
6-16	4.2	4.5
17-24	10.0	10.8
25-29	10.2	10.9
30-34	9.9	10.6
35-39	9.3	10.0
40-44	8.7	8.9
45-49	8.0	8.5
50-54	7.8	8.1
55-59	7.5	7.1
60-64	6.5	6.2
65+	5.1	4.4
Zona		
Urbana	8.5	8.6
Rural	5.1	5.4
Quintil de riqueza		
Más bajo	4.7	4.9
Bajo	6.6	6.9
Medio	7.7	8.0
Alto	9.0	9.1
Más alto	10.4	10.4

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. 2015

En la tabla anterior se observa que, por grupos de edad, las mujeres hasta los 54 años alcanzan un mayor promedio de años de educación, paradójicamente el desempleo en las mujeres es mayor y la disparidad de salarios entre hombres y mujeres es un asunto ampliamente probado. La diferencia del promedio de años de educación entre hombres y mujeres del área rural y urbana en ambos casos es de 3 años y respecto al quintil de riqueza, tanto hombres como mujeres del quintil más alto duplican el número de años de estudio del quintil más bajo.

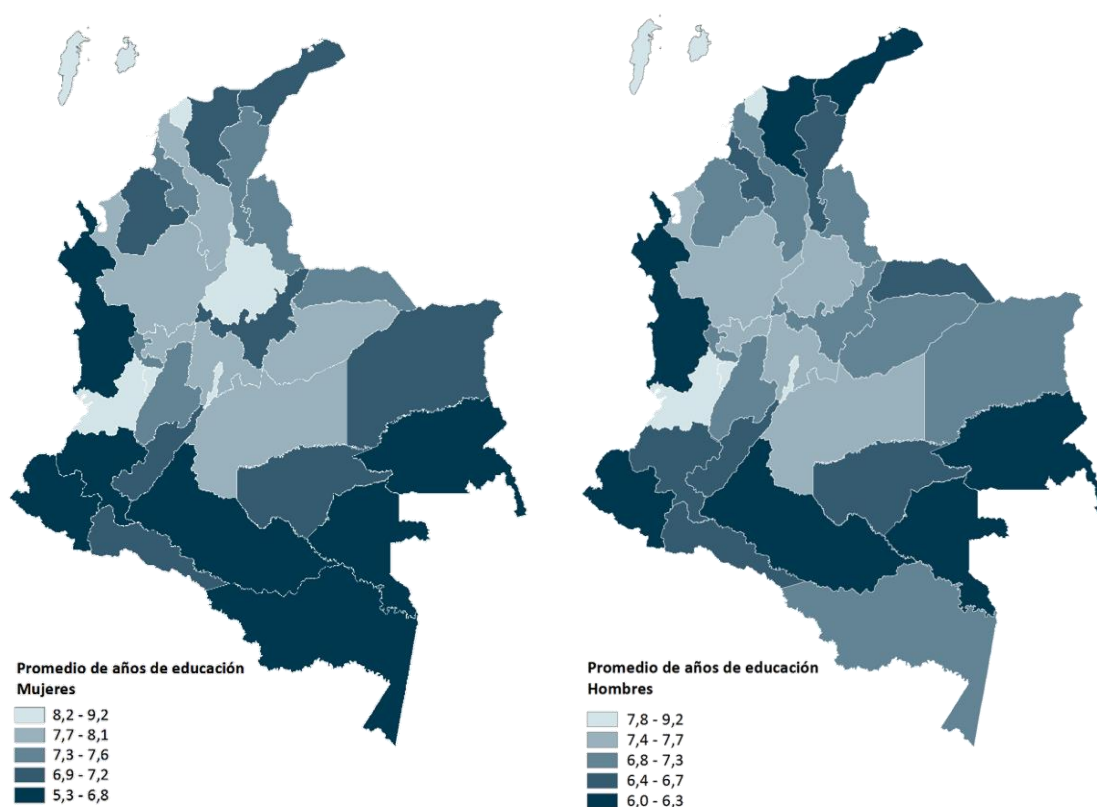
Sin embargo, ni hombres ni mujeres en promedio, alcanzan el umbral mínimo necesario para cumplir presuntamente con las exigencias del mercado laboral.

“En diversos estudios se ha verificado la creciente exigencia en educación que impone a las personas el mercado laboral. Actualmente, alcanzar el nivel educativo secundario incompleto puede ser insuficiente y la exigencia se ha trasladado a los niveles de secundaria completa y superior. CEPAL ha planteado en varias oportunidades que concluir la enseñanza secundaria en la región constituye el umbral educativo mínimo para asegurar el futuro de las personas fuera de la

pobreza. Es decir, para tener una alta probabilidad de lograr una incorporación al mercado laboral que asegure un nivel de vida con condiciones mínimas de bienestar en la vida futura, se requiere concluir 12 años de estudios formales (u 11 dependiendo del país). En ese sentido, la atención que merece la enseñanza secundaria en materia de cobertura y acceso y calidad es clave.”²⁹

La distribución espacial de promedio de años de estudio logrados en Colombia, por hombres y mujeres de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, se observan en los siguientes mapas.

Mapa 8. Promedio de años de educación de la población de seis años y más de acuerdo a la variable sexo, Colombia 2015



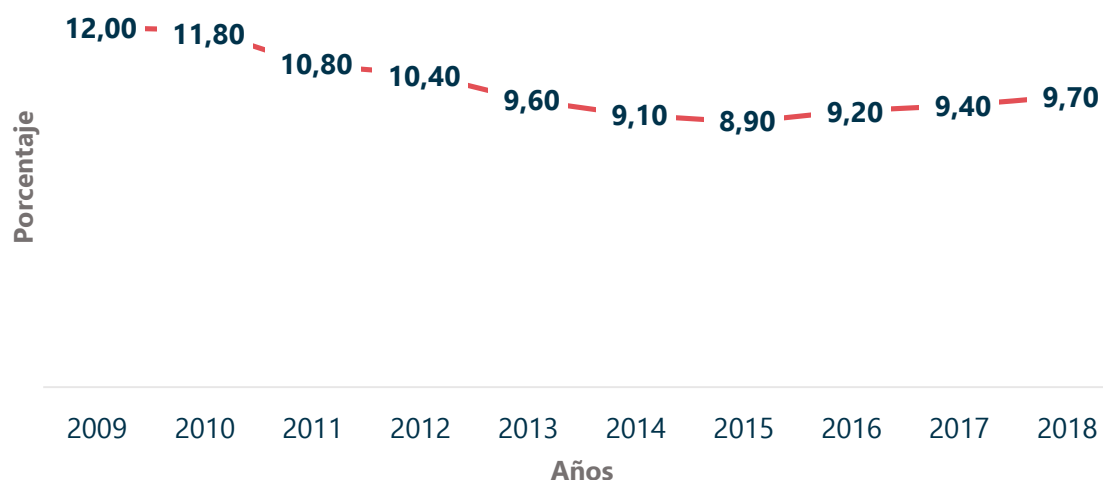
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS, 2015

3.2.6 Desempleo

²⁹ Avance regional hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal. CEPAL 2010.

Al igual que en el caso anterior, el tema del desempleo y la informalidad hacen parte de los indicadores asociados a las dimensiones de la pobreza multidimensional. Los resultados de la tasa porcentual de desempleo en Colombia para el periodo 2009 – 2018, se presentan en la gráfica 15. Si bien hay una disminución de 2.3 puntos porcentuales comparando el año inicial y final del periodo, se observa que a partir del año 2016 la cifra se mantiene estable.

Gráfica 15. Tasa de desempleo en Colombia. Periodo 2009 - 2018



Fuente: DANE - GEIH

La tasa de desempleo expresa la relación porcentual entre el número de personas que están buscando trabajo, y el número de personas que integran la fuerza laboral (Población económicamente activa). En Colombia para el mes de diciembre del 2018, se estimó un total de 2.471.544 desocupados.

“El trabajo decente – incluidos el empleo productivo y la protección social – es una condición necesaria para poner fin a la pobreza en todas sus formas, tanto en los países desarrollados como en los países emergentes y en desarrollo. Sin empleos productivos, desarrollo empresarial, protección social y derechos, los esfuerzos destinados a reducir la pobreza serán incompletos o insostenibles.”³⁰

4 Dimensión de calidad de vida y fines del bienestar

³⁰OIT. Perspectivas sociales y del empleo en el mundo. 2016 – Transformar el empleo para erradicar la pobreza. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_507516.pdf

La calidad de vida como concepto, se define desde distintos enfoques, de carácter unidimensional y multidimensional, e incluye con diferentes pesos o ponderaciones, tanto elementos objetivos como subjetivos.

Al ser este un concepto, de creciente utilización en el campo de la evaluación de la política social, de la salud y el bienestar, se han propuesto desde lo teórico, los posibles elementos comunes que lo caracterizan: “En esta misma línea de proponer acuerdos comunes, Meeberg (1993) sintetiza elementos de una revisión de la literatura y enumera cuatro atributos críticos para diferenciar calidad de vida – CV, de otros conceptos: (a) Sentimiento de satisfacción con la vida en general, (b) capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, (c) un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos y (d) una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida.”³¹

De acuerdo a la PSAN, esta dimensión hace referencia; “a aquellos factores que inciden en la calidad de vida y tienen relación directa con la SAN. Los elementos fundamentales (no los únicos) en este punto son la conducta de las personas, las familias o las comunidades y los servicios públicos como la educación, la salud y el saneamiento básico. La conducta de las personas y la familia se ve reflejada en los hábitos de consumo y en los estilos de vida que, de alguna forma, determinan la posibilidad de convertir los alimentos de la canasta básica en alimentación adecuada. Este punto es de importancia porque aún si el problema económico se soluciona, la conducta y los hábitos de las personas pueden generar riesgos de inseguridad alimentaria y nutricional.”³²

Acorde con estas definiciones, en el presente capítulo se abordan básicamente los indicadores asociados a los ejes de consumo y aprovechamiento, interrelacionando estos ejes con el modelo conceptual de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN – 2015, y considerando las variables de los ámbitos intermedio y singular, no incluidas en capítulos anteriores de la línea base, tales como; estructura de los hogares, acceso a servicios públicos domiciliarios y los resultados de la situación nutricional en Colombia, componente central de la línea base.

4.1 Los hogares en Colombia

De acuerdo al Departamento Nacional de Planeación - DNP, un hogar está constituido por una persona o un grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una unidad de vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas (ONU 1998).

³¹ Urzúa M Alfonso. Caqueo U Alejandra. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Chile 2012. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

³² Documento CONPES 113 de 2008. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional

Para el año 2018, en Colombia el número de hogares según la Encuesta de Calidad de Vida - ECV ascendió a 15.493.000, la gran mayoría de ellos asentados en las áreas urbanas, con un número promedio de personas de 3.2.

Los cambios en la dinámica demográfica han influido notablemente en la composición y tamaño de los hogares; según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015, el tamaño promedio del hogar entre los años 1990 y 2015 presentó una variación de 1.1, los hogares pasaron de estar integradas por 4.6 personas a 3.5, por otra parte, en Colombia, el nivel de fecundidad ha disminuido sistemáticamente de 6.7 hijos o hijas por mujer en 1967, a 2 hijos por mujer en 2015.

Los datos de hogares por área de residencia y promedio de personas que lo conforman con información de la Encuesta de Calidad de Vida – ECV 2018, se observan a continuación.

Tabla 15. Viviendas, hogares y personas (miles). Total nacional y área 2018

TOTAL Y ÁREA	HOGARES	PERSONAS	PERSONAS POR HOGAR
	Total	Total	Promedio
Total	15.493	49.987	3,23
Cabecera	12.052	38.449	3,19
Centros poblados y rural disperso	3.442	11.538	3,35

Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2018

El término hogares como concepto estadístico se diferencia claramente del concepto de familia, éste último involucra otros factores adicionales: presencia de vínculos naturales o jurídicos o de situaciones de facto mediadas por relaciones de afecto, solidaridad y protección. La composición de los hogares y su transformación, más allá de los cambios demográficos, obedece igualmente a la reconfiguración de los arreglos familiares, debido entre otros al cambio de roles tradicionales, a la variación de las percepciones frente a la nupcialidad, a la mejora en los niveles educativos y a la vinculación de las mujeres al mercado laboral. Para el año 2016³³, los tipos de hogar de acuerdo al área habitual de residencia se presentan en la tabla 16.

Tabla 16. Hogares (en miles) según tipo de hogar y lugar de residencia (%). Total nacional y área 2016

TOTAL Y ÁREA	TIPO DE HOGAR	TOTAL HOGARES	
		Total	%
Total	Pareja con hijos	5.151	35,7
	Hogar nuclear monoparental	1.854	12,8

³³ La información 2017 está siendo validada por el DANE y la ECV 2018 no la incluye, por tanto no es posible su inclusión en la LB.

	Pareja sin hijos	1.362	9,4
	Hogares unipersonales	2.165	15
	Extenso y compuesto	3.915	27,1
	Total	14.447	100
Cabecera	Pareja con hijos	3.959	34,7
	Hogar nuclear monoparental	1.554	13,6
	Pareja sin hijos	1.036	9,1
	Hogares unipersonales	1.716	15
	Extenso y compuesto	3.145	27,6
	Total	11.410	100
Centros poblados y rural disperso	Pareja con hijos	1.192	39,3
	Hogar nuclear monoparental	300	9,9
	Pareja sin hijos	326	10,7
	Hogares unipersonales	449	14,8
	Extenso y compuesto	770	25,4
	Total	3.037	100

Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2016

Para los tres dominios, el mayor número de hogares se concentra en la variable parejas con hijos, seguido de los hogares extensos y compuestos. Llama la atención, que los hogares unipersonales ocupan el tercer lugar superando incluso el número de hogares nucleares monoparentales en todos los casos, alcanzando a nivel nacional un porcentaje del 15%.

Según la ENSIN 2015; “El tamaño de hogar está determinado por el nivel de fecundidad, pero también por la estructura familiar de los hogares, factores que a su vez dependen de las condiciones socioeconómicas, y por tanto se relaciona con las condiciones de salud y nutrición de los miembros del hogar. Se evidenció que la mayoría de los hogares (64,7%) estaban constituidos por 2 a 4 personas, el 20,6 % por 5 o más personas y el 14,7% unipersonales. La prevalencia de hogares pequeños está asociado a la etapa avanzada de transición demográfica en que se encuentra el país, pero también a la creciente importancia de hogares monoparentales”³⁴.

Otra variable de importancia para entender la estructura de los hogares y sus condiciones socioeconómicas hace referencia a la jefatura del hogar, según la ENDS 2015 la jefatura femenina ha presentado un crecimiento paulatino, entre 1990 y 2015 se registra un incremento de 13 puntos porcentuales, pasando del 23% al 36% para el último año.

Según la ECV, para el año 2018 en Colombia, en el 36.8% de los hogares se reconoció a una mujer como jefe de hogar, este evento es más recurrente en las cabeceras donde el 39.9% de los hogares contaban con jefatura femenina frente a un 25.8% de los hogares rurales.

³⁴ ICBF, MinSalud y PS, INS, OPS. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2015

Los datos de tipo de jefatura de acuerdo a la variable sexo para el total nacional y según sitio de residencia, se observan en la tabla 17.

Tabla 17. Hogares (en miles) por jefatura (masculina o femenina) sin cónyuge y con hijos menores de 18 años (%). Total nacional y área 2018

TOTAL Y ÁREA	TOTAL HOGARES	HOGARES POR SEXO DEL JEFE(A)			
		Hombre		Mujer	
		Total	%	Total	%
Total	15.493	9.795	63,2	5.699	36,8
Cabecera	12.052	7.240	60,1	4.811	39,9
Centros poblados y rural disperso	3.442	2.554	74,2	887	25,8

Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2018

Estos cambios, de acuerdo a estudios realizados, responden a transformaciones culturales y económicas, la ENDS registra que entre los años 1990 y 2015, el porcentaje de mujeres que no tenían hijos y no deseaban tenerlos, pasó de 3.2% a 14.4%.

4.2 Servicios públicos domiciliarios

Dentro de los elementos objetivos de la calidad de vida, se encuentra el acceso a los servicios públicos domiciliarios, los cuales hacen parte de los denominados servicios prestacionales, esto es; “servicios que deben ser prestados en condiciones de calidad y eficiencia, a todos sin discriminación y de forma regular, continua, frecuente y eficiente”.³⁵

El saneamiento básico, el aire y la calidad del agua, el control a la exposición a sustancias químicas que representan riesgo para la salud de las personas (seguridad química), son elementos fundamentales para crear entornos saludables, según el Ministerio de Salud; “un entorno saludable alude a un ámbito de la vida que carece o presenta factores de riesgos controlados y prevenibles e incluye factores promotores de la salud y el bienestar. Los entornos saludables son el marco para identificar los factores protectores (físicos y sociales) y comprender como estos contribuyen a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible y sustentable”.³⁶

La distribución en el número de hogares de acuerdo al acceso a los servicios públicos domiciliarios para el total nacional y por área de residencia según ECV 2018, se observan en la tabla 18.

³⁵¿Qué y cuáles son los servicios públicos? Recuperado de: <https://www.vozjuridica.com/servicios-puacutepblicos.html>

³⁶Ministerio de Salud. Agua, aire, saneamiento básico y hábitat 2009. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Agua-aire-saneamiento-b%C3%A1sico-y-h%C3%A1bitat.aspx>

Tabla 18. Hogares por acceso a servicios públicos (miles). Total nacional y área 2018

TOTAL Y ÁREA	TOTAL HOGARES	ENERGÍA	GAS NATURAL CONECTADO A RED PÚBLICA	ACUEDUCTO	ALCANTARILLADO	RECOLECCIÓN DE BASURAS	TELÉFONO FIJO	NINGÚN SERVICIO
Total	15.493	15.135	9.984	13.468	11.571	12.663	4.518	295
Cabecera	12.052	12.023	9.680	11.710	11.139	11.840	4.471	6
Centros poblados y rural disperso	3.442	3.112	304	1.758	432	823	47	288

Fuente: DANE - Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2018

Si bien los servicios públicos domiciliarios por ser servicios de carácter prestacional deben cumplir una serie de condiciones, en los datos presentados se observa la disparidad en la prestación del servicio a nivel urbano y rural: el 97% de los hogares en cabecera acceden al servicio de acueducto frente al 51% de los hogares ubicados en centros poblados y rural disperso, la brecha es mayor respecto al acceso al servicio de alcantarillado; el 92% de los hogares situados en las cabeceras cuentan con este servicio frente a un 13% de los hogares rurales, situación que presumiblemente obedece, a la dispersión de entidades de carácter público, privado o mixto que realizan la prestación y al insuficiente nivel de regulación y vigilancia que realiza el Estado a dicho suministro.

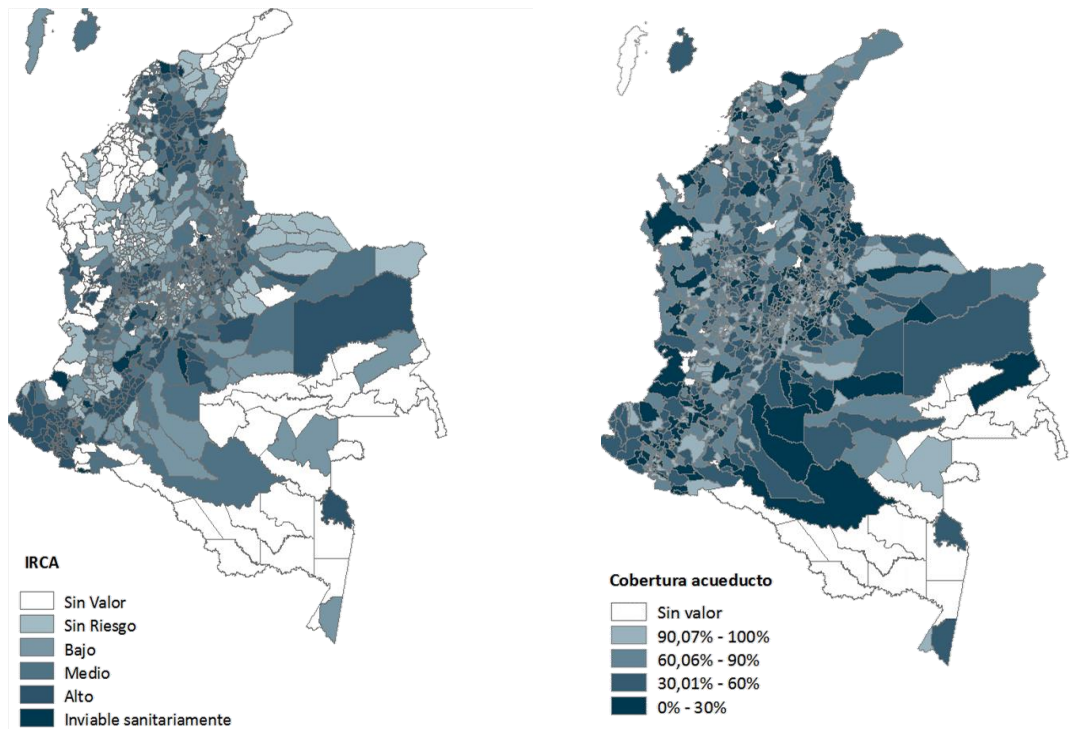
A continuación, se presenta la distribución geográfica de las coberturas de los servicios de acueducto, alcantarillado y energía, de acuerdo a la información disponible para el año 2016 con datos provenientes de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios y la Unidad de Planeación Minero Energética UPME, se agrega la información del Índice de Riesgo de Calidad del Agua –IRCA, considerando la incidencia que tiene la calidad del agua suministrada sobre la salud y las tasas de morbimortalidad infantil.

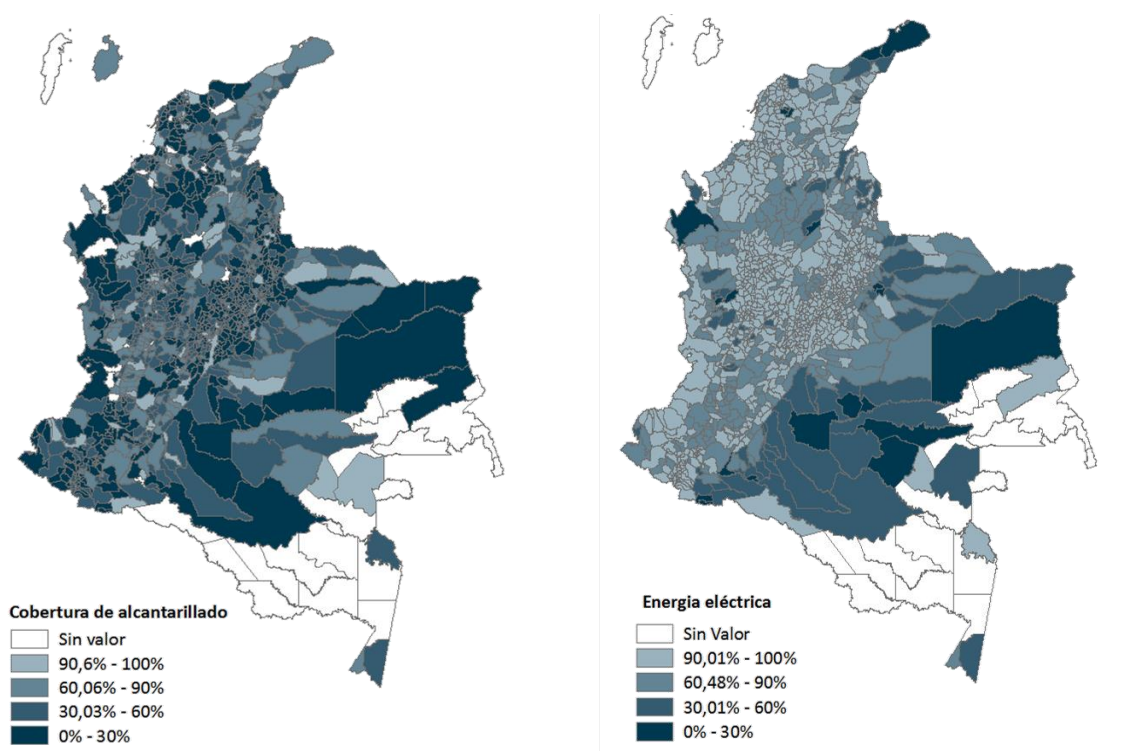
El IRCA, es una herramienta cuantitativa basada en las características físicas, químicas y microbiológicas del agua potable, que permite determinar a través de un porcentaje, el grado de riesgo de ocurrencia sobre la salud de los usuarios. El índice certifica la calidad del agua suministrada y clasifica el nivel de riesgo de acuerdo a los siguientes rangos expresados en porcentajes: (i) de 0 – 5 - Sin Riesgo (Agua Potable); (ii) No aptas: 5.1 - 14 Riesgo Bajo; (iii) 14.1-35 Riesgo Medio; (iv) 35.1 - 80 Riesgo Alto; y (v) 80.1 - 100 Inviabile Sanitariamente.

En Colombia, 19 municipios distribuidos en 9 Departamentos en el año 2016, recibían agua inviable sanitariamente. A continuación los mapas, los colores oscuros reflejan menores

coberturas y en el caso del IRCA los mayores riesgos. Los municipios sin color carecen de información.

Mapa 9. Distribución municipal de índice de riesgo de calidad del agua y de acceso a servicios públicos domiciliarios – 2016





Fuente: DNP a partir de la información de SSPD – UPME

4.3 Seguridad alimentaria y situación nutricional

La principal fuente de información de este capítulo, es la Encuesta Nacional de Situación Nutricional – ENSIN 2015. La encuesta constituye la operación estadística de mayor robustez estadística en el país para determinar la situación nutricional de la población.

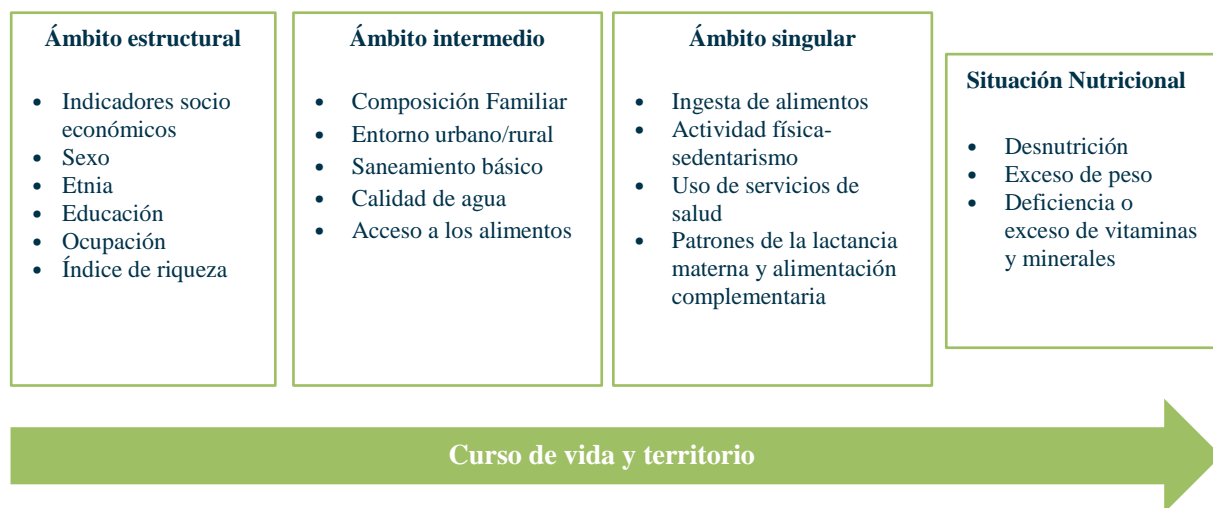
La importancia de la ENSIN radica en que no solo presenta datos relevantes sobre la situación de seguridad alimentaria y nutricional, sino que aborda el análisis de dicha situación desde la perspectiva de un modelo integrador, que incluye además de la disponibilidad y el acceso a los alimentos, el consumo y las prácticas alimentarias propiamente dichas, otras variables relacionadas básicamente con la condición socioeconómica de las personas, la provisión y el acceso efectivo a los bienes y servicios públicos, la ocupación del territorio y sus implicaciones, la pertenencia étnica, etapa del ciclo vital, conformación de los hogares y las prácticas culturales de la población, entre otras.

La ENSIN 2015 planteó como objetivo “analizar la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana, enmarcada en el modelo de determinantes sociales definidos como insumo para la formulación, seguimiento y reorientación de políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional para Colombia”. Para su cumplimiento, este estudio abarca población

colombiana entre 0 y 64 años, y los indicadores se analizan de acuerdo con el modelo de determinantes sociales de la situación nutricional definidos para la Encuesta”³⁷.

El modelo conceptual y las variables propuestas en la ENSIN 2015, se presentan en la gráfica 16.

Gráfica 16. Modelo conceptual ENSIN 2015



Tomado de: Presentación Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2015

En este punto, es importante aclarar que la Línea base retoma la información de la ENSIN 2015 sin añadir cálculos adicionales derivados de los datos de esta, sin realizar análisis complementarios al agregar variables no contempladas en la encuesta, o realizando desagregaciones territoriales no establecidas. Esto se hace en consideración de la totalidad de observaciones que se plantean en el marco metodológico de la encuesta y frente a los llamados de atención que se agregan en la presentación de resultados.

Los resultados como tal, constituyen uno de los insumos más importante de la línea base, con el propósito de focalizar poblaciones y territorios sujetos de intervención, en procura de incidir positivamente en la situación nutricional de niños, niñas y adolescentes en mayor situación de riesgo y que habitan en los territorios en mayor situación de desventaja social y económica.

³⁷ ICBF, MinSalud y PS, INS, OPS. Encuesta Nacional de la situación Nutricional – ENSIN 2015

4.3.1 Seguridad alimentaria

De acuerdo a la ENSIN 2015, la seguridad alimentaria se entiende como el estado en el cual se garantiza a la población la alimentación adecuada en cantidad y calidad suficientes, esta es determinada por diversos factores socioeconómicos, ambientales, nutricionales y alimentarios, además de la disponibilidad y el acceso a los alimentos. La encuesta mide en Colombia, la prevalencia tanto de la seguridad como de la inseguridad alimentaria en los hogares. Esta medición del número o proporción de casos, se obtuvo a través de la aplicación de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria - ELCSA.

La ELCSA es una herramienta de medición directa basada en la experiencia que tienen los hogares sobre la Inseguridad Alimentaria. “La FAO le ha otorgado su reconocimiento y apoyo porque mediante esta herramienta se ha logrado una medición directa que ayuda a comprender el fenómeno de la inseguridad alimentaria, no como una inferencia o deducción sino a través de una confrontación de las experiencias vivenciales que los miembros del hogar han tenido en la expresión más extrema de la pobreza: el hambre.”³⁸

La Escala consta de 15 preguntas, divididas en dos secciones: una primera con 8 preguntas referidas a diversas situaciones que conllevan a la inseguridad alimentaria, experimentadas por los hogares y los adultos de esos hogares y una segunda sección de 7 preguntas referidas a condiciones que afectan a los niñas, niños y adolescentes en el hogar. Ver anexo 5. Preguntas de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria - ELCSA

De acuerdo a la ELCSA; “Se plantea que los hogares experimentan en un comienzo incertidumbre y preocupación en torno al acceso a los alimentos. Más adelante, dadas las restricciones que experimentan, hacen ajustes en la calidad de los alimentos que consumen, dejando de ingerir una dieta variada. Al profundizarse la severidad de la inseguridad alimentaria, los ajustes afectan la cantidad de alimentos consumidos, se disminuyen las raciones que se ingieren o se saltan tiempos de comida. Más adelante el hambre se hace presente sin que se pueda satisfacer. Finalmente, cada una de estas dimensiones llega a afectar a los niños, después de que ha afectado a los adultos. Es decir, los niños son protegidos, especialmente por la madre, hasta que la inseguridad alimentaria alcanza niveles de severidad que hacen imposible protegerlos”³⁹. Se resume en el siguiente diagrama.

³⁸ FAO. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Manual de uso y aplicaciones -2012. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>

³⁹ FAO. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Manual de uso y aplicaciones -2012. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>

Inseguridad alimentaria leve**Inseguridad alimentaria grave**

Incertidumbre acerca de la capacidad de obtener alimentos

Se reducen la calidad y variedad de los alimentos

Se reduce la cantidad de alimentos, se saltan comidas

Se experimenta hambre

Fuente: FAO. La escala de experiencia de inseguridad alimentaria

Los puntos de corte (número de respuestas afirmativas a cada una de las 15 preguntas establecidas en la ELCSA), para medir el grado de inseguridad alimentaria, se observan en la tabla 19.

Tabla 19. Puntos de corte para el procesamiento del indicador prevalencia seguridad/inseguridad alimentaria en el hogar

TIPO DE HOGAR	SEGUROS	HOGARES INSEGUROS			
		Leve total		Moderada	Severa
		Inseguridad marginal	Leve		
Hogares integrados solo por personas adultas	0	Hogares que contestan afirmativamente solo a la pregunta 1	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y niños	0	Hogares que contestan afirmativamente solo a la pregunta 1	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Fuente: ENSIN 2015

Respecto a la inseguridad alimentaria en Colombia, la ENSIN 2015, encontró que; “La prevalencia nacional de Inseguridad Alimentaria en el Hogar, correspondía al 54,2 %, cifra muy alta, que significa que 1 de cada 2 hogares presenta esta situación”.⁴⁰

Los resultados para el total nacional de la inseguridad alimentaria en el hogar, considerando las variables de los ámbitos estructural e intermedio, se presentan en la gráfica 17.

⁴⁰ Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2015

Gráfica 17. Inseguridad alimentaria en el hogar

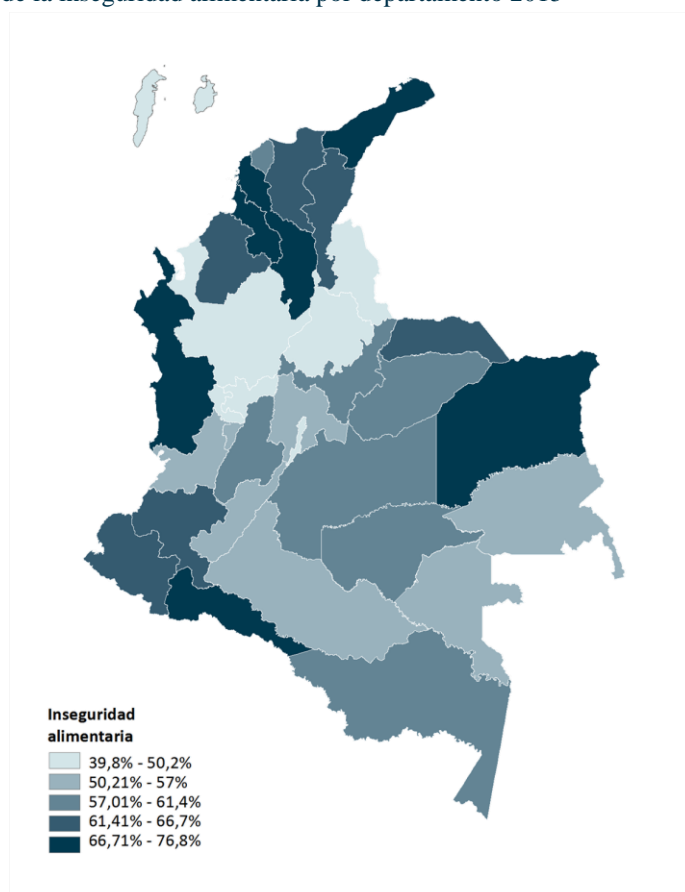


Fuente: ENSIN 2015

Para el total nacional, los hogares que presentan los mayores porcentajes de inseguridad alimentaria, son aquellos que se caracterizan por; tener jefatura femenina (57.6%), residir en centros poblados y en el rural disperso (64.1%), con índice de riqueza más bajo (71.2%), con mayor número de integrantes (< 7 personas) (70.8%), con menor nivel de escolaridad (67.3%) y que se autoreconocen como pertenecientes a los pueblos indígenas (77%).

La distribución geográfica de la prevalencia de inseguridad alimentaria en el país, se observa en el mapa 8, a mayor intensidad del color, mayor la prevalencia de inseguridad alimentaria.

Mapa 10. Prevalencia de la inseguridad alimentaria por departamento 2015

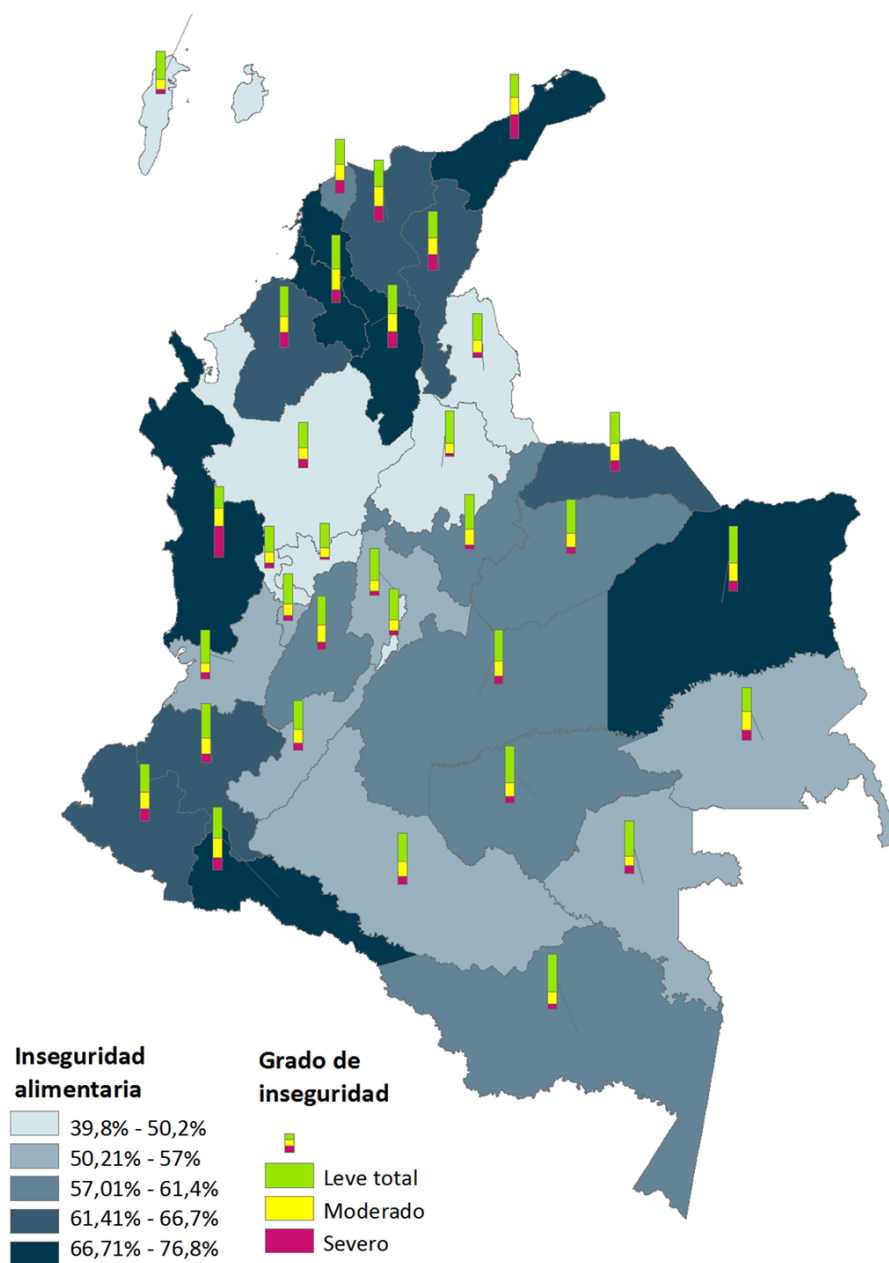


Fuente: ENSIN 2015

Respecto a los niveles de inseguridad alimentaria, la encuesta encontró que; la inseguridad leve alcanzó un 31,9% donde aparecen restricciones en la calidad y diversidad de la dieta, el 13,8 % de los hogares se encontró en inseguridad alimentaria moderada, donde la cantidad de alimento se vio afectada y en inseguridad alimentaria severa estaban el 8,5 %.

La representación de los niveles de inseguridad alimentaria considerando su nivel de gravedad se observan en el mapa 9. El diagrama de barra permite observar el nivel de inseguridad; rojo - severa; amarillo - moderada, leve – verde. La suma de los 3 grados de inseguridad, alcanzan el porcentaje total del valor calculado para la inseguridad alimentaria en cada departamento.

Mapa 11. Grado de inseguridad alimentaria por departamento. ENSIN 2015



Fuente: ENSIN 2015

Los datos por Departamento para las variables de seguridad alimentaria y los grados de severidad de la inseguridad alimentaria (leve, moderada o severa), se presentan en la tabla 20.

Tabla 20. Seguridad alimentaria en el Hogar ENSIN 2015 por Departamento

DEPARTAMENTO	SEGUROS	INSEGUROS	LEVE TOTAL	MODERADO	SEVERO
Nacional	45,8	54,2	31,9	13,8	8,5
Amazonas	41,0	59,0	40,2	13,9	*4,9
Arauca	36,2	63,8	33,3	19,0	11,5
Casanare	41,1	58,9	36,8	15,2	*6,9
Guainía	43,0	57,0	26,1	20,4	10,5
Guaviare	38,6	61,4	39,6	15,2	6,6
Putumayo	31,3	68,7	34,2	20,7	13,8
Vaupés	43,3	56,7	38,3	9,7	8,6
Vichada	29,9	70,1	39,8	19,2	11,0
Atlántico	41,2	58,8	27,5	17,4	13,9
Bolívar	31,5	68,5	31,8	19,5	^17,2
Cesar	35,7	64,3	29,0	17,9	17,5
Córdoba	33,8	66,2	32,6	17,4	16,1
La Guajira	30,7	69,3	24,5	19,3	25,5
Magdalena	33,3	66,7	28,9	20,6	^17,1
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	53,7	46,3	30,9	10,5	^4,9
Sucre	26,1	73,9	36,8	22,4	14,7
Antioquia	50,8	49,2	27,0	12,6	9,7
Caldas	60,2	39,8	26,9	10,0	*2,9
Caquetá	44,5	55,5	31,0	16,3	8,2
Huila	46,4	53,6	31,2	14,4	8,0
Quindío	49,2	50,8	32,3	13,2	5,3
Risaralda	55,3	44,7	28,0	11,6	^5,1
Tolima	42,2	57,8	31,2	18,7	*8,0
Boyacá	40,3	59,7	37,5	^17,6	^4,6
Cundinamarca	49,3	50,7	34,4	11,3	^4,9
Meta	41,5	58,5	33,6	16,9	^8,0
Norte de Santander	51,8	48,2	29,1	13,0	6,1
Santander	51,0	49,0	35,3	11,1	*2,7
Cauca	36,1	63,9	37,3	17,1	*9,5
Chocó	^23,2	76,8	23,9	19,4	^33,5
Nariño	38,1	61,9	30,1	18,2	13,5
Valle del Cauca	46,4	53,6	36,0	10,6	7,1
Bogotá, D.C.	49,8	50,2	33,9	11,3	4,9

Fuente: ENSIN 2015

^ Coeficiente de variación igual o mayor a 15 % y menor a 20 %, la precisión es aceptable

(*) Coeficiente de variación igual o mayor a 20 % y menor a 30 %, la precisión es regular y por lo tanto la estimación debe ser usada con precaución.

Del total de departamentos, 12 presentan inseguridad alimentaria en el hogar superior al 60%, los 5 porcentajes más altos se registran en; Chocó (76.8%), Sucre (73,9%), Vichada (70,1%), La Guajira (69,3%) y Putumayo (68,7%).

Ahora bien, si consideramos la variable inseguridad alimentaria en grado severo, encabezan la lista, Chocó (33.5%) y La Guajira (25%), seguido de Cesar (17.5%), Bolívar (17.2%),

y Magdalena (17,1%); estos 3 últimos registran porcentajes de inseguridad alimentaria en el hogar superiores al 60%.

Los datos departamentales desagregados y con sus respectivos intervalos de confianza, se pueden consultar en el Anexo 6. Prevalencia Seguridad Alimentaria en el Hogar ENSIN 2015 por Departamento.

4.3.2 Autoconsumo en hogares

El autoconsumo hace referencia a los alimentos producidos a nivel familiar que no son comercializados y que son consumidos por los mismos miembros de la familia. De acuerdo a la ENSIN – 2015; la prevalencia nacional de autoconsumo alcanzó apenas un 15,9 %, dato muy preocupante, en razón a que se evaluó en todo el país, en todos los estratos socioeconómicos, siendo aún más alarmante que sólo el 3,6 % de los hogares tienen autoconsumo diario específicamente de frutas y verduras y el 6,4 % autoconsumo diario de proteína de origen animal.

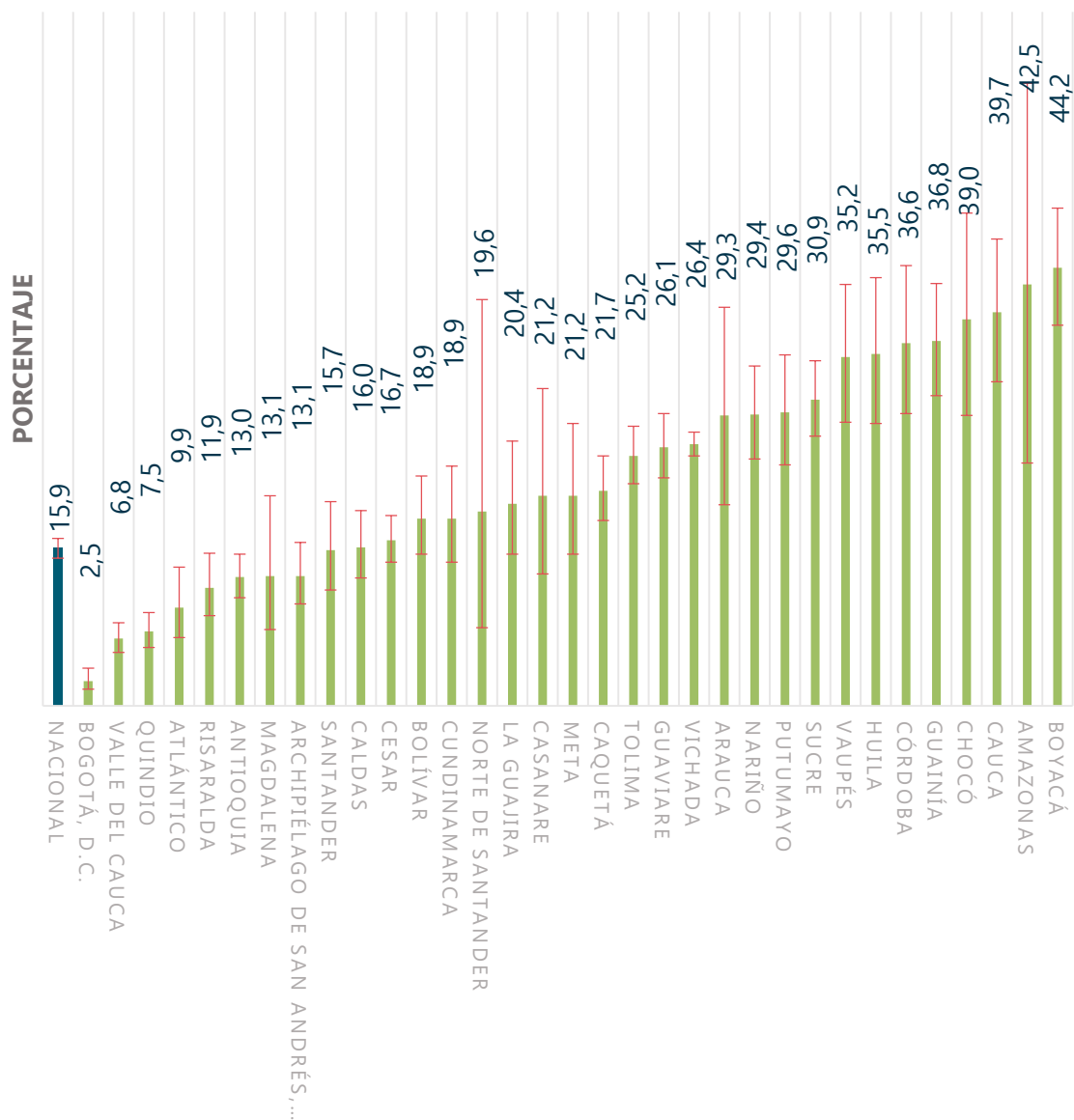
En Colombia el autoconsumo alcanza una prevalencia mayor en los hogares ubicados en centros poblados y en el rural disperso (63,7%), en la región Orinoquía – Amazonía (27.9%), en los hogares con; jefatura masculina (18,7%), con índice de riqueza más bajo (44,7%), indígenas (50,2%), con nivel de escolaridad inferior a la primaria completa (31,7%) y con 7 personas o más (24,3%).

Los porcentajes de experiencias de autoconsumo por Departamento, se presentan en la gráfica 18, para su interpretación (de acuerdo a la ENSIN 2015) es importante tener en cuenta los coeficientes de variación.⁴¹

Los intervalos de confianza se grafican con una línea, sobre cada una de las barras que representan el porcentaje departamental, a mayor longitud de la línea es menor el grado de precisión del porcentaje.

Gráfica 18. Experiencia de autoconsumo por departamento

⁴¹ -^ En el coeficiente de variación igual o mayor a 15 % y menor a 20 %, la precisión es aceptable (Arauca, Atlántico y Meta)
 - (*) En el coeficiente de variación igual o mayor a 20 % y menor a 30 %, la precisión es regular y por lo tanto la estimación debe ser usada con precaución (Amazonas, Casanare, Magdalena, Bogotá)
 - (***) En el coeficiente de variación igual o mayor a 30 %, la precisión es muy baja y por lo tanto la estimación debe ser usada con precaución (Norte de Santander)



Fuente: ENSIN 2015

4.3.3 Estrategias de afrontamiento de inseguridad alimentaria en el hogar

De acuerdo a la ENSIN 2015; “Las estrategias de afrontamiento⁴² se consideran como actividades destinadas a lograr un acceso y la disponibilidad de alimentos cuando los medios de vida habituales de un hogar se ven interrumpidos o cuando se presentan dificultades para satisfacer sus necesidades básicas”. Para el total nacional, el 51.6% de los hogares realizaron alguna estrategia de afrontamiento de la inseguridad alimentaria (se consideran los últimos 7 días) y el 8.6% de los hogares con menores de 18 años, tuvieron que enviar algún niño o niña del hogar con los vecinos o familiares por falta de alimento. La estrategia de afrontamiento de los hogares que alcanzó el mayor puntaje corresponde a; Consumieron alimentos de menor calidad y/o más baratos (40.7%)

Los hogares con jefatura femenina (56.3%) superaron en 7.8 puntos porcentuales a los hogares con jefatura masculina (48.5%) respecto a la realización de estrategias para afrontar la inseguridad alimentaria. La región con el mayor porcentaje de hogares que debieron realizar estrategias corresponde a la Región Atlántica (62%), al igual que los hogares de pueblos indígenas (71.3%) y los hogares con más de 7 integrantes (64.6%).

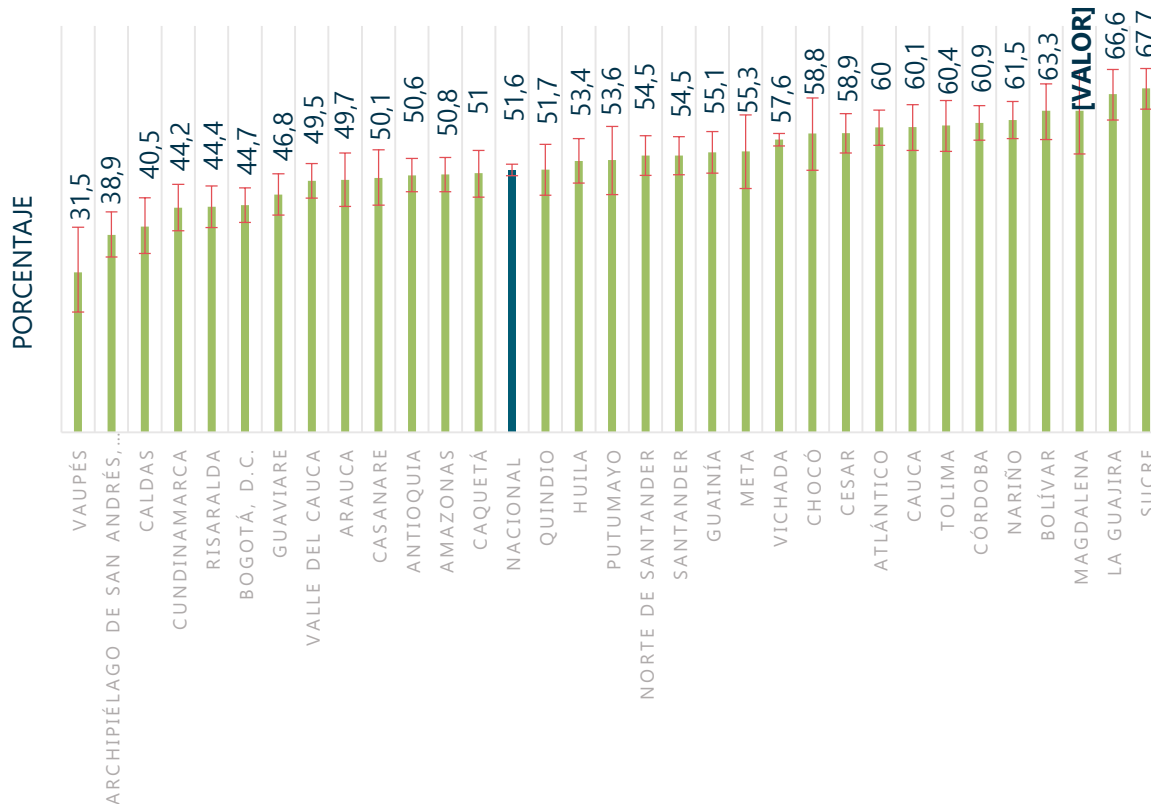
Respecto a los hogares con menores de 18 años que tuvieron que enviar algún niño o niña del hogar con los vecinos o familiares por falta de alimento, los mayores porcentajes se concentran en; hogares con jefatura femenina (11%), de la Región Atlántica (16.4%) y en hogares con más de 7 integrantes (16.8%). Respecto a la pertenencia étnica los hogares de Afrodescendientes alcanzaron el mayor porcentaje (16.4%). Para las dos preguntas realizadas en la encuesta el mayor número de hogares que respondieron afirmativamente se sitúan en el quintil de riqueza más bajo.

En la gráfica 19, se presentan los resultados departamentales⁴³ del porcentaje de hogares que en los últimos 7 días (anteriores a la encuesta) debieron realizar estrategias para afrontar la situación de inseguridad alimentaria.

⁴² Las 8 estrategias de afrontamiento de IA que considera la ENSIN, corresponden a; (i) Consumieron alimentos de menor calidad y/o más baratos, (ii) Pidieron prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos, (iii) Disminuyeron las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar (iv) Hogares con menores de 18 años que tuvieron que enviar algún niño o niña del hogar con los vecinos o familiares por falta de alimento, (v) Vendieron o empeñaron algunos bienes o pertenencias de la familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar, (vi) Vendieron algunos animales para comprar o adquirir alimentos para el consumo del hogar (vii) Consumieron las semillas de la próxima cosecha o algún animal de cría, (viii) Vendieron o empeñaron herramientas, semillas o elementos de trabajo para adquirir alimentos para el consumo del hogar.

⁴³ Intervalo de confianza del 95 %.

Gráfica 19. Prevalencia de hogares que en los últimos 7 días realizaron alguna estrategia de afrontamiento de la inseguridad alimentaria



Fuente: ENSIN 2015

4.3.4 Principales características del cambio alimentario y nutricional en Colombia

En la ENSIN 2015, se observa que a partir del análisis cualitativo, es posible describir las transformaciones alimentarias percibidas por poblaciones rurales y urbanas de diversos lugares del país, en contextos donde coexisten lo tradicional y los nuevos comportamientos, valorando las diferentes transiciones e inequidades que han determinado el estado nutricional de la población colombiana.

Los hallazgos cualitativos se desarrollan presentando los testimonios textuales brindados por los participantes y teniendo en cuenta el área cultural alimentaria donde fueron entrevistados. Los principales hallazgos hacen referencia a;

- La inserción de tecnologías en la vida cotidiana ha cambiado las relaciones sociales en zonas rurales y urbanas.
- El envejecimiento de la población y abandono juvenil del área resto.
- La disminución del tamaño de las familias en el área cabecera y en el área resto.

- El incremento de enfermedades crónicas no transmisibles⁴⁴ en niños y jóvenes del área cabecera.
- El cambio de relaciones sociales por exposición a pantallas y dispositivos móviles.
- En áreas de cabecera, aumenta la inserción de la mujer en el mercado laboral (formal e informal) fuera de casa. Otros miembros del hogar y los horarios del hogar se han adaptado a estas nuevas dinámicas.
- En área resto y cabeceras, se presenta la pérdida paulatina de conocimientos alimentarios tradicionales y nuevas configuraciones del gusto.
- Disminución de la producción, caza o recolección de alimentos por cambios medioambientales.
- Percepción del aumento del precio de los alimentos (resto y cabecera) por menores ingresos familiares o por debilitamiento de la producción local diversificada.
- Cambios espaciales en los centros de comercialización en la cabecera, de alimentos (crecimiento de supermercados de franquicia y debilitamiento de tiendas de barrio, plazas de mercado y ventas ambulantes de frutas y verduras).
- En algunas comunidades étnicas se han incluido verduras o especias que antes no estaban en su dieta, como: cebolla, cilantro, ajo, sal o el consumo de algunos dulces, leche, arroz o pastas.
- Disminución en el consumo de algunos productos como yuca, batata, mafafa, cubios, hibas (ullucos), fariña o ñame, que son sustituidos por otros productos como plátano, pastas, papa, arepas o pan, en su mayoría empacados o prelistos.
- Cambios en los horarios de alimentación en la cabecera. Los tiempos de comida de alimentos han cambiado entre niños, jóvenes y adultos y el único tiempo que se mantiene estable es el almuerzo.
- En el área cabecera ha disminuido el consumo de sopas “caseras” y los restaurantes son los lugares donde las familias acceden mayoritariamente a estas preparaciones.
- Contaminación de ríos y costas y el secamiento de fuentes de agua.
- Inestabilidad de los ciclos de lluvia y sequías.

⁴⁴ Según la OMS, las enfermedades no transmisibles - o crónicas - son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes y representan la causa de defunción más importante en el mundo, 63% del número total de muertes anuales. Entre los factores de riesgo comunes a estas, se incluyen; el tabaquismo, mala alimentación, falta de actividad física y consumo excesivo de alcohol.

- Deforestación, a pequeña o gran escala, que ha impactado la disponibilidad de especies animales y de ciertos alimentos de recolección. Ha afectado caudales, arroyos, nacederos y ha puesto a muchos ríos en riesgo de desbordamiento.
- Disminución de la producción o comercio por efecto de políticas macroeconómicas o fronterizas.

4.4 Determinantes singulares del estado nutricional por curso de vida

4.4.1 Lactancia materna (0 a 23 meses de edad)

De acuerdo a la OMS; “La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y el niño. La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida. La lactancia materna protege contra la diarrea y las enfermedades comunes de la infancia, como la neumonía, y también puede tener beneficios a largo plazo para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia. La lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes”⁴⁵.

En Colombia, se adoptó el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 – 2020, el Plan estableció las acciones que deben realizarse en el país y sus regiones, a fin de lograr una eficaz protección, promoción y ayuda de la lactancia. El plan como instrumento de política, pretende articularse con las políticas de seguridad alimentaria y nutricional y de primera infancia; “el Plan se visualiza y constituye como un instrumento principal de política pública en el marco de la construcción de la Estrategia Nacional sobre Nutrición del Lactante y el Niño Pequeño y de la protección de los menores de dos años. Se parte de una manifestación mundial de la importancia de reconocer las “repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y desarrollo, la salud y, en suma, en la propia supervivencia de los lactantes y niños pequeños”⁴⁶.

En Colombia, según los resultados de la ENSIN 2015 el 97.2 % de los niños y niñas menores de 3 años recibieron lactancia materna, sin diferencias estadísticamente significativas entre sexo, etnia, región y concentración de población. Los resultados se presentan en la gráfica 20.

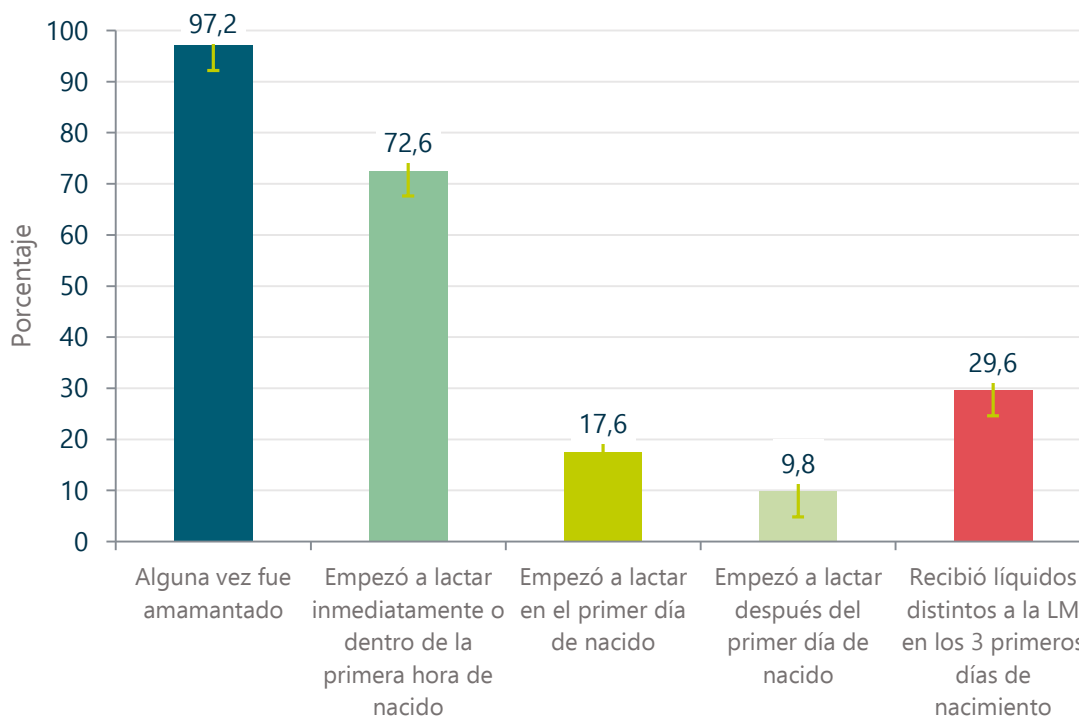
⁴⁵ OMS. Lactancia materna exclusiva 2019. Recuperado de:

<https://www.who.int/elena/titles/exclusive-breastfeeding/es/>

⁴⁶ Ministerio de la Protección Social. Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 – 2020. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>

Gráfica 20. Porcentaje de niños y niñas nacidos en los últimos 3 años previos a la encuesta, que recibieron lactancia materna alguna vez de acuerdo al momento de inicio



Fuente: ENSIN 2015

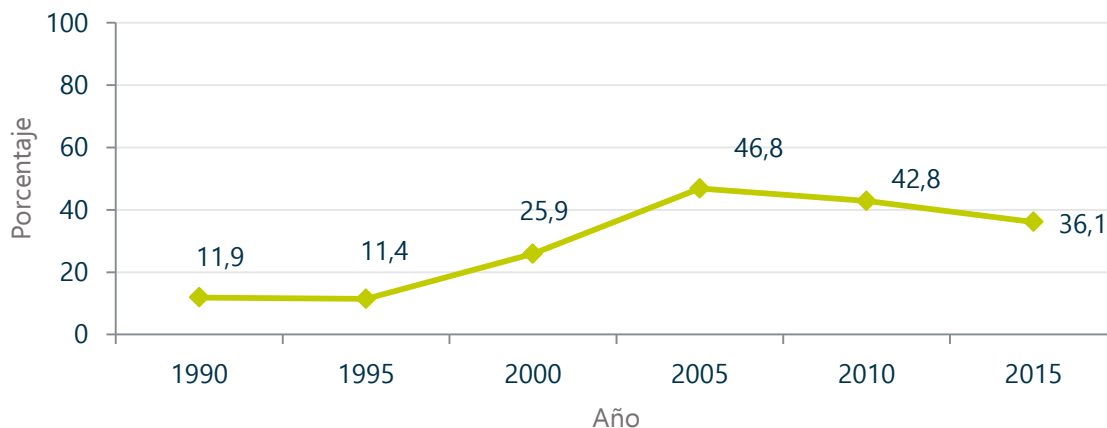
De acuerdo a la ENSIN 2015, la lactancia materna exclusiva y el inicio de la misma son fundamentales para el estado de salud del niño y la madre; después del nacimiento, todos los niños y niñas deberían recibir inmediatamente lactancia materna, siendo el calostro (primera leche) altamente beneficioso por su contenido de inmunoglobulinas y anticuerpos. También porque su inicio temprano favorece la producción de leche materna y el establecimiento de esta práctica a largo plazo.

A continuación, se presentan los datos de la lactancia materna exclusiva disponibles en la ENSIN 2015; cabe anotar que los datos de lactancia materna exclusiva no están desagregados por Departamento.

Para el año 2015, tan sólo el 36,1 % de los niños y niñas menores de seis meses recibieron como único alimento leche materna, este indicador forma parte de las metas globales en nutrición de OMS 2025, que plantea que durante el decenio comprendido entre el 2015 al 2025 se debe lograr que por lo menos el 50 % de los niños menores de seis meses de edad reciban leche materna como

único alimento.⁴⁷ La tendencia de los porcentajes de la lactancia materna exclusiva para el periodo 1990 a 2015, se observa en la gráfica 21.

Gráfica 21. Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015



Fuente: ENSIN 1990- 2015

En el periodo comprendido entre 1990 y 2015, el porcentaje ha fluctuado, el resultado más alto se obtuvo en el año 2005 con un 46.8%, en los 10 años posteriores el resultado disminuyó en 10.7 puntos porcentuales. Si tomamos como referencia la meta global, en Colombia faltan aún 14 puntos porcentuales para lograrla.

En la gráfica 22 se observan los resultados de la lactancia materna exclusiva discriminados por las variables; sexo, región, quintil de riqueza, pertenencia étnica y zona. Los resultados más desfavorables se presentan en la Región Atlántica, en los hogares situados en la cabecera, en los de quintil más bajo de riqueza y entre los hogares de afrodescendientes.

Gráfica 22. Proporción de niños y niñas menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva

⁴⁷ OMS. Metas Globales 2025. Recuperado de <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/es/>



Fuente: ENSIN 2015

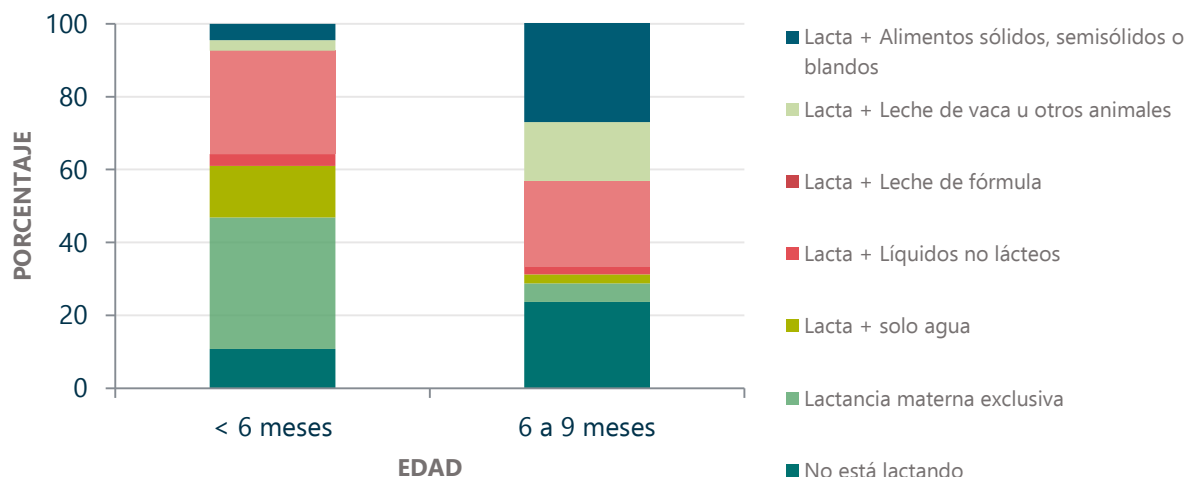
La ENSIN encontró que la lactancia materna exclusiva si bien alcanza un porcentaje importante respecto a la meta global OMS, disminuye drásticamente en la medida en que el niño aumenta su edad. De 0 a 1 mes el 51.6% de los niños reciben lactancia materna exclusiva sin embargo entre los 6 y 7 meses de edad solo el 5,9% de los niños continúan recibiendo este tipo de alimentación. En la gráfica siguiente se observa las variaciones en la proporción de la lactancia materna exclusiva y otros alimentos, para el total nacional de niños y niñas menores de 9 meses⁴⁸

Gráfica 23. Prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño por rango de edad

⁴⁸ -Lactancia exclusiva: permite que el lactante reciba: suero, gotas, jarabes, vitaminas, minerales, medicinas. No permite que el lactante reciba cualquier otra cosa o alimento.

-Líquidos no lácteos: agua, agua aromática o de hierbas, jugo en agua, agua con azúcar, agua de panela, jugos de caja, botella o bolsa

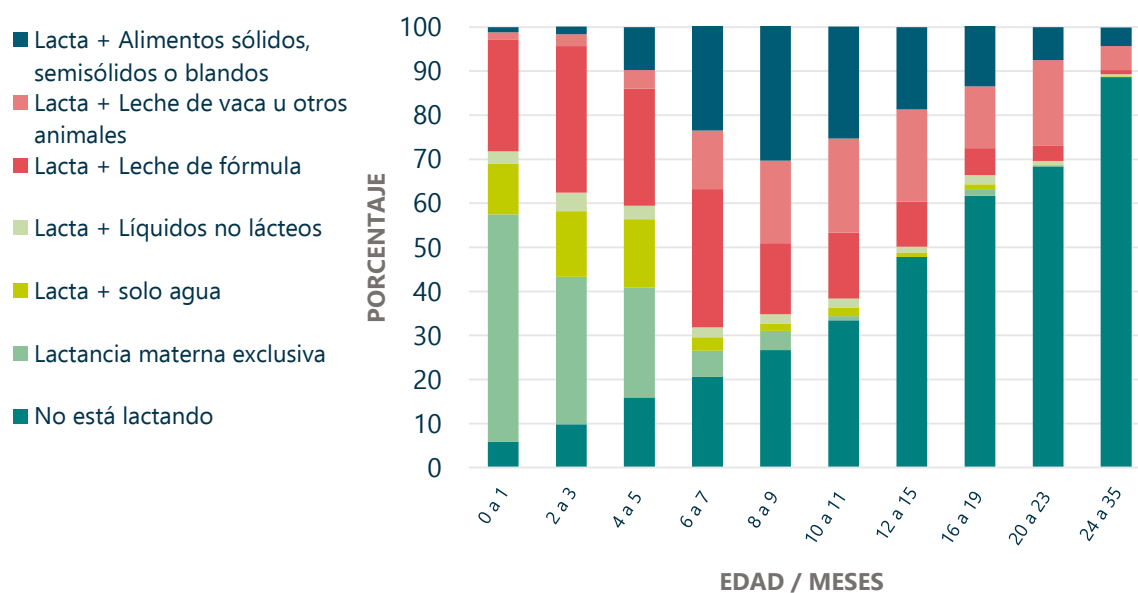
-Alimentos sólidos, semisólidos o blandos: sopa espesa, puré, papilla o seco.



Fuente: ENSIN 2015

La evolución de la proporción de niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva y otros alimentarios complementarios, se presenta en la gráfica 24. Como se anotó anteriormente, la lactancia materna exclusiva alcanza el mayor porcentaje en el primer mes de edad y se mantiene relativamente estable (aunque mostrando a partir del segundo mes tendencia a la disminución) hasta el 5 mes, después de esta edad el descenso es notable (45.7 puntos porcentuales). A partir del sexto mes se incrementa el consumo de leche de vaca y disminuye el consumo de leche de fórmula.

Gráfica 24. Prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño por mes de edad

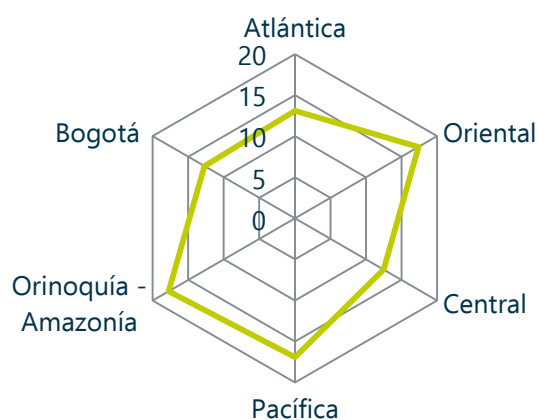


Fuente: ENSIN 2015

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

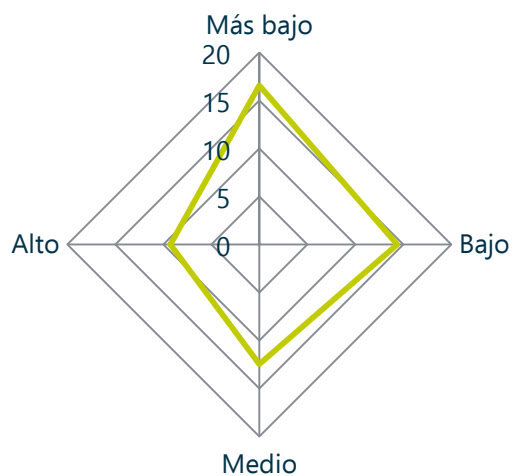
La duración de la lactancia materna en Colombia por región, quintil de riqueza y pertenencia étnica se presenta en las siguientes gráficas. Cabe anotar que la medida corresponde a la mediana de duración, esto es, el punto central en la distribución de los datos. El resultado nacional de la duración de la lactancia materna se sitúa en 14 meses.

Gráfica 25. Lactancia materna total (meses)- Mediana por región



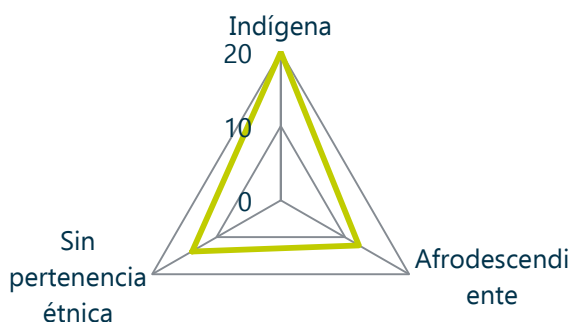
Fuente: ENSIN 2015

Gráfica 26. Lactancia materna total (meses)- Mediana por quintil de riqueza



Fuente: ENSIN 2015

Gráfica 27. Lactancia materna total (meses)- Mediana por pertenencia étnica



Fuente: ENSIN 2015

La lactancia materna tiene mayor duración en meses en; la región de la Orinoquía - Amazonía, en los hogares de quintil de riqueza más bajo y de pertenencia étnica afrodescendiente, la lactancia materna exclusiva alcanza el pico de duración en el primer mes de edad.

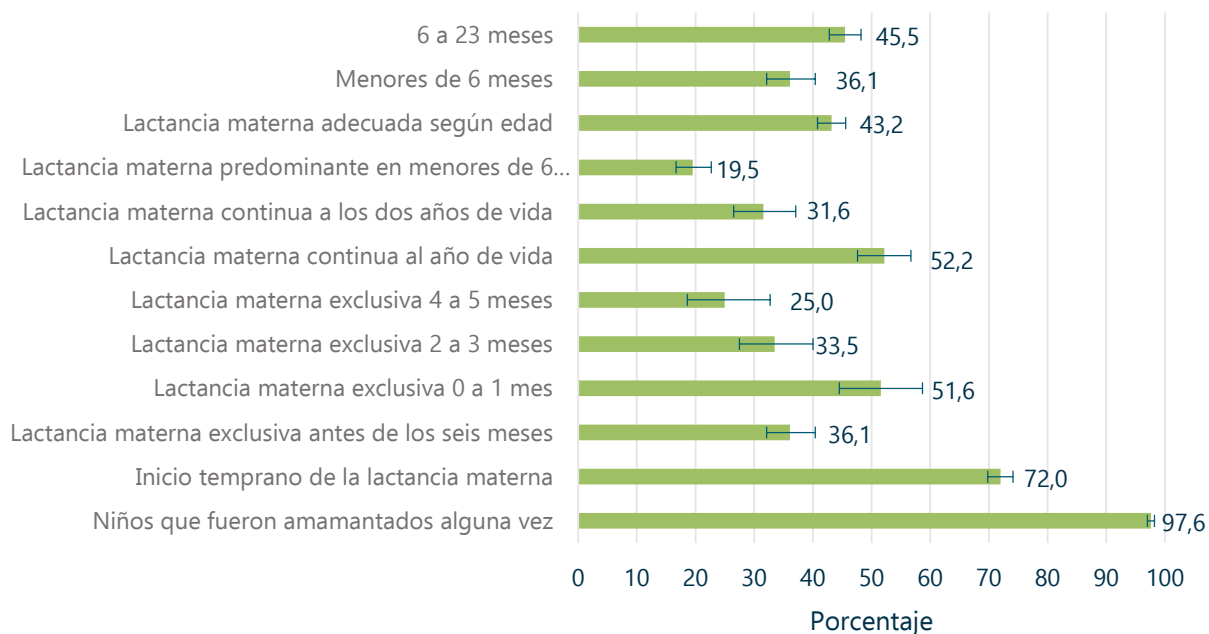
Es importante aclarar que durante el año 2007, en el marco de la Reunión Mundial de Consenso de la Organización Mundial de la Salud sobre los Indicadores de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, se definió un grupo modificado de indicadores con el fin de evaluar las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en niños y niñas menores de 23 meses como instrumento de evaluación y monitoreo a incluir por los países en las Encuestas de Hogares.

La adopción de indicadores básicos y opcionales se planteó considerando que: “El estado nutricional de un niño menor de dos años y, en última instancia, su sobrevivencia hasta los 5 años depende directamente de sus prácticas de alimentación. Por lo tanto, para mejorar la nutrición, la salud y el desarrollo de los niños entre 0 y 23 meses de edad es crucial mejorar sus prácticas de alimentación. Por otro lado, los indicadores usados en las encuestas de base poblacional para medir estas prácticas han estado más enfocados en las prácticas de lactancia materna. La falta de bases científicas y consenso sobre indicadores fáciles de medir, con respecto a las prácticas de alimentación adecuadas de los niños de 6 a 23 meses de edad, ha limitado el progreso en la medición y mejoramiento de dichas prácticas”.⁴⁹

⁴⁹ OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño 2007. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf;jsessionid=A6CEA547896F3C3BCE163D0A564993DF?sequence=1

El resultado de los indicadores básicos y opcionales para Colombia, según la ENSIN 2015, se observa en las gráficas 28 y 29.

Gráfica 28. Prácticas de lactancia materna en Colombia



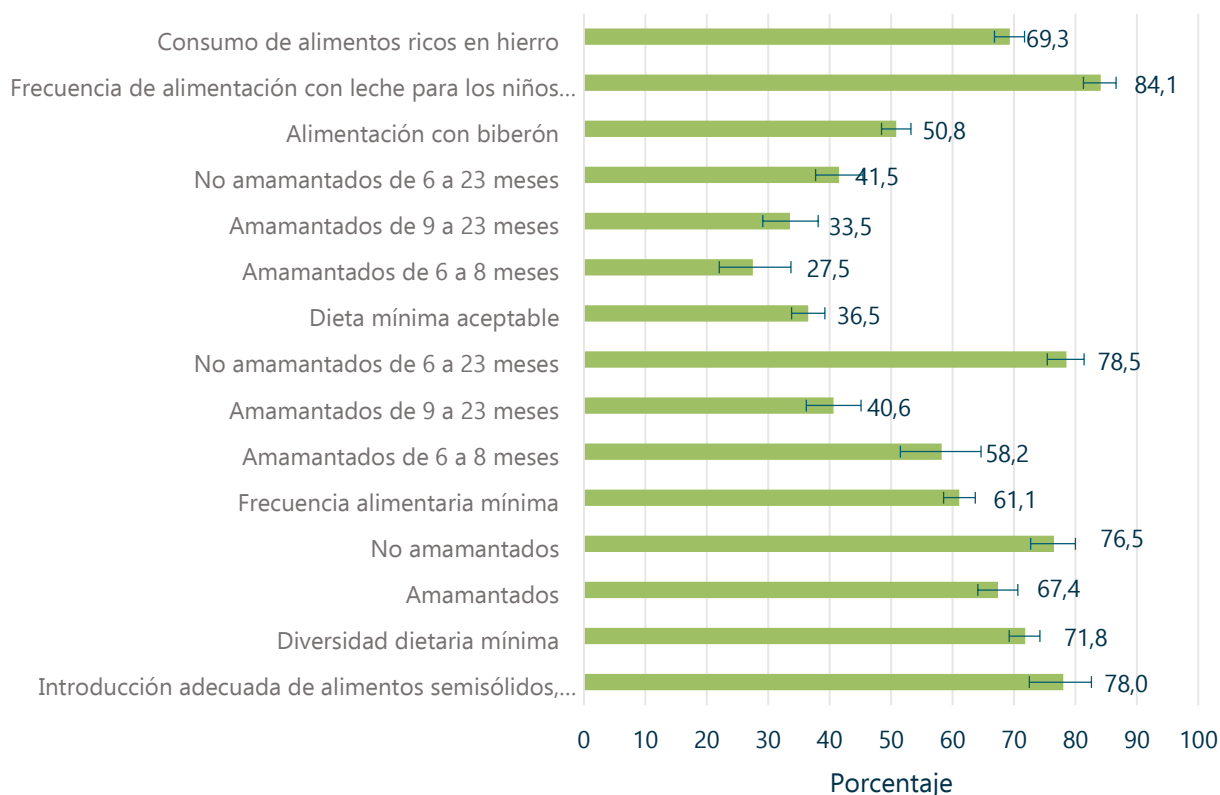
Fuente: ENSIN 2015

Dentro de los indicadores básicos, se resalta la diversidad dietaria mínima, que hace relación a la proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios⁵⁰. El número de 4 fue seleccionado ya que está asociado con las dietas de mejor calidad tanto para niños amamantados como para niños no amamantados. El consumo de alimentos de por lo menos 4 grupos alimentarios durante el día anterior significaría que en la mayoría de las poblaciones el niño ha tenido una alta tendencia a consumir por lo menos un alimento de origen animal y por lo menos una fruta o verdura ese día, además de un alimento básico (cereal, raíz o tubérculo).⁵¹

⁵⁰ Los 7 grupos alimentarios usados para la tabulación del indicador de diversidad dietaria mínima, son: (i) cereales, raíces y tubérculos, (ii) legumbres y nueces, (iii) lácteos (leche, yogurt, queso), (iv) carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras), (v) huevos, (vi) frutas y verduras ricas en vitamina A, (ii) otras frutas y verduras

⁵¹ OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. 2007. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf;jsessionid=A6CEA547896F3C3BCE163D0A564993DF?sequence=1

Gráfica 29. Indicadores de alimentación complementaria



Fuente: ENSIN 2015

De acuerdo a la ENSIN 2015, se encontró que el 71.8 % de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad a nivel nacional consumían al menos cuatro de siete grupos de alimentos al día, es decir que contaban con una diversidad dietaria mínima.

Para el caso de los niños y niñas no amamantados, se observó que el 76.5 % tenían una diversidad dietaria mínima, 9 puntos porcentuales por encima de la cifra de los niños y niñas amamantados (67.4 %).

Respecto a la dieta mínima aceptable, indicador que combina la diversidad y la frecuencia, se evidenció que, a nivel nacional sólo el 36.5 % de niños y niñas de 6 a 23 meses tenían una alimentación complementaria que cumplía con un consumo mínimo de un grupo alimentos (4 de 7 grupos) así como con un número mínimo de veces. Sin embargo, es aún más desalentadora la cifra para los niños y niñas amamantados de 6 a 8 meses, en quienes se encontró que sólo el 27.5 % de ellos tienen una dieta mínima aceptable, y para el caso de los niños y niñas de 9 a 23 meses de edad, sólo el 33.5 %. En los niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad se observó un porcentaje mayor (41,5 %) respecto a los otros grupos.

A modo de conclusión, respecto a los hallazgos en torno a las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria de la ENSIN 2015, se resalta:

- El 78.7 % de las mujeres recibieron información relacionada con la práctica de lactancia materna durante la gestación.
- El 41.6 % de las madres reportaron que recibieron la recomendación de utilizar leche de fórmula y quien realizó la recomendación fue en un 79,1 % de los casos un profesional de la salud.
- El 8.3 % de las madres reportó que al menos recibió una muestra gratuita de leche de fórmula, biberón o chupo, siendo un profesional de salud quien lo suministró el 65.5 % de las veces, esta condición fue más frecuente en la región Atlántica con 11.5 %.
- Según los análisis realizados, el 50.8 % de los niños y niñas de 0 a 23 meses en Colombia fueron alimentados con biberón.
- El 82.6 % de los niños y niñas menores de 6 meses que eran amamantados ya estaban consumiendo alimentos diferentes a la leche materna, un 31.7 % correspondió a fórmula infantil.
- En el caso de los niños y niñas no amamantados, se observó que el 23.6 % no recibieron ni siquiera fórmula infantil (siendo ésta el sucedáneo de la leche materna), un 24.8 % recibía otros alimentos (chocolates, compotas o condimentos), un 22.9 % consumía líquidos no lácteos mientras que el 21.2 % ingería otras leches o productos lácteos; cifras que reflejan que los niños y niñas menores de 6 meses consumen alimentos de muy baja calidad nutricional y que a su vez no son apropiados para su edad.
- El 78% de las mamás de los niños y niñas de 6 a 8 meses reportaron haber ofrecido alimentos como sopa espesa, puré, papilla o seco en el día anterior a la encuesta. Esta cifra indica que una alta proporción de niños y niñas han iniciado con una buena introducción de alimentos complementarios, muy importantes en esta edad para evitar efectos adversos como el retraso en talla y el bajo peso.
- En el caso de los niños y niñas de 6 a 9 meses de edad, los grupos de alimentos consumidos en mayor proporción por los niños y niñas amamantados fueron; los cereales (78.1 %) seguidos de los líquidos no lácteos (65.8 %) y alimentos de origen animal (63.9 %), mientras que los niños no amamantados consumen en mayor proporción; leche de fórmula (69.3 %), seguido de los cereales (68.0 %), los líquidos no lácteos (51.5 %) y los alimentos de origen animal (51.0%).
- El 69.3 % de los niños y niñas colombianos de 6 a 23 meses consumieron alimentos fuentes de hierro, como carnes y vísceras el día anterior a la encuesta, es decir que cerca

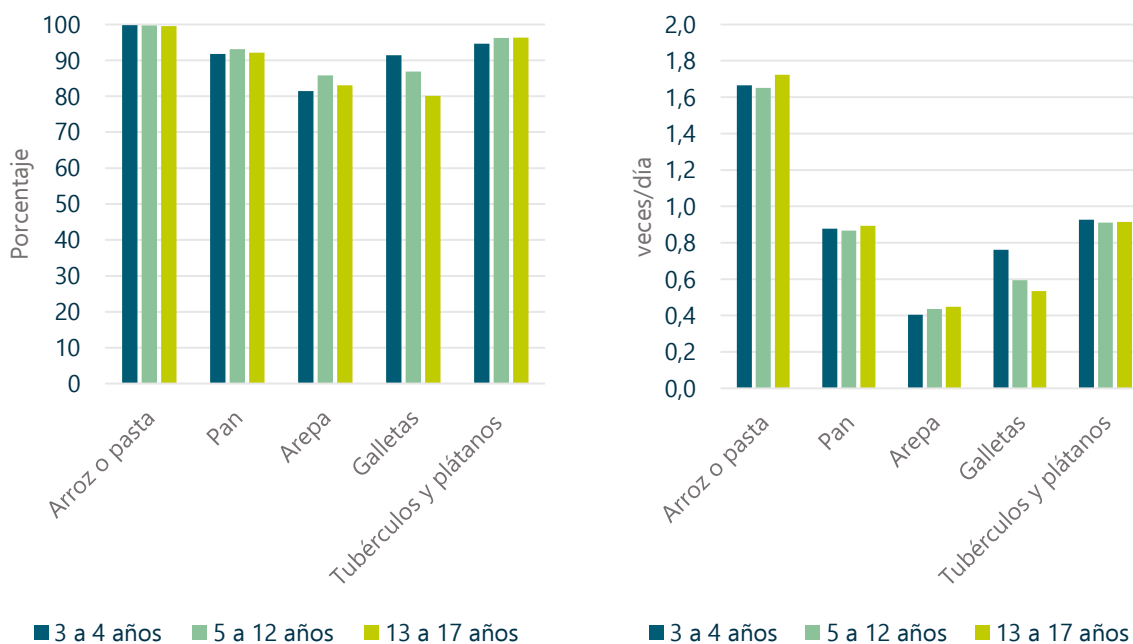
de un 30 % de los niños y niñas en este rango de edad posiblemente no lograron cubrir sus necesidades diarias de este mineral, fundamental para prevenir la anemia ferropénica y promover un adecuado crecimiento y desarrollo.

4.4.2 Prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública para los grupos de edad de 3 a 5 años, 6 a 12 años y adolescentes

Respecto a la prevalencia de uso o consumo habitual de alimentos, la ENSIN 2015 presenta los resultados desagregados por grupos de edad, respecto al consumo en los siguientes grupos de alimentos; (i) cereales, tubérculos, raíces y plátanos, (ii) verduras y frutas, (iii) leche y productos lácteos, (iv) carnes, huevos y leguminosas secas, (v) grasas, (vi) azúcares y (vii) otros consumos no agrupados, de interés para la nutrición pública.

La presentación de los datos se realiza considerando la prevalencia (% de población), la frecuencia (veces día) y la ingesta dietética por recordatorio de 24 horas. Los resultados se grafican a continuación, los detalles de la información se pueden consultar en el anexo 7 – Prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública desagregadas por variables.

Gráfica 30. Prevalencia y frecuencia en el consumo de cereales, tubérculos, raíces y plátanos

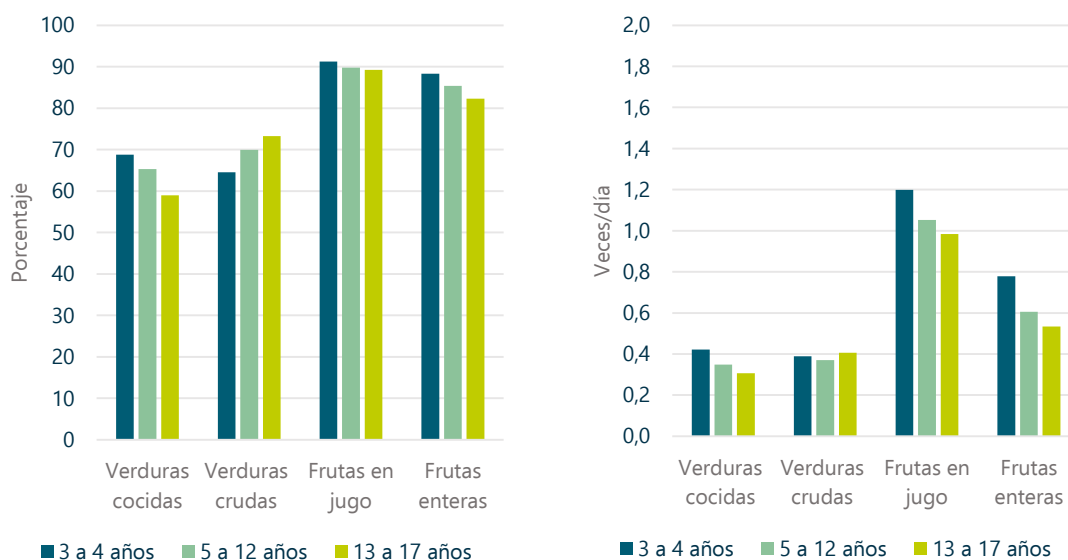


Fuente: ENSIN 2015

Los niños, niñas y adolescentes, presentan mayor prevalencia y frecuencia en el consumo de arroz y pasta, seguido del grupo de tubérculos (papa, yuca, ñame, arracacha) y plátanos. El

consumo de arroz y pasta se realiza aproximadamente 2 veces al día en comparación con el consumo de tubérculos, plátanos y pan. Los adolescentes consumen la mayor cantidad promedio día en gramos de arroz (133gr) seguido de los niños de 5 a 12 años (99,2 gr) y los niños pequeños (58,7). El arroz ocupa el primer lugar entre los 40 alimentos de mayor consumo entre los niños y niñas menores de 18 años, en el país. La papa ocupa el cuarto lugar entre los niños y niñas de 5 a 17 años y el tercero en los niños pequeños.

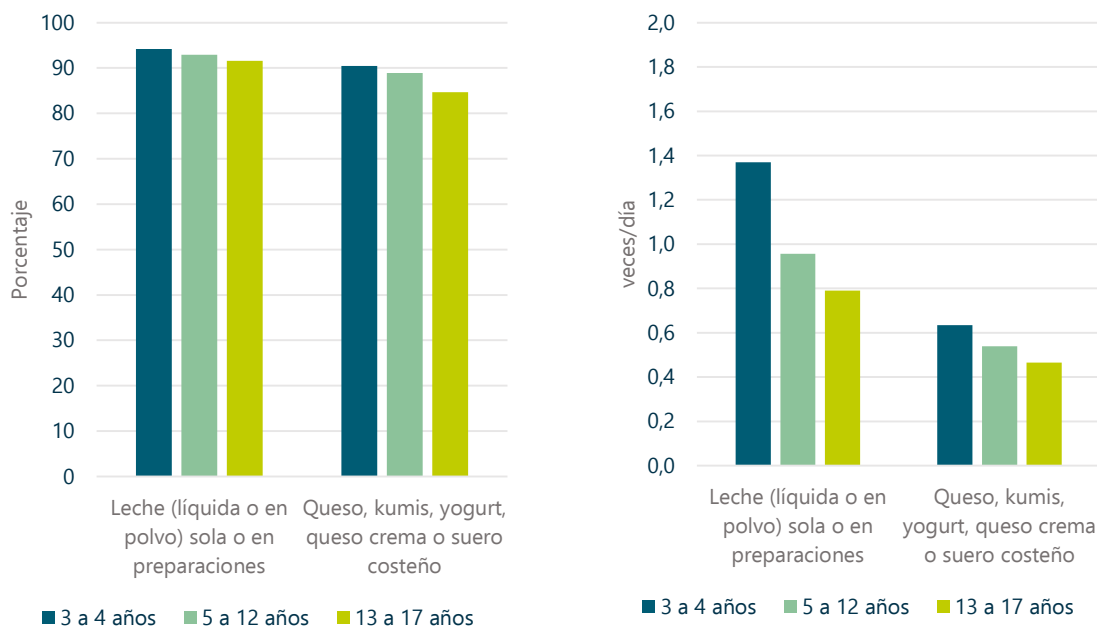
Gráfica 31. Prevalencia y frecuencia en el consumo de verduras y frutas



Fuente: ENSIN 2015

Los niños, niñas y adolescentes, presentan mayor prevalencia y frecuencia en el consumo de frutas en jugo (1 vez al día) seguido de las frutas enteras. Las verduras crudas se consumen en promedio 3 veces por semana y las cocidas 3 veces por semana para niños pequeños y 2 veces para niños y niñas mayores de 5 años. El consumo de frutas enteras supera aproximadamente en dos veces el consumo de verduras a la semana. Las frutas más consumidas en Colombia, son el banano y el mango.

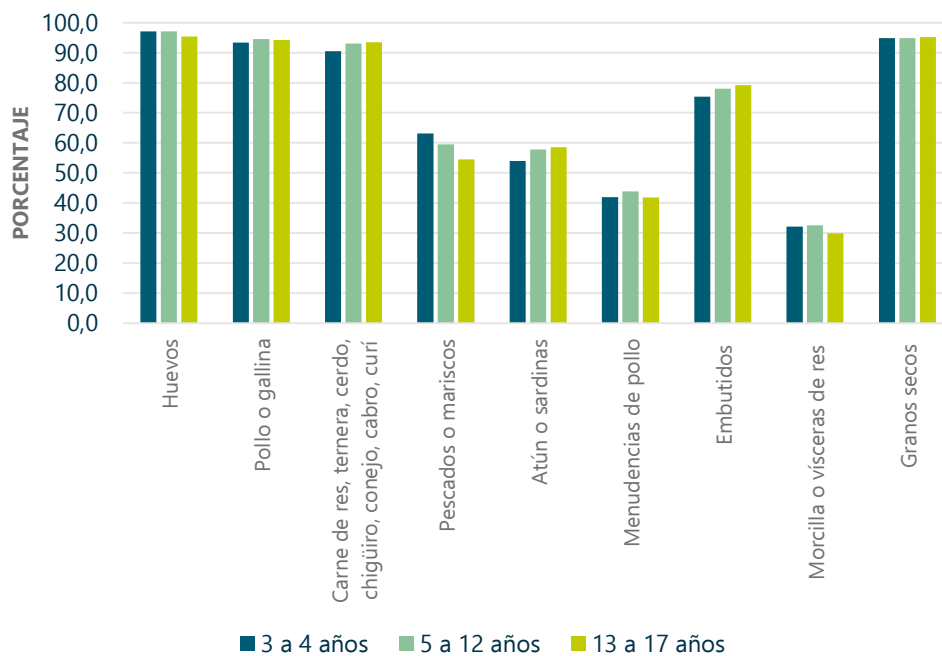
Gráfica 32. Prevalencia y frecuencia en el consumo de leche y productos lácteos



Fuente: ENSIN 2015

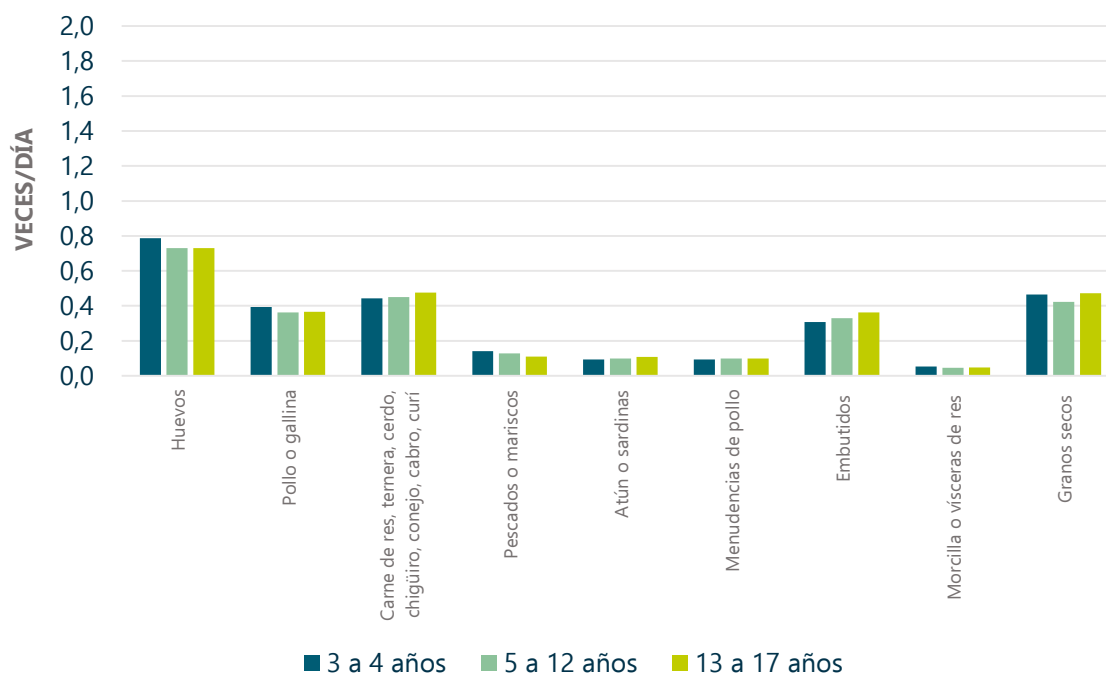
La prevalencia en el consumo de la leche no muestra diferencias significativas por grupo de edad y supera el 90% de la población menor de 18 años. Los derivados de la leche presentan una menor prevalencia que sin embargo supera el 80%. Respecto a la frecuencia se puede observar que tanto el consumo de leche como el de sus derivados disminuyen conforme avanza la edad, los niños y niñas menores de 12 años consumen estos alimentos aproximadamente una vez o más al día. La leche líquida ocupa el 7 lugar entre los productos más consumidos para los niños y niñas pequeños, el 8 lugar entre niños y niñas de 5 a 12 años y el 9 en adolescentes. La leche de vaca en polvo ocupa el lugar 18 entre los 40 alimentos de mayor consumo en Colombia para los niños y niñas menores de 5 años y el puesto 33 para niños y niñas entre 5 y 12 años.

Gráfica 33. Prevalencia en el consumo de carnes, huevos y leguminosas secas



Fuente: ENSIN 2015

Gráfica 34. Frecuencia en el consumo de carnes, huevos y leguminosas secas

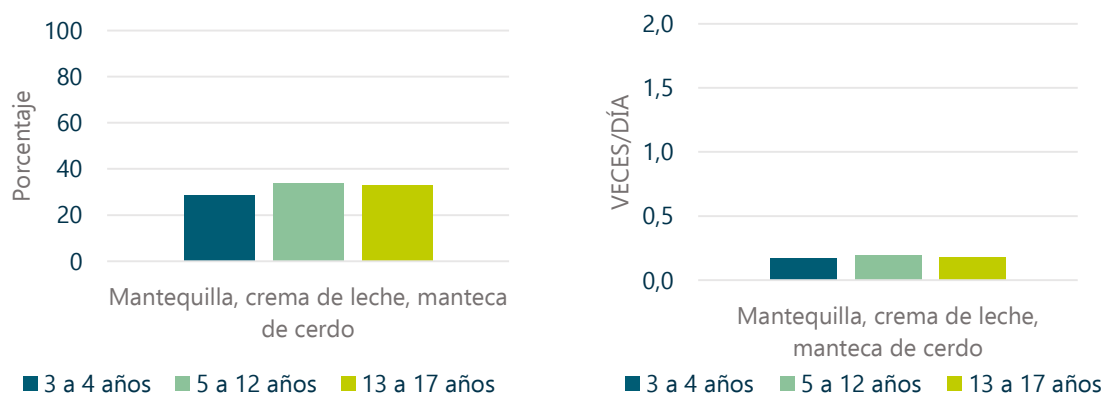


Fuente: ENSIN 2015

La proteína de mayor consumo entre niños y niñas menores de 18 años es el huevo, superando el 95% para los tres grupos de edad, el segundo lugar lo ocupan los granos secos (porcentajes entre 94% y 95%) en tercer lugar el pollo, en cuarto lugar la carne y el consumo de embutidos ocupa el quinto lugar. El huevo ocupa el sexto lugar entre los alimentos de mayor consumo en el país para los niños y niñas menores de 12 años y el quinto entre los adolescentes.

Los huevos se consumen por los niños pequeños aproximadamente 6 veces por semana y 5 veces por los niños mayores de 6 y menores de 18 años. El pollo y la carne se consumen aproximadamente 3 veces por semana, al igual que los granos secos. El pescado se consume por esta población aproximadamente 3 veces al mes.

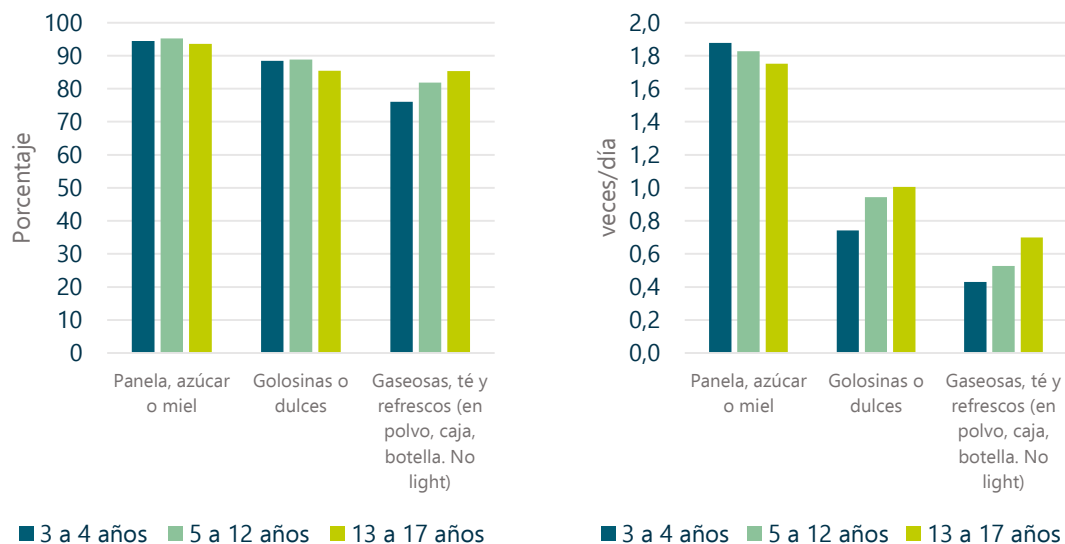
Gráfica 35. Prevalencia y frecuencia en el consumo de grasas



Fuente: ENSIN 2015

La prevalencia de consumo de mantequilla, crema de leche o manteca de cerdo en el grupo de 3 a 4 años fue de 28,7%, para niños y niñas entre 5 y 12 años el 34%, y para adolescentes fue de 33%. El consumo promedio por mes es de 6 veces para los tres grupos de edad, llama la atención, que por recordatorio de ingesta dietética de 24 horas, el aceite vegetal ocupa el segundo lugar para los tres grupos de edad, entre los 40 alimentos de mayor consumo.

Gráfica 36. Prevalencia y frecuencia en el consumo de azúcar

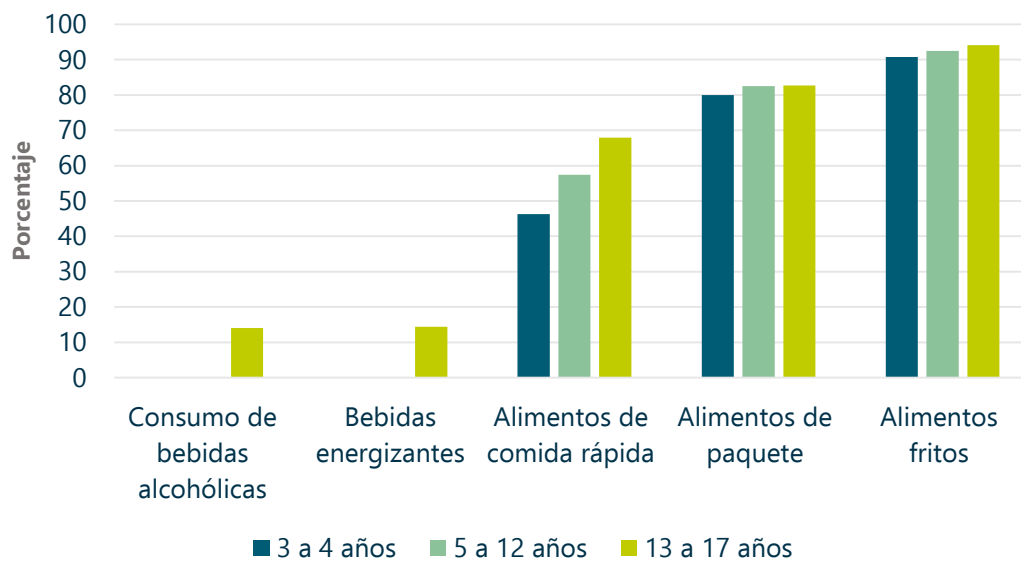


Fuente: ENSIN 2015

El azúcar ocupa el cuarto lugar entre los alimentos de mayor consumo entre los niños pequeños y el 5 entre los niños cuyas edades se sitúan entre los 5 y 12 años. El consumo de azúcar, panela o miel alcanza una prevalencia superior al 90% entre la población menor de 18 años, las golosinas o dulces el segundo lugar con porcentajes que fluctúan entre el 80% y el 90%, las gaseosas, té y refrescos no light se sitúan entre el 75% y 86%. Los adolescentes ocupan el primer lugar en el consumo de estas bebidas con un 85.4%, las bebidas carbonatadas ocupan el 8 lugar entre los alimentos de mayor consumo para esta población.

El azúcar, panela o miel se consume en promedio, dos veces al día, las golosinas son consumidas por los menores de 5 años en promedio 5 veces a la semana, 6 veces entre el grupo de 6 a 12 años de edad y 7 veces entre los adolescentes.

Gráfica 37. Prevalencia en el consumo de otros consumos no agrupados, de interés para la nutrición pública

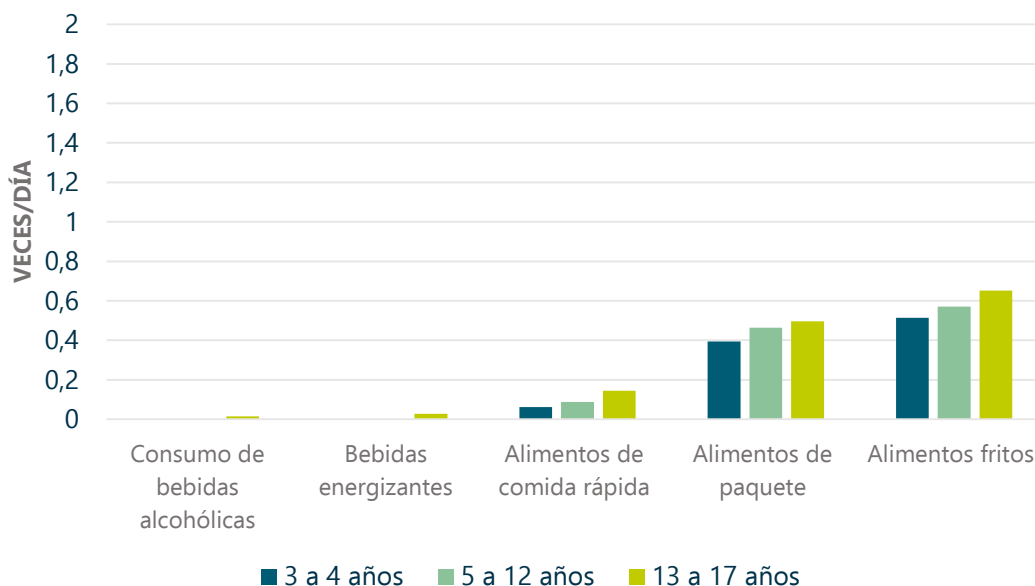


Fuente: ENSIN 2015

Los adolescentes son los mayores consumidores en todos estos grupos de alimentos, la diferencia más notable se registra en el consumo de bebidas alcohólicas y energizantes (únicos consumidores) y en los alimentos de comida rápida. Respecto a los alimentos de paquete para los tres grupos de edad, los porcentajes oscilan entre el 80% y el 83%; los alimentos fritos son los de mayor consumo y su prevalencia supera el 90%, en todos los casos.

La comida rápida se consume por niños, niñas y adolescentes aproximadamente 3 veces al mes, los alimentos de paquete 3 veces a la semana aproximadamente, el consumo de alimentos fritos aumenta con la edad, los menores de 5 años aproximadamente 3 veces por semana, los niños y niñas entre 5 y 12 años 4 veces por semana y los adolescentes 5 veces por semana.

Gráfica 38. Frecuencia en el consumo de otros consumos no agrupados, de interés para la nutrición pública



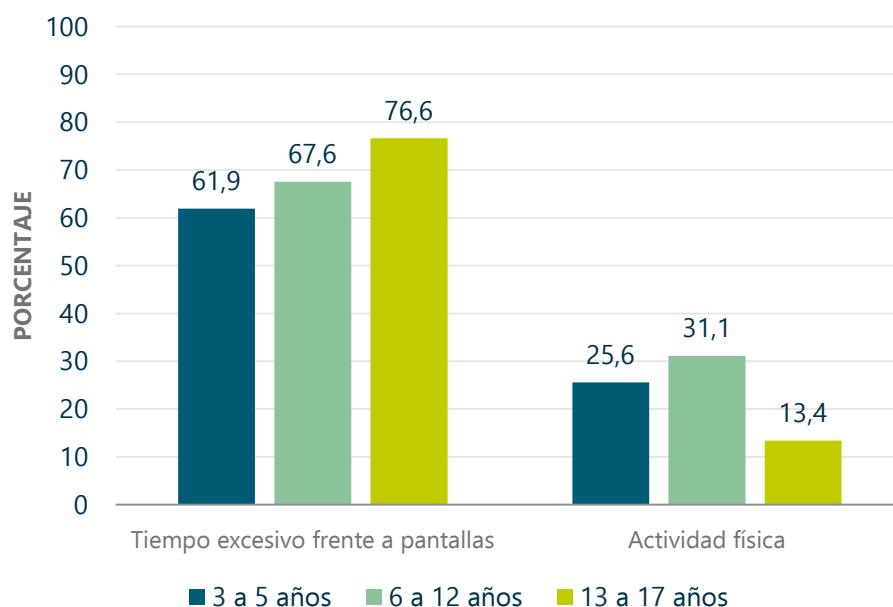
Fuente: ENSIN 2015

4.4.3 Actividad física y comportamientos sedentarios

Según la ENSIN; “la práctica de actividad física regular durante la niñez se asocia con el adecuado crecimiento óseo y musculo-esquelético, el desarrollo saludable del sistema cardiorrespiratorio, la estabilización de los niveles de triglicéridos e insulina, la prevención del sobrepeso y la obesidad, y mejora la función cognitiva incluyendo un aumento de habilidades de percepción, cociente intelectual y mejor desempeño académico”.

La Encuesta mide y compara el juego activo y el tiempo excesivo frente a pantallas (mayor o igual a 2 horas por día) para los grupos de edad de 3 a 5, 6 a 12, y 13 a 17 años, y la fuerza muscular (Los bajos niveles de fuerza prensil en los niños se asocian con la presencia de factores de riesgo cardiovascular y metabólico y con mayores niveles de adiposidad) para los grupos de edad de 6 a 12 y 13 a 17 años. Los resultados de actividad física y sedentarismo se observan en la gráfica 39.

Gráfica 39. Actividad física y tiempo excesivo frente a pantallas por grupos de edad



Fuente: ENSIN 2015

Los resultados muestran que niños, niñas y adolescentes dedican mayor tiempo frente a pantallas que a la actividad física, conforme aumenta la edad se incrementa el tiempo dedicado a ver televisión o frente a otros dispositivos. La práctica de la actividad física es mayor entre los niños de 6 a 12 años y menor en el de adolescentes respecto a niños y niñas menores de 13 años.

Los datos de actividad física y tiempo excesivo frente a pantallas, desagregados por grupos de edad y por región se presentan en la tabla 21.

Tabla 21. Actividad física y tiempo excesivo frente a pantallas por regiones

CARACTERÍSTICA	EDAD	REGIÓN					
		ATLÁNTICA	ORIENTAL	CENTRAL	PACÍFICA	ORINOQUÍA AMAZONÍA	BOGOTÁ
Actividad física	3 a 5 años	28,2	26,2	23,9	24,6	*16,4	^27,0
	6 a 12 años	42,2	24,1	28,4	35,4	40,7	^19,4
	13 a 17 años	14,6	12,7	11,6	^14,4	15,6	^13,7
Tiempo excesivo frente a pantalla	3 a 5 años	49,8	65,1	63,2	60,0	59,6	80,0
	6 a 12 años	53,5	72,5	71,1	68,5	62,0	78,4
	13 a 17 años	71,0	74,7	81,7	75,6	70,0	83,8

Fuente: ENSIN 2015

En todas las regiones los adolescentes constituyen el grupo de edad que menor tiempo dedica a la actividad física y mayor tiempo frente a pantallas. Bogotá es la ciudad donde se registra el mayor número de personas menores de 18 años que optan por pasar su tiempo frente a pantallas (83.8%) y la región con los menores porcentajes corresponde a Orinoquía – Amazonía (70%).

4.5 Estado nutricional de niños, niñas, adolescentes

Tal como se ha descrito, la malnutrición en niños, niñas y adolescentes constituye el resultado perceptible de la interacción de factores determinantes relacionados básicamente con la disponibilidad, calidad e ingesta de alimentos, el acceso a servicios de carácter prestacional y a las condiciones sociales, políticas, económicas y estructurales de la población.

De acuerdo a Unicef; “la desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación”⁵².

A continuación se presentan los resultados de la situación nutricional por carencia y por exceso en niños, niñas y adolescentes desagregadas por las variables de interés, incluidas en la ENSIN 2015.

4.5.1 Estado nutricional de niños y niñas en primera infancia

Una de las principales dificultades para abordar el tema de la desnutrición infantil se relaciona con la disponibilidad de información sobre los indicadores directamente relacionados y la desagregación territorial de los resultados. Medir fenómenos como la inseguridad alimentaria y la desnutrición requiere poner en marcha complejas operaciones estadísticas si se tiene en cuenta el elevado número de variables al analizar un fenómeno multicausal y la aplicación de estándares técnicos internacionalmente adoptados para la medición de los eventos.

De acuerdo a la OMS; “el término malnutrición se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones: la desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso

⁵² Unicef. La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento 2011. Recuperado de <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

insuficiente para la edad); la malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes; y el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres)”⁵³.

En Colombia, la ENSIN constituye prácticamente la única fuente de información que permite observar la trazabilidad de los eventos, sin embargo, no toda la información se desagrega a nivel departamental y mucho menos municipal, esta situación se evidencia a continuación con la presentación de los resultados sobre desnutrición en Colombia para la población menor de 5 años.

Respecto a la desnutrición, es importante aclarar qué; “desde el punto de vista técnico, hay diferentes indicadores antropométricos utilizados para el diagnóstico de la desnutrición infantil a nivel individual y poblacional, que hacen referencia a la duración, severidad y magnitud de las secuelas de las condiciones carenciales y son: la relación de Peso/Talla, Peso/Edad y Talla/Edad. La secuencia de la desnutrición infantil es muy bien explicada por Araya⁵⁴ y corresponde a la siguiente secuencia: Cuando un niño, por alguna razón, comienza a desnutrirse lo primero que ocurre es que pierde peso, por lo tanto, su peso será menor que lo que debería pesar un niño a su edad. Obviamente por lo agudo del cuadro, inicialmente, la talla no se ve afectada (Desnutrición Global). Si esta situación se prolonga, el niño se adapta (ej.: baja su metabolismo basal) mediante una serie de mecanismos endocrino metabólicos y deja de crecer. Como consecuencia su talla será menor que la que le corresponde tener a su edad y la relación talla para la edad disminuirá (Desnutrición Crónica). Finalmente si por alguna razón el niño con desnutrición crónica sufre un episodio intercurrente (principalmente infeccioso) y el niño vuelve a perder peso, se observará un bajo peso para la talla (Desnutrición Crónica Agudizada)”⁵⁵.

4.5.1.1 Desnutrición crónica, aguda y global

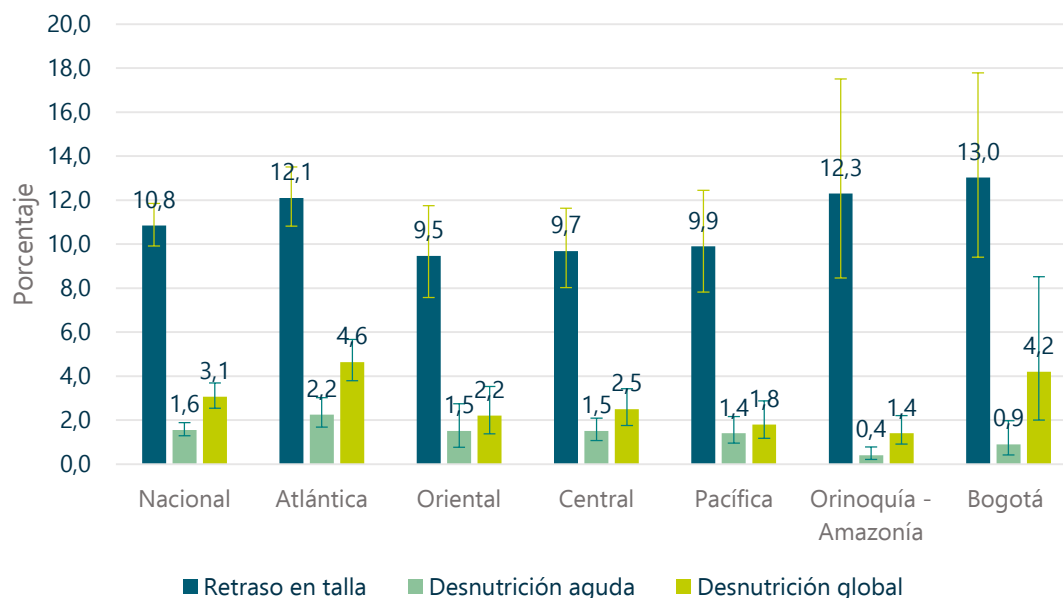
La prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla), aguda y global en niños y niñas menores de 5 años, total nacional y valores desagregados por regiones, se observan en la gráfica 40.

Gráfica 40. Prevalencia de desnutrición crónica, aguda y global en niños y niñas menores de 5 años, desagregada por regiones

⁵³ OMS. Malnutrición. 2018. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

⁵⁴ Araya Magdalena, Weisstaub Gerardo. Desnutrición aguda. Curso Diplomado Avances en la nutrición en el niño. INTA. Universidad de Chile Santiago, 2006

⁵⁵ Unicef. Análisis de la situación nutricional de niños menores de 5 años en Paraguay a partir de la encuesta de ingresos y gastos y condiciones de vida 2011 -2012. Recuperado de <https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicefpy-tdevaluacionprogramasupervivencia.pdf>



Fuente: ENSIN 2015

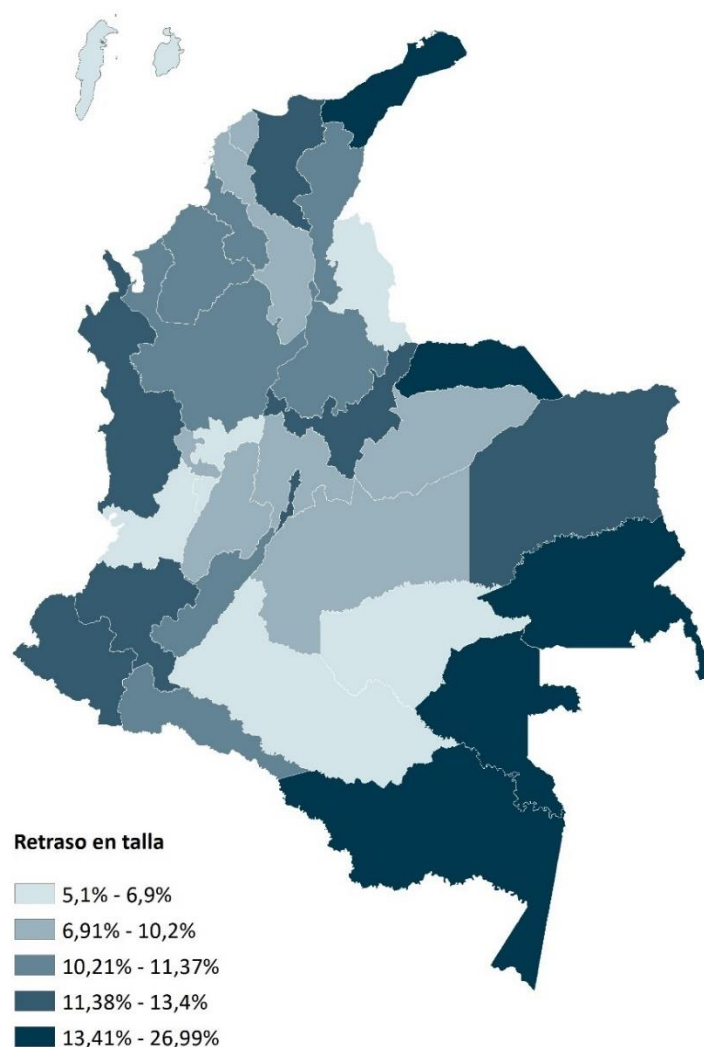
El retraso en talla o desnutrición crónica alcanza el porcentaje más alto en el país (10.8%) seguido de la desnutrición global (3.1%) y la desnutrición aguda en tercer lugar con 1.6%. En Bogotá se registra el valor más alto de retraso en talla con 13%, superando el resultado nacional en 2.2 puntos porcentuales, le siguen en su orden las regiones de Orinoquía – Amazonía con 12.3% y la región Atlántica con 12,1%, esta región presenta la mayor prevalencia en bajo peso para la edad con 4.6%. Cabe anotar que, respecto al retraso en talla, Colombia no alcanzó la meta fijada (8%) en los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM.

Considerando que la desnutrición crónica en Colombia es la que alcanza los mayores porcentajes en todas las regiones, es importante destacar que: “el déficit de la talla es consecuencia de un proceso a largo plazo, como resultado de una nutrición insuficiente o el consumo inadecuado de alimentos. La desnutrición crónica generalmente se asocia como secuela de episodios recurrentes de desnutrición aguda y/o global y con situaciones de carencia como la pobreza. La disminución de la velocidad de crecimiento es un indicador bastante sensible de deficiencias nutricionales o enfermedades y se asocia bien con indicadores de desarrollo. La edad de los niños es un factor a considerar en la interpretación del indicador baja talla/edad pues en razón de la gran velocidad de Crecimiento, los menores de dos años reflejan un proceso activo y vigente, mientras que en los niños mayores de dos años debe interpretarse como secuela de un proceso pasado”⁵⁶

En el mapa 10 se observa la distribución geográfica de los resultados de la desnutrición crónica (retraso en talla) en el país, por departamento.

⁵⁶ Unicef. Análisis de la situación nutricional de niños menores de 5 años en Paraguay a partir de la encuesta de ingresos y gastos y condiciones de vida 2011 -2012. Recuperado de: <https://www.unicef.org/paraguay/spanish/unicefpy-tdrevaluacionprogramasupervivencia.pdf>

Mapa 12. Prevalencia del retraso en talla en menores de 5 años por departamento



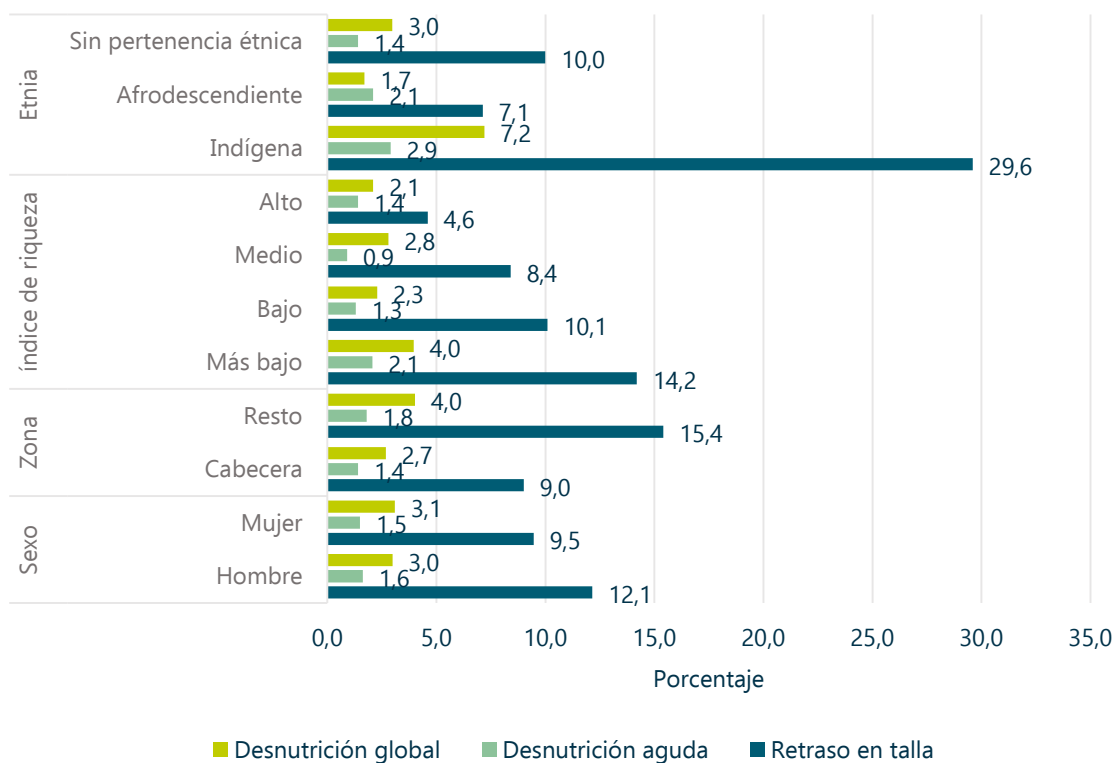
Fuente: ENSIN 2015

Respecto a los resultados departamentales del retraso en talla, se observa que; en 16 departamentos la prevalencia supera el valor calculado para el nivel nacional. El mayor porcentaje se registra en Vaupés (27%), la Guajira (26.1%) ocupa el segundo lugar, Guainía le sigue en orden con 18.1%, en cuarto y quinto lugar se sitúan Amazonas y Arauca con prevalencias de 16.6% y 13.5% respectivamente; Chocó y Nariño alcanzan un porcentaje de 13,4%. Los departamentos con menores porcentajes de menores de 5 años con retraso en talla son en su orden;

Guaviare (5.1%), Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (5.6%), Valle del Cauca y Caquetá con 6.4%, Quindío y Norte de Santander alcanzan una prevalencia de 6.5%.

Cabe anotar, que la ENSIN advierte que algunas estimaciones se deben tomar con preocupación cuando el coeficiente de variación supera el 20%. Los datos por departamento y región de las variables de contraste se pueden consultar en el Anexo 8. Prevalencia de desnutrición en primera infancia por región, departamento y variables de contraste. Los resultados del cruce de desnutrición global, aguda y retraso en talla con las variables de contraste seleccionadas por la ENSIN, denominadas como variables de equidad, se presentan en la gráfica 41.

Gráfica 41. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste



Fuente: ENSIN 2015

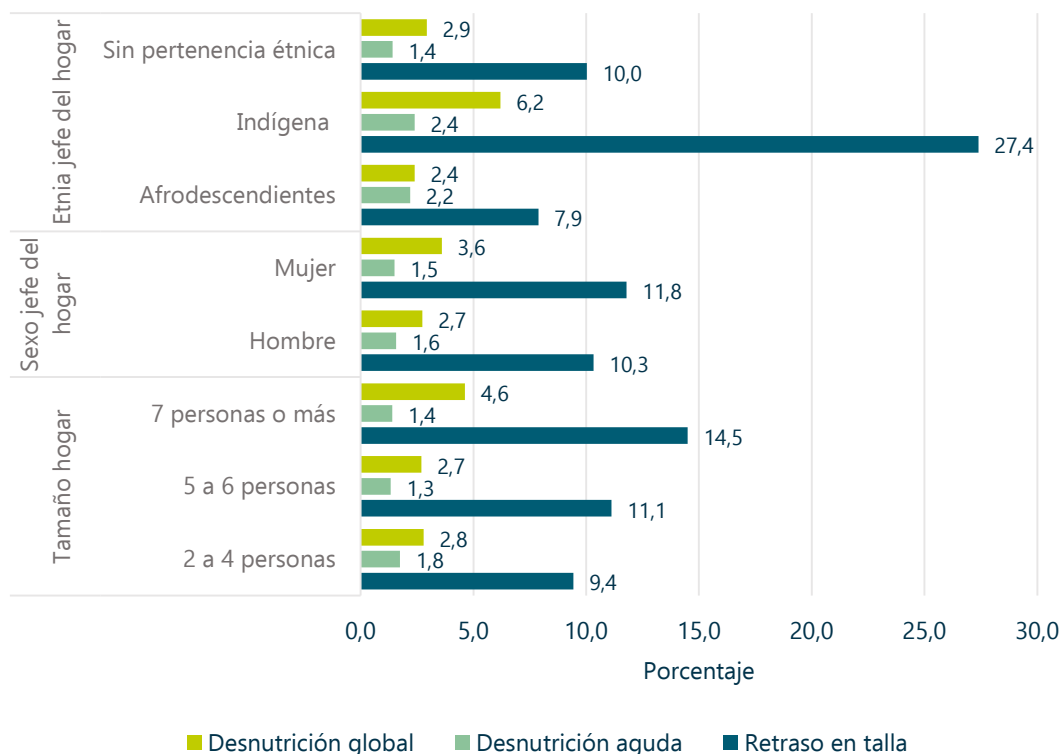
El retraso en talla, la desnutrición global y aguda, presentan la prevalencia con el resultado más alto en niños y niñas de etnia indígena, de éstas el mayor valor se registra en el retraso en talla con 29.6%, resultado que supera en 19.6 puntos porcentuales al de los niños y niñas sin pertenencia étnica y en 22.5 puntos porcentuales al de los niños y niñas afrodescendientes.

Los niños y niñas de hogares con el índice de riqueza más bajo y que habitan en zonas rurales alcanzan los porcentajes más altos en los tres tipos de desnutrición consideradas, dentro de

éstas, el mayor resultado se mantiene en el retraso en talla y para niños y niñas que habitan áreas rurales alcanza el resultado de 15.4%, este valor supera en 6.4 puntos porcentuales el resultado de la prevalencia de las áreas urbanas.

Si se consideran otras variables de interés para el análisis, tales como la etnia, el sexo del jefe de hogar y el número de integrantes, se obtienen los siguientes resultados.

Gráfica 42. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste



Fuente: ENSIN 2015

El retraso en talla alcanza el mayor porcentaje en los hogares indígenas (27.4%), con jefatura femenina (11.8%) y en hogares compuestos por 7 o más personas (14.5%). La desnutrición global alcanza igualmente los mayores resultados en hogares indígenas y en los hogares con 7 o más personas, la desnutrición aguda presenta niveles bajos de variación si se consideran las variables contrastadas.

Las condiciones adecuadas de atención y cuidado en la primera infancia, como se ha demostrado, constituyen un elemento esencial para el desarrollo ulterior de niños y niñas; “durante los primeros años de vida, y en particular desde el embarazo hasta los 3 años, los niños necesitan nutrición, protección y estimulación para que su cerebro se desarrolle correctamente. [...] Durante el proceso de desarrollo cerebral, los genes y las experiencias que viven —concretamente, una buena

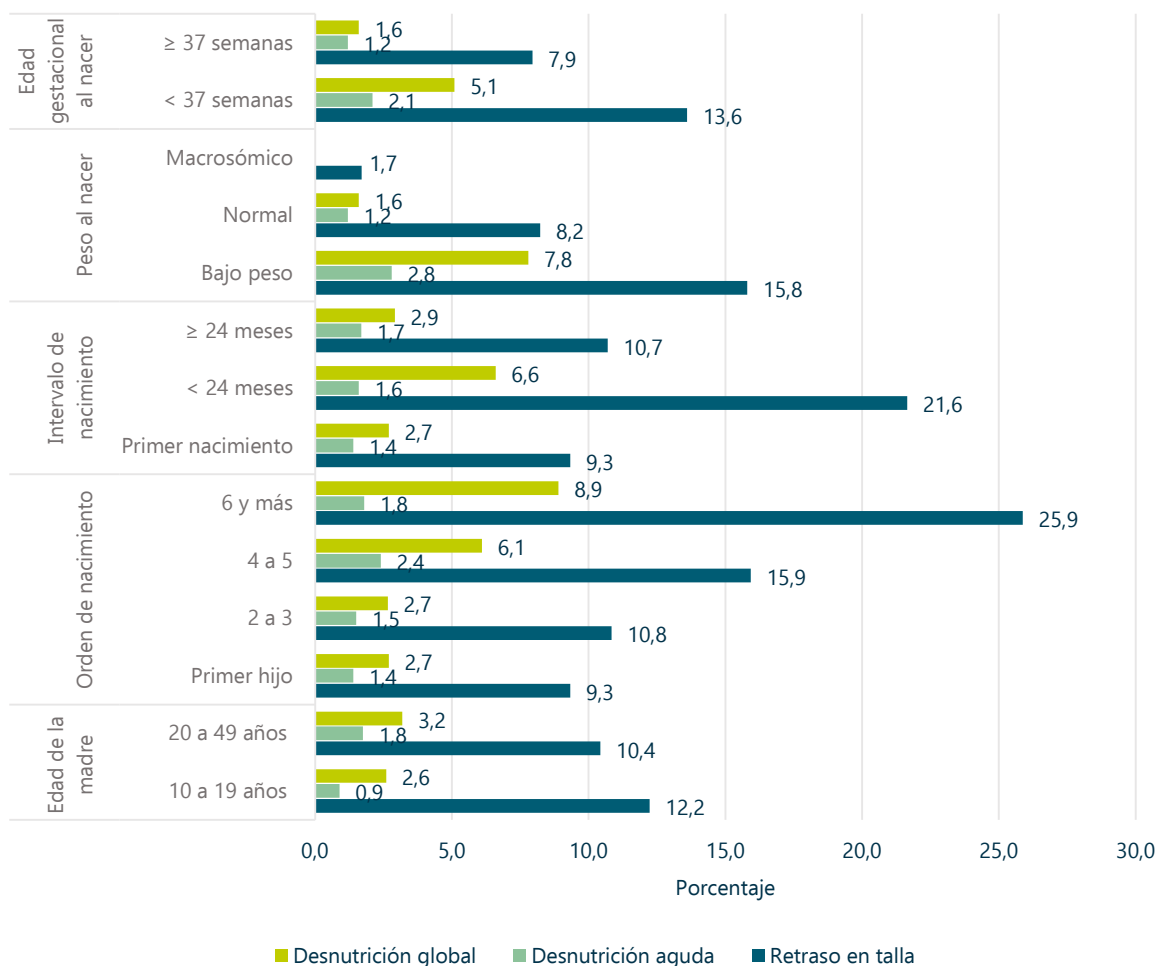
nutrición, protección y estimulación a través de la comunicación, el juego y la atención receptiva de los cuidadores— influyen en las conexiones neuronales. Esta combinación de lo innato y lo adquirido establece las bases para el futuro del niño. [...]Son varios los factores que determinan por qué algunos niños reciben la nutrición, la protección y la estimulación que necesitan, mientras que otros se quedan atrás. La pobreza es un factor común de la ecuación. En los países de ingresos medianos y bajos, 250 millones de niños menores de 5 años corren el riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo debido a la pobreza extrema y al retraso del crecimiento.⁵⁷

Para la ENSIN 2015, los resultados de las variables asociadas al proceso gestacional y del parto son de suma importancia y los resultados evidencian condiciones específicas que no permiten potencializar el crecimiento lineal los de niños y niñas menores de 5 años. en la gráfica 43 se presentan, los resultados de estas variables.

El retraso en talla es la condición que alcanza los mayores valores en el total de variables consideradas; 13.6% en niños y niñas con menor edad gestacional al nacer (menos de 37 semanas), con bajo peso al nacer (15.8%), en niños y niñas con intervalo intergenésico menor a 24 meses (21.6%), con orden de nacimiento de seis o más (25.9%) y cuando la madre es menor de 19 años.

⁵⁷ Unicef. *Desarrollo de la primera infancia. La primera infancia importa para cada niño* 2019. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>

Gráfica 43. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste



Fuente: ENSIN 2015

4.5.1.2 Exceso de peso (sobrepeso y obesidad)

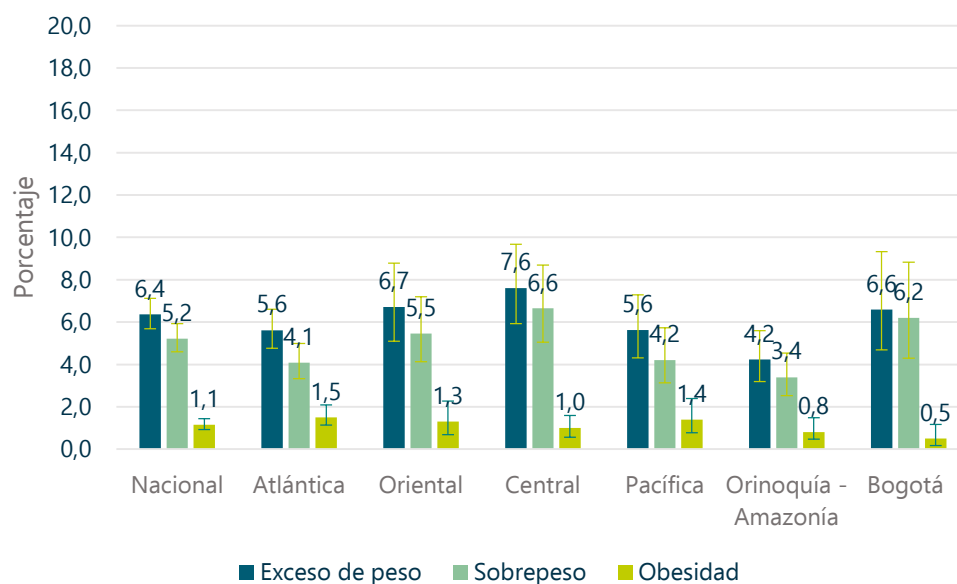
Otro de los indicadores antropométricos utilizados en la ENSIN para medir el estado nutricional de niños y niñas, hace referencia al Índice de Masa Corporal – IMC para la edad, en el caso de niños y niñas menores de 5 años. Este índice es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla y permite determinar el sobrepeso o la obesidad.

La ENSIN 2015 señala que comparando el resultado 2010 – 2015, se registró un incremento de 1.2 puntos porcentuales para el grupo de edad entre 0 y 4 años, este incremento se califica como preocupante, si se tiene en cuenta la contribución del sobrepeso al riesgo de desarrollar enfermedades como la diabetes, la hipertensión y el cáncer, en distintas etapas del curso de vida.

“No es lo mismo, desde el punto de vista metabólico y fisiológico, presentar exceso de peso en edades en las que se está en etapa de crecimiento (hiperplasia-hipertrofia), que llegar a tenerlo en edades en las que ya culminó el crecimiento lineal y el desarrollo físico (mayores de 19 años), pues el pronóstico de recuperación del peso sano y saludable es reservado y difícil de alcanzar si ocurre en plena etapa de crecimiento. La dimensión del aumento del exceso de peso es tal que la obesidad infanto-juvenil forma parte de la agenda global de las entidades de salud”.⁵⁸

Los resultados de sobrepeso y obesidad para niños y niñas entre 0 y 4 años, para el total nacional y desagregado por subregiones, se presentan en la gráfica 44. Cabe anotar que las medidas utilizadas para el cálculo de exceso de peso, son las definidas en la Resolución 2465 de 2016.

Gráfica 44. Prevalencia de exceso de peso⁵⁹ en niños y niñas de 0 a 4 años



Fuente: ENSIN 2015

El exceso de peso a nivel nacional para el grupo de edad entre 0 y 4 años alcanzó una prevalencia de 6.4%, esto es, de cada 100 niños menores de 5 años, 6 presentan exceso de peso, de éstos el 1.1% presentan obesidad.

En la Región Central el resultado (7.6%) es superior al porcentaje nacional en 1.2 puntos porcentuales, le siguen en su orden la Oriental (6.7%) y Bogotá (6.6%). La obesidad fluctúa entre 0.5% y 1.5%, los mayores valores se concentran en la región Atlántica (1.5%) y en la Pacífica

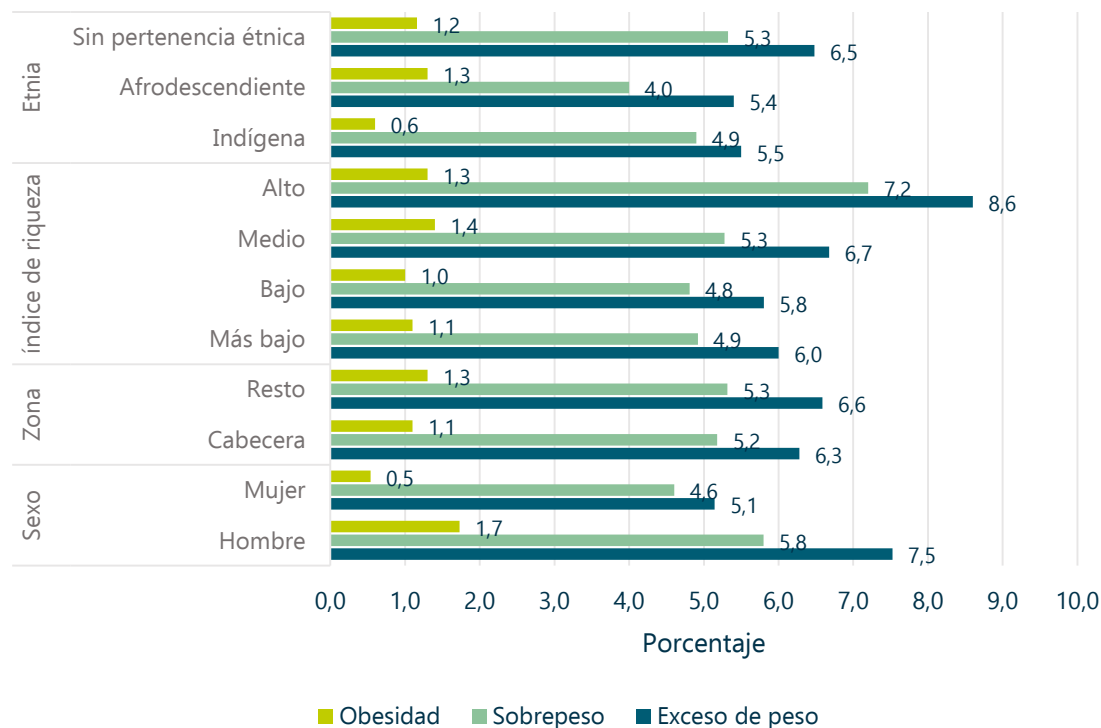
⁵⁸ ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. p.226

⁵⁹ El exceso de peso se determinó a partir del puntaje z del índice de masa corporal (BAZ > 2 DE). El sobrepeso se determinó a partir del puntaje z del índice de masa corporal (BAZ > 2 DE y BAZ ≤ 3 DE) y La obesidad se determinó a partir del puntaje z del índice de masa corporal (BAZ > 3 DE), Resolución 2465 del 2016.

(1.4%). Para las tres variables consideradas la región de la Orinoquía – Amazonía presenta los menores valores en sus resultados.

Respecto al comportamiento del sobrepeso y obesidad considerando lo que la ENSIN define como variables de equidad, los resultados se observan en la gráfica 45.

Gráfica 45. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste



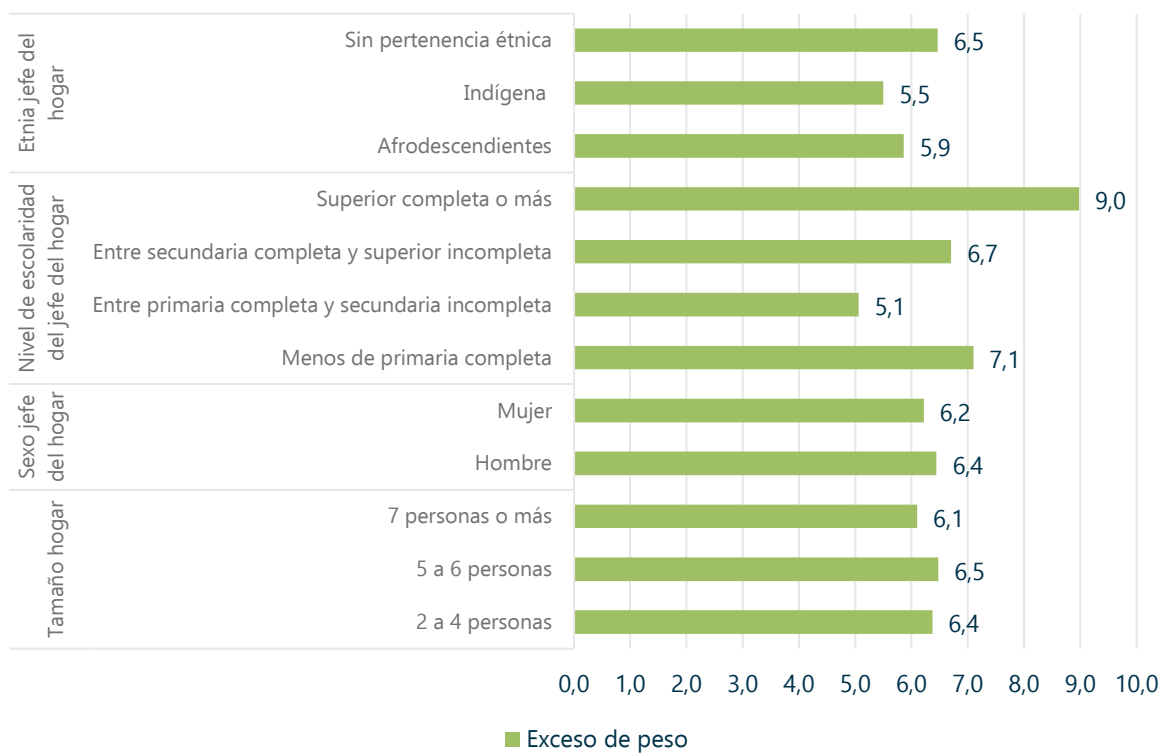
Fuente: ENSIN 2015

La prevalencia del exceso de peso es superior en niños y niñas en primera infancia, que; provienen de hogares en los que no se reconoce pertenencia étnica específica (6.5%), del índice de riqueza más alto (8.6%) y de sexo masculino (7.5%). Las diferencias entre niños y niñas que habitan zonas urbanas y rurales no son significativas.

La obesidad presenta una mayor prevalencia en los niños y niñas de hogares afrodescendientes (1.3%) y sin pertenencia étnica (1.2%), de los índices de riqueza medio (1.4%) y alto (1.3%) y de sexo masculino (1.7%).

Los resultados del contraste de la variable exceso de peso y jefatura del hogar, se observan en la gráfica 46.

Gráfica 46. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste (hogar)

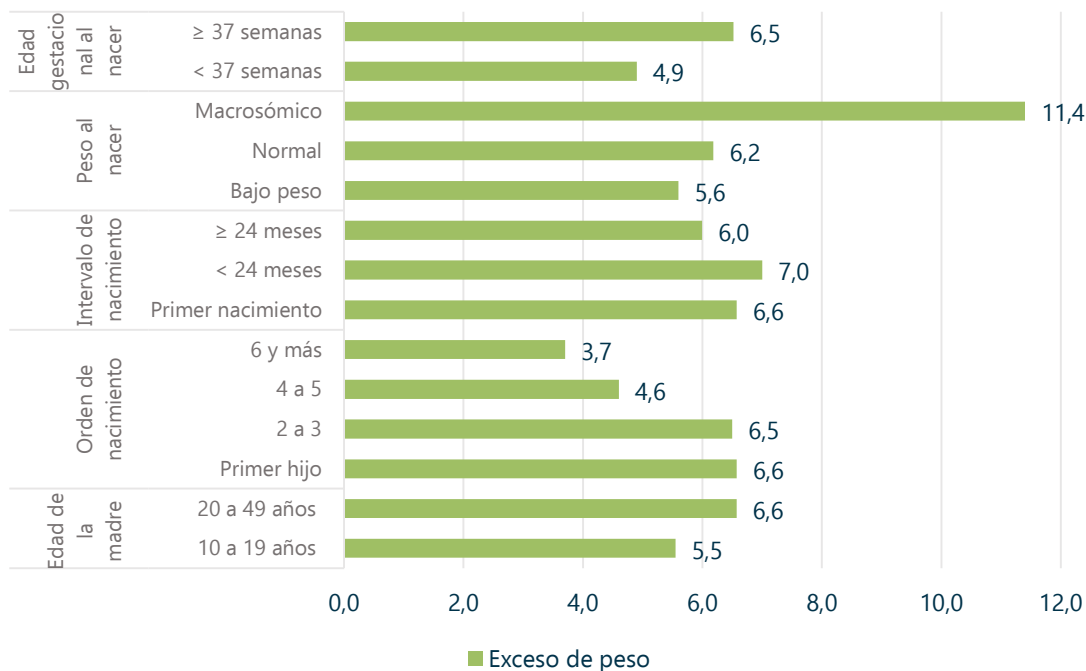


Fuente: ENSIN 2015

En los resultados se observa que, el mayor porcentaje corresponde a niños y niñas de hogares cuyo jefe no reconoce pertenencia étnica (6.5%) y con nivel de escolaridad superior completa o más (9%). Las variables de sexo del jefe de hogar y tamaño del hogar no muestran diferencias significativas.

El resultado de las variables relacionadas con el proceso gestacional y nacimiento contrastadas con exceso de peso, se presentan en la gráfica 47.

Gráfica 47. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste



Fuente: ENSIN 2015

La prevalencia en exceso de peso es mayor en los niños y niñas cuya edad gestacional fue igual o superior a 37 semanas (4.9%), cuyo peso al nacer (entre 4 y 4.5 kg) es catalogado como macrosómico (11.4%), con intervalo de nacimiento menor a 24 meses (7%), si fue primero en el orden de nacimiento (6.6%) y de madres cuya edad fue superior a 20 años (6.6%)

4.5.1.3 Estado nutricional por indicadores biológicos

“Los Indicadores bioquímicos complementan la información sobre el estado de nutrición de un individuo en conjunto con los demás indicadores: clínicos, signos físicos, antropométricos, dietéticos”.⁶⁰

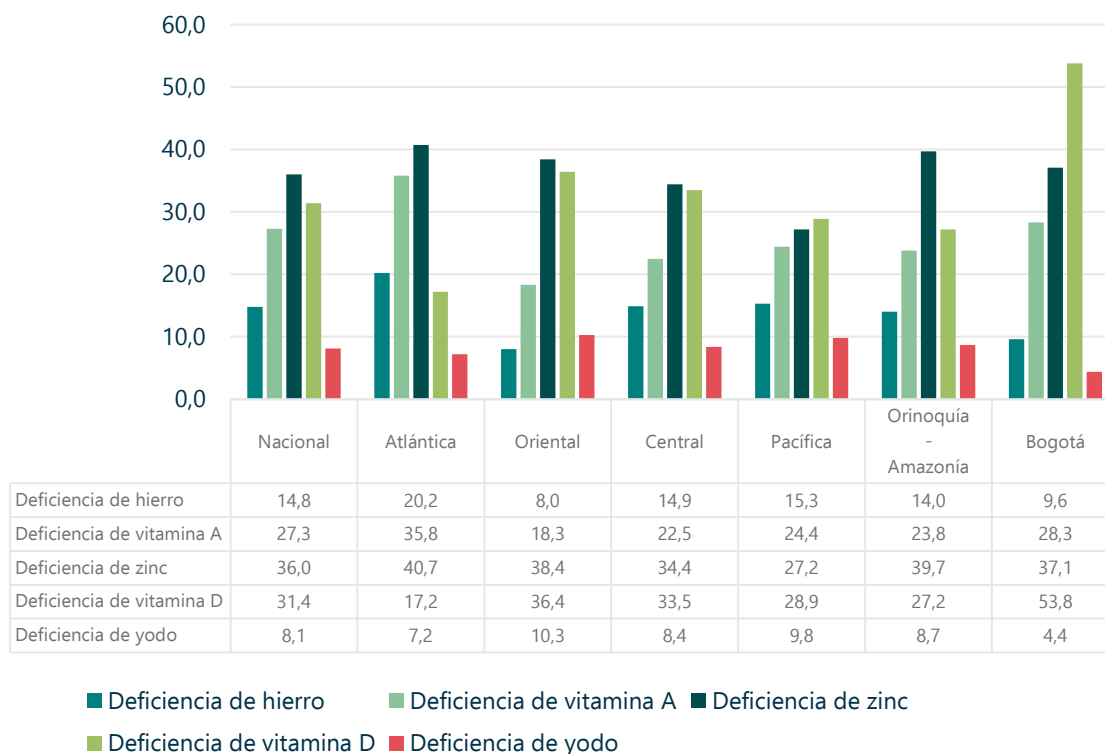
De acuerdo a la información metodológica de la ENSIN 2015, para la determinación de la concentración de vitaminas y minerales, se obtuvieron muestras biológicas por grupos etarios, básicamente se mide la concentración de los bioquímicos para cubrir las necesidades fisiológicas y determinar las deficiencias.

⁶⁰ García Argueta. Indicadores bioquímicos del estado de nutrición.2014 p.2 Recuperado de: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/70339/secme-1623_2.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Para el caso de la primera infancia; “existe amplia evidencia acerca de las consecuencias de la deficiencia de vitaminas y minerales en niños y niñas con relación a sus habilidades, desarrollo cognitivo, mortalidad y prevalencia de morbilidades a lo largo del ciclo de vida”.⁶¹

Los resultados a nivel nacional y por regiones se observan en la gráfica 48.

Gráfica 48. Prevalencia de deficiencia de vitaminas y minerales en niños y niñas entre 1 a 4 años



Fuente: ENSIN 2015

La deficiencia de hierro, vitamina A y D es mayor en niños y niñas de 1 a 2 años y de zinc y yodo en los niños y niñas de 2 años. Las deficiencias de hierro, vitamina A y zinc, son notablemente superiores en la región Atlántica (20.2%, 35.8% y 40.7% respectivamente). La deficiencia de vitamina D es superior en Bogotá, alcanza una prevalencia de 53.8% y supera el resultado nacional en 22.4 puntos porcentuales.

De acuerdo a la zona de residencia, la deficiencia de minerales (Fe, Zn, I) es mayor en zonas rurales y la de vitaminas (A, D) en las cabeceras. Respecto al nivel de riqueza, los niños y

⁶¹ ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. p.229

niñas del quintil más bajo presentan mayor deficiencia en hierro, vitamina A, yodo. En el quintil más alto de riqueza las deficiencias son mayores en zinc y vitamina D.

Por pertenencia étnica, los niños y niñas indígenas presentan las mayores deficiencias en hierro, vitamina A y en yodo, la deficiencia respecto al yodo duplica el resultado nacional. En cuanto al zinc y la vitamina D los valores más altos se registran en el grupo de niños y niñas registrados sin pertenencia étnica.

A nivel nacional la prevalencia de anemia para niños y niñas de 1 a 4 años es de 24.7%, a menor edad del niño mayor la prevalencia de anemia. El mayor resultado de prevalencia de anemia se registra en; la región de Orinoquía – Amazonia con 33.1%, en el índice más bajo de riqueza con 26.8%, en el área rural 26.1% y en el grupo étnico indígena 34%. Los resultados en detalle se pueden consultar en el Anexo 9. Estado nutricional por indicadores antropométricos e indicadores biológicos.

4.5.2 Estado nutricional de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años

“La edad escolar es una fase crucial durante la cual los niños y niñas experimentan un crecimiento continuo por un periodo bastante largo; además, es una etapa en la que se consolidan las preferencias de alimentos en la dieta, hábitos alimentarios y la adaptación progresiva a la alimentación del adulto. La malnutrición es un indicador clave de reconocimiento de la salud y desarrollo de esta población. Aunque el proceso educativo tiene múltiples determinantes, el estado nutricional es uno de ellos. Varios estudios han demostrado que los niños y niñas de 5 a 12 años con desnutrición presentan mayor dificultad para aprender, para poner atención y para lograr un desarrollo intelectual adecuado, además de un menor rendimiento escolar”.⁶²

Con respecto a la adolescencia, la ENSIN plantea: “La adolescencia es una etapa en la que se presenta un incremento de las necesidades energéticas, proteicas y de vitaminas y minerales que supera cualquier otra época de la vida. En este periodo coexisten un elevado ritmo de crecimiento y fenómenos de maduración importantes que afectan el tamaño, forma y composición del organismo, por lo que la nutrición juega un papel crítico en el desarrollo del adolescente. El consumo de una dieta inadecuada puede influir desfavorablemente sobre el crecimiento somático y la maduración sexual produciendo malnutrición por exceso o por déficit”.⁶³

Los indicadores antropométricos y biológicos se utilizan para determinar en estos grupos de edad, lo correspondiente a; retraso en talla, delgadez, sobrepeso, obesidad, concentración de vitaminas y minerales. Indicadores fuertemente asociados al nivel de desarrollo cognitivo y por

⁶²ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. p.245

⁶³ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. p. 269

tanto al desempeño y permanencia escolar, al crecimiento y maduración sexual. Los resultados para cada una de las mediciones se observan a continuación.

Para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niños y adolescentes entre 5 y 17 años, se utilizan los indicadores de talla para la edad e Índice de Masa Corporal – IMC para la edad.

“En el grupo de niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, se deben utilizar tanto a nivel individual como poblacional los indicadores IMC para la Edad - IMC/E y Talla para la Edad - T/E. A diferencia del grupo anterior, en este no se incluye el indicador Peso para la Talla - P/T, teniendo en cuenta que los resultados de la comparación de los patrones de la OMS con el patrón utilizado anteriormente de la National Center for Health Statistics - NCHS muestran que este indicador es muy similar al del índice de masa corporal para la edad en niños y niñas de cinco a nueve años. Por ello, la OMS ha publicado solamente el IMC/E para este grupo de edad lo que permite simplificar la clasificación antropométrica del estado nutricional y dar continuidad al indicador del IMC desde el nacimiento hasta la edad adulta”⁶⁴. Los puntos de corte se presentan en la tabla 22.

Tabla 22. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte.

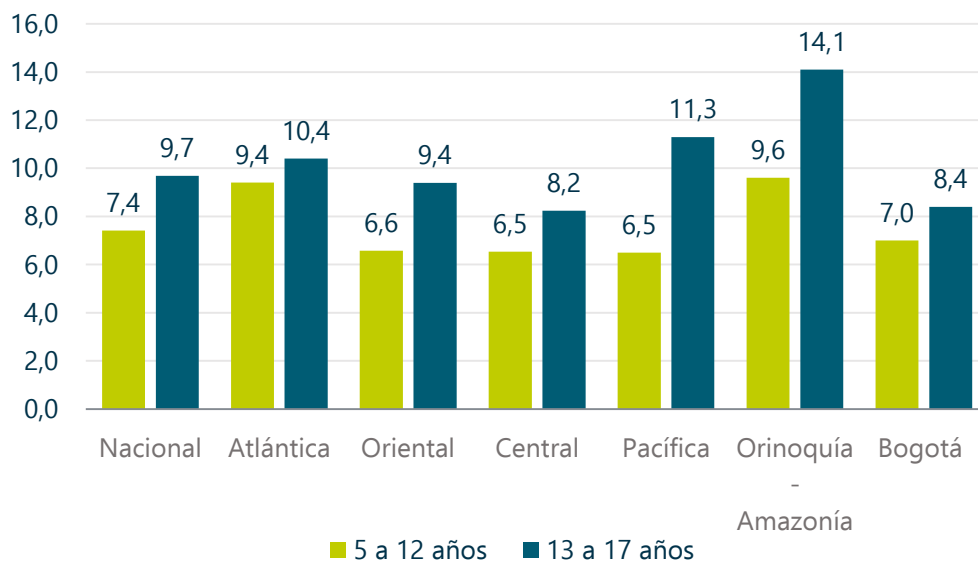
INDICADOR	PUNTO DE CORTE (DESVIACIÓN ESTÁNDAR)	CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA	TIPO DE USO
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	Individual y Poblacional
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Retraso en Talla.	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	
IMC para la Edad (IMC/E) *	$> +2$	Obesidad	
	$> +1$ a $\leq +2$	Sobrepeso	
	≥ -1 a $\leq +1$	IMC Adecuado para la Edad	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Delgadez	
	< -2	Delgadez	

Fuente: MSPS. Resolución 2465 de 2016

Los porcentajes de retraso en talla para los grupos de edad entre 5 y 12 años y entre 13 y 17 años, por regiones se presentan en la gráfica 49.

Gráfica 49. Prevalencia de desnutrición - retraso en talla, niños y niñas de 5 a 17 por regiones

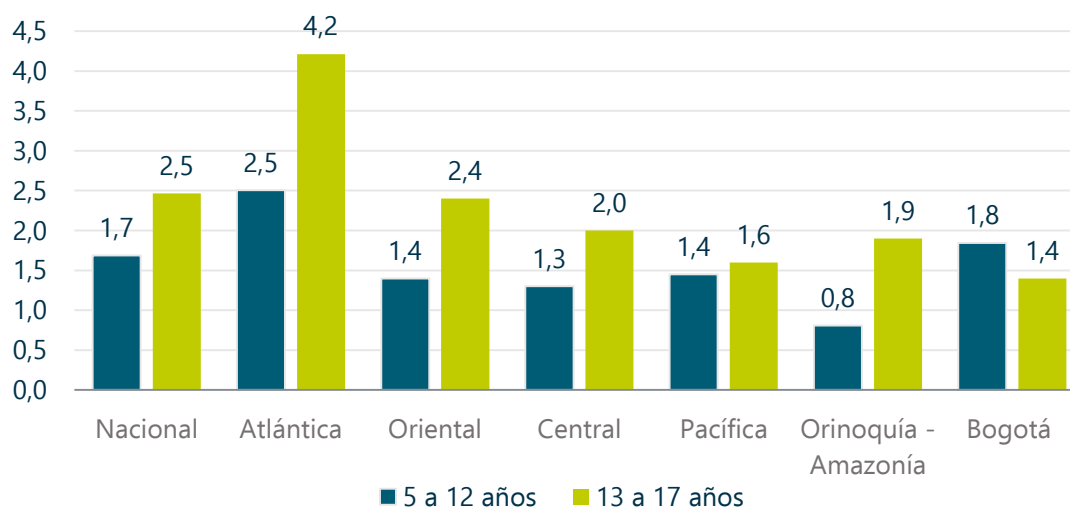
⁶⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 2465 de 2016* P.12. Recuperado de www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no_2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf



Fuente: ENSIN 2015

Los mayores porcentajes de retraso en talla para niños y adolescentes se registra en la región de la Orinoquía – Amazonía, con prevalencias de 9.6% y 14.1% respectivamente; el resultado para adolescentes en esa región supera en 4.4 puntos porcentuales el valor nacional para ese grupo de edad. En todas las regiones la prevalencia de retraso en talla es mayor en adolescentes que entre los niños y niñas del grupo de edad entre 5 y 12 años. Los porcentajes más altos para adolescentes se registran en las regiones Pacífica (11.3%), Atlántica (10.4%) y Oriental (9.4%) y para el grupo de edad entre 5 y 12 años en las regiones Atlántica (9.4%) y en Bogotá (7%). Las prevalencias de delgadez para los grupos de edad entre 5 y 12 años y entre 13 y 17 años, por regiones se presentan en la gráfica 50.

Gráfica 50. Prevalencia de desnutrición - delgadez en niños y niñas de 5 a 17 por regiones.

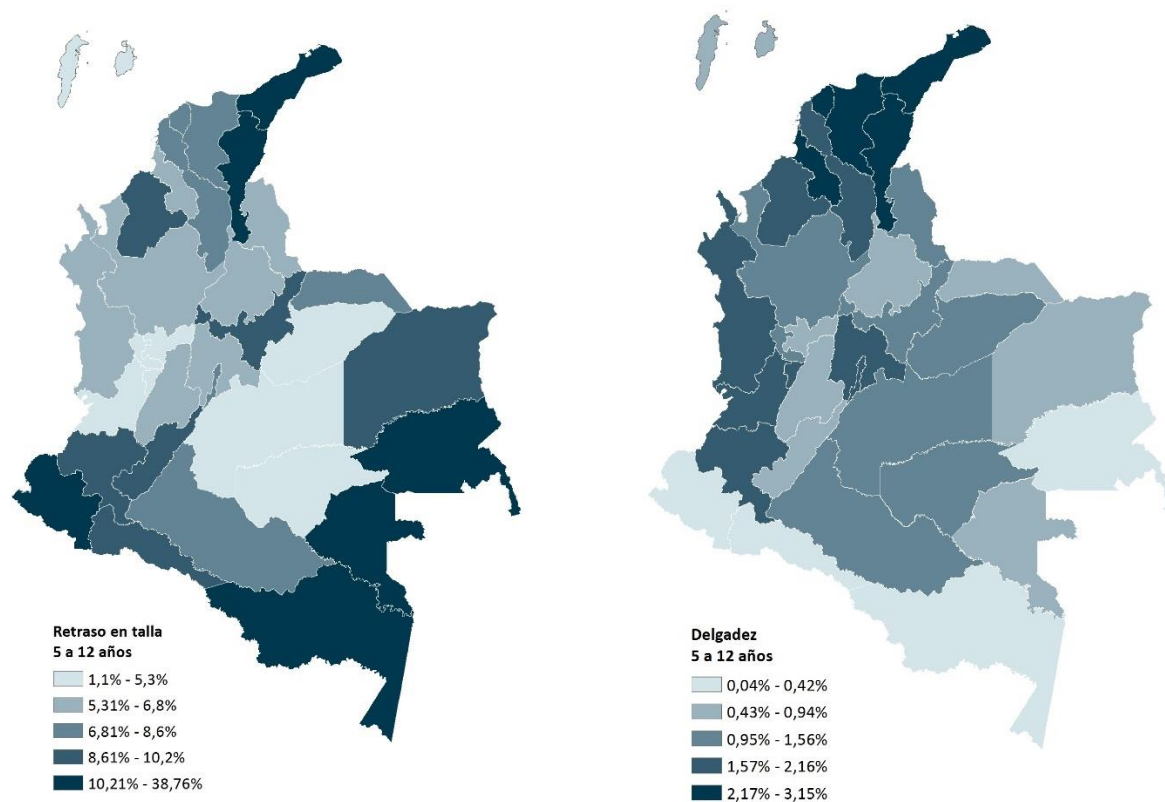


Fuente: ENSIN 2015

La prevalencia de delgadez es mayor para los dos grupos de edad considerados en la región Atlántica (4.2%), para el grupo de adolescentes el valor supera en 1.7 puntos porcentuales el resultado nacional. Para el grupo de niños y niñas entre 5 y 12 años, el segundo valor más alto se registra en Bogotá con 1.8% y en las regiones Pacífica y Oriental la prevalencia alcanza el 1.4%. Para el grupo de adolescentes las mayores prevalencias se registran en las regiones oriental con 2.4% y en la Central con un valor de 2%.

La distribución geográfica por departamentos de los resultados de prevalencia de desnutrición, para niños y niñas en los grupos de edad entre 5 y 12 años y para adolescentes, desagregados por las variables de retraso en talla y delgadez, se observa en el siguiente conjunto de mapas, a mayor intensidad del color mayor el resultado de la prevalencia.

Mapa 13. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 5 a 12 años por departamentos

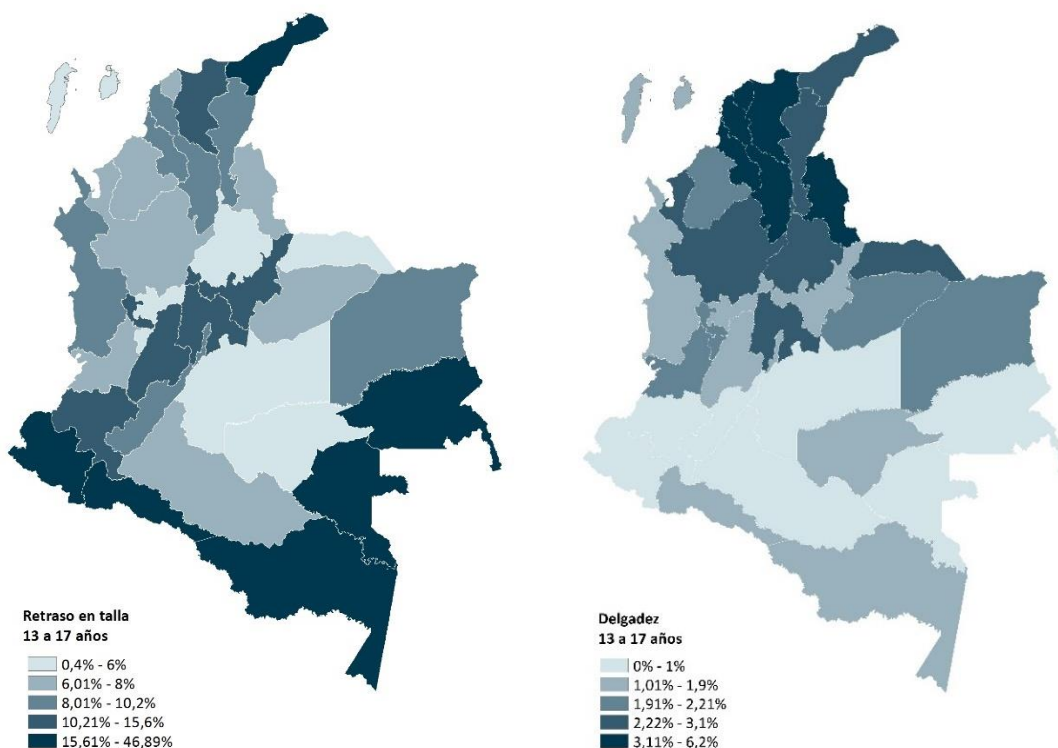


Fuente: ENSIN 2015

La prevalencia del retraso en talla para niños y niñas entre 5 y 12 años de edad alcanza el mayor porcentaje en el departamento del Vaupés (38.8%) seguido del Amazonas con (19.7%), La Guajira (19.6%), Guainía (13.8%) y en quinto lugar Nariño con 11.6%, en el caso de Nariño, sin embargo es necesario anotar que de acuerdo a la ENSIN 2015, la precisión del cálculo es baja.

Para la variable de delgadez, tal como se observa en el mapa, los mayores porcentajes se concentran en los departamentos situados en el extremo oriental de la costa atlántica, los resultados más desfavorables se registran en los departamentos del Cesar (3.2%), Atlántico (3.1%), La Guajira y Sucre con (2.6%) y Magdalena (2.5%).

Mapa 14. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 13 a 17 años por departamentos



Fuente: ENSIN 2015

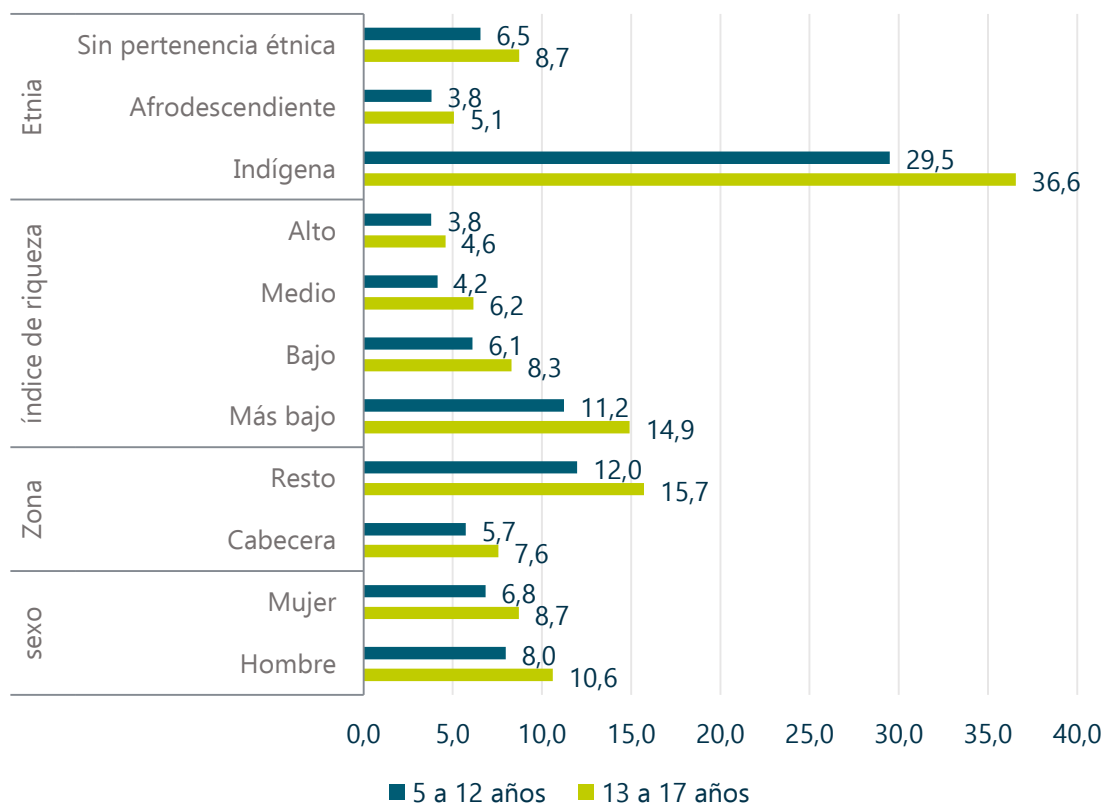
La tendencia del retraso en talla guarda similitud en la distribución geográfica entre los grupos de edad entre 5 y 12 años y en adolescentes. El retraso en talla para niños y niñas entre 13 y 17 años es mayor en el departamento de Vaupés (46.9%), Amazonas (37.3%), Guainía (37.2%), Nariño (23%) y Putumayo con 17.9%, cabe advertir que los dos últimos datos tienen un grado de precisión muy baja.

La delgadez es mayor en el departamento del Atlántico con (6.2%), Magdalena (5.6%), Bolívar (4.8%), Sucre (4.1%) y Norte de Santander con 3.6%.

Los datos porcentuales y sus coeficientes de variación para las variables de retraso en talla y delgadez, desagregados por departamento se pueden consultar en el Anexo 10. Prevalencia de retraso en talla y delgadez en niños y niñas entre 5 y 12 años y 13 a 17 años por Departamento.

Considerando lo que la ENSIN denomina como variables de equidad, a continuación, se presentan los resultados del cruce de estas variables para los grupos de edad de 5 a 12 años y de 13 a 17.

Gráfica 51. Prevalencia de desnutrición - retraso en talla en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por variables de contraste

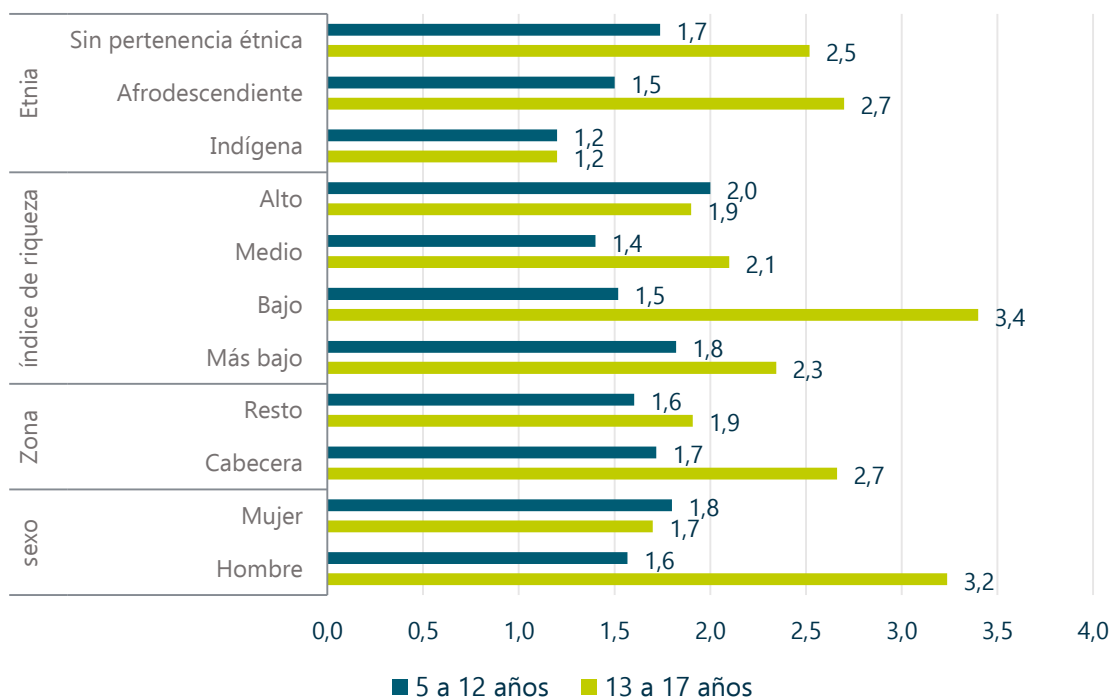


Fuente: ENSIN 2015

El retraso en talla para el grupo de edad entre 5 y 12 años, alcanza el mayor porcentaje en niños y niñas con pertenencia étnica indígena (29.5%), con índice de riqueza más bajo (11.2%), entre los que habitan en las áreas rurales (12%) y entre los niños de sexo masculino (8%).

Para los adolescentes se presenta la mayor prevalencia en las mismas variables de equidad que para el grupo de menor edad, esto es, los mayores porcentajes se presentan en adolescentes con pertenencia étnica indígena (36.6%), del índice de riqueza más bajo (14.9%), entre los que habitan en la zona resto o rural (15.7%), y entre los adolescentes de sexo masculino (10.6%). En todos los casos y para todas las variables los resultados en adolescentes son superiores a los de niños y niñas en el otro grupo de edad considerado.

Gráfica 52. Prevalencia de desnutrición - delgadez en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por variables de contraste



Fuente: ENSIN 2015

Para el grupo de edad entre 5 y 12 años, las mayores prevalencias en delgadez se presentan entre los niños y niñas que no registran pertenencia étnica (1.7%), del índice de riqueza alto (2%), entre aquellos que habitan en cabeceras (1.7%) y entre las mujeres (1.8%).

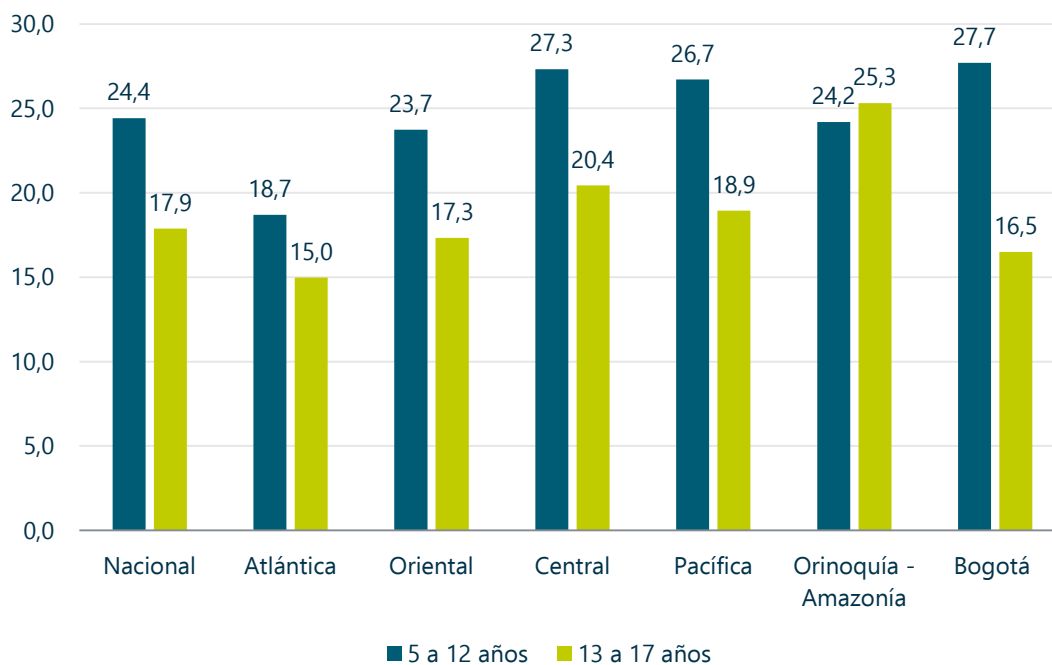
A diferencia de la variable de retraso en talla, los resultados más altos para adolescentes se presentan en variables diferentes a las registradas en el primer grupo; los adolescentes afrodescendientes presentan la mayor prevalencia (2.7%), del índice de riqueza bajo (3.4%) de la zona cabecera (2.7%) y entre los adolescentes hombres (3.2%)

4.5.2.1 Sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 5 a 17 años

Respecto a los indicadores antropométricos relacionados con el exceso de peso para niños y niñas en el grupo de edad entre 5 y 17 años, tal como se observó en la tabla 22, se calcula a partir del Índice de Masa Corporal para la Edad - IMC/E, para la prevalencia de sobrepeso se tienen en cuenta los casos que se registraron por encima de 1 desviación estándar y la prevalencia de obesidad por encima de 2 desviaciones estándar.

El exceso de peso incluye las dos mediciones anteriormente descritas, los resultados para el total nacional y por subregiones se observan en la gráfica 53.

Gráfica 53. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años

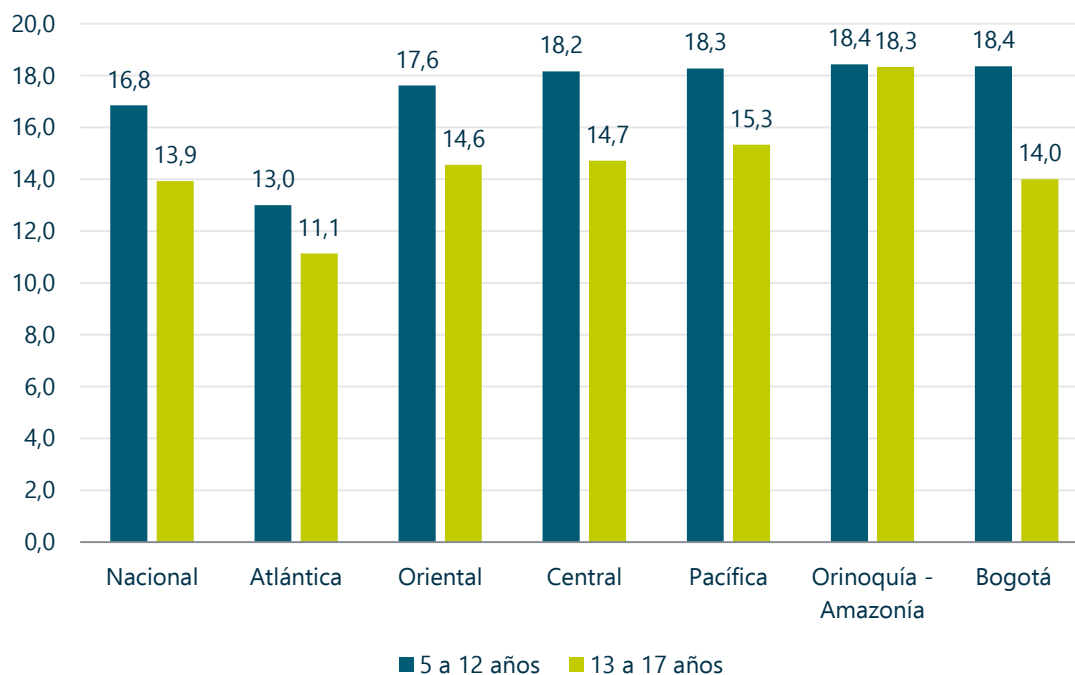


Fuente: ENSIN 2015

El exceso de peso es mayor en niños y niñas entre 5 y 12 años (24.4%) para el total nacional, el resultado supera en 6.5 puntos porcentuales al del grupo de edad entre 13 y 17 años y en todas las regiones, a excepción de la Orinoquía – Amazonía. Los resultados más altos para este grupo de edad se registran en Bogotá (27.7%), en la región Central (27.3%) y en la Pacífica (26.7%). En el grupo de adolescentes los mayores resultados se registran en Orinoquía – Amazonía con una prevalencia de 25.3% (el valor más alto en este grupo de edad), en la región Central (20.4%) y en la Pacífica (18.9%).

Observando de manera separada los resultados de sobrepeso y obesidad, para los dos grupos de edad considerados, se encuentra que:

Gráfica 54. Prevalencia de sobrepeso en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años

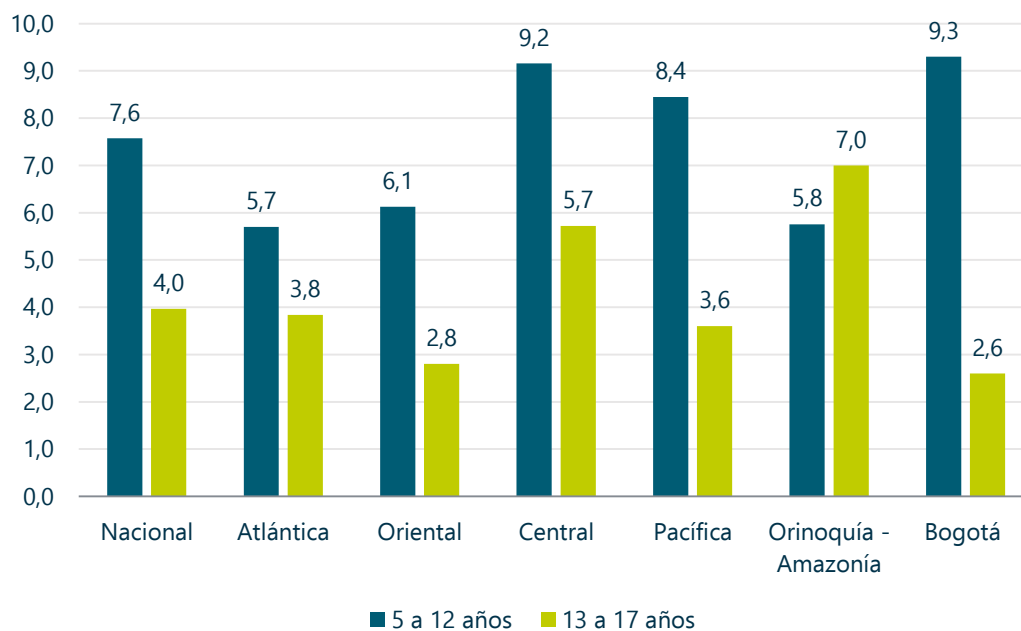


Fuente: ENSIN 2015

Para el grupo de edad entre 5 y 12 años, la prevalencia de sobrepeso alcanza valores similares (por encima del 18%, con escasa variación) en Bogotá (18,4%), Orinoquía – Amazonía (18,4%), Pacífica (18,3%) y Central (18,2%). El menor valor se registra en la región Atlántica para los dos grupos de edad considerados, es importante recordar que en esta región se registran las mayores prevalencias en delgadez.

El sobrepeso en adolescentes es mayor en la región Orinoquía – Amazonía (18,3%), seguida de la región Pacífica (15,3%) y la Central (14,7%).

Gráfica 55. Prevalencia de obesidad en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por regiones

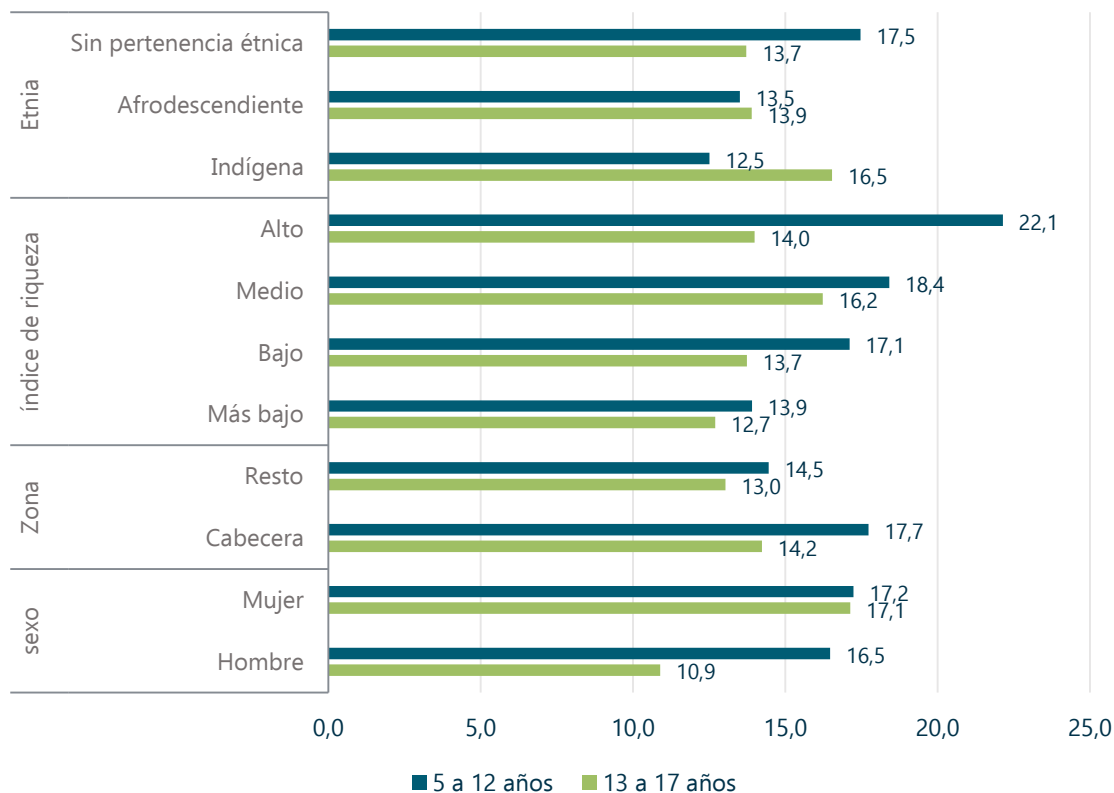


Fuente: ENSIN 2015

La prevalencia de obesidad es mayor para el total nacional y por regiones para el grupo de edad entre 5 y 12 años, el resultado nacional para este grupo supera en 3.6 puntos porcentuales el de adolescentes. El mayor valor se registra en Bogotá con 9.3%, seguido de la región Central (9.2%) y la Pacífica (8.4%). El grupo de adolescentes presenta la mayor prevalencia en la Orinoquía – Amazonía (7%), en la región Central (5.7%) y en la Atlántica (3.8%).

A continuación, se presentan los resultados para sobrepeso y obesidad cruzados con las denominadas variables de equidad.

Gráfica 56. Prevalencia de sobrepeso por variables de contraste en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años

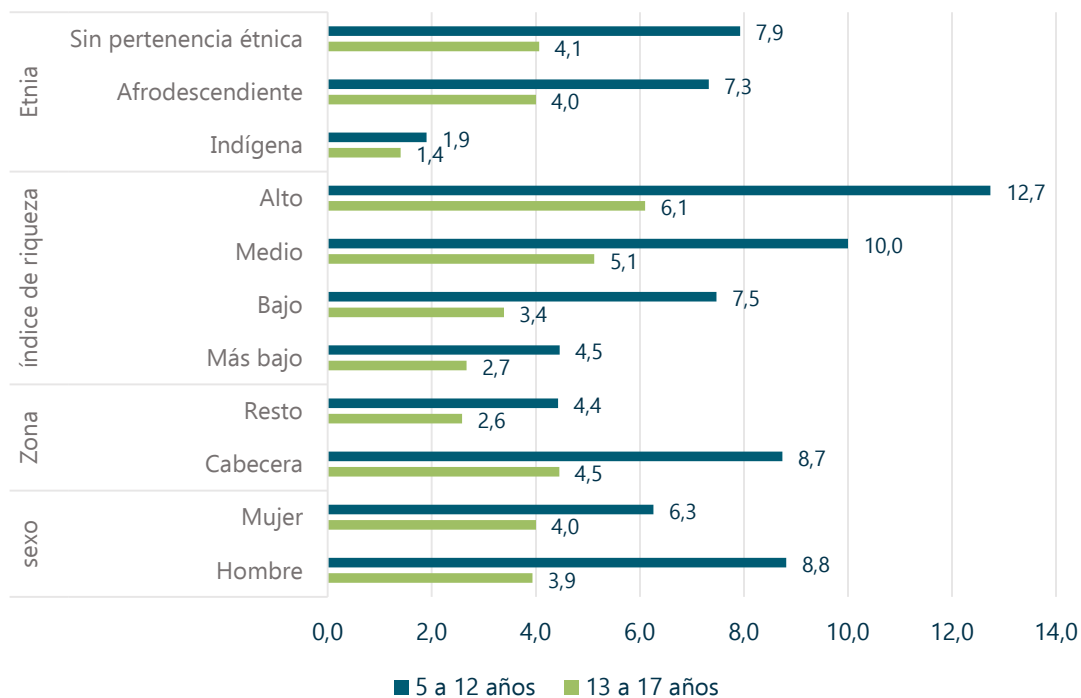


Fuente: ENSIN 2015

Considerando el sobrepeso por variables de contraste para niños entre 5 y 12 años, se observa que la prevalencia es mayor en los niños y niñas que no registran pertenencia étnica específica, en los del índice de riqueza más alto (mayor porcentaje registrado en el total de variables, con 22.1%), entre niños y niñas residentes en cabeceras con 17.7% y entre las mujeres con 17.1%. Para los adolescentes el sobrepeso es mayor en el grupo que registra pertenencia étnica indígena (16.5%), con índice de riqueza medio (16.2%), residentes en cabeceras (14.2%) y en el grupo de mujeres (17.1%).

El resultado del cruce de variables de equidad y obesidad para los dos grupos de edad analizados, se presentan en la gráfica 57.

Gráfica 57. Prevalencia de obesidad por variables de contraste en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años



Fuente: ENSIN 2015

Los resultados de prevalencia de la obesidad para los dos grupos de edad analizados coinciden por registrar los mayores valores en las variables referidas a; sin pertenencia étnica y afrodescendientes, por ser niños, niñas y adolescentes situados en el índice de riqueza más alto (en esta variable el grupo de edad entre 5 y 12 años supera al de adolescentes en 6.6 puntos porcentuales), que habitan en cabeceras. En hombres entre 5 y 12 años y en mujeres adolescentes (4% vs 3.9% en hombres).

La distribución geográfica por departamentos, de los resultados de exceso de peso para el grupo de edad entre 5 y 12 años, se observa en el mapa 12. A mayor concentración tonal del color mayor el resultado de la prevalencia.

Mapa 15. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 5 a 12 años por departamentos

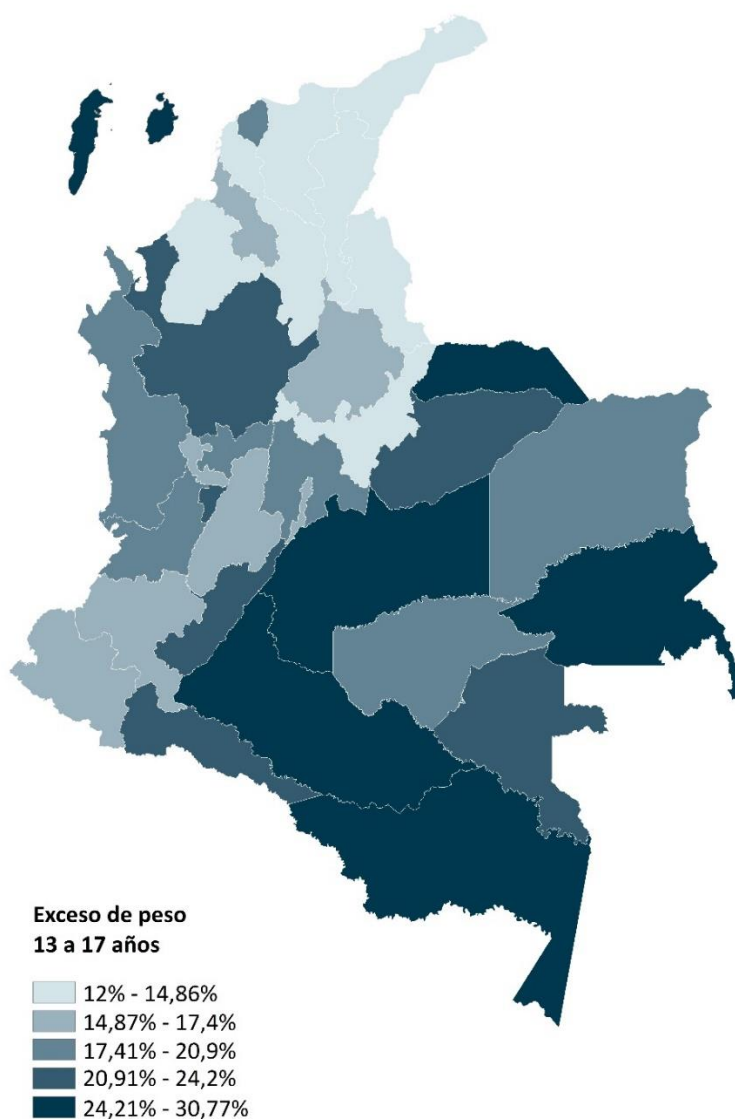


Fuente: ENSIN 2015

En general, 24 departamentos registran prevalencias de exceso de peso mayores al 20%. Los Departamentos que alcanzan los resultados más altos en su orden son; San Andrés y Providencia (37.9%), Guainía (34.5%), Valle del Cauca (29.9%), Risaralda (29.6%) y Quindío (29.2%).

Los resultados de exceso de peso en adolescentes, distribuidos por departamentos se representan en el mapa 13.

Mapa 16. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 13 a 17 años por departamentos



Fuente: ENSIN 2015

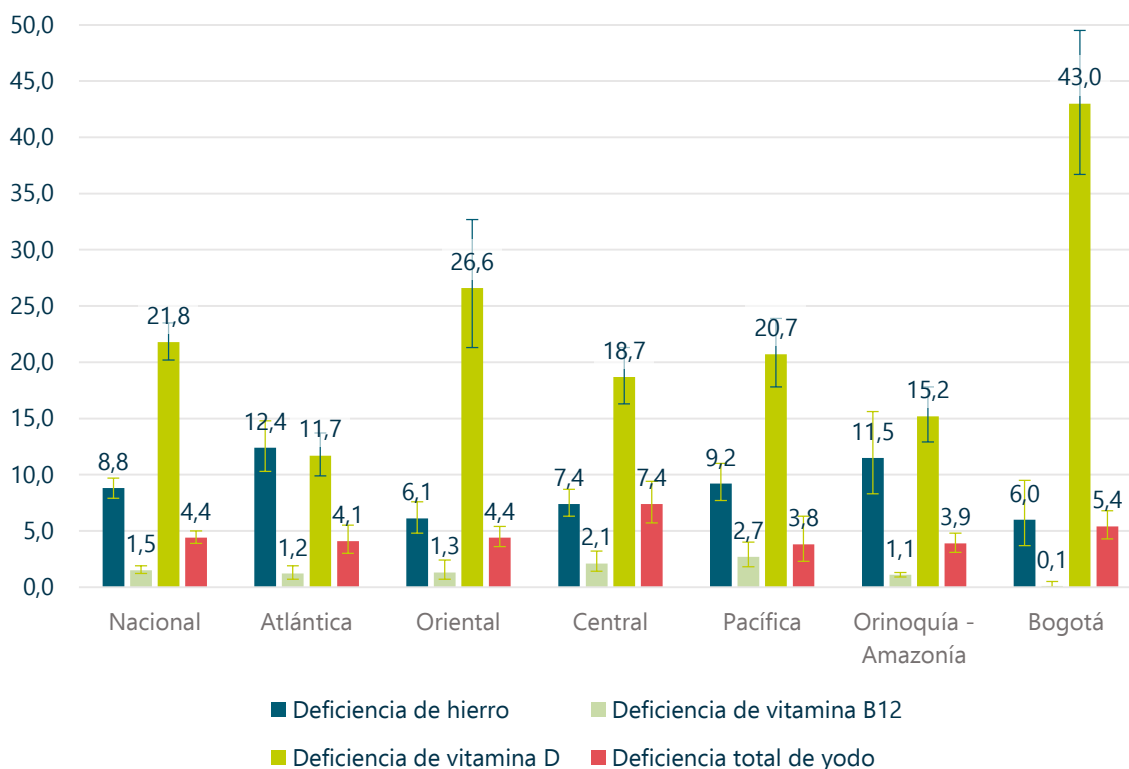
Respecto al exceso de peso en adolescentes, los resultados superan el 20% en 13 departamentos. Las prevalencias mayores en su orden se registran en; Guainía (30.8%) en Arauca (30%), en los departamentos de Amazonas y San Andrés y Providencia (cada uno con 28.1%) y en Caquetá con 27%.

4.5.2.2 Estado nutricional por indicadores biológicos

Los resultados del estado nutricional por indicadores biológicos (deficiencia de hierro, yodo y vitaminas B12 y D) para el grupo de niños y niñas entre 5 y 12 años distribuido por regiones, se observa en la gráfica 58.

Gráfica 58. Prevalencia de deficiencia de vitaminas y minerales en niños y niñas entre 5 y 12 años por regiones

Fuente. ENSIN 2015



En todas las regiones la prevalencia en la deficiencia de vitamina D es mayor, en Bogotá se registró el valor más alto con un 43%, en su orden le sigue la región Oriental con 26.6% y en tercer lugar la región pacífica con 20.7%. La deficiencia de hierro se sitúa en el segundo lugar, su mayor prevalencia se registra en la región Atlántica (12.4%), seguido de Orinoquía – Amazonía (11.5%) y en tercer lugar se sitúa la región Pacífica (9.2%). La tercera prevalencia corresponde a la deficiencia de yodo, el mayor porcentaje se registra en la región Central (7.4%), en segundo lugar Bogotá (5,4%) y la región Oriental con (4.4%). La deficiencia con menores prevalencias, corresponde a la de vitamina B12. Respecto a esta deficiencia el mayor porcentaje se presenta en la

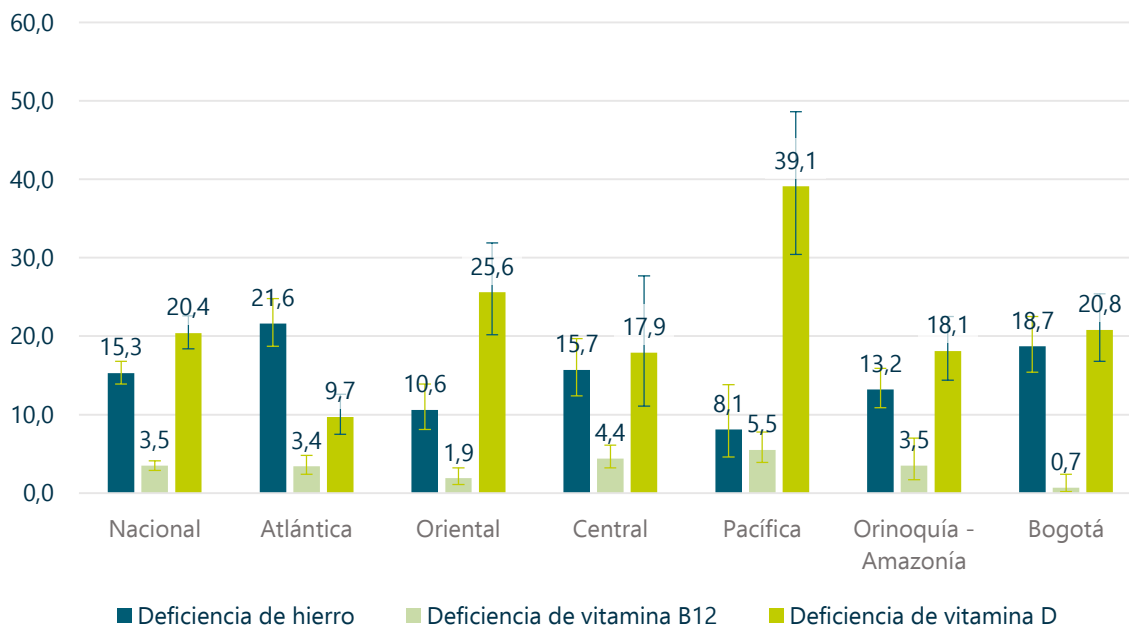
región Pacífica (2.7%) seguida de la región Central (2.1%) y en tercer lugar la región Oriental con (1.3%).

Para los niños y niñas de este grupo de edad, la deficiencia de hierro, vitamina D y yodo es mayor en las mujeres con 9.3%, 24.7% y 4.7% respectivamente. Las edades en las que se presenta la mayor deficiencia de hierro son los 5 y los 12 años; para la vitamina D entre los 10 y 11 años y para el yodo desde los 5 hasta los 7 años. Con respecto a la zona de residencia, las prevalencias en deficiencias de hierro, yodo y vitamina B12, son mayores para niños y niñas que habitan el área rural, la deficiencia de vitamina D es mayor en niños y niñas que habitan las cabeceras, del índice de riqueza más alto y que no registran pertenencia étnica.

La anemia registra una prevalencia a nivel nacional del 8%, con mayores resultados en la región Pacífica con 13.3%, en zonas rurales con 10.6%, en el índice de riqueza más bajo con 11.2% y entre los 5 y 6 años.

Para los adolescentes la ENSIN 2015, calcula únicamente los porcentajes de deficiencia en hierro, vitamina B12 y vitamina D. los resultados por regiones se presentan en la gráfica 59.

Gráfica 59. Prevalencia de deficiencia de vitaminas y minerales en niños y niñas entre 13 y 17 años por regiones



Fuente. ENSIN 2015

A nivel nacional para adolescentes, el mayor valor se registra en la deficiencia de vitamina D con 20.4%; el valor de esta deficiencia en la región pacífica supera en 18.7 puntos porcentuales

el resultado nacional, el segundo lugar lo ocupa la región oriental con 25.6% y el tercer lugar lo ocupa la ciudad de Bogotá con 20.8%.

En segundo lugar se sitúa la deficiencia de hierro, esta deficiencia presenta la mayor prevalencia en la región Atlántica con 21.6%, seguida de Bogotá con 18.7% y la región Central con 15.7%. Los valores de la prevalencia en deficiencia de vitamina B12 fluctúan entre 5.5% en la región Pacífica y el 0.7% en Bogotá.

Respecto a los resultados del cruce de deficiencias con variables de contraste, se encuentra que la deficiencia de hierro es mayor en mujeres adolescentes (22.7%), este valor supera en 14.4 puntos porcentuales el resultado de los hombres. La deficiencia de vitamina D es mayor en mujeres adolescentes y alcanza un resultado de 25.7%, sólo la deficiencia en vitamina B12 es mayor en hombres. Los mayores porcentajes de deficiencia en hierro se registran entre 14 y 16 años y la de vitamina D entre los 13 y 14 años. La deficiencia de hierro es mayor entre adolescentes del índice de riqueza más bajo y bajo y la de vitamina D entre los adolescentes del índice de riqueza más alto.

Respecto a la anemia para el grupo de adolescentes, los resultados por variables de contraste muestran que es mayor en; mujeres adolescentes con 13.4%, en los 15 años con 12%, en las regiones Orinoquía – Amazonía (19.6%) y en la región Pacífica con 14.8%, las mayores prevalencias se presentan entre los adolescentes que habitan en zonas rurales y pertenecen al índice más bajo de riqueza y se autoreconocen como indígenas. El valor nacional que alcanza la anemia entre el grupo de adolescentes es 10.4%.

5 Estadísticas vitales

“La producción de la información estadística de nacimientos y defunciones permite describir y cuantificar las variables de tiempo, modo y lugar de ocurrencia del hecho vital, así como identificar las características de las personas relacionadas con el hecho vital, información útil para análisis demográfico y focalización de la política pública en salud”⁶⁵.

La inclusión de los datos provenientes de la operación estadística denominada Estadísticas Vitales – EEVV en la línea base, responde de una parte, al interés de observar el comportamiento histórico de las variables asociadas a nacimientos y defunciones, para este último caso, a aquellos eventos relacionados con las defunciones asociadas a la desnutrición o anemias nutricionales, o con patologías que probablemente se derivan del inadecuado acceso a fuentes de agua potable, consumo de alimentos contaminados o manipulación inadecuada de los mismos.

⁶⁵ DANE. Metodología de Estadísticas Vitales.2012. p. 10

Por otra parte, las estadísticas vitales permiten el registro uno a uno de los casos presentados y por tanto permiten desagregar los resultados a diferentes niveles territoriales incluido el de municipios. La información a nivel municipal como se ha visto a lo largo de la línea base es escasa, en tanto, la mayoría de la información proveniente de otras operaciones se desagrega a nivel de regiones y en algunos casos departamentos.

“La información que suministran las estadísticas vitales permite evidenciar el comportamiento de los patrones demográficos en el territorio nacional, información fundamental para la planeación, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos orientados al desarrollo económico y social de la población. A escala internacional esta información permite el cálculo de indicadores para la comparación y apreciación de las diferencias entre países, subregiones y regiones y adicionalmente, permite evidenciar a lo largo del tiempo, su ubicación en cuanto a las fases demográficas”⁶⁶.

A continuación, se presentan los resultados de mayor relevancia, por su asociación a los objetivos de la alianza y su valor para la focalización territorial, considerando el nivel de detalle de los datos y su desagregación territorial.

5.1 Nacimientos

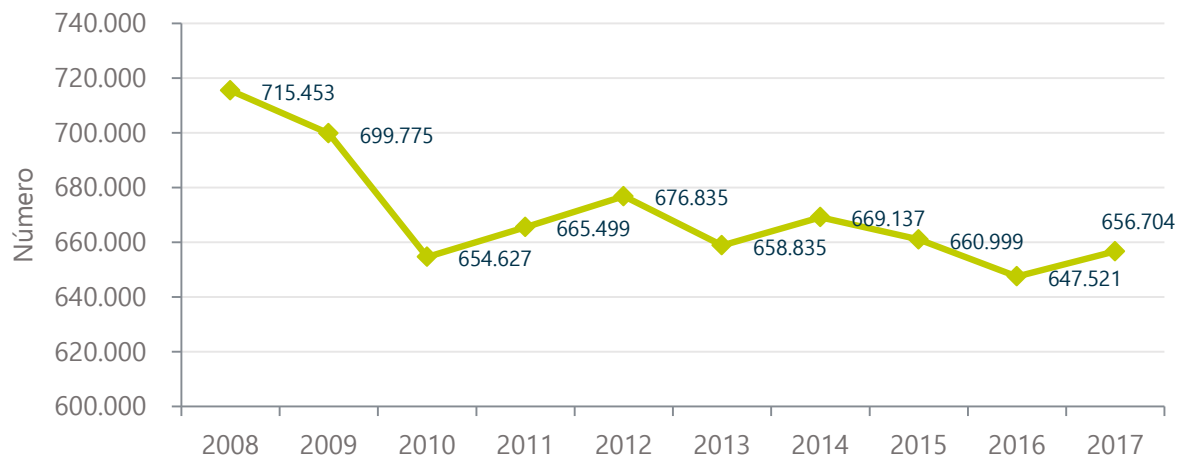
De acuerdo a los conceptos incluidos en el manual metodológico de EEVV del DANE, se define nacido vivo como; “expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida (latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria), si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta”⁶⁷.

La tendencia de los nacimientos ocurridos en la última década en Colombia, se presentan en la gráfica 60.

⁶⁶ DANE. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas Vitales – EEVV. cifras definitivas año 2017.P.5

⁶⁷ DANE. Metodología de Estadísticas Vitales.2012. p. 37

Gráfica 60: Tendencia de nacimientos ocurridos durante el periodo 2008 a 2017 en Colombia



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales.

De acuerdo al Dane, en los últimos 10 años se presentó una tendencia a la baja en los nacimientos en el territorio nacional, pasando de 715.453 en 2008 a 656.704 en 2017. La reducción total de nacimientos durante este periodo es de 58.749, que equivale a una disminución promedio anual de 6.528 nacimientos. No obstante, esta disminución no es homogénea, observándose una variabilidad entre diferentes años. El año con el número de nacimientos más bajo es el 2016, sin embargo, en el año 2017 se incrementó su número en 9.183 eventos.

En la tabla 23 se observa la participación departamental en los nacimientos registrados durante el periodo 2018 a 2017, ordenados en forma descendente.

Tabla 23. Participación departamental de nacimientos entre 2008 y 2017

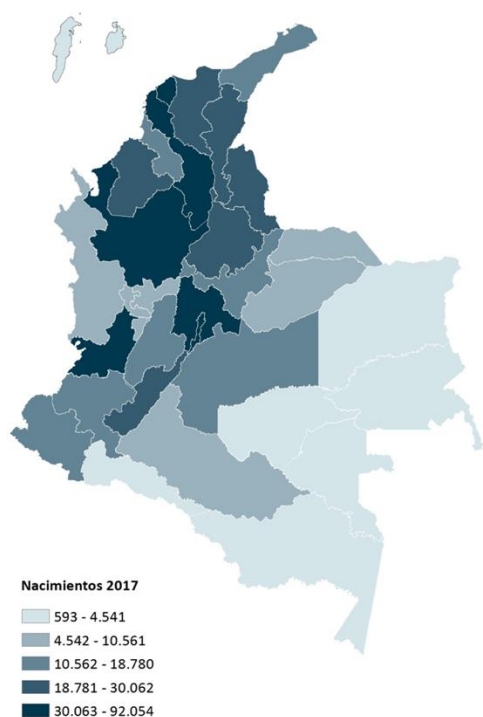
DEPARTAMENTO	NACIMIENTOS 2008-2017	PARTICIPACIÓN (%)
Acumulado nacional	6.705.385	100,00
Bogotá, D.C.	1.057.408	15,77
Antioquia	787.665	11,75
Valle Del Cauca	545.451	8,13
Atlántico	395.155	5,89
Cundinamarca	352.375	5,26
Bolívar	348.949	5,20
Santander	307.114	4,58
Córdoba	263.729	3,93
Magdalena	225.725	3,37
Norte De Santander	208.338	3,11
Cesar	206.698	3,08
Huila	199.598	2,98
Tolima	191.804	2,86
Nariño	185.970	2,77
Cauca	178.030	2,66
Boyacá	167.418	2,50
Meta	154.296	2,30

Sucre	151.241	2,26
La Guajira	140.541	2,10
Risaralda	115.773	1,73
Caldas	104.928	1,56
Caquetá	73.750	1,10
Casanare	65.845	0,98
Chocó	61.784	0,92
Quindío	60.898	0,91
Putumayo	44.249	0,66
Arauca	44.137	0,66
Amazonas	14.066	0,21
Guaviare	12.690	0,19
Vichada	9.829	0,15
Archipiélago De San Andrés, Providencia Y Santa Catalina	8.546	0,13
Guainía	6.197	0,09
Vaupés	6.085	0,09
Sin Información de Departamento	5.698	0,08
Con Residencia en el extranjero	3.405	0,05

Fuente: DANE - EEVV

Durante el periodo considerado, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Cundinamarca y Bolívar, concentran el 52% de la participación en nacimientos.

La distribución geográfica de los nacimientos de acuerdo al lugar de residencia de la madre, se observan en el mapa 15.



Mapa 17. Nacimientos, según departamento de residencia de la madre

Fuente: DANE - EEVV

5.1.1 Nacimientos según peso del nacido vivo

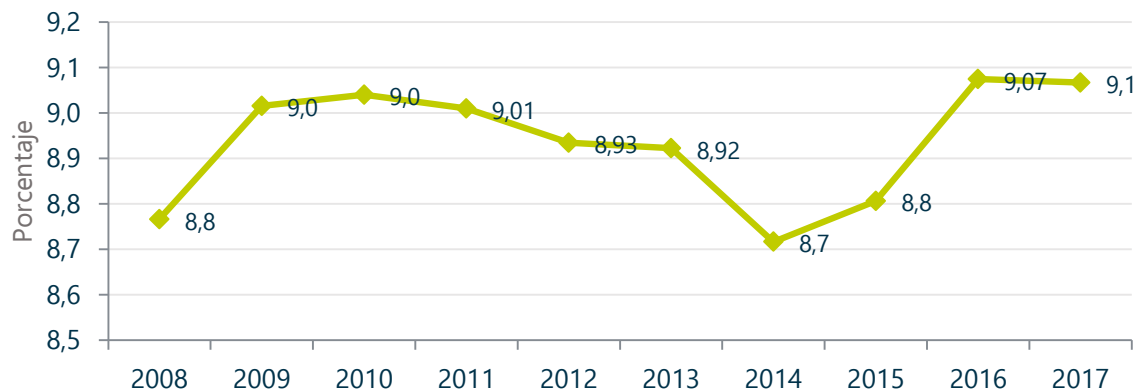
La variable peso del nacido vivo condiciona el nivel posterior de desarrollo físico y cognitivo en niños y niñas, el bajo peso al nacer constituye un factor de riesgo en los primeros años

de vida y se encuentra relacionado con una mayor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes en la edad adulta. Un recién nacido con bajo peso es aquel que tiene un peso inferior a 2500 g, independientemente de la edad gestacional y de la causa del bajo peso.

“El bajo peso al nacer es un problema de salud pública en el mundo debido a sus efectos a corto y largo plazo. Es una condición asociada al riesgo de muerte fetal y neonatal durante los primeros años de vida, que contribuye con 60% a 80 % de todas las muertes neonatales. Los recién nacidos con un peso entre 2.000 y 2.499 gramos tienen cuatro veces el riesgo de muerte neonatal frente a aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 y es 10 a 14 veces superior frente a aquellos que nacen con un peso entre 3.000 y 3.499 gramos. Así mismo, corren mayor riesgo de padecer retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia y de presentar adversas consecuencias en la niñez y la adolescencia en términos de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo e incluso algunos estudios han determinado efectos en la vida adulta con consecuencias como las enfermedades crónicas tales como la diabetes y la enfermedad cardiovascular”.⁶⁸

La evolución del porcentaje de bajo peso al nacer, durante el periodo 2008 – 2017, se observa en la gráfica 61.

Gráfica 61. Porcentaje de bajo peso al nacer 2008 – 2017 en Colombia



Fuente: DANE – EEVV

El comportamiento del bajo peso al nacer no muestra variaciones significativas, los valores para el periodo registrado han mostrado variaciones entre el 8.7% (valor más bajo registrado en el año 2014) y el 9.1% (valor más alto registrado en el año 2017).

⁶⁸ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Bajo peso al nacer a término. Código 110. 2017. P.4
Recuperado de
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Bajo%20peso%20al%20nacer_.pdf

Los porcentajes de bajo peso al nacer 2008 – 2017 por Departamento, se presentan en la tabla 24.

Tabla 24. Porcentajes de bajo peso al nacer por departamentos. Periodo 2008 - 2017

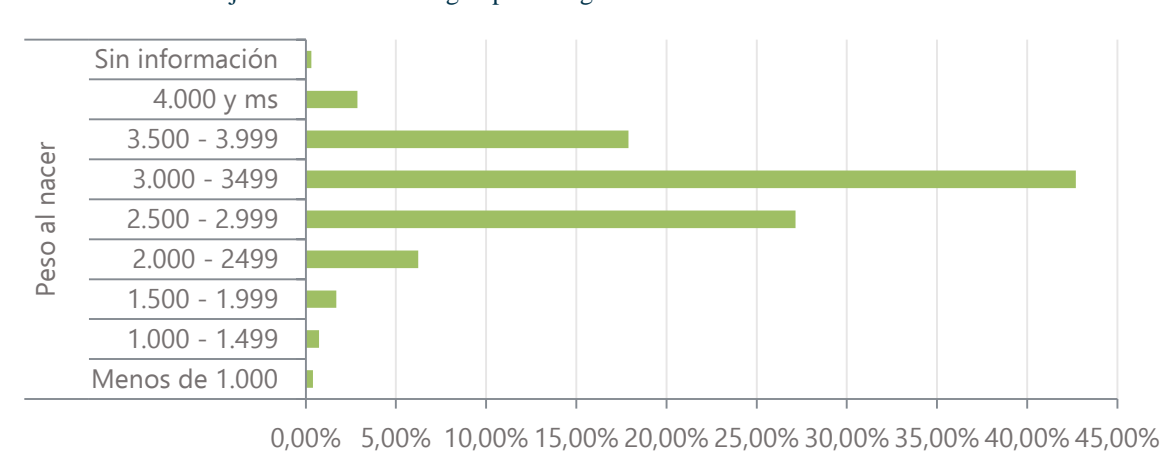
DEPARTAMENTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sin Información dpt.	7,2	7,3	6,8	7,21	5,35	0,71	4,5	2,3	2,97	8,6
Antioquia	9,4	9,5	9,6	9,38	9,11	9,26	9,2	9,2	9,32	9,6
Atlántico	8,3	8,6	8,6	9,02	8,59	9,04	9,2	8,8	9,01	8,5
Bogotá, D.C.	12,4	12,8	13,0	13,29	12,94	12,84	12,2	12,1	12,59	13,2
Bolívar	7,5	7,5	7,7	7,94	8,15	7,67	7,5	7,8	8,50	8,1
Boyacá	9,2	9,3	9,5	9,25	9,52	8,76	8,9	9,3	9,57	9,6
Caldas	6,6	6,8	6,8	6,71	7,48	7,40	7,4	7,9	8,28	8,3
Caquetá	5,8	6,1	6,0	6,45	5,81	6,05	5,7	5,7	5,42	6,2
Cauca	7,9	8,8	8,2	8,04	8,03	7,90	8,0	8,4	8,05	8,3
Cesar	8,3	8,4	7,8	7,83	8,77	7,94	7,7	8,1	8,14	8,3
Córdoba	7,7	8,1	8,4	8,35	8,43	8,22	8,0	8,4	8,21	8,1
Cundinamarca	10,2	10,4	10,7	10,75	10,94	11,32	10,4	10,9	11,00	11,0
Chocó	8,9	9,7	9,8	9,31	7,08	8,20	9,1	9,6	11,07	9,9
Huila	6,0	6,5	6,1	6,16	6,29	6,49	6,3	6,9	7,14	6,9
La Guajira	8,9	8,1	8,2	8,09	8,34	9,32	9,1	9,0	9,38	9,1
Magdalena	7,3	7,5	7,5	7,66	7,79	8,20	7,9	7,8	7,71	8,3
Meta	5,7	6,2	6,2	6,57	5,71	5,95	5,9	5,8	5,99	6,0
Nariño	8,7	9,0	8,8	8,49	8,90	8,69	9,0	9,2	9,41	9,2
Norte de Santander	6,2	6,2	6,4	6,19	6,49	6,20	5,9	5,8	6,37	6,4
Quindío	7,7	7,8	7,4	7,15	6,68	6,92	7,0	7,6	7,92	7,7
Risaralda	7,2	8,1	8,7	8,22	8,01	7,49	7,8	7,3	7,86	8,4
Santander	8,0	7,6	7,3	7,46	7,39	7,21	7,0	7,3	7,82	7,5
Sucre	7,1	7,9	7,5	7,78	8,45	8,58	8,8	8,6	8,87	8,8
Tolima	6,4	6,8	7,0	6,64	6,58	6,26	6,4	6,2	6,66	6,7
Con Residencia en el extranjero	15,0	13,4	16,0	21,10	19,39	22,61	24,8	25,3	21,04	12,7
Valle Del Cauca	8,8	8,9	9,1	8,90	8,92	8,81	8,2	8,2	8,61	8,6
Arauca	5,5	5,7	6,2	5,97	5,69	5,71	5,7	6,5	6,08	6,1
Casanare	5,6	6,5	5,7	5,48	5,83	5,57	5,4	6,1	6,44	6,1
Putumayo	5,5	5,5	6,0	5,83	5,52	6,41	6,6	6,5	5,92	5,6
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	9,4	7,6	8,4	7,72	8,55	7,09	8,6	9,8	6,59	9,4
Amazonas	7,3	6,4	6,3	5,41	5,57	7,59	7,2	6,3	6,28	4,7
Guainía	6,7	7,5	5,8	4,42	5,72	4,46	6,2	6,9	9,53	7,1
Guaviare	7,1	8,5	7,1	7,36	7,34	7,20	4,8	6,4	5,69	5,2
Vaupés	4,6	5,2	4,3	5,69	5,16	4,55	8,2	4,7	5,87	5,9
Vichada	6,0	7,2	5,9	4,80	3,58	5,50	5,4	5,1	7,39	6,3
Nacional	8,8	9,0	9,0	9,01	8,93	8,92	8,7	8,8	9,07	9,1

Fuente: DANE EEVV

Los mayores porcentajes para todos los años del periodo observado se concentran en niños y niñas con residencia en el extranjero, el pico para este grupo se presentó en el año 2015 con 25.3% y el porcentaje más bajo en el año 2017 con 12.7%, este porcentaje superó en 3.6 puntos porcentuales el resultado nacional. Le siguen en su orden Bogotá, donde todos los años del periodo los porcentajes superan el 12% y Cundinamarca, departamento en el cual se registran porcentajes

entre el 10.2% y el 11%. Los porcentajes de nacimiento según peso en gramos, para el total nacional, se observan en la gráfica 62.

Gráfica 62. Porcentaje de nacimientos según peso en gramos 2017



Fuente: DANE -EEVV

El mayor porcentaje de nacimientos se ubica en el rango de peso entre 3.000 y 3.499 gramos (42.7%), seguido del porcentaje entre 2.500 y 2.999 gramos con un 27.16%.

La relación entre el bajo peso al nacer y el tiempo de gestación se observa en la tabla 25.

Tabla 25. Nacimientos por peso al nacer y tiempo de gestación 2017

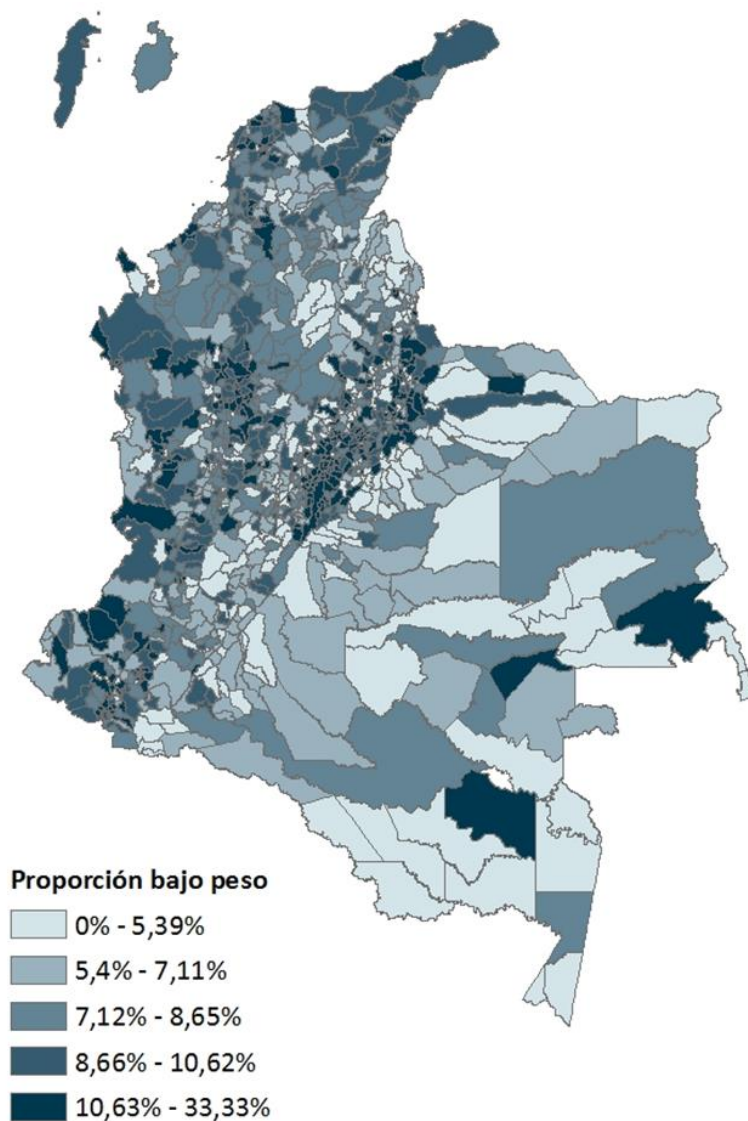
TIEMPO DE GESTACIÓN	MENOS DE 2500GR	MAYOR A 2500GR	SIN INFORMACIÓN	TOTAL
Menos de 22	52	2	-	54
De 22 a 27	2.456	40	3	2.499
De 28 a 37	45.501	84.313	110	129.924
De 38 a 41	11.435	508.965	480	520.880
De 42 y mas	22	1.281	2	1.305
Ignorado	77	512	1.014	1.603
Sin información	1	10	428	439
Total general	59.544	595.123	2.037	656.704

Fuente: DANE – EEVV

El porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer representó el 9% del total de nacimientos ocurridos en 2017. En el 81% de los nacimientos que presentan bajo peso, el tiempo de gestación es inferior a 38 semanas, sin embargo el 14% de los niños y niñas que nacen antes de la semana 38, pesan más de 2.500 gramos.

La distribución geográfica por municipio de los porcentajes de bajo peso al nacer, se observan en el siguiente mapa, a mayor intensidad del color mayor porcentaje de bajo peso.

Mapa 18. Proporción bajo peso por municipio 2017



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

15 municipios en Colombia registran porcentajes superiores al 20% de niños y niñas con bajo peso al nacer, los mayores porcentajes se registraron en; La Victoria - Boyacá, La Salina – Casanare y Papunahua – Vaupés, con 33.3% cada uno y Tutazá – Boyacá con 28.6%.

Los datos de estadísticas vitales para el periodo 2008 – 2018, para las variables de: nacimientos, bajo peso, defunciones fetales por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer por municipio, se pueden consultar en el Anexo 11. Estadísticas vitales por municipio. 2008 – 2018.

5.1.2 Defunciones fetales por causas asociadas al retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer

La defunción fetal se define por la OMS como la muerte del producto de la concepción antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

“La muerte fetal es el resultado de la interacción de diferentes y complejos procesos fisiopatológicos que ocurren en la madre, el feto y la placenta, cuya contribución es variable. Sin embargo, la causa debe considerarse como aquella inicial capaz de causar la secuencia de eventos que desencadenan la muerte del feto”⁶⁹

La evolución de la proporción de muertes fetales considerando las variables; retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, para el periodo 2008 – 2017 por departamento, se presenta en la tabla 26.

Tabla 26. Proporción de muertes fetales por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer

DEPARTAMENT O	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sin Departamento	3,1	5,1	5,4	7,1	7,4	9,6	11,5	6,2	2,6	2,0
Antioquia	0,9	2,0	3,8	2,6	2,3	1,7	1,3	0,9	0,9	1,0
Atlántico	1,0	2,2	3,2	4,5	1,7	1,4	1,7	1,9	0,9	0,4
Bogotá, D.C.	0,6	0,9	0,8	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,3	0,4
Bolívar	1,1	3,1	3,6	2,6	1,4	1,8	0,8	0,8	1,2	1,0
Boyacá	4,1	4,4	1,5	2,2	1,9	2,6	4,1	1,3	0,5	1,2
Caldas	0,9	0,5	1,3	2,2	1,4	0,7	2,6	2,8	1,9	3,2
Caquetá	0,0	2,1	0,9	1,2	2,5	5,6	2,3	0,0	0,2	0,9
Cauca	2,0	3,0	5,5	3,5	2,3	1,9	1,1	1,1	1,2	1,1
Cesar	1,2	1,0	0,6	3,0	3,3	4,2	3,5	1,5	0,4	0,6
Córdoba	0,1	0,4	1,0	0,4	0,3	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5
Cundinamarca	0,5	0,6	0,7	0,4	0,7	0,7	0,6	0,4	0,5	0,5
Chocó	2,4	1,6	5,1	7,1	4,5	6,6	2,3	1,3	1,1	7,3
Huila	0,3	0,4	0,2	0,6	0,4	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2
La Guajira	4,0	3,4	3,3	1,4	0,5	3,4	3,4	2,1	3,3	4,3
Magdalena	2,3	3,5	4,9	5,6	2,1	2,0	2,5	1,7	1,3	0,6
Meta	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Nariño	0,8	1,0	1,1	1,5	1,1	1,3	0,8	0,2	0,4	0,6
Norte De Santander	7,7	2,2	3,5	3,0	4,4	2,8	0,9	0,4	0,1	0,3
Quindío	3,9	2,0	1,1	0,5	2,1	1,7	2,4	1,9	2,2	2,0
Risaralda	2,6	2,1	2,5	0,8	0,1	0,7	0,9	0,9	0,2	1,2
Santander	3,0	4,6	2,0	1,4	1,9	2,8	0,5	0,8	0,5	15,8
Sucre	0,3	0,4	1,2	2,1	0,7	0,9	0,4	0,9	0,4	1,2
Tolima	0,5	0,6	0,4	1,0	0,4	0,5	0,5	0,4	0,7	0,5
Extranjero	10,0	0,0	0,0	6,3	0,0	16,7	0,0	3,2	5,6	0,8
Valle Del Cauca	4,4	6,0	11,7	9,4	4,7	2,6	1,6	1,2	1,2	1,2

⁶⁹ Molina S. Alfonso A. Muerte Fetal anteparto: ¿es una condición prevenible? Año 2010. P. 61

Arauca	0,2	0,3	0,0	0,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Casanare	5,4	10,3	1,7	0,4	2,0	0,8	3,4	4,2	1,1	1,2
Putumayo	1,5	0,0	2,0	2,0	1,4	3,1	0,9	0,0	0,1	0,1
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,0	0,0	1,2	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5
Amazonas	5,6	0,0	9,1	0,0	3,3	4,0	3,8	4,2	0,0	0,0
Guainía	7,7	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Guaviare	0,0	0,0	5,9	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vaupés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vichada	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Nacional	1,1	1,5	1,9	1,5	1,3	1,2	0,9	0,7	0,6	1,2

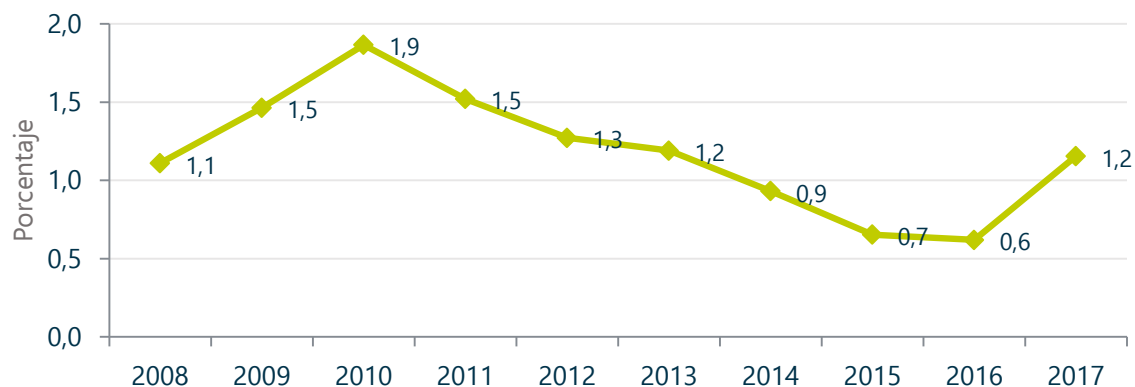
Fuente. DANE – EEVV

Los departamentos que, durante el periodo de referencia, registran porcentajes superiores respecto al total nacional son La Guajira y Chocó, sin embargo, para el año 2017 el porcentaje más alto registrado en Colombia durante todo el periodo analizado se presentó en el departamento de Santander con 15.8%, este resultado supera en 14.6 puntos porcentuales el resultado nacional, seguido de Chocó con 7.3%, La Guajira con 7.3% y Caldas con 3.2%.

Es importante anotar que la agrupación de las causas obedece a la clasificación definida en la lista 105 para tabulaciones de mortalidad número 81 y al número 403 de la lista 6167 – CIE 10 de la OMS – OPS.

La evolución de la proporción de muertes fatales ocasionadas por las causas agrupadas, para el total nacional durante el periodo 2008 – 2017, se observan en la gráfica 63.

Gráfica 63. Proporción de muertes fatales por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

En 10 años el resultado nacional no ha superado el 2%, el mayor valor con 1.9% se registró en el año 2010, año en el cual se inició un proceso de disminución de la proporción hasta alcanzar el 0.6%, resultado más bajo de la serie para el año 2016, a partir de este año el resultado nuevamente se incrementó en 0.6 puntos porcentuales.

En la tabla 27 se observan los resultados del número de muertes fetales para el año 2017, desagregadas por causa básica agregada para el total nacional.

Tabla 27. Mortalidad fetal por causa básica agrupada - año 2017

MORTALIDAD FETAL CON BASE EN LA LISTA 105 COLOMBIA CAUSA BÁSICA AGRUPADA	NÚMERO DE MUERTES FETALES	PROPORCIÓN
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	37.665	84,7
Todas las demás afecciones originadas en el período perinatal	3.106	7,0
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1.215	2,7
Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	989	2,2
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	797	1,8
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	514	1,2
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	77	0,2
Infecciones específicas del período perinatal	72	0,2
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	39	0,1
Sífilis y otras enfermedades venéreas	12	0,0
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	2	0,0
Total muertes fetales 2017	44.488	100,0

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

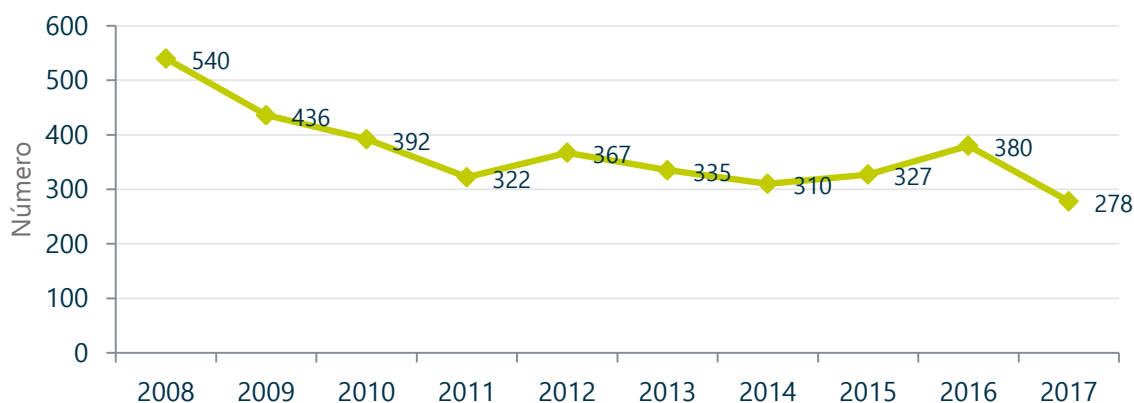
Respecto al retardo del crecimiento fetal, la desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, se registraron en el año 2017 un total de 514 casos, número que representó el 1.2% del total de defunciones fetales en el país.

5.1.3 Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales

A nivel mundial; “la desnutrición contribuye a la muerte de 5,6 millones de niños y niñas menores de cinco; se sabe que es la consecuencia más directa del hambre y tiene efectos negativos en la salud, en la educación y a lo largo del tiempo en la productividad y el crecimiento económico de un país. Aumenta la vulnerabilidad a distintas enfermedades que afectan la sobrevivencia y a su vez, depende de condiciones sociales y económicas determinadas por las inequidades, ejerciendo un efecto negativo principalmente en países de ingresos medios y bajos, en poblaciones rurales, urbano marginales, etnias indígenas y afrodescendientes”⁷⁰

Para el año 2017 se presentaron 278 casos de mortalidad por y asociados a desnutrición para la población entre 0 y 19 años. En la gráfica 64 se representa la evolución en el número de casos de mortalidad para este grupo de edad.

Gráfica 64. Casos de mortalidad por y asociada a desnutrición para la población entre 0 y 19 años. 2008 -2017



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

La tendencia muestra un decrecimiento constante en el periodo considerado, registrándose una disminución de 262 casos entre los años 2008 y 2017.

El número de casos de mortalidad por deficiencias y anemias nutricionales para el periodo 2008 – 2017, distribuidos por Departamento se observan en la tabla 28.

Tabla 28. Casos de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales de 0 a 19 años por Departamento. Periodo 2008 - 2017

DEPARTAMENTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sin departamento	2	6	5	2	1	1	0	1	0	2
Antioquia	47	24	24	20	15	9	21	12	13	10
Atlántico	37	30	27	19	14	18	12	7	8	12
Bogotá, D.C.	16	21	9	5	10	1	2	2	4	1

⁷⁰ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Mortalidad por y asociada a desnutrición, 5.P.2

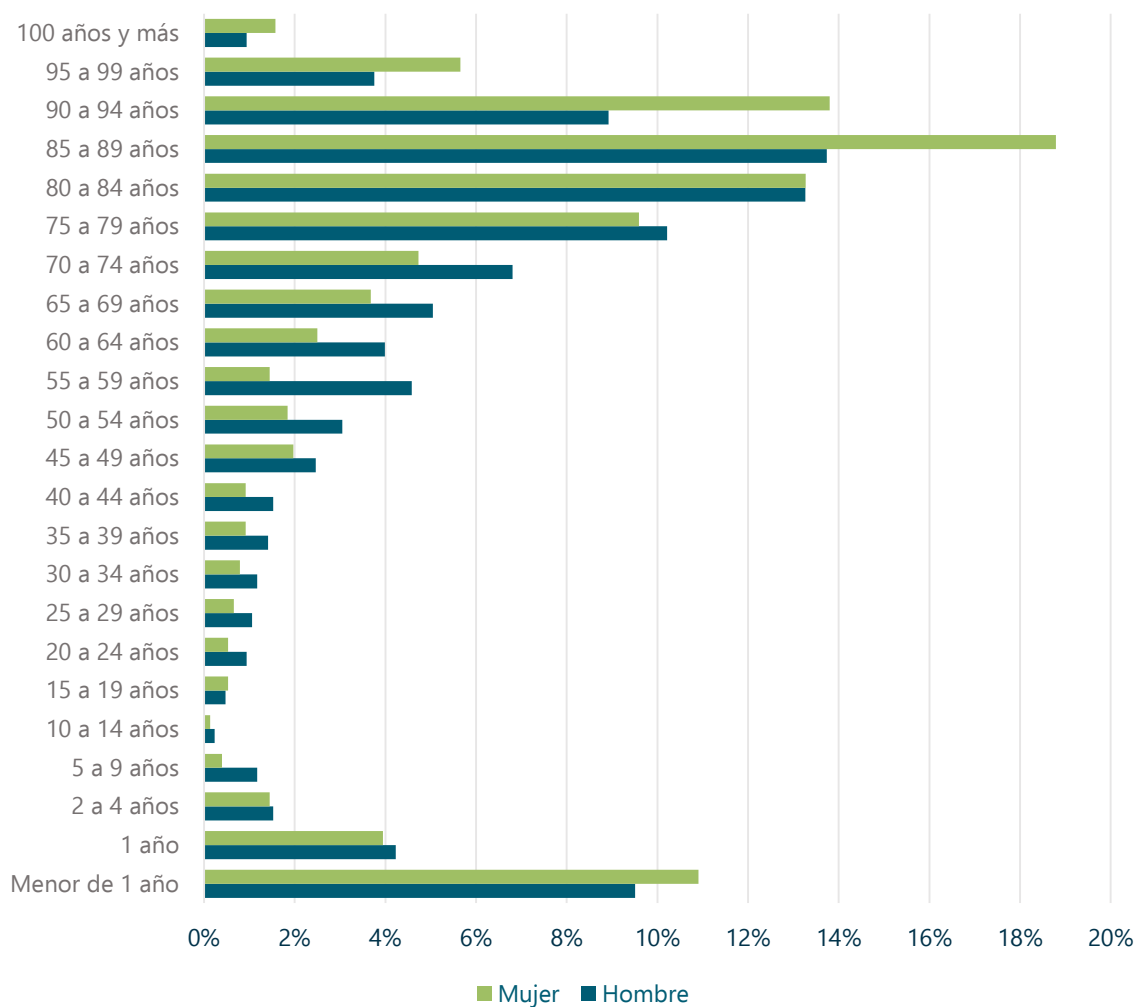
Bolívar	34	34	28	18	39	25	26	16	18	12
Boyacá	9	5	10	6	9	4	3	2	3	5
Caldas	5	2	3	2	3	3	2	1	2	3
Caquetá	18	12	10	11	6	10	5	6	6	5
Cauca	16	8	14	12	12	8	6	7	7	7
Cesar	43	24	21	19	30	14	27	31	45	30
Córdoba	37	27	18	23	20	17	21	19	17	16
Cundinamarca	8	3	3	9	6	3	3	4	2	2
Chocó	13	23	14	12	14	24	13	27	31	18
Huila	6	12	5	4	4	3	1	2	6	3
La Guajira	59	51	41	23	31	42	47	49	85	50
Magdalena	40	33	28	29	19	28	31	28	21	23
Meta	16	9	12	14	15	14	6	10	11	11
Nariño	17	13	20	22	12	13	7	8	7	9
Norte de Santander	10	6	8	7	10	6	4	9	6	9
Quindío	2	5	0	2	0	1	2	0	1	0
Risaralda	7	8	13	5	17	8	8	5	7	6
Santander	15	4	12	9	4	4	3	5	5	3
Sucre	7	6	8	3	14	5	12	7	8	4
Tolima	12	6	10	7	12	5	4	6	9	1
Residencia en el extranjero	1	0	2	1	0	0	1	0	2	7
Valle del Cauca	23	27	14	11	19	30	17	23	14	6
Arauca	1	3	2	1	3	0	2	4	3	2
Casanare	3	1	2	2	1	2	0	1	0	1
Putumayo	2	8	3	4	4	5	8	5	8	2
Archipiélago de San Andrés	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
Amazonas	5	8	2	2	7	5	5	2	2	3
Guainía	5	5	4	7	8	8	2	5	9	2
Guaviare	2	2	0	2	1	3	0	1	1	0
Vaupés	11	2	1	1	2	6	0	2	4	1
Vichada	11	7	18	8	5	9	9	20	15	12
Total	540	436	392	322	367	335	310	327	380	278

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

Durante los 10 años del periodo, los departamentos que registran el mayor número de defunciones por deficiencias y anemias nutricionales son; La Guajira, Magdalena, Bolívar, Cesar, Córdoba y Chocó.

La proporción de muertes por deficiencias y anemias nutricionales, según grupos de edad del fallecido para el año 2017, se representa en la gráfica 65.

Gráfica 65. Proporción de muertes según grupos de edad del fallecido para el año 2017



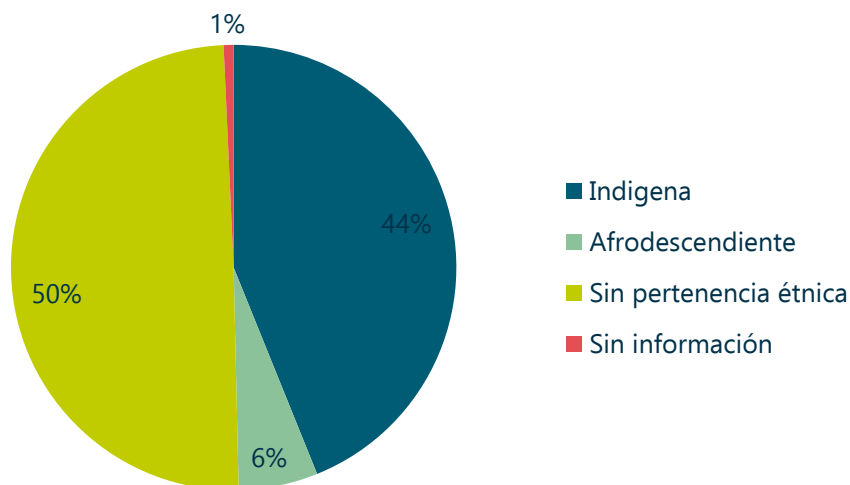
Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

En la gráfica 65 se observa que el mayor número de casos de mortalidad se presenta al inicio y al final del ciclo vital; para el caso de niños y niñas en menores de 2 años y en la población adulta a partir de los 80 años.

Considerando que en los resultados de la ENSIN, respecto a las prevalencias en desnutrición un porcentaje considerable ocurría en niños y niñas indígenas, se presentan en la gráfica 66 los porcentajes totales de mortalidad por desnutrición para el grupo de edad entre 0 y 19 años, de acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía⁷¹, año 2017.

⁷¹ Denominación del metadato en EEVV

Gráfica 66. Proporción de muertes de acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía 2017



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

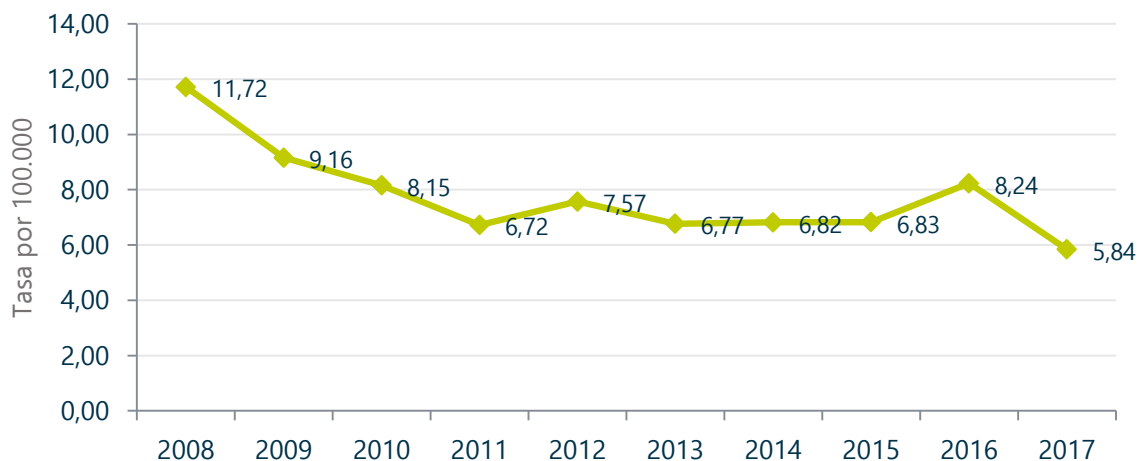
El mayor número de defunciones ocurre para la población menor de 19 años en el grupo sin pertenencia étnica con el 50% de los casos, seguido de los menores de 19 años de los pueblos indígenas con el 44%.

Como se observó inicialmente la desnutrición y la anemia constituyen uno de los factores de riesgo para la sobrevivencia de niños y niñas menores de 5 años; “se calcula que el retardo en el crecimiento, la desnutrición grave y la restricción en el crecimiento intrauterino, conjuntamente, contribuyen por año con 2,2 millones de muertes y 91 millones de años de vida saludables perdidos (AVISA); esto representa un 21% del total en el caso de niños menores de 5 años, además, son responsables del 7% de la carga total de enfermedad a nivel general, lo que sitúa a los problemas nutricionales como factores de riesgo muy importantes y con gran peso como determinantes de la carga total de enfermedad en el ámbito mundial”⁷².

El comportamiento de la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia, para el grupo de edad entre 0 y 5 años, para el periodo 2008 – 2017, se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica 67. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años por 100.000

⁷² Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Mortalidad por y asociada a desnutrición < 5. P 2



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

De los 3.687 casos de mortalidad a causa de deficiencias y anemias nutricionales, registrados en el periodo 2008 a 2017 para el grupo de edad entre 0 y 19 años, 3.347 casos ocurrieron en niños y niñas menores de 5 años (91%).

En la gráfica se aprecia el decrecimiento de la tasa durante el periodo considerado, solo en el año 2016 se registró un incremento de la tasa en 1.41 puntos; para el año 2017 el valor de la tasa disminuyó nuevamente a 5,84, siendo el valor más bajo en los 10 años del periodo.

En Colombia, según estadísticas vitales, 6 de cada 100.000 niños murieron en el año 2017 por causa de deficiencias nutricionales y anemia.

Si consideramos los resultados de las tasas de mortalidad para niños y niñas menores de 5 años por Departamento, la distribución geográfica del riesgo se modifica considerablemente. Las tasas por departamento se presentan en la tabla 29.

Tabla 29. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición por departamentos

DEPARTAMENTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antioquia	8,34	4,46	3,87	3,66	2,49	1,72	3,98	2,26	2,24	1,49
Atlántico	16,5	12,44	12,04	8,37	5,59	6,53	4,2	2,79	3,72	4,65
Bogotá, D.C.	2,71	3,04	1,18	0,84	1,17	0,17	0,33	0,33	0,5	0,16
Bolívar	15,92	14,02	12,11	7,27	16,47	10,66	12,12	6,78	8,22	5,79
Boyacá	6,55	4,17	8,49	2,59	7,04	2,69	2,73	0,92	2,8	3,77
Caldas	4,75	2,39	2,42	2,43	2,45	2,47	2,5	1,26	2,54	2,56
Caquetá	31,31	20,37	18,58	16,77	9,33	16,77	9,28	11,07	9,17	9,13
Cauca	9,13	5,36	9,96	9,21	8,43	4,58	4,54	4,5	4,48	3,71
Cesar	36,72	21,58	18,95	13,56	25,36	11,79	23,56	26,26	37,07	26,19
Córdoba	18,19	15,31	9,61	11,8	10,62	7,23	10,51	9,9	9,29	7,61
Cundinamarca	3,5	0,87	0,86	3,84	1,27	0,84	1,25	1,65	0,41	0,41
Chocó	19,53	30,1	18,11	16,6	19,64	34,8	19,72	38,03	44,25	22,97
Huila	4,44	9,77	1,77	3,55	3,54	0,88	0,88	1,75	5,24	2,61
La Guajira	52,6	44,87	34,91	19,58	24,94	32,55	35,91	36,87	63,24	36,49
Magdalena	27,59	20,62	19,28	19,38	11,53	18,77	22,38	15,87	14,44	15,87

Meta	18,11	10,11	12,29	15,48	16,43	15,19	6,45	7,45	11,6	10,46
Nariño	8,46	5,46	10,96	10,38	6,12	7,34	3,66	4,26	2,42	4,82
Norte de Santander	7,78	2,34	4,7	4,71	7,09	3,94	1,58	4,74	4,74	7,1
Quindío	4,32	8,68	0	4,35	0	2,17	2,18	0	2,17	0
Risaralda	9,06	7,8	9,12	6,53	20,92	7,86	10,5	5,26	9,23	6,6
Santander	7,57	2,34	5,89	4,73	1,19	1,79	1,8	2,41	3,03	1,82
Sucre	7,11	5,94	8,33	2,38	16,65	2,38	14,25	5,93	9,46	4,71
Tolima	7,49	4,54	6,12	3,86	7,77	2,34	2,35	3,93	5,52	0,79
Valle del Cauca	4,99	6,1	3,33	1,94	4,14	6,89	4,4	6,04	3,56	1,37
Arauca	2,94	5,93	5,97	0	6,05	0	6,04	12,02	9,01	6,01
Casanare	5,69	2,84	5,67	5,64	2,8	5,57	0	2,75	0	2,71
Putumayo	5	17,62	5,05	10,14	7,62	12,71	20,31	12,65	20,13	2,5
Archipiélago de San Andrés	0	15,63	15,67	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	48,31	79,14	9,84	19,53	67,99	48,3	38,51	19,18	9,58	19,1
Guainía	100,4	102,6	60,05	138,8	137,5	155,7	38,56	95,64	171,0	37,73
Guaviare	14,92	14,41	0	14,28	7,09	21,13	0	6,94	6,88	0
Vaupés	165,3	33,37	16,77	16,75	33,52	66,87	0	16,69	66,6	16,65
Vichada	133,1	76,67	183,3	84,83	52,14	82,15	91,08	199,1	146,9	115,65

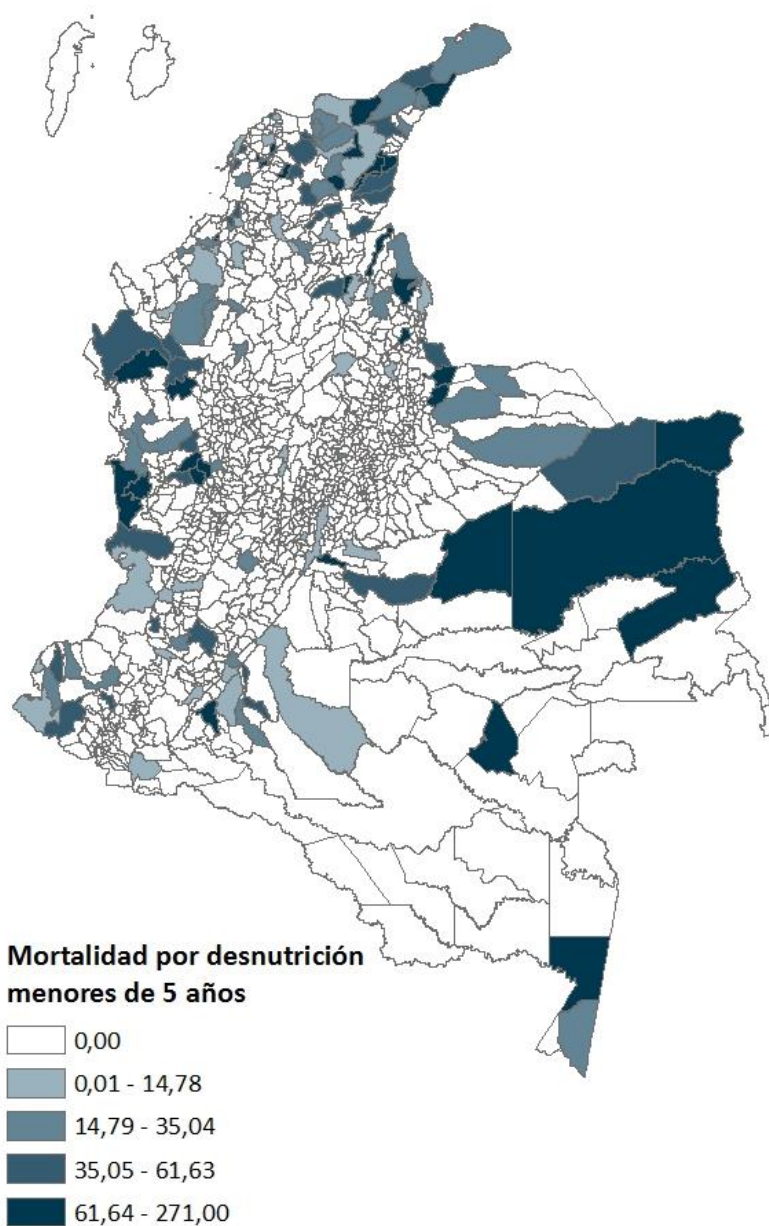
Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

Vichada ocupa el primer lugar con las tasas más altas en todos los años considerados, en segundo lugar se ubica Guainía, y en orden descendente los departamentos de La Guajira, Cesar y Chocó; el mejor comportamiento del indicador se registra en el Departamento de San Andrés y Providencia, en el cual no se registran casos desde 2011.

La distribución municipal de la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia se presenta en el siguiente mapa, a mayor intensidad tonal del color mayor la tasa. Los municipios sin color no registran casos para el año 2017.

Los 5 municipios que presentan las tasas más altas para niños y niñas menores de 5 años en 2017, en orden descendente son; Cubará (Boyacá), Carurú (Vaupés), Zapayán (Magdalena), Pueblo Bello (Cesar) y Frontino (Antioquia).

Mapa 19. Tasa municipal de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. 2017



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

Para el grupo de edad entre 5 y 19 años, se registran en el periodo comprendido entre 2008 y 2017 un total de 340 casos de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia. La evolución de la tasa se observa en la gráfica 68.

Gráfica 68. Tasa de mortalidad por desnutrición entre 5 y 19 años por 100.000



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

El comportamiento de la tasa ha sido fluctuante, se registró el mayor valor en el año 2013 con 0.34 y la mayor disminución en el 2014 con un resultado del 0.12.

Los resultados de las tasas de mortalidad por desnutrición para el grupo de edad entre 5 y 19 años desagregados por departamento, para el periodo 2008 – 2017, se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 30. Tasa de mortalidad por desnutrición entre 5 y 19 años por 100.000

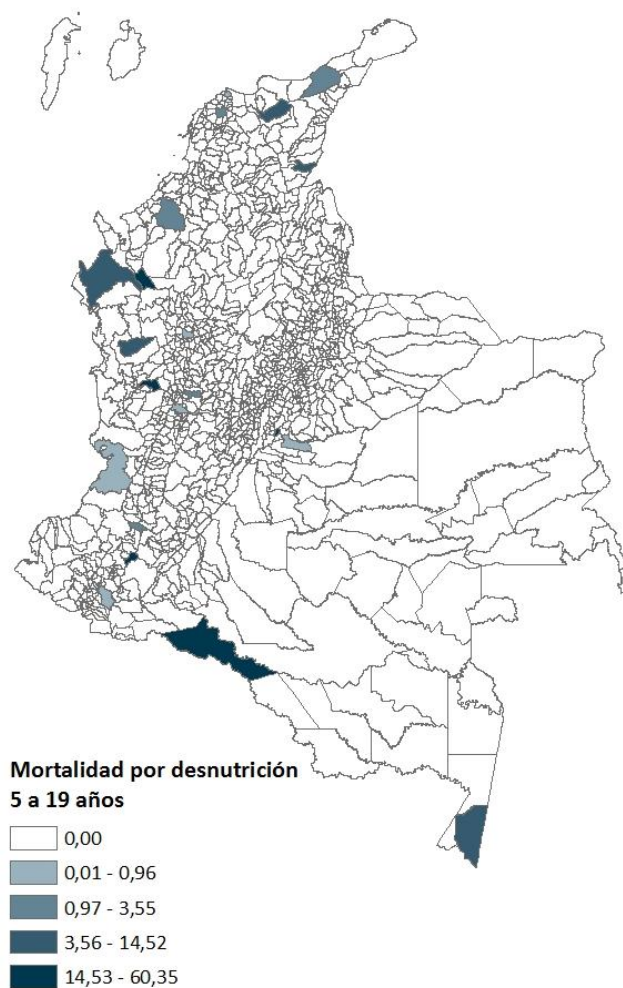
DEPARTAMENTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antioquia	0,24	0,06	0,24	0,06	0,12	0,00	0,00	0,00	0,06	0,13
Atlántico	0,15	0,46	0,15	0,15	0,31	0,61	0,46	0,15	0,00	0,31
Bogotá, D.C.	0,00	0,16	0,11	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00
Bolívar	0,16	0,81	0,49	0,49	0,81	0,49	0,16	0,33	0,16	0,00
Boyacá	0,26	0,00	0,00	0,81	0,27	0,28	0,00	0,28	0,00	0,29
Caldas	0,37	0,00	0,39	0,00	0,40	0,40	0,00	0,00	0,00	0,42
Caquetá	0,67	0,66	0,00	1,31	0,65	0,65	0,00	0,00	0,65	0,00
Cauca	0,96	0,24	0,24	0,00	0,25	0,50	0,00	0,25	0,26	0,52
Cesar	0,62	0,00	0,00	1,23	0,62	0,31	0,31	0,62	1,24	0,31
Córdoba	1,00	0,00	0,20	0,40	0,20	0,79	0,39	0,20	0,00	0,39
Cundinamarca	0,00	0,14	0,14	0,00	0,42	0,14	0,00	0,00	0,14	0,14
Chocó	0,00	1,66	1,11	0,56	0,56	0,56	0,00	1,12	1,12	1,68
Huila	0,29	0,29	0,87	0,00	0,00	0,59	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0,78	0,38	0,37	0,00	0,35	0,68	0,66	0,64	0,93	0,61
Magdalena	0,25	1,00	0,25	0,49	0,74	0,49	0,00	1,47	0,25	0,25
Meta	0,00	0,00	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	1,11	0,00	0,36
Nariño	0,61	0,81	0,40	1,01	0,40	0,20	0,20	0,20	0,61	0,20
Norte de Santander	0,00	0,74	0,50	0,25	0,25	0,25	0,51	0,77	0,00	0,00
Quindío	0,00	0,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,72	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0,00	0,80	2,43	0,00	0,41	0,84	0,00	0,43	0,00	0,44
Santander	0,35	0,00	0,36	0,18	0,37	0,19	0,00	0,19	0,00	0,00
Sucre	0,38	0,38	0,39	0,39	0,00	1,18	0,00	0,80	0,00	0,00
Tolima	0,48	0,00	0,49	0,49	0,50	0,50	0,26	0,26	0,52	0,00
Valle del Cauca	0,42	0,43	0,17	0,35	0,35	0,44	0,09	0,09	0,09	0,09
Arauca	0,00	1,16	0,00	1,13	1,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Casanare	0,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0,00	0,87	0,87	0,00	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88
Archipiélago de San Andrés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,10	0,00	0,00	0,00	0,00

Amazonas	0,00	0,00	3,66	0,00	0,00	0,00	3,66	0,00	3,65	3,65
Guainía	0,00	0,00	6,80	0,00	6,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vaupés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,92	0,00	6,45	0,00	0,00
Vichada	0,00	0,00	4,10	0,00	0,00	3,91	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,29	0,33	0,33	0,26	0,32	0,34	0,12	0,25	0,18	0,19

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

La representación geográfica de las tasas de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia para el grupo de edad entre 5 y 19 años se observa en el siguiente mapa.

Mapa 20. Tasa de mortalidad por desnutrición entre 5 y 19 años



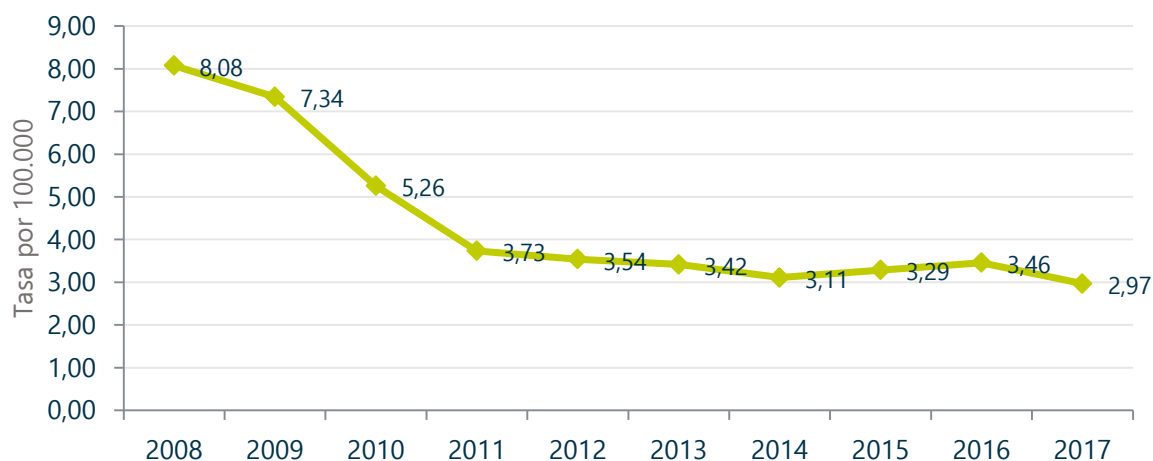
Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

En Colombia, respecto a la mortalidad por causa de enfermedades infecciosas intestinales en niños y niñas menores de 19 años, entre 2008 y 2017, se registraron un total de 2.128 casos, de éstas 1.899 ocurrieron en niños y niñas menores de 5 años lo que representa el 89% de ese total. Según la OMS, casi un tercio (30%) de todas las muertes por enfermedades de transmisión

alimentaria se producen en niños menores de 5 años, pese a que los niños de esa edad representan solo 9% de la población mundial.

La evolución de la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales para menores de 5 años se presenta en la gráfica 69. La tasa muestra una clara tendencia al descenso sin embargo para el año 2017, 3 de cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años murieron por esta causa.

Gráfica 69. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales menores de 5 años por 100.000



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

Los resultados por departamento de las tasas de mortalidad a causa de enfermedades infecciosas intestinales en menores de 5 años para el periodo 2008 – 2017, se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 31. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales menores de 5 años por departamento

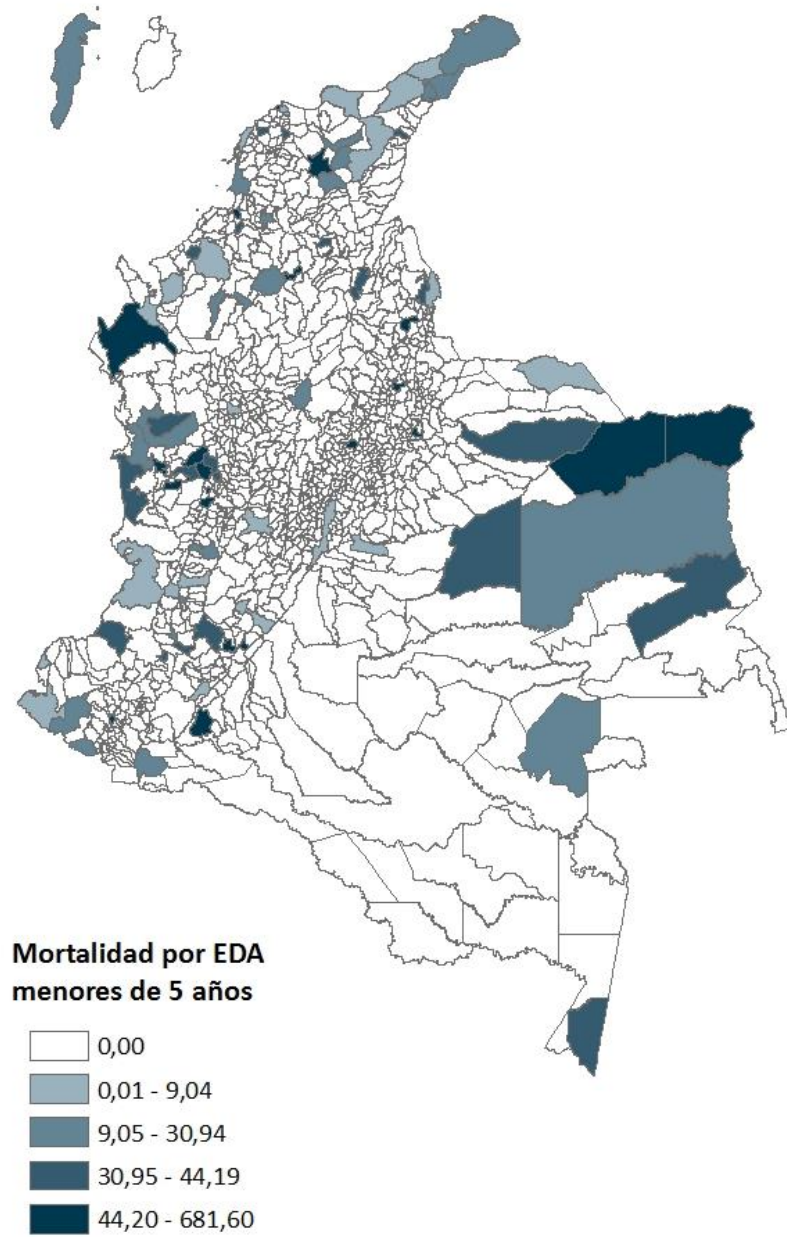
DEPARTAMENTO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antioquia	8,0	7,2	3,3	2,9	2,5	2,1	2,3	2,4	3,0	0,7
Atlántico	7,33	5,53	2,78	1,39	3,26	2,33	2,80	1,40	3,26	3,72
Bogotá, D.C.	2,20	1,86	1,35	1,51	1,67	1,00	1,83	0,99	0,66	0,66
Bolívar	10,13	8,70	6,78	4,84	2,42	6,79	3,88	4,84	4,83	0,96
Boyacá	5,73	3,34	0,85	0,86	2,64	0,00	2,73	2,76	0,00	1,89
Caldas	5,93	7,18	2,42	1,22	2,45	0,00	0,00	2,52	0,00	0,00
Caquetá	25,79	11,11	13,01	9,32	7,46	9,31	1,86	1,84	3,67	1,83
Cauca	13,69	21,43	10,73	10,75	5,36	6,10	3,03	6,76	2,24	5,19
Cesar	19,71	16,19	9,02	7,23	10,87	3,63	6,34	5,43	3,62	6,32
Córdoba	6,25	8,51	2,83	1,69	2,80	6,12	3,87	3,85	3,28	3,26
Cundinamarca	1,75	2,17	1,29	0,85	0,00	1,68	1,25	0,83	0,00	0,00
Chocó	13,52	27,09	27,17	6,04	4,53	10,59	28,82	30,42	24,41	26,03
Huila	9,76	5,33	2,66	3,55	5,31	5,29	2,64	5,26	1,75	4,35
La Guajira	20,30	25,13	11,35	8,51	9,15	8,14	3,19	3,14	17,74	9,88
Magdalena	15,56	14,22	7,85	3,59	7,20	5,05	5,05	7,93	4,33	4,33
Meta	12,45	10,11	1,12	11,06	5,48	2,17	2,15	2,13	0,00	2,09
Nariño	10,27	6,07	6,70	4,88	1,22	1,83	3,66	1,22	1,21	3,62

Norte de Santander	10,11	4,69	7,83	1,57	3,94	1,58	3,16	2,37	2,37	2,37
Quindío	2,16	2,17	2,17	2,17	0,00	0,00	0,00	2,17	0,00	0,00
Risaralda	20,71	19,49	6,52	5,22	7,84	10,48	9,19	3,95	9,23	11,89
Santander	5,24	2,34	4,72	1,77	2,97	1,19	0,60	1,81	2,42	0,61
Sucre	0,00	3,57	2,38	1,19	7,14	7,13	1,19	3,56	7,09	4,71
Tolima	3,00	5,30	6,12	3,09	4,66	3,12	0,00	1,57	0,79	1,58
Valle del Cauca	4,71	3,61	4,44	3,04	3,04	2,21	1,38	1,92	2,47	1,91
Arauca	11,75	2,96	2,98	6,02	3,03	6,06	3,02	6,01	9,01	3,00
Casanare	11,38	0,00	0,00	2,82	2,80	5,57	8,30	2,75	2,73	2,71
Putumayo	12,50	7,55	5,05	7,61	2,54	7,63	10,16	2,53	10,06	5,00
Archipiélago de San Andrés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,7	15,6	0,00	0,00	15,60
Amazonas	19,33	9,89	39,34	19,53	19,43	19,32	19,25	19,18	9,58	19,10
Guainía	40,18	41,05	60,05	19,84	0,00	0,00	19,28	19,13	76,03	18,86
Guaviare	0,00	7,21	7,18	7,14	0,00	0,00	6,99	0,00	0,00	0,00
Vaupés	30,06	33,37	234,78	100,50	33,52	33,43	0,00	16,69	16,65	16,65
Vichada	12,11	43,81	21,57	31,81	0,00	20,54	0,00	29,87	19,59	28,91
Total	8,08	7,34	5,26	3,73	3,54	3,42	3,11	3,29	3,46	2,97

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

Por departamentos las tasas que presentan los resultados más desfavorables en un periodo de 10 años son; Chocó, Guainía, Amazonas, Vaupés y Vichada. Las tasas municipales de mortalidad se representan geográficamente en el siguiente mapa.

Mapa 21. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales menores de 5 años



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

6 Cruce de variables

Con el fin de determinar los territorios objeto de intervención, se realizó el cruce de resultados de las principales variables definidas en la línea base, relacionadas con la situación nutricional y de seguridad alimentaria de la niñez en Colombia y con los indicadores marcadores de las capacidades institucionales de las entidades territoriales.

Para la priorización departamental y municipal se consideraron indicadores incluidos en las operaciones estadísticas documentadas en el país, con el fin de permitir el seguimiento y evaluación periódicos.

La priorización utilizó indicadores de dos dimensiones; (i) indicadores asociados con el nivel de desarrollo institucional (índice de desempeño fiscal), pobreza, acceso a servicios públicos e índice de calidad del agua, y (ii) concentración de población menor de 18 años, bajo peso al nacer, mortalidad por desnutrición y mortalidad por infecciones intestinales e indicadores antropométricos de la situación nutricional (carencia y exceso).

Para la agregación de variables en cada una de las 2 dimensiones consideradas, se utilizó la misma ponderación para los datos normalizados, con el propósito de evitar la congregación de variables de unidades de medida distintas y la aparición de fenómenos dependientes de la escala. Los resultados corresponden a 3 indicadores compuestos para el nivel departamental y dos para el nivel municipal, medidas que permiten establecer el ranking en los dos niveles territoriales. La medida va de 0 a 1, los valores más cercanos a 1 representan un valor más desfavorable.

En la tabla 32 se presentan los indicadores utilizados para determinar la priorización departamental y en la tabla 33 los indicadores considerados para la priorización municipal.

Tabla 32. Indicadores de priorización departamental

INDICADOR	FUENTE
Índice de desempeño Fiscal	DDDR-DNP, 2017
Categoría del Departamento 2017	DDDR-DNP, 2017
Proporción población menor de 18 años año 2018	DANE, Proyecciones de Población 2018
Número personas menores de 18 años año 2018	DANE, Proyecciones de Población 2018
Pobreza monetaria 2018	DANE, GEIH 2018
Pobreza extrema 2018	DANE, GEIH 2018
Índice de pobreza multidimensional IPM año 2018	DANE, ECV 2018
Retraso en talla niños y niñas entre 0 y 4 años	ENSIN 2015
Retraso en talla en niños y niñas entre 5 y 12 años	ENSIN 2015
Delgadez niños y niñas entre 5 y 12 años	ENSIN 2015
Retraso en talla adolescentes entre 13 y 17 años	ENSIN 2015
Delgadez, adolescentes entre 13 y 17 años	ENSIN 2015
Porcentaje de Bajo peso al nacer	DANE, EEVV 2017
Porcentaje de mortalidad fetal por desnutrición	DANE, EEVV 2017
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	DANE, EEVV 2017
Tasa de mortalidad por desnutrición entre 5 y 19 años	DANE, EEVV 2017
Tasa de mortalidad por Infección intestinal menores de 5	DANE, EEVV 2017

años	
------	--

Fuente: cruce de variables

Tabla 33. Indicadores de priorización municipal

INDICADOR	FUENTE
Índice de desempeño Fiscal	DDDR-DNP, 2017
Índice de riesgo de la calidad del agua	Instituto Nacional de Salud, 2016
Cobertura de acueducto	DNP a partir de la información de SSPD – UPME, 2016
Cobertura de alcantarillado	DNP a partir de la información de SSPD – UPME, 2016
Proporción población menor de 18 años año 2018	DANE, Proyecciones de Población 2018
Índice de pobreza multidimensional IPM	DNP – SPSCV , 2010
Porcentaje de Bajo peso al nacer	DANE, EEVV 2017
Porcentaje de mortalidad Fetal por desnutrición	DANE, EEVV 2017
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años 2017	DANE, EEVV 2017
Tasa de mortalidad por desnutrición entre 5 y 19 años	DANE, EEVV 2017
Tasa de mortalidad por Infección intestinal menores de 5 años	DANE, EEVV 2017

Fuente: cruce de variables

7 Conclusiones

En el Informe de la nutrición mundial - 2018, se plantea; “La carga de malnutrición en el mundo sigue siendo extremadamente elevada y los avances, inaceptablemente lentos. La malnutrición es la principal causa de mala salud. Los niños menores de 5 años se enfrentan a diversas cargas: 150,8 millones sufren retraso del crecimiento, 50,5 millones padecen emaciación y 38,3 millones tienen sobrepeso. Al mismo tiempo, cada año 20 millones de bebés registran un peso bajo al nacer. El sobrepeso y la obesidad entre los adultos alcanzan niveles récords desde África hasta América del Norte —el 38,9% son obesos o tienen sobrepeso—, y están aumentando entre adolescentes. La carga de ciertas formas de malnutrición es más elevada en las mujeres que en los hombres: un tercio de las mujeres en edad reproductiva tienen anemia, y en ellas la prevalencia de la obesidad es superior a la de los hombres. Aún son millones las mujeres que presentan un peso inferior al normal.”⁷³

Los Países Miembros de la Organización Mundial de la Salud adoptaron metas globales para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño y se comprometieron con la monitorización de los avances. Las metas son vitales para identificar áreas prioritarias y propiciar los cambios a nivel mundial. Las metas adoptadas y los resultados en Colombia a 2015, se observan en la tabla ³⁵.

⁷³ Informe de la Nutrición Mundial 2018. Arrojar luz sobre la nutrición para inspirar nuevas iniciativas. Resumen 2018. Recuperado de: <https://scalingupnutrition.org/es/news/el-informe-de-la-nutricion-mundial-2018-arrojar-luz-sobre-la-nutricion-para-inspirar-nuevas-iniciativas/>

Tabla 34. Metas globales OMS y resultado nacional 2015

METAS GLOBALES 2025 PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN MATERNA, DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO	PORCENTAJE DE PERSONAS EN COLOMBIA AFECTADAS POR LA PROBLEMÁTICA SEGÚN ENSIN 2015
Reducir 40% el retraso en el crecimiento (talla baja para la edad) en los niños menores de cinco años	10.8%
Reducir 50% la anemia en mujeres en edad reproductiva	15.5%
Reducir 30% el bajo peso al nacer	9%
No aumento del sobrepeso en niños	5.2%
Aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta al menos 50%	36.1%
Reducir y mantener por debajo de 5% la emaciación (bajo peso para la talla) en niños	1.6%

Fuente: Informe de la nutrición mundial 2018. ENSIN 2015

En el informe se señalan como medidas urgentes y esenciales a adoptar por todos los países comprometidos:

- Eliminar los compartimentos estancos y elaborar programas integrales
- Dar prioridad a los datos necesarios y la capacidad para emplearlos e invertir en ellos
- Ampliar y diversificar la financiación destinada a la nutrición
- A fin de fomentar la mejora de la nutrición en todo el mundo, hacer hincapié en la alimentación saludable
- Mejorar las metas y los compromisos que impulsan a las partes interesadas

Los principales resultados para Colombia, desagregados por dimensiones de análisis, se presentan a continuación.

7.1 Territorio y población

- En Colombia habitan 15.464.633 niños, niñas y adolescentes. 3 de cada diez personas tienen menos de 18 años.
- La mayor proporción de niños y niñas se concentra en la Orinoquía - Amazonía, Chocó y La Guajira, con porcentajes que superan el 40% del total de su población.
- Colombia se encuentra inmersa en un proceso de transición demográfica. Entre 2005 y 2020, por cada 1.000 habitantes el tamaño de la población disminuyó en 10 personas, se presentó una disminución de 11 nacimientos y la mortalidad en una persona.
- En Colombia el número de hogares asciende a 15.493.000, el número promedio de personas por hogar es 3.2 personas.
- De cada 100 hogares en Colombia, 78 se encuentran en las áreas urbanas.

- De cada 10 jefes de hogar, 6 son hombres y 4 son mujeres.
- El 97% de los hogares urbanos y el 51% de los hogares rurales cuentan con servicio de acueducto. El 92% de los hogares urbanos y el 13% de los rurales cuentan con alcantarillado.

7.2 Disponibilidad y acceso a los alimentos

- En Colombia la producción agrícola nacional creció en un 27%, entre 2007 y 2018.
- Colombia es uno de los pocos países con gran potencial de expandir su área agrícola sin afectar el área de bosques naturales, es el cuarto país de América Latina con más tierras disponibles para producción agrícola, es el tercer país con mayores recursos de agua y diversidad climática, y es el tercero de Latinoamérica con mayores tasas de precipitación anual.
- En 2019, los alimentos y bebidas no alcohólicas ocupan el segundo lugar (15.05%) en la división de gasto de la canasta básica familiar, en Colombia el primer lugar corresponde a los servicios de Alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles (33,12%).
- Pobreza por ingresos: los ingresos del 27% de la población colombiana (13.073.000 personas) no le alcanzan para comprar la canasta básica de bienes alimentarios y no alimentarios y al 7.2% (3.508.000 personas) no le alcanza para acceder a una canasta mínima de alimentos. Chocó (61,1% y 34.5%), La Guajira (53.7% y 26.7%) y Cauca (50.5% y 22.9%) ocupan los 3 primeros lugares en población bajo línea de pobreza y pobreza extrema.
- Pobreza multidimensional: El 19.6% (9.693.000 personas) de la población en Colombia se clasifica en pobreza multidimensional, 13.8% (5.312.0000 personas) en cabeceras y 39.9% (4.381.000 personas) en el área rural.
- Los departamentos que registran los mayores porcentajes de población en pobreza multidimensional, para el año 2018, son; Guainía (65%), Vaupés (59.4%), Vichada (55%), La Guajira (51.4%) y Chocó (45.1%).
- La diferencia del promedio de años de educación entre hombres y mujeres del área rural y urbana es de 3 años. Tanto hombres como mujeres del quintil más alto de riqueza duplican el número de años de estudio de mujeres y hombres del quintil más bajo.

7.3 Seguridad alimentaria y prácticas de alimentación

- El 54.2% de los hogares en Colombia presenta inseguridad alimentaria. 1 de cada 2 hogares es inseguro alimentariamente.
- Los hogares con mayores porcentajes de inseguridad alimentaria se caracterizan por tener jefatura femenina, residir en lo rural, por tener índice de riqueza más bajo, con número de integrantes mayor a 7, con menor nivel de escolaridad y que se autoreconocen como indígenas y afrodescendientes.
- Del total de departamentos, 12 presentan inseguridad alimentaria en el hogar superior al 60%. Con mayores porcentajes; Chocó (76.8%), Sucre (73,9%), Vichada (70,1%), La Guajira (69,3%) y Putumayo (68,7%).
- La prevalencia nacional de autoconsumo alcanzó un 15,9%. El 51.6% de los hogares realizaron alguna estrategia de afrontamiento de la inseguridad alimentaria, el 8.6% tuvieron que enviar algún niño o niña con los vecinos o familiares por falta de alimento.
- Sólo el 36,1 % de los niños y niñas menores de seis meses recibieron como único alimento leche materna.
- Los menores de 18 años presentan mayor prevalencia y frecuencia en el consumo de arroz y pasta, seguido del grupo de tubérculos. Los adolescentes consumen la mayor cantidad promedio día en gramos de arroz (133gr). El arroz ocupa el primer lugar entre los 40 alimentos de mayor consumo entre los niños y niñas menores de 18 años, en el país.
- El consumo de frutas enteras supera aproximadamente en dos veces el consumo de verduras a la semana. Las frutas más consumidas en Colombia son el banano y el mango.
- La leche líquida ocupa el 7 lugar entre los productos más consumidos para los niños y niñas pequeños, el 8 lugar entre niños y niñas de 5 a 12 años y el 9 en adolescentes.
- La proteína de mayor consumo entre menores de 18 años es el huevo, superando el 95% para los tres grupos de edad, el segundo lugar lo ocupan los granos secos (porcentajes entre 94% y 95%) en tercer lugar el pollo.
- El consumo de azúcar, panela o miel alcanzó una prevalencia superior al 90% entre los menores de 18 años, las golosinas o dulces el segundo lugar (80% y el 90%), las gaseosas, té y refrescos no light se sitúan entre el 75% y 86%. Los adolescentes ocupan el primer lugar en el consumo de estas bebidas con un 85.4%, las bebidas carbonatadas ocupan el 8 lugar entre los alimentos de mayor consumo para esta población.
- Respecto a los alimentos de paquete para niños y adolescentes, los porcentajes oscilan entre el 80% y el 83%; los alimentos fritos son los de mayor consumo y su prevalencia supera el 90%, en todos los casos.

- Los niños, niñas y adolescentes dedican mayor tiempo frente a pantallas (61.9%, 67.6% y 76.6%) que a la actividad física (25.6%, 31.1% y 13.4%), conforme aumenta la edad se incrementa el tiempo dedicado a ver televisión o frente a otros dispositivos.
- Bogotá es la ciudad donde se registra el mayor número de personas menores de 18 años y adolescentes, que pasan tiempo excesivo frente a pantallas (83.8%).

7.4 Situación nutricional de la primera infancia

- En 2017, 6 de cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años murieron a causa de deficiencias y anemias nutricionales (tasa nacional 5.84 por 100.000). Con peores resultados en; Vichada (115.65), Guainía (37.73), La Guajira (36.49), Cesar (26.19) y Chocó (22.97).
- En 2017, 3 de cada 100.000 niños y niñas menores de 5 años murieron a causa de enfermedades infecciosas intestinales. (tasa nacional 2.97 por 100.000), con peores resultados en Vichada (28.91), Chocó (26.03), Amazonas (19.10), Guainía (18.86) y Vaupés (16.65).
- Entre 2008 y 2017 se registraron un total de 3.347 defunciones debido a deficiencias nutricionales y anemia.
- El 9% del total de nacimientos ocurridos en 2017 registraron bajo peso al nacer.
- La prevalencia de anemia para niños y niñas de 1 a 4 años es de 24.7%. con resultados más altos en; Orinoquía – Amazonia (33.1%), en hogares con el índice más bajo de riqueza (26.8%), en el área rural (26.1%) y en el grupo étnico indígena (34%).
- El retraso en talla o desnutrición crónica presentó la mayor prevalencia (10.8%) seguido del bajo peso para la edad (desnutrición global) (3.1%), y el bajo peso para la estatura (desnutrición aguda) alcanzó el 1.6%.
- Los niños y niñas de hogares, con el índice de riqueza más bajo y que habitan en zonas rurales alcanzan los porcentajes más altos en los tres tipos de desnutrición, el mayor resultado se mantiene en el retraso en talla, y triplica el resultado nacional en niños y niñas de etnia indígena (29.6%).
- El retraso en talla alcanza los mayores valores en niños y niñas con menor edad gestacional al nacer (< 37 semanas) en un 13.6%, con bajo peso al nacer (15.8%), en niños y niñas con intervalo intergenésico <24 meses (21.6%), con orden de nacimiento de seis o más (25.9%) y cuando la madre es menor de 19 años.

- El exceso de peso a nivel nacional para el grupo de edad entre 0 y 4 años alcanzó una prevalencia de 6.4%, esto es, de cada 100 niños menores de 5 años, 6 presentan exceso de peso, de éstos el 1.1% presentan obesidad.
- El sobrepeso es mayor en niños y niñas que provienen de hogares en los que no se reconoce pertenencia étnica (5.3%), del índice de riqueza más alto (7.2%) y de sexo masculino (5.8%).
- La obesidad presenta una mayor prevalencia, en los niños y niñas de hogares afrodescendientes (1.3%) y sin pertenencia étnica (1.2%), de los índices de riqueza medio (1.4%) y alto (1.3%) y de sexo masculino (1.7%).

7.5 Situación nutricional de niñez y adolescencia

- De cada 100 niños y niñas entre 5 y 12 años, 7 presentan retraso en talla y 2 de cada 100 registran delgadez.
- De cada 100 adolescentes entre 13 y 17 años, 10 presentan retraso en talla y 3 de cada 100 registran delgadez.
- En todas las regiones la prevalencia de retraso en talla es mayor en adolescentes, con mayores porcentajes en las regiones; Pacífica (11.3%), Atlántica (10.4%) y Oriental (9.4%) y para el grupo de edad entre 5 y 12 años en las regiones Atlántica (9.4%) y en Bogotá (7%).
- La prevalencia de delgadez es mayor en la región Atlántica con 2.5% para niños y niñas entre 5 y 12 años y 4.2% en adolescentes. Para niños y niñas entre 5 y 12 años, el segundo valor se registra en Bogotá con 1.8% y el tercero en las regiones Pacífica y Oriental (1.4%). Para el grupo de adolescentes las mayores prevalencias se registran en las regiones oriental con 2.4% y en la Central con un valor de 2%.
- El retraso en talla para el grupo de edad entre niños y niñas de 5 a 12 años, alcanza el mayor porcentaje en niños y niñas con pertenencia étnica indígena (29.5%), con índice de riqueza más bajo (11.2%), entre los que habitan en las áreas rurales (12%) y entre los niños de sexo masculino (8%).
- El mayor retraso en talla para los adolescentes se registra en; pertenencia étnica indígena (36.6%), del índice de riqueza más bajo (14.9%), entre los que habitan en la zona rural (15.7%), y entre los adolescentes de sexo masculino (10.6%).
- El exceso de peso es mayor en todas las regiones, a excepción de la Orinoquía – Amazonía, en los niños y niñas entre 5 y 12 años (24.4%) que entre adolescentes (17.9%).

- Los resultados más altos en exceso de peso para niños y niñas (5 a 12 años) se registran en Bogotá (27.7%), en la región Central (27.3%) y en la Pacífica (26.7%). En el grupo de adolescentes los mayores resultados se registran en Orinoquía – Amazonía con una prevalencia de 25.3%, en la región Central (20.4%) y en la Pacífica (18.9%).
- Para niños y niñas entre 5 y 17 años el mayor valor en obesidad, se registra en Bogotá con 9.3%, seguido de la región Central (9.2%) y la Pacífica (8.4%). El grupo de adolescentes presenta la mayor prevalencia en la Orinoquía – Amazonía (7%), en la región Central (5.7%) y en la Atlántica (3.8%).
- En todas las regiones, la deficiencia de vitamina D es mayor. Bogotá ocupa el primer lugar con 43%, la región Oriental con 26.6% y en tercer lugar la región Pacífica con 20.7%. La deficiencia de hierro se sitúa en el segundo lugar, su mayor prevalencia se registra en la región Atlántica (12.4), seguido de Orinoquía – Amazonía (11.5%) y en tercer lugar se sitúa la región Pacífica (9.2%).

Lista de tablas

Tabla 1. Hitos de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia.....	8
Tabla 2. Dimensiones, ejes y variables de la PSAN	10
Tabla 3. Estrategias y Líneas de la PSAN.....	11
Tabla 4. Estrategias de seguridad alimentaria y nutricional - Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022.....	14
Tabla 5. Indicadores SAN de resultado. Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022	16
Tabla 6. Variación Indicadores Demográficos Colombia. 1985 - 2020.....	18
Tabla 7. Datos de las áreas para la producción agrícola, ganadera y de explotación de recursos naturales 2016	29
Tabla 8. Composición de la canasta familiar según divisiones de gasto – Total nacional 2019	32
Tabla 9. Promedio de ingreso, Línea de pobreza y línea de pobreza extrema 2018	37
Tabla 10. Hogares por opinión de jefe(a) o de cónyuge respecto a si se considera pobre (%). Total nacional y área 2018.....	38
Tabla 11. Dimensiones y variables del IPM Colombia.....	39
Tabla 12. Índice de Pobreza Multidimensional – departamentos 2018.....	45
Tabla 13. Porcentaje de hogares que enfrentan privación por indicador. 2010 - 2018	45
Tabla 14. Promedio de años de educación de la población de seis años y más por características seleccionadas, Colombia 2015	50
Tabla 15. Viviendas, hogares y personas (miles). Total nacional y área 2018	54
Tabla 16. Hogares (en miles) según tipo de hogar y lugar de residencia (%). Total nacional y área 2016.....	54
Tabla 17. Hogares (en miles) por jefatura (masculina o femenina) sin cónyuge y con hijos menores de 18 años (%). Total nacional y área 2018	56
Tabla 18. Hogares por acceso a servicios públicos (miles). Total nacional y área 2018	57
Tabla 19. Puntos de corte para el procesamiento del indicador prevalencia seguridad/inseguridad alimentaria en el hogar	62
Tabla 20. Seguridad alimentaria en el Hogar ENSIN 2015 por Departamento	66
Tabla 21. Actividad física y tiempo excesivo frente a pantallas por regiones	90
Tabla 22. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte.	105
Tabla 23. Participación departamental de nacimientos entre 2008 y 2017	123
Tabla 24. Porcentajes de bajo peso al nacer por departamentos. Periodo 2008 - 2017.....	126
Tabla 25. Nacimientos por peso al nacer y tiempo de gestación 2017.....	127
Tabla 26. Proporción de muertes fetales por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	129
Tabla 27. Mortalidad fetal por causa básica agrupada - año 2017	131
Tabla 28. Casos de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales de 0 a 19 años por Departamento. Periodo 2008 - 2017	132
Tabla 29. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición por departamentos	136
Tabla 30. Tasa de mortalidad por desnutrición entre 5 y 19 años por 100.000.....	139
Tabla 31. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales menores de 5 años por departamento	141
Tabla 32. Indicadores de priorización departamental	144

Tabla 33. Indicadores de priorización municipal	145
Tabla 34. Metas globales OMS y resultado nacional 2015	146

Listado de gráficas

Gráfica 1 . Distribución de la población por grandes grupos de edad. 1964 – 2018 pr.	19
Gráfica 2.Estructura de la población por grupos quinquenales de edad y sexo, 1964 – 2018 preliminar	20
Gráfica 3.Comparativo entre proyección de población 2018 y datos censales 2018 en la estructura de la población por grupos quinquenales de edad y sexo.....	21
Gráfica 4. Proporción de niños y niñas por Departamento – 2018	24
Gráfica 5.Distribución de la población.....	26
Gráfica 6. Producción agrícola nacional. Periodo 2007 – 2018.....	28
Gráfica 7.Proporción de área en bosques naturales, agropecuaria, no agropecuaria y otros usos en el área rural dispersa. Total nacional.....	29
Gráfica 8.Incidencia de la pobreza monetaria en Colombia. Periodo 2008 -2018. Total nacional y áreas.....	34
Gráfica 9. Incidencia pobreza monetaria por departamentos 2018	35
Gráfica 10. Incidencia pobreza monetaria extrema-periodo 2008-2018. Total nacional y áreas	36
Gráfica 11. Incidencia pobreza monetaria extrema por departamentos 2018	36
Gráfica 12.Tendencia Índice de Pobreza Multidimensional periodo 2010 – 2018 Colombia	42
Gráfica 13. Coeficiente de Gini – Colombia 2008 -2018.....	47
Gráfica 14. Coeficiente de Gini departamentos 2017	48
Gráfica 15. Tasa de desempleo en Colombia. Periodo 2009 - 2018	52
Gráfica 16. Modelo conceptual ENSIN 2015	60
Gráfica 17.Inseguridad alimentaria en el hogar	63
Gráfica 18. Experiencia de autoconsumo por departamento.....	67
Gráfica 19. Prevalencia de hogares que en los últimos 7 días realizaron alguna estrategia de afrontamiento de la inseguridad alimentaria	70
Gráfica 20.Porcentaje de niños y niñas nacidos en los últimos 3 años previos a la encuesta, que recibieron lactancia materna alguna vez de acuerdo al momento de inicio	73
Gráfica 21.Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de edad que reciben lactancia materna exclusiva en Colombia, 1990 a 2015	74
Gráfica 22. Proporción de niños y niñas menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	74
Gráfica 23. Prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño por rango de edad.....	75
Gráfica 24. Prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño por mes de edad	76
Gráfica 25.Lactancia materna total (meses)- Mediana por región	77
Gráfica 26. Lactancia materna total (meses)- Mediana por quintil de riqueza.....	77
Gráfica 27.Lactancia materna total (meses)- Mediana por pertenencia étnica.....	78
Gráfica 28. Prácticas de lactancia materna en Colombia	79
Gráfica 29.Indicadores de alimentación complementaria	80
Gráfica 30.Prevalencia y frecuencia en el consumo de cereales, tubérculos, raíces y plátanos	82
Gráfica 31.Prevalencia y frecuencia en el consumo de verduras y frutas	83
Gráfica 32.Prevalencia y frecuencia en el consumo de leche y productos lácteos.....	84

Gráfica 33. Prevalencia en el consumo de carnes, huevos y leguminosas secas.....	85
Gráfica 34. Frecuencia en el consumo de carnes, huevos y leguminosas secas.....	85
Gráfica 35. Prevalencia y frecuencia en el consumo de grasas.....	86
Gráfica 36. Prevalencia y frecuencia en el consumo de azúcar	87
Gráfica 37. Prevalencia en el consumo de otros consumos no agrupados, de interés para la nutrición pública.....	88
Gráfica 38. Frecuencia en el consumo de otros consumos no agrupados, de interés para la nutrición pública.....	89
Gráfica 39. Actividad física y tiempo excesivo frente a pantallas por grupos de edad.....	90
Gráfica 40. Prevalencia de desnutrición crónica, aguda y global en niños y niñas menores de 5 años, desagregada por regiones	92
Gráfica 41. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste .	95
Gráfica 42. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste .	96
Gráfica 43. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste .	98
Gráfica 44. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años.....	99
Gráfica 45. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste	100
Gráfica 46. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste (hogar).....	101
Gráfica 47. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años por variables de contraste	102
Gráfica 48. Prevalencia de deficiencia de vitaminas y minerales en niños y niñas entre 1 a 4 años	103
Gráfica 49. Prevalencia de desnutrición - retraso en talla, niños y niñas de 5 a 17 por regiones....	105
Gráfica 50. Prevalencia de desnutrición - delgadez en niños y niñas de 5 a 17 por regiones.	106
Gráfica 51. Prevalencia de desnutrición - retraso en talla en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por variables de contraste.....	110
Gráfica 52. Prevalencia de desnutrición - delgadez en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por variables de contraste.....	111
Gráfica 53. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años.....	112
Gráfica 54. Prevalencia de sobrepeso en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años.....	113
Gráfica 55. Prevalencia de obesidad en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por regiones.	114
Gráfica 56. Prevalencia de sobrepeso por variables de contraste en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años.....	114
Gráfica 57. Prevalencia de obesidad por variables de contraste en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años	115
Gráfica 58. Prevalencia de deficiencia de vitaminas y minerales en niños y niñas entre 5 y 12 años por regiones.....	119
Gráfica 59. Prevalencia de deficiencia de vitaminas y minerales en niños y niñas entre 13 y 17 años por regiones.....	120
Gráfica 60: Tendencia de nacimientos ocurridos durante el periodo 2008 a 2017 en Colombia....	123
Gráfica 61. Porcentaje de bajo peso al nacer 2008 – 2017 en Colombia	125
Gráfica 62. Porcentaje de nacimientos según peso en gramos 2017.....	127

Gráfica 63. Proporción de muertes fetales por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	130
Gráfica 64. Casos de mortalidad por y asociada a desnutrición para la población entre 0 y 19 años. 2008 -2017	132
Gráfica 65. Proporción de muertes según grupos de edad del fallecido para el año 2017	134
Gráfica 66. Proporción de muertes de acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido era o se reconocía 2017	135
Gráfica 67. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años por 100.000.....	135
Gráfica 68. Tasa de mortalidad por desnutrición entre 5 y 19 años por 100.000.....	139
Gráfica 69. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales menores de 5 años por 100.000.....	141

Lista de mapas

Mapa 1. Contraste de población de 0 a 17 años, por número absoluto y proporción respecto a población total por Departamento - 2018.....	23
Mapa 2. Contraste de población de 0 a 17 años, por número absoluto y proporción respecto a población total por Municipio – 2018	25
Mapa 3. Porcentajes de población de acuerdo a zona de residencia por departamento – 2018	27
Mapa 4. Proporción de área en bosques naturales, agropecuaria, no agropecuaria y otros usos – área rural dispersa	30
Mapa 5. Índice de pobreza multidimensional por municipio – 2010.....	41
Mapa 6. Índice de pobreza multidimensional por departamento – 2018	43
Mapa 7. Índice de pobreza multidimensional por área de residencia en departamentos – 2018.....	44
Mapa 8. Promedio de años de educación de la población de seis años y más de acuerdo a la variable sexo, Colombia 2015.....	51
Mapa 9. Distribución municipal de índice de riesgo de calidad del agua y de acceso a servicios públicos domiciliarios – 2016	58
Mapa 10. Prevalencia de la inseguridad alimentaria por departamento 2015	64
Mapa 11. Grado de inseguridad alimentaria por departamento. ENSIN 2015.....	65
Mapa 12. Prevalencia del retraso en talla en menores de 5 años por departamento	94
Mapa 13. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 5 a 12 años por departamentos	108
Mapa 14. Prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 13 a 17 años por departamentos	109
Mapa 15. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 5 a 12 años por departamentos	117
Mapa 16. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 13 a 17 años por departamentos	118
Mapa 17. Nacimientos, según departamento de residencia de la madre	124
Mapa 18. Proporción bajo peso por municipio 2017	128
Mapa 19. Tasa municipal de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. 2017	138
Mapa 20. Tasa de mortalidad por desnutrición entre 5 y 19 años.....	140
Mapa 21. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales menores de 5 años.....	143