

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS AL RETRASO EN TALLA EN NIÑOS
Y NIÑAS MIGRANTES MENORES DE 5 AÑOS BENEFICIARIOS DE LA ONG ACCIÓN
CONTRA EL HAMBRE, NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA**

Astrid Milena Sanabria Vargas

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE INGENIERÍAS Y ARQUITECTURA
ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA
CÚCUTA NORTE DE SANTANDER**

2021

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS AL RETRASO EN TALLA EN NIÑOS
Y NIÑAS MIGRANTES MENORES DE 5 AÑOS BENEFICIARIOS DE LA ONG ACCIÓN
CONTRA EL HAMBRE, NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA**

**Presentado por:
Astrid Milena Sanabria Vargas**

**Tutora
ND. Esp. Sandra Consuelo Penagos González**

Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Seguridad Alimentaria

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE INGENIERÍAS Y ARQUITECTURA
ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA
CÚCUTA NORTE DE SANTANDER**

2021

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS.....	4
LISTA DE GRÁFICAS.....	6
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	10
1. INTRODUCCIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
3. JUSTIFICACIÓN	166
4.1. MARCO TEÓRICO	188
4.2. MARCO REFERENCIAL	20
4.3. MARCO CONCEPTUAL.....	21
4.4. MARCO LEGAL	233
5. OBJETIVOS	244
6. METODOLOGÍA.....	255
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	30
8. DISCUSIÓN DEL PROBLEMA.....	22
9. CONCLUSIONES.....	24
10. RECOMENDACIONES.....	53
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	284
12. PRESUPUESTO.....	295
13. BIBLIOGRAFÍA.....	31

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de municipios de atenciones médico-nutricionales, niños y niñas, beneficiarios de ACH, 2019-2020 Norte de Santander.....	27
Tabla 2. Distribución de tipos de familia de los niños y niñas beneficiarios de ACH, 2019-2020 Norte de Santander	28
Tabla 3. Distribución por género de los niños y niñas, beneficiarios de ACH Norte de Santander año 2019-2020	29
Tabla 4. Distribución por grupo étnico de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020	29
Tabla 5. Distribución de afiliación al SGSSS de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020	30
Tabla 6. Distribución de niños y niñas escolarizados, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020	31
Tabla 7. Distribución de rango de edades de niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.....	32
Tabla 8. Distribución de desparasitación en los últimos 6 meses niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020	33
Tabla 9. Distribución del esquema de vacunación en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.....	34
Tabla 10. Distribución de clasificación de talla-edad los niños y niñas, Norte de Santander año 2019-2020.....	35
Tabla 11. Distribución de niveles de hemoglobina en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.	36
Tabla 12. Distribución de perímetro braquial en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020..	37
Tabla 13. Distribución de variables socioeconómicas, tipo de agua para el consumo de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020... ..	38

Tabla 14. Distribución de variables socioeconómicas, gasto en la compra de alimentos mensuales en la familia de beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.....**40**

Tabla 15. Lactancia materna exclusiva en relación con el indicador talla-edad en los niños y niñas beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.....**41**

Tabla 16. Lactancia materna complementaria en relación con el indicador talla-edad en los niños y niñas beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020....**42**

Tabla 17. Distribución de alergias alimentarias en relación con el indicador talla-edad en los niños y niñas beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.
.....**44**

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de municipios de atenciones médico-nutricionales, niños y niñas, beneficiarios de ACH, 2019-2020 Norte de Santander.....	27
Gráfica 2. Distribución de tipos de familia de los niños y niñas beneficiarios de ACH, 2019-2020 Norte de Santander	28
Gráfica 3. Distribución por género de los niños y niñas, beneficiarios de ACH Norte de Santander año 2019-2020	29
Gráfica 4. Distribución por grupo étnico de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020	30
Gráfica 5. Distribución de afiliación al SGSSS de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020	31
Gráfica 6. Distribución de niños y niñas escolarizados, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020	32
Gráfica 7. Distribución de rango de edades de niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.....	33
Gráfica 8. Distribución de desparasitación en los últimos 6 meses niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020	34
Gráfica 9. Distribución del esquema de vacunación en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.....	35
Gráfica 10. Distribución de clasificación de talla-edad los niños y niñas, Norte de Santander año 2019-2020.....	36
Gráfica 11. Distribución de niveles de hemoglobina en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.	37
Gráfica 12. Distribución de perímetro braquial en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.. ..	38
Gráfica 13. Distribución de variables socioeconómicas, tipo de agua para el consumo de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.....	39
Gráfica 14. Distribución de variables socioeconómicas, gasto en la compra de alimentos mensuales en la familia de beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.....	40

Gráfica 15. Lactancia materna exclusiva en relación con el indicador talla-edad en los niños y niñas beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.**42**

Gráfica 16. Lactancia materna complementaria en relación con el indicador talla-edad en los niños y niñas beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.....**43**

Gráfica 17. Distribución de alergias alimentarias en relación con el indicador talla-edad en los niños y niñas beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.**44**

RESUMEN

Título: FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS AL RETRASO EN TALLA EN NIÑOS Y NIÑAS MIGRANTES MENORES DE 5 AÑOS BENEFICIARIOS DE LA ONG ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE, NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA

Autor: Astrid Milena Sanabria Vargas

Palabras claves: Retraso en talla, inseguridad alimentaria y nutricional

Descripción:

El reciente fenómeno migratorio de Venezuela ha traído consigo una serie de consecuencias devastadoras para ambos países: desempleo, inseguridad alimentaria y nutricional, falta de medicamentos, crisis económica, ineficientes servicios médicos, difícil acceso al sector educativo, entre muchas otras causas por las cuáles migran los venezolanos hacia otros países, pero emigrar no es garantía de calidad de vida. En muchas ocasiones se ven obligados a pedir alimentos en la calle, o buscar donaciones por organizaciones públicas o privadas, o a través del empleo informal y mal remunerado. Estos efectos migratorios acentúan la modificación de hábitos alimentarios, afectando el estado nutricional de los niños, niñas y adolescentes, en quienes se presenta malnutrición por déficit o exceso.

El retraso en talla o desnutrición crónica, es un indicador del estado nutricional que tiene gran relación con el progreso de un país. La desnutrición crónica tiene consecuencias en el desarrollo físico del niño o niña, como también tiene implicaciones en su desarrollo cognitivo. La desnutrición impide que los niños puedan aprender con normalidad, lo que pone en serio riesgo su futuro, condenándolos a seguir viviendo en la ignorancia y la pobreza.

Este estudio es de tipo descriptivo observacional con cohorte retrospectivo, donde la población objeto son niños y niñas migrantes de cinco años de edad, valorados por la Organización No Gubernamental (ONG) Acción Contra el Hambre en el departamento de Norte de Santander, Colombia. Durante el estudio se tuvieron en cuenta factores de exclusión: niños y niñas sin patología de base, valorados entre el primer semestre de 2019 y el segundo semestre de 2020, lo que genera una muestra de 805 beneficiarios, de los que el 52,4 % son niñas y el 47,6 % restante son niños.

Según la distribución talla para la edad, el diagnóstico con mayor prevalencia es el de riesgo de talla baja con un 38,6 % en la población, el retraso en talla se registró en el 31,9 %. Es de resaltar que diversos autores refieren el retraso en talla como indicador de medición de la equidad en un país. Además, se identificó que los hogares con mayores índices de pobreza son los que presentan mayor retraso en talla, dato que, según estudios de prevalencia de talla baja en Colombia se presenta en el 10,8 % de la población.

ABSTRACT

Title: Title: SOCIO-ECONOMIC FACTORS ASSOCIATED WITH DELAY IN SIZE IN MIGRANT BOYS AND GIRLS UNDER 5 YEARS OLD BENEFICIARIES OF THE NGO ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE, NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA.

Author: Astrid Milena Sanabria Vargas

Keywords: Stunting, food and nutrition insecurity

Description:

The recent migratory phenomenon in Venezuela has brought with it a series of devastating consequences for both countries: unemployment, food and nutritional insecurity, lack of medicines, economic crisis, inefficient medical services, difficult access to the education sector, among many other causes for which they migrate Venezuelans to other countries, but emigrating is not a guarantee of quality of life. On many occasions they are forced to ask for food on the street, or seek donations from public or private organizations, or through informal and low-paid employment. These migratory effects accentuate the modification of eating habits, affecting the nutritional status of children and adolescents, in whom malnutrition occurs due to deficit or excess.

Delayed height or chronic malnutrition is an indicator of nutritional status that is closely related to the progress of a country. Chronic malnutrition has consequences for the physical development of the child, as well as for its cognitive development. Malnutrition prevents children from learning normally, which puts their future at serious risk, condemning them to continue living in ignorance and poverty.

This study is of a descriptive observational type with a retrospective cohort, where the target population is five-year-old migrant boys and girls, assessed by the Non-Governmental Organization (NGO) Action Against Hunger in the department of Norte de Santander, Colombia. Exclusion factors were taken into account during the study: boys and girls without underlying pathology, assessed between the first semester of 2019 and the second semester of 2020, which generates a sample of 805 beneficiaries, of which 52.4% They are girls and the remaining 47.6% are boys.

According to the height-for-age distribution, the diagnosis with the highest prevalence is the risk of short stature with 38.6% in the population, the delay in height was recorded in 31.9%. It is noteworthy that various authors refer to stunting as an indicator for measuring equity in a country. In addition, it was identified that the households with the highest rates of poverty are those with the greatest delay in height, a fact that, according to studies of the prevalence of short stature in Colombia, is present in 10.8% of the population.

1. INTRODUCCIÓN

Este estudio se realizó por una Nutricionista Dietista, con el apoyo de la ONG Acción Contra el Hambre de la base Norte de Santander, Colombia, y población migrante atendida en el departamento, pertenecientes a los municipios de Villa del Rosario, Los Patios y San José de Cúcuta, bajo la dirección de una docente Nutricionista Dietista, especialista, quien orientó investigación.

La desnutrición crónica o retraso en talla es una manifestación de malnutrición por carencia, tiene consecuencias en el desarrollo físico y cognitivo del niño, sino que también tiene implicaciones en su educación y relación con el desarrollo de una nación. La desnutrición impide que los niños puedan aprender con normalidad lo que pone en serio riesgo su futuro, condenándolos a seguir viviendo en un círculo de pobreza.

La presencia de este diagnóstico nutricional en menores de cinco años puede representar para los países hasta un 11,0 % del Producto Interno Bruto (PIB) en términos de salarios más bajos y de pérdida de productividad económica de la población. Está demostrado también que los hijos nacidos de mujeres con talla baja tienen más posibilidades de presentar retraso de su crecimiento lineal, configurando así un círculo vicioso de retraso en talla familiar. (5) este refleja la desigualdad, inseguridad alimentaria y nutricional, la migración, la falta de oportunidades, educación un sistema de salud deficiente, la carencia de saneamiento básico de un territorio.

Los niños y adolescentes que viven en los hogares más pobres tienen cerca de cinco veces más probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento, mientras que los de los hogares más ricos tenían 8 veces más probabilidades de tener sobrepeso que sus contrapartes más pobres. Las prácticas de cuidado y las características del

hogar, en particular la educación de la madre, explicaron más de un tercio de las desigualdades socioeconómicas en el retraso del crecimiento. (3)

En Colombia se ha logrado disminuir la pobreza multidimensional en los últimos, a nivel nacional, la ENSIN 2015 indica que, aunque la prevalencia de retraso en talla en los menores de 5 años (10,8 %) se redujo en 2,4 p.p., no alcanzó las metas esperadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2015 que buscaban llegar a 8,0 % de retraso en talla y dista de lo propuesto en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la agenda 2030.

La alimentación complementaria a muy temprana edad también tiene una gran relación con el retraso en talla en los niños y niñas. Estudios realizados en Colombia como la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015, demuestra que la iniciación a otros alimentos diferentes a la leche materna empieza desde los 2 a los 4 meses de edad (5).

De esta manera, este tipo de desnutrición refleja los efectos persistentes y acumulativos de la mala nutrición, de la pobreza y de otros déficits y riesgos que producen daños a largo plazo y alcanzan a afectar la vida adulta en todas sus expresiones.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El retraso del crecimiento en los niños y niñas es uno de los obstáculos más significativos para el desarrollo humano y afecta a unos 165 millones de niños y niñas menores de 5 años en el mundo entero. El retraso del crecimiento o talla baja para la edad, se define como una estatura inferior en más de dos desviaciones típicas a la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (1). Es un resultado, en gran medida irreversible, de una nutrición inadecuada y de procesos infecciosos repetidos durante los primeros 1.000 días de vida; esta origina efectos a la salud *a posteriori* que al final se ven reflejados en la calidad de vida de los individuos que padecen esta condición.

Dentro de los efectos a largo plazo para los individuos y las sociedades se encuentran: alteraciones en el desarrollo cognitivo y físico, reducción de la capacidad productiva, factores de riesgo para desencadenar infecciones por un sistema inmune debilitado, aumento del riesgo de enfermedades degenerativas y no transmisibles como diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, gastropatías, cardiopatías, neumopatías, patologías psiquiátricas, entre otras.(1) El cual denota un problema de salud, atribuido a factores como nivel socioeconómico y escolaridad, tales como: falla en acceso a servicios de saneamiento, desconocimiento de padres y cuidadores sobre hábitos alimentarios adecuados, lactancia materna exclusiva y lactancia materna complementaria, mal cuidado prenatal, y nivel educativo. (3)

Este indicador de retraso en talla o la talla baja para la edad expresa el estado nutricional que en gran medida se relaciona con el nivel de desarrollo de un país. Su presencia en los menores de cinco años puede representar para los países hasta un 11,0 % del Producto Interno Bruto (PIB) en términos de salarios más bajos y de pérdida de productividad económica de la población que lo padece, por la afectación

de su desarrollo cognitivo, siendo este un indicador de pobreza y del nivel de desarrollo de una sociedad. (5)

El retraso del crecimiento lineal es la forma más común de desnutrición a nivel mundial. Con un estimado de 165 millones de niños menores de 5 años afectados, el retraso en el crecimiento se ha identificado como una de las principales prioridades de salud pública, y existen metas ambiciosas para reducir la prevalencia del retraso en el crecimiento en un 40 % entre 2010 y 2025. El retraso en el crecimiento es un proceso cíclico, debido a que las mujeres que sufrieron de esta condición en su infancia, seguramente su descendencia también la va a padecer, lo que crea un ciclo intergeneracional de pobreza y capital humano reducido que es difícil de romper (6).

Según lo anteriormente descrito, se plantea la necesidad de establecer la relación entre los factores de riesgo socioeconómico que presenta la población migrante beneficiaria de la atención en la ONG Acción Contra el Hambre y la presencia de retraso en talla como un indicador de desnutrición crónica, para así definir y establecer procesos y herramientas que generen la posibilidad de cambios en el sistema actual, que contribuyan al mejoramiento de los factores socioeconómicos descritos y que son en gran medida la causa de esta alteración en la salud de los menores.

3. JUSTIFICACIÓN

Colombia se considera como el mayor receptor de población migrante proveniente de Venezuela, estimado como el segundo efecto migratorio más grande del mundo. Durante 2019, los flujos migratorios mixtos provenientes de Venezuela se intensificaron, generando un éxodo sin precedentes en América Latina y el Caribe. Para el 2020, las proyecciones oficiales señalan un crecimiento exponencial del fenómeno migratorio con un impacto directo en Colombia: se calcula que el flujo migratorio sobrepasará los 5 millones de personas con intención de permanecer en territorio colombiano o ingresarlo en busca de acceso a servicios básicos y oportunidades laborales. (12)

Este factor migratorio obedece a distintas causas. Entre las más relevantes se encuentran el acceso a los alimentos, el desempleo, la inflación, la falta de medicamentos, la crisis económica, la escasez de servicios médicos, la dificultad de acceso al sector educativo, entre otros factores, que han motivado a esta población a llegar a Colombia. Pero cuando esto sucede, muchas de estas familias continúan en inseguridad alimentaria y por ello se ven obligados a realizar cualquier actividad con tal de poder alimentarse, por ejemplo, pedir alimentos en la calle, en negocios o en instituciones, acceder a cualquier tipo de empleo, obtener alimentos a crédito o trabajar a cambio de alimentos. Cabe resaltar que, además, estas familias tienden a permanecer por debajo de la línea de pobreza.

Los efectos migratorios tienen estrecha relación con la modificación de hábitos alimentarios, lo que influye en el estado nutricional de la población; estos cambios pueden acarrear consecuencias, particularmente en la parte física de los niños, niñas y adolescentes que se encuentra en etapa de crecimiento y desarrollo. Una de estas consecuencias es la inseguridad alimentaria, que puede desencadenar en

malnutrición por déficit, deteriorando así su estado de salud, ya que gran parte de esta población migrante se encuentra en precarias condiciones.

El sistema de salud colombiano ha visto una demanda creciente en los últimos años, en los que más de 3 millones de migrantes venezolanos buscan atención médica en nuestro país, específicamente, atención básica desde que comenzó la crisis en 2015. En 2019, se registraron 190.200 consultas médicas de emergencia entre enero y septiembre, en comparación con 132.000 consultas durante todo el 2018 (11). El estado actual de salud y nutrición de la población migrante venezolana que ingresa al país es bajo, caracterizado por un alto riesgo de contraer enfermedades endémicas, presencia de Enfermedad Diarreica Aguda EDA, Infección Respiratoria Aguda IRA, Desnutrición aguda moderada o severa. Estas enfermedades son un desafío importante para la salud de la primera infancia.

En este sentido, la finalidad de esta propuesta es evidenciar mediante la información recopilada sobre los indicadores de Desnutrición crónica en la población migrante, del departamento Norte de Santander, Colombia, para así contribuir a la creación de alternativas para, en la medida de lo posible, mejorar la calidad de vida en esta población tan vulnerable.

4.1. MARCO TEÓRICO

El adecuado estado nutricional desde la gestación es vital para el crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas. Actualmente, la niñez y la adolescencia se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad en Venezuela, enfrentan desafíos para acceder a seguridad alimentaria y nutricional al igual que a intervenciones nutricionales que contribuyan a su adecuado estado de salud y calidad de vida, generando consecuencias como la desnutrición crónica o retraso en talla en menores de 5 años, la cual se considera un problema de salud asociado a factores socioeconómicos, déficit acceso a servicios de salud, inseguridad alimentaria y nutricional en los hogares, bajo nivel educativo y educación nutricional y desnutrición prenatal. Esto genera un aumento de la morbilidad y mortalidad en un individuo afectando la capacidad cognitiva y problemas de aprendizaje. Este indicador está relacionado con un futuro caracterizado con menor productividad, baja remuneración económica y ocasiona una carga económica y social a los países que la padecen.(1)

La desnutrición crónica no solo tiene consecuencias en el desarrollo físico y cognitivo del niño, sino que también tiene implicaciones en su educación. La desnutrición impide que los niños puedan aprender con normalidad lo que pone en serio riesgo su futuro, condenándolos a seguir viviendo en la pobreza. (2)

Los factores socioeconómicos tienen una amplia relación con el estado nutricional. Este es el resultado entre las necesidades de cada individuo, su gasto energético y otros determinantes como los factores físicos, genéticos, culturales, psicológicos, sociales, económicos y ambientales. Estas variables pueden generar una malnutrición por déficit o exceso de nutrientes.

Dicho lo anterior, existen organizaciones como Acción contra el Hambre, una ONG de ayuda humanitaria con presencia en más de 50 países, y que trabaja cada día

para combatir el hambre. En Colombia, Acción contra el Hambre está presente desde 1998, atendiendo a la población víctima del conflicto armado y poblaciones en emergencia. Acción contra el Hambre trabaja ofreciendo respuesta inmediata de urgencia, post-emergencia y rehabilitación. Desde los grandes desastres naturales a gran escala como eventos locales de menor magnitud, el objetivo es brindar apoyo a las poblaciones afectadas, particularmente a los más vulnerables como población no afiliada al sistema de salud y migrantes, para los que una intervención oportuna puede significar la diferencia entre la vida y la muerte, trabajando siempre bajo los ejes de acción para combatir el hambre a través de sus causas de origen:

EJE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE: Busca garantizar el acceso al agua segura y a un saneamiento básico, necesarios para la vida y el desarrollo de las comunidades. La promoción de la higiene se relaciona con una mejora en el nivel de vida, mediante campañas de concienciación.

EJE NUTRICIÓN Y SALUD, NUTRICIÓN: Una buena nutrición, base del bienestar humano, contribuye en la mejora de los problemas de pobreza, salud, educación, diferencias entre sexos y empleo. Trata directamente las patologías asociadas a la desnutrición y previene el deterioro nutricional que podría derivar en enfermedades.

EJE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y MEDIOS DE VIDA: Se enfoca en los proyectos de seguridad alimentaria y medios de vida, aborda los problemas de producción, acceso e ingresos, ayuda a prevenir y anticipar futuros brotes de desnutrición mediante el impulso de la producción agrícola, la iniciativa de los mercados locales y las microempresas.

4.2. MARCO REFERENCIAL

Un estudio realizado por la escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad Industrial de Santander UIS, sobre los factores socioeconómicos asociados a retraso en talla en preescolares asistentes a una institución educativa de Floridablanca, Colombia, refleja el perfil sociodemográfico de los migrantes venezolanos en el asentamiento Brisas de Provenza: una población joven en edad productiva, en donde predominan las mujeres, con nivel educativo en su mayoría bachillerato y primaria, solteros y provenientes de los estados de Carabobo, Mérida y Zulia, entre otros, además de referir el desempleo y las ventas informales como su principal fuente de recursos.

La mayor parte de los datos de la muestra, reflejan un peso ideal según el Índice de Masa Corporal IMC y con estado nutricional normal según escala *Mini Nutritional Assessment* MNA, sin embargo, se presentan casos de sobrepeso y obesidad según el IMC y riesgo de malnutrición y malnutrición según el MNA, lo cual se relaciona directamente con el acceso de esta población a los alimentos, y al alto índice de consumo de carbohidratos, grasas y bebidas azucaradas.

Un estudio de evaluación de seguridad alimentaria en emergencia evidencia que el 55 % de los hogares migrantes están en situación de inseguridad alimentaria severa o moderada. La alimentación fue mencionada como la necesidad más apremiante para ambos grupos: hogares migrantes (67 %) y hogares de acogida (61 %). Además, la falta de acceso a alimentos constituye la razón principal por la cual ciudadanos venezolanos migran hacia Colombia (88 %).

4.3. MARCO CONCEPTUAL

Acceso: Componente de la Seguridad Alimentaria. El acceso a los alimentos puede ser físico y/o económico. La falta de acceso físico se da cuando los alimentos no están disponibles en cantidad suficiente allí donde se necesita consumirlos. El aislamiento de las poblaciones y la falta de infraestructura pueden incidir en la imposibilidad de contar con alimentos en condiciones adecuadas de manera permanente o transitoria.

Desnutrición Aguda (WASTING): Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema o emaciación. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.

Disponibilidad de alimentos: a nivel local o nacional, tiene en cuenta la producción, las importaciones, el almacenamiento y la ayuda alimentaria. Para sus estimaciones se han de tener en cuenta las pérdidas poscosecha y las exportaciones. Según la publicación de conceptos básicos de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de la FAO.

Seguridad Alimentaria: a nivel de individuo, hogar, nación y global, se consigue cuando todas las personas en todo momento tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana. (Cumbre Mundial de Alimentación, 1996)

Inseguridad Alimentaria: Insuficiente ingesta de alimentos, que puede ser transitoria (cuando ocurre en épocas de crisis), estacional o crónica (cuando sucede de continuo).

Hambre: Según la Real Academia Española, hambre es la escasez de alimentos básicos, que causa carestía y miseria generalizada. Si se relaciona con el concepto de seguridad alimentaria, el hambre entendido así es más visible, más urgente. Se entiende sin lugar a dudas que afecta biológica y psicológicamente a la persona y a su descendencia.

Hemoglobina: es una proteína que se halla en los glóbulos rojos, que transporta oxígeno a los órganos y tejidos del cuerpo y dióxido de carbono desde los órganos y tejidos hasta los pulmones.

Hemocue: Equipo que permite medir los niveles de hemoglobina en sangre, por medio de la medición óptica de la trayectoria de luz corta a través de la microcubeta que contiene la muestra de sangre con desoxicolato de sodio, que rompe la membrana de los eritrocitos y libera la hemoglobina.

Migrante: Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional.

Kobo: es un conjunto de herramientas para la recopilación de datos de campo para usar en entornos desafiantes, con base en un software gratuito y de código abierto. La mayoría de los usuarios son personas que trabajan en crisis humanitarias, así como profesionales de ayuda e investigadores que trabajan en países en desarrollo.

4.3. MARCO LEGAL

Ley 1751 de 2015: Regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección; comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

Sentencia C-416/14: Creación de sistema nacional de migraciones. Tiene como objeto la protección de derechos fundamentales de extranjeros en Colombia; a toda persona, sin importar si es o no extranjero, sus derechos deben ser respetados y protegidos no solo por el Estado sino también por los particulares.

Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia. Establece que son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

5. OBJETIVOS

5.1. General

Identificar factores socioeconómicos asociados al retraso en talla en niños y niñas migrantes menores de 5 años beneficiarios de la ONG Acción Contra el Hambre, Norte de Santander, Colombia.

5.2. Específicos

- Describir las variables socioeconómicas de la población objeto de estudio.
- Determinar la prevalencia de retraso en talla mediante medidas antropométricas de Kobo.
- Establecer la asociación entre el retraso en talla y los factores socioeconómicos de la objeto de intervención.

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

El proyecto se desarrolló en el departamento de Norte de Santander, Colombia, encaminado a la ejecución de diversas estrategias estructuradas a partir del retraso en talla y condiciones socioeconómicas de la población migrante, a fin de formular el desarrollo de intervenciones descritas en el siguiente plan de acción, que conlleven a analizar la situación nutricional de la población con el apoyo de la organización no gubernamental Acción Contra El Hambre.

Diseño metodológico: estudio descriptivo observacional con cohorte retrospectivo.

Población objeto de estudio: Niños migrantes menores de 5 años valorados durante el primero y segundo semestre de 2019 y el primer semestre de 2020 por la ONG Acción Contra el Hambre. Universo: 805 beneficiarios

Muestra: no se realizó aplicación de cálculo muestral, ya que se trabajó con toda la población objeto del estudio. La muestra es igual al universo.

Criterios de inclusión: Niños migrantes menores de 5 años valorados durante el primer y segundo semestres de 2019 y primer semestre de 2020 por la ONG Acción Contra el Hambre, en Norte de Santander, Colombia.

Criterios de exclusión:

- Niños colombianos residentes en Norte de Santander, Colombia, valorados por la ONG Acción Contra el Hambre.

- Niños migrantes mayores de 5 años de edad valorados durante el primer y segundo semestres de 2019 y primer semestre de 2020 por la ONG Acción Contra el Hambre, en Norte de Santander, Colombia.

Cuadro de Operacionalización de Variables

	Variable	Tipo	Unidad de medida	Categoría
Sociodemográfica	Sexo	Cualitativo		Nominal dicotómica
	Edad	Cuantitativo	Meses	Discreta
	Tipo de agua para el consumo	Cualitativo		
	Ingresos para compra de alimentos	Cualitativo		Continua
Alimentarias	Escolarizado	Cualitativo		Nominal dicotómica
	LME	Cualitativo		Nominal dicotómica
	LMC	Cualitativo		Nominal dicotómica
	Desparasitación en los últimos 6 meses	Cualitativo		Nominal dicotómica
	Esquema de vacunación completo	Cualitativo		Nominal dicotómica
	Alergias alimentarias	Cualitativo		Nominal dicotómica
Antropométrica	Peso	Cuantitativo	Kg	Continua
	Talla	Cuantitativo	Cm	Continua
	Perímetro braquial	Cuantitativo	Cm	Continua
	Hemoglobina	Cuantitativo	mg/dl	Continua

Instrumento de recolección de la información: la información se obtuvo de las historias clínicas de la plataforma KoBoToolbox, la cual ofrece un conjunto de herramientas gratuitas para recopilar y administrar datos en entornos desafiantes, siendo más utilizada en emergencias sanitarias. Actualmente, la herramienta KoBo es utilizada por la ONG Acción Contra el Hambre, a través de la cual se recopila la información de las historias clínicas de las valoraciones nutricionales en la población objeto de estudio.

Instrumento de análisis de los datos antropométricos: El análisis de los indicadores antropométricos se realiza a través del software de valoración

nutricional Anthro, avalado por la Organización Mundial de la Salud y adoptado para Colombia mediante la Resolución 2465 de 2016.

A continuación, se describen las actividades planteadas para contribuir con el cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos:

Objetivo 1

Describir las variables socioeconómicas de la población objeto, permite acceder a datos relevantes de una población específica, organizando y clasificando información con el objetivo de describir de forma estructurada su situación actual. De esta forma, se consolida en una metodología para el análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que son priorizadas para la programación de intervenciones que contribuyan a un óptimo estado de bienestar en la población. Así, orientándose al cumplimiento de este objetivo, mediante de la herramienta Kobo, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Evaluación de datos generales,
- Evaluación de datos sociodemográficos,
- Evaluación de datos antropométricos y de salud.

Objetivo 2

Determinar la prevalencia de retraso en talla mediante medidas antropométricas de Kobo, a través de la toma de medidas antropométricas según la Resolución 2465 de 2016, donde se dispone el lineamiento técnico y clasificación antropométrica. Una vez realizada la toma de las medidas antropométricas, se procede a efectuar el diagnóstico con la herramienta WHO Anthro, un software que permite cálculo antropométrico, así como examen de valoración individual.

Objetivo 3

Establecer la asociación entre el retraso en talla y los factores socio económicos de la población de la población objeto de intervención. Mediante la base de datos de Kobo se obtuvo un archivo en Excel para realizar el análisis mediante programa SPSS Statistyc versión 25, para cruce de variables.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

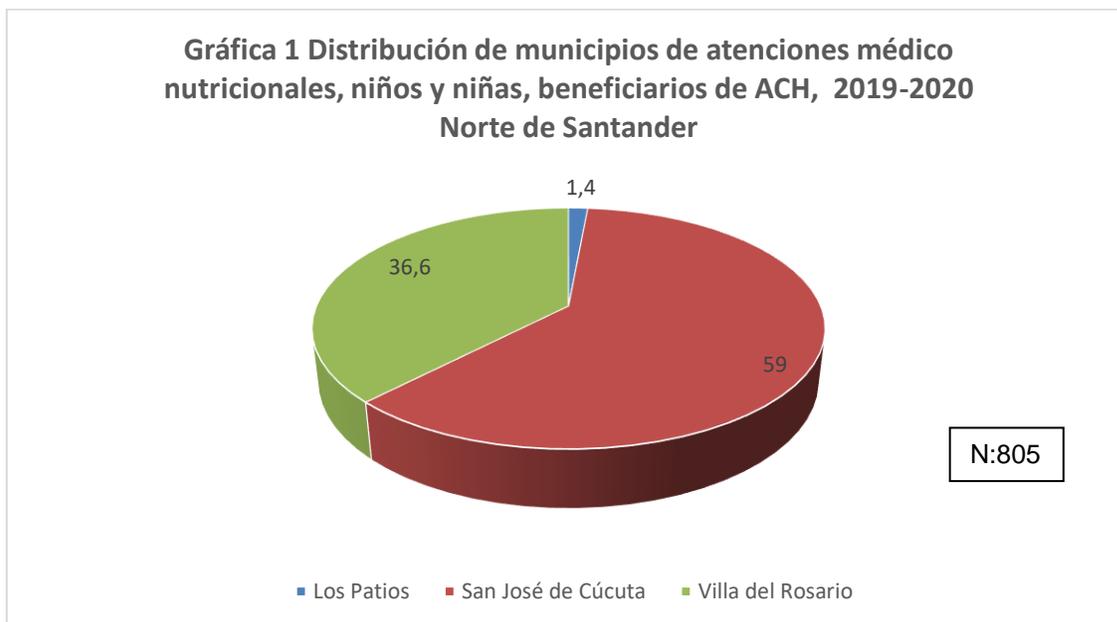
Para el análisis de resultados se utilizó el programa Microsoft Excel y el cruce de variables se realizó mediante programa SPSS Statistyc versión 25 que permitió realizar el cruce de variables.

Objetivo 1: Describir las variables socioeconómicas de la población objeto de estudio.

Tabla 1. Distribución de municipios de atenciones médico-nutricionales, niños y niñas, beneficiarios de ACH, 2019-2020 Norte de Santander

Municipios de atenciones medico nutricionales	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Los Patios	11	1,4
San José de Cúcuta	475	59,0
Villa del Rosario	319	39,6
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



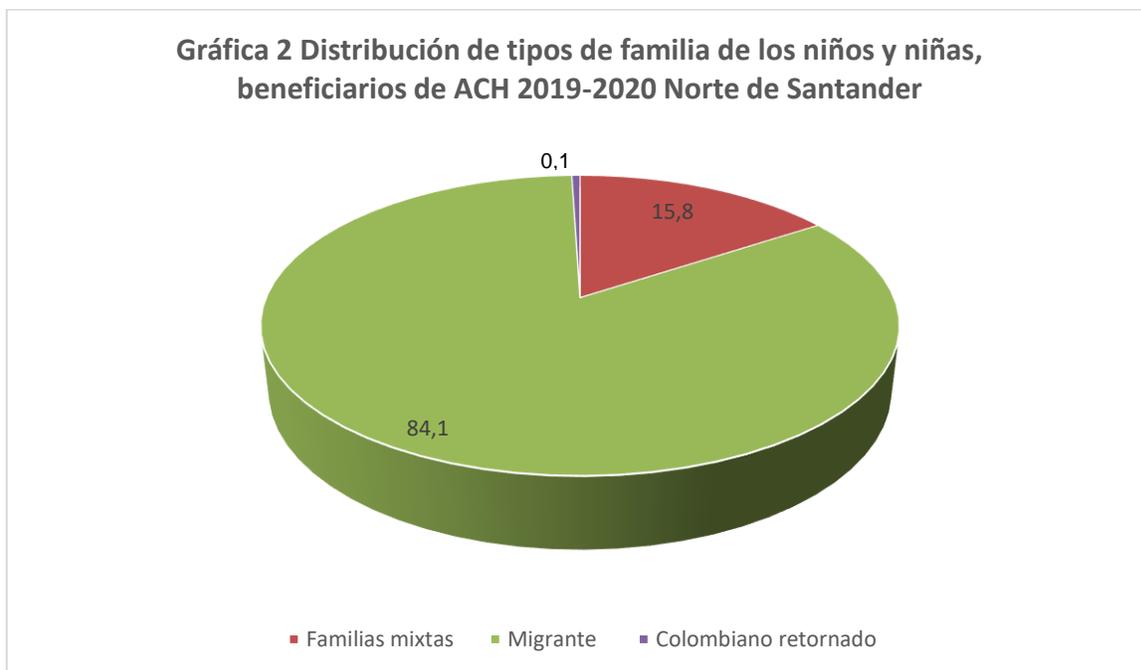
Fuente: Sanabria V, 2021

Durante el segundo semestre del 2019 y el primer semestre 2020 se realizaron, aproximadamente, 805 atenciones medico nutricionales a niños y niñas menores de 5 años procedentes del vecino país. 59 % de las atenciones se realizaron en el municipio San José de Cúcuta, el 36,6 % son pertenecientes a Villa del Rosario y el restante pertenece al municipio de Los Patios.

Tabla 2. Distribución de tipos de familia de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, 2019-2020 Norte de Santander

Tipo de familia	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Colombiano retornado	1	0,1
Familias mixtas	127	15,8
Migrante	677	84,1
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



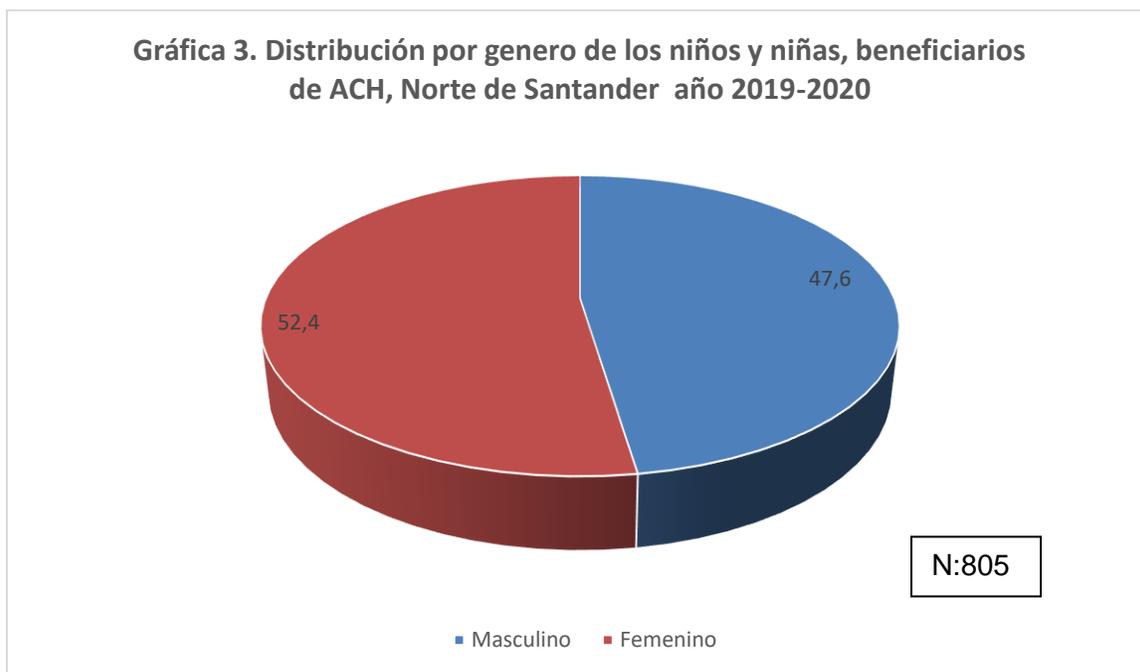
Fuente: Sanabria V, 2021

Del total de la población valorada, el 84,1 % pertenece a población migrante venezolana, el 15,8 % pertenece a las familias mixtas, conformadas por miembros colombianos y venezolanos, y el 0,1 % pertenece a familias colombianas que han retornado a su país.

Tabla 3. Distribución por genero de los niños y niñas, beneficiarios de ACH Norte de Santander año 2019-2020

Genero	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Femenino	422	52,4
Masculino	383	47,6
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



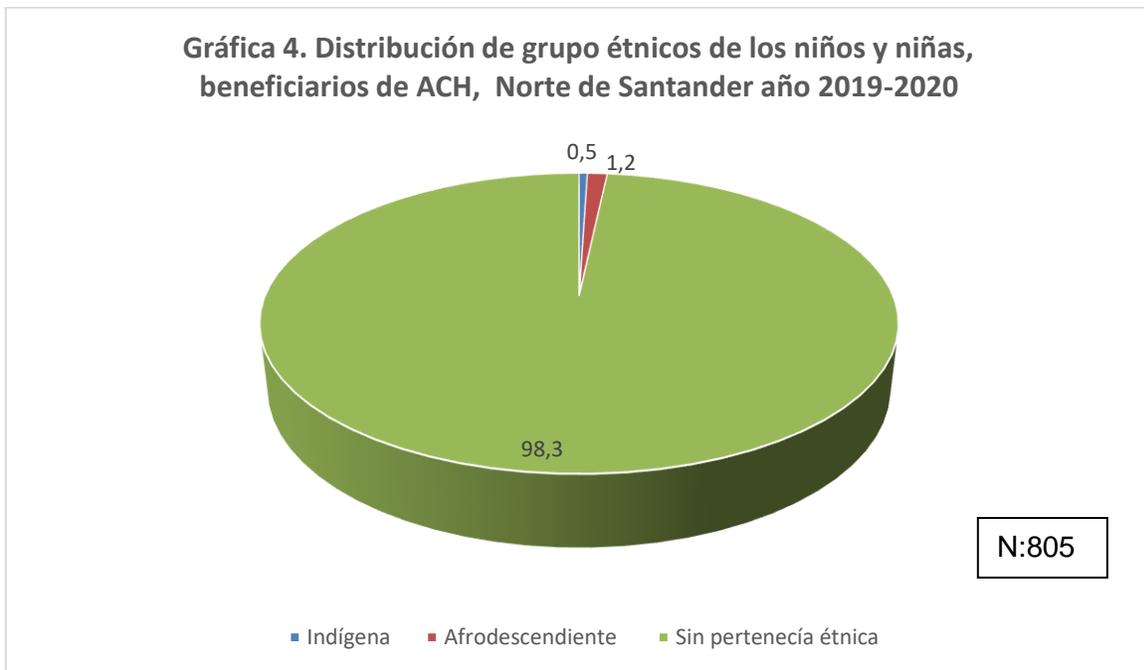
Fuente: Sanabria V, 2021

Según los resultados del estudio aplicado a los beneficiarios de la ONG Acción contra el Hambre, del total de los niños y niñas que reciben atenciones médicas nutricionales, el 47,6% son hombres y el 52,4 % son mujeres.

Tabla 4. Distribución de grupo étnicos de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020

Grupo étnico	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Indígena	4	0,5
Afrodescendiente	10	1,2
Sin pertenecía étnica	791	98,3
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



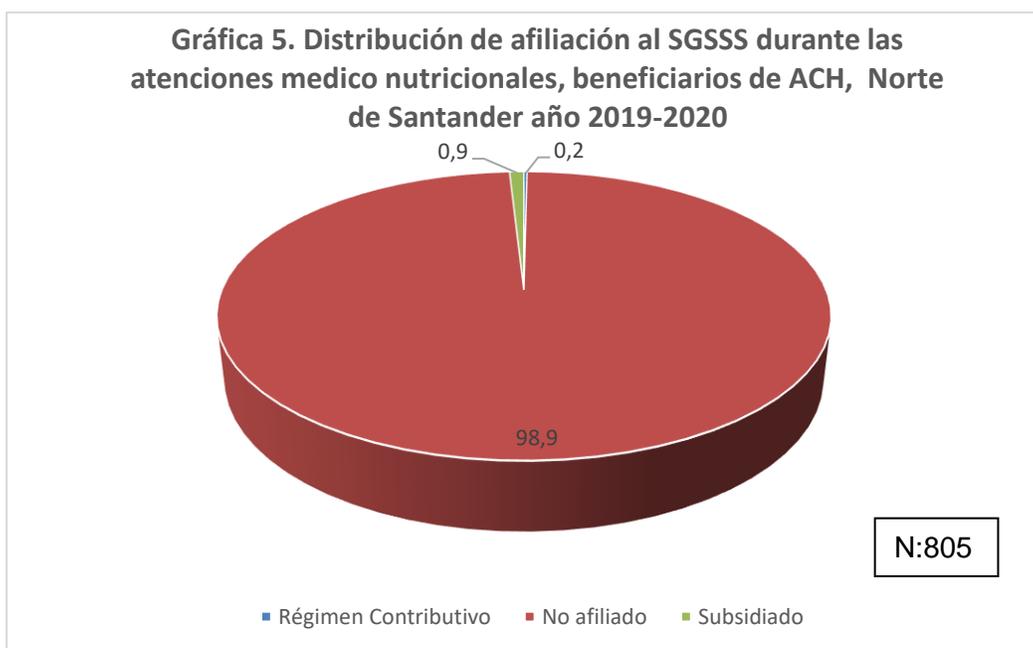
Fuente: Sanabria V, 2021

La distribución de los grupos étnicos valorados por Acción contra el Hambre, 98,3 % refiere no tener ninguna pertenencia étnica, 1,2 % son afrodescendientes, 0,5 % pertenece a una etnia indígena, mayoritariamente a los Yukpa procedentes de la Serranía de Perijá, entre la frontera de Colombia y Venezuela.

Tabla 5. Distribución de afiliación al SGSSS de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020

Afiliación al SGSSS	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Régimen Contributivo	2	0,2
No afiliado	796	98,9
Subsidiado	7	0,9
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



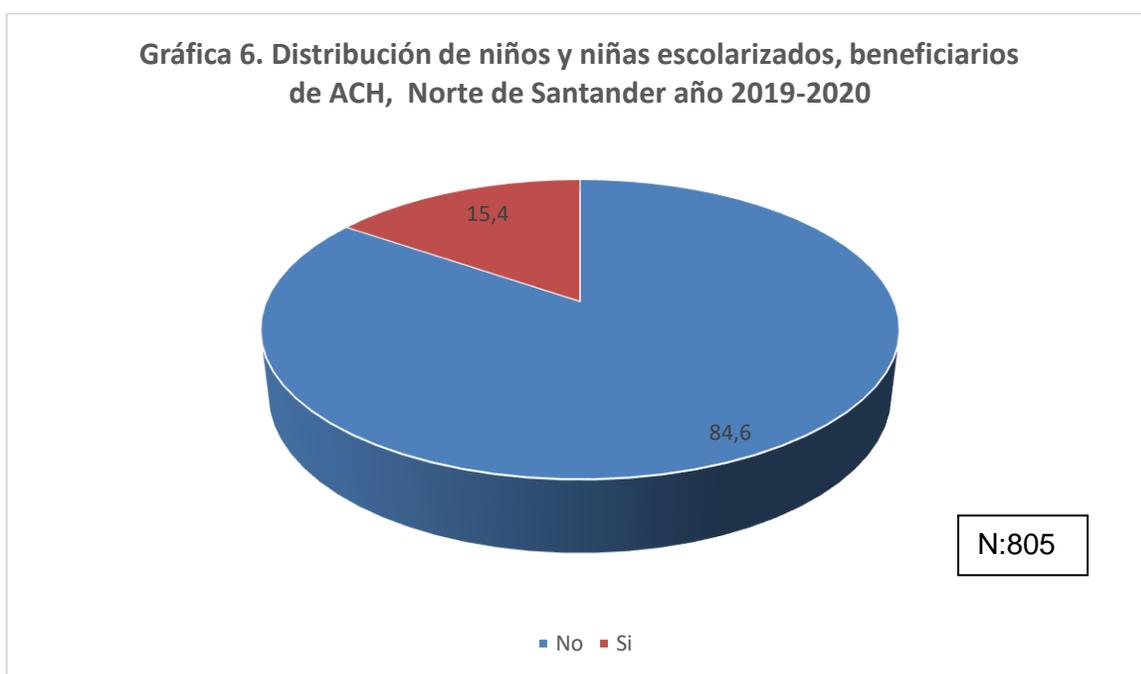
Fuente: Sanabria V, 2021

De la población valorada afiliada al SGSSS, un 98,8% no está afiliada a ninguna EPS lo que no permite garantizar la prestación de servicios de salud a esta población, generando mayor vulnerabilidad. En Colombia se han desarrollado estrategias para asegurar a personas retornadas y regulares, pero todavía falta fortalecer la política migratoria en salud. El 0,9 % de los niños y niñas se encuentra afiliados al régimen subsidiado, y 0,2% pertenece al régimen contributivo.

Tabla 6. Distribución de niños y niñas escolarizados, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020

Escolarizado	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
No	681	84,6
Si	124	15,4
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



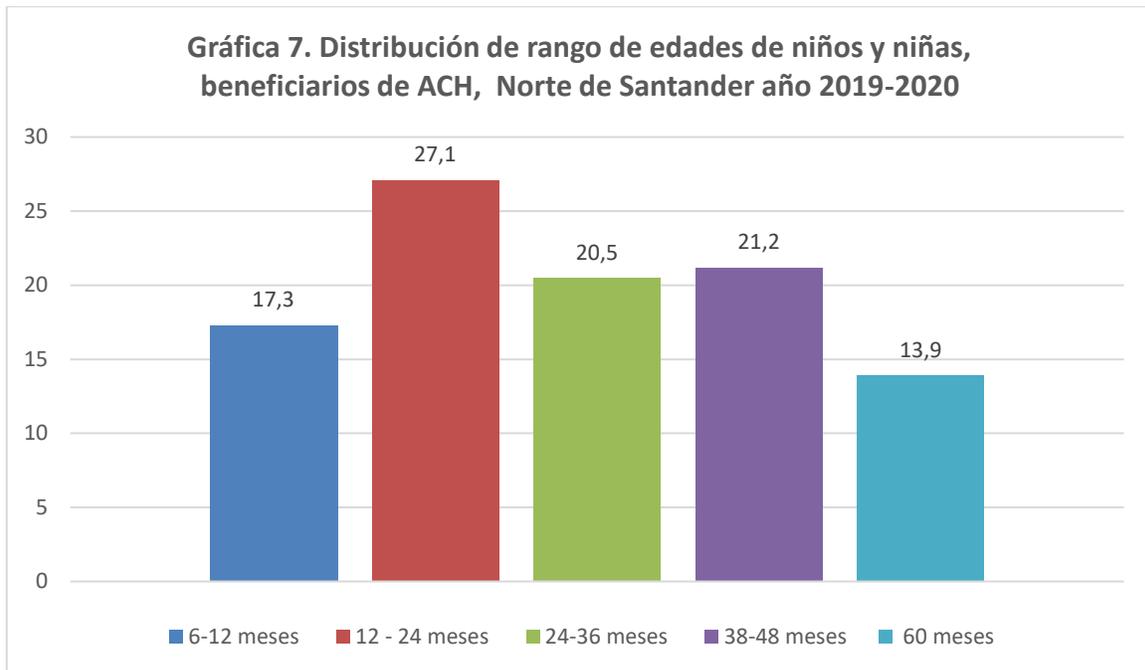
Fuente: Sanabria V, 2021

Más del 84,6 % no pertenece a ningún programa de educación inicial, el cual es un derecho impostergable de la primera infancia, ya que su objetivo es potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su nacimiento hasta cumplir los seis años, solo el 15,4 % están escolarizados en programas de primera infancia.

Tabla 7. Distribución de rango de edades de niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020

Rango de edades	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
6-12 meses	139	17,3
12 - 24 meses	218	27,1
24-36 meses	165	20,5
38-48 meses	171	21,2
> 60 meses	112	13,9
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



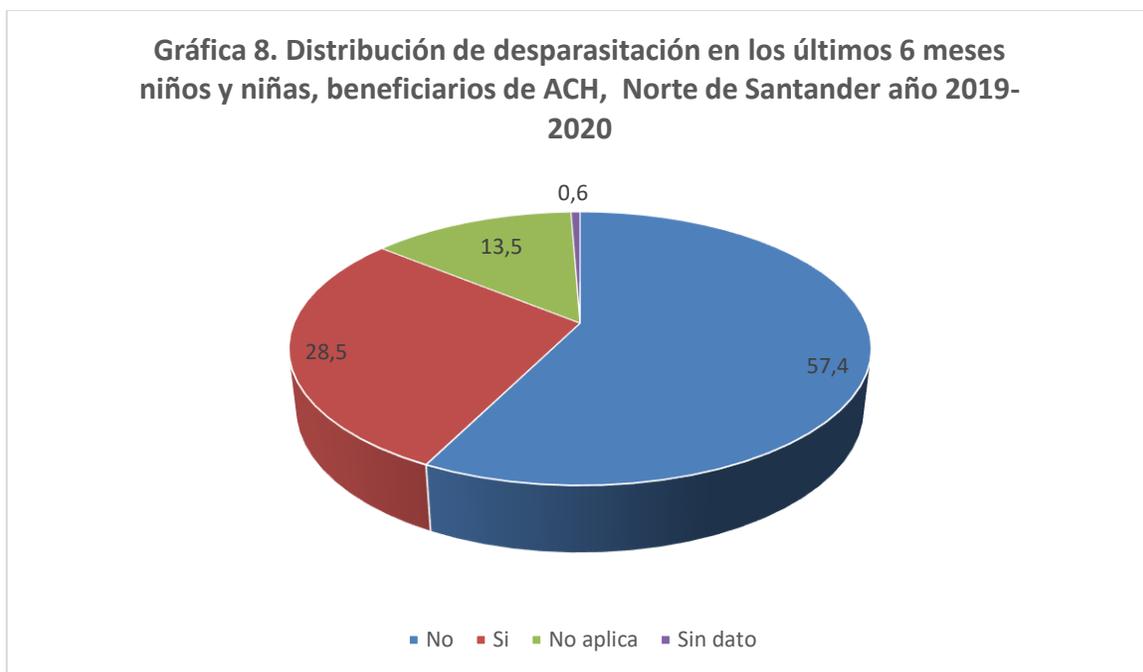
Fuente: Sanabria V, 2021

Del total de los niños y niñas valorados, el 27,1 % se encuentra entre los 12 y 24 meses edad, el 21,2 % se encuentra entre los 38 y 48 meses de edad, el 20,5 % está entre las edades de 24 a 36 meses de edad, el 17,3 % se encuentra entre los 6 y 12 meses edad, y el 13,9 % restante se encuentra en el rango de 60 meses de edad.

Tabla 8. Distribución de desparasitación en los últimos 6 meses niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020

Desparasitación en los últimos 6 meses	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
No	462	57,4
No aplica	109	13,5
Sin dato	5	0,6
Si	229	28,5
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



Fuente: Sanabria V, 2021

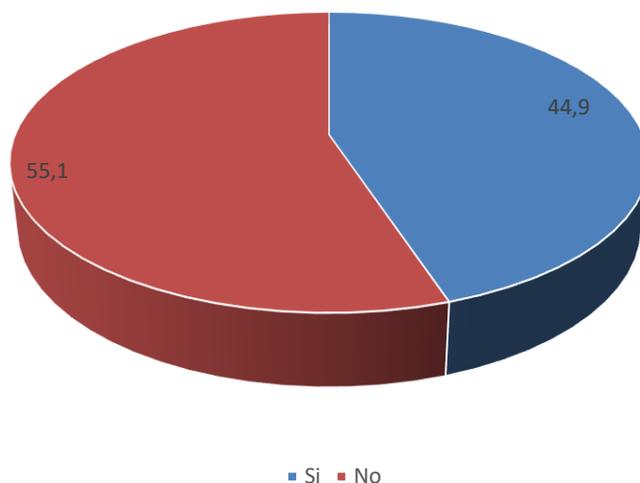
El total de los niños y niñas que no contaron con desparasitación en los últimos 6 meses es de 57,4 %. Más de la mitad no cuenta con los ingresos para una atención médica o no tienen opciones para acceder al sistema de salud, el 28,5 % de los beneficiarios cuenta con desparasitación, el 13,5 % no aplica a desparasitación por ser menores de 12 años y el 0,6 % restante no se obtuvo información respecto a desparasitación.

Tabla 9. Distribución del esquema de vacunación en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020

Esquema de vacunación completo	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Si	361	44,9
No	444	55,1
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020

Gráfica 9. Distribución del esquema de vacunación en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020



Fuente: Sanabria V, 2021

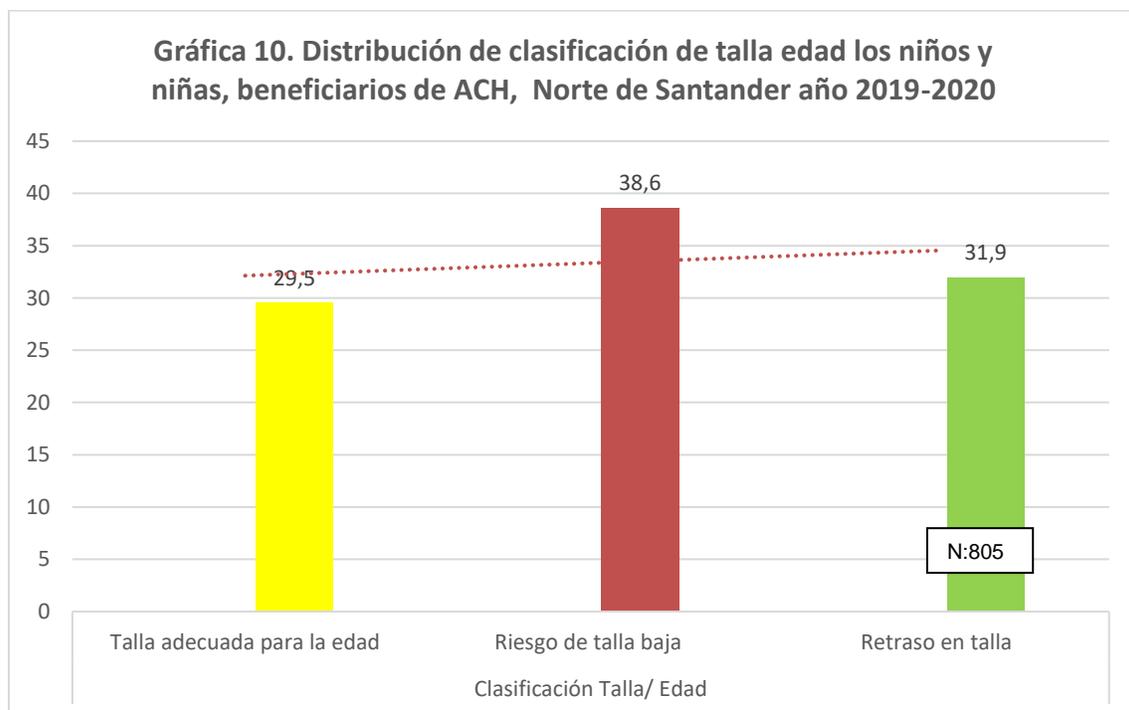
Según los datos, el 55,1 % de los niños y niñas no cuenta con el esquema de vacunación completo, y el 44,9 % de los beneficiarios cuenta con el esquema de vacunación completo según su edad. En Colombia, el esquema de vacunación para los menores de 5 años es gratuito, sin embargo, la población migrante no cuenta con la respectiva información para que los menores puedan acceder a este derecho fundamental.

Objetivo 2 Determinar la prevalencia de retraso en talla mediante medidas antropométricas de Kobo.

Tabla 10. Distribución de clasificación de talla edad los niños y niñas, Norte de Santander año 2019-2020.

Variables antropométricas		Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Clasificación Talla/ Edad	Talla adecuada para la edad	237	29,5
	Riesgo de talla baja	311	38,6
	Retraso en talla	257	31,9
Total		805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



Fuente: Sanabria V, 2021

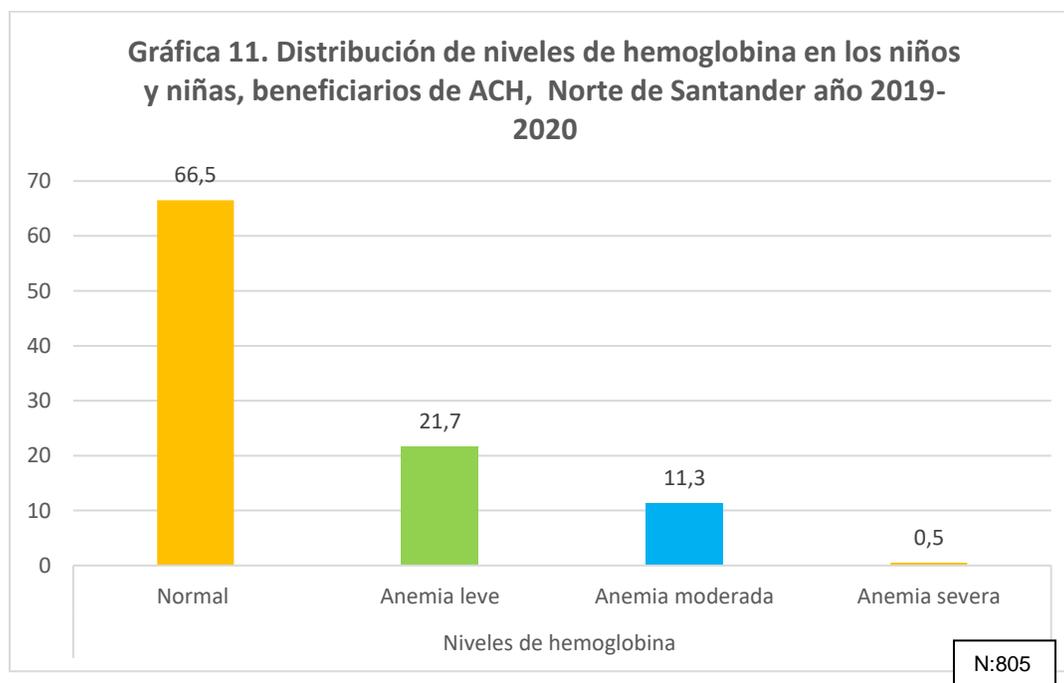
El retraso en talla o la talla baja para la edad es un indicador del estado nutricional, que en gran medida se relaciona con el nivel de desarrollo de un país. Del total de los beneficiarios valorados, el 38,6 % se encuentra en riesgo de talla baja, el 31,9 % tiene retraso en talla, según la Ensin 2015, la prevalencia de retraso en talla o

talla baja es de 10,8 %; de acuerdo con las variables que miden la equidad, la mayor prevalencia de retraso en talla se encuentra en los hogares más pobres del país.

Tabla 11. Distribución de niveles de hemoglobina en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.

Variables antropométricas		Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Niveles de hemoglobina	Normal	535	66,5
	Anemia leve	175	21,7
	Anemia moderada	91	11,3
	Anemia severa	4	0,5
Total		805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



Fuente: Sanabria V, 2021

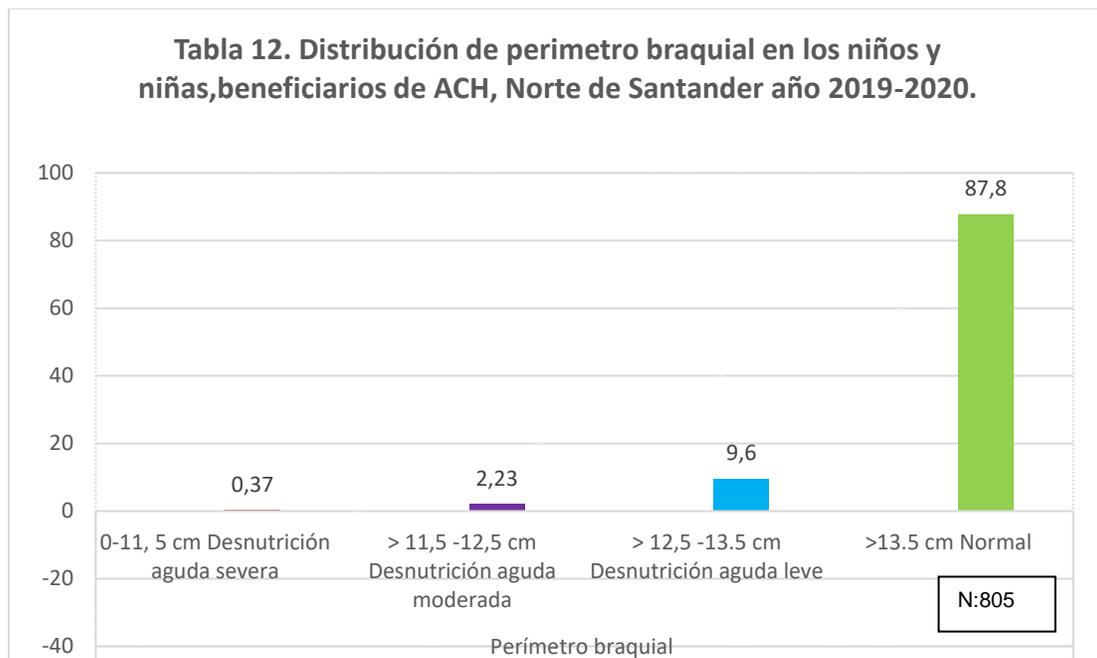
El 66,5 % del total de los niños y niñas valorados presenta niveles normales de hemoglobina en sangre; el 21,7 % presenta anemia leve; el 11,3 % de los beneficiarios presentaron anemia moderada, y el 0,5 % restante presenta anemia severa. El 33,5 % de los beneficiarios presenta anemia, una patología producida por la falta de glóbulos rojos o la presencia de glóbulos rojos disfuncionales en el

cuerpo, lo que genera una reducción del flujo de oxígeno hacia los órganos, y que ocasiona síntomas como fatiga, palidez, dificultad para respirar, aturdimiento, mareos o ritmo cardíaco acelerado.

Tabla 12. Distribución de perímetro braquial en los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.

Variables antropométricas	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Perímetro braquial 0-11,5 cm Desnutrición aguda severa	3	0.37
> 11,5 -12,5 cm Desnutrición aguda moderada	18	2.23
> 12,5 -13.5 cm Desnutrición aguda leve	77	9.6
>13.5 cm Normal	707	87.8
Total	705	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



Fuente: Sanabria V, 2021

El perímetro braquial es usado como indicador nutricional y también se ha usado en situaciones normales como instrumento adicional de tamizaje, ya que de allí se puede predecir la mortalidad infantil. Del total de la muestra valorada, el 87,8 %

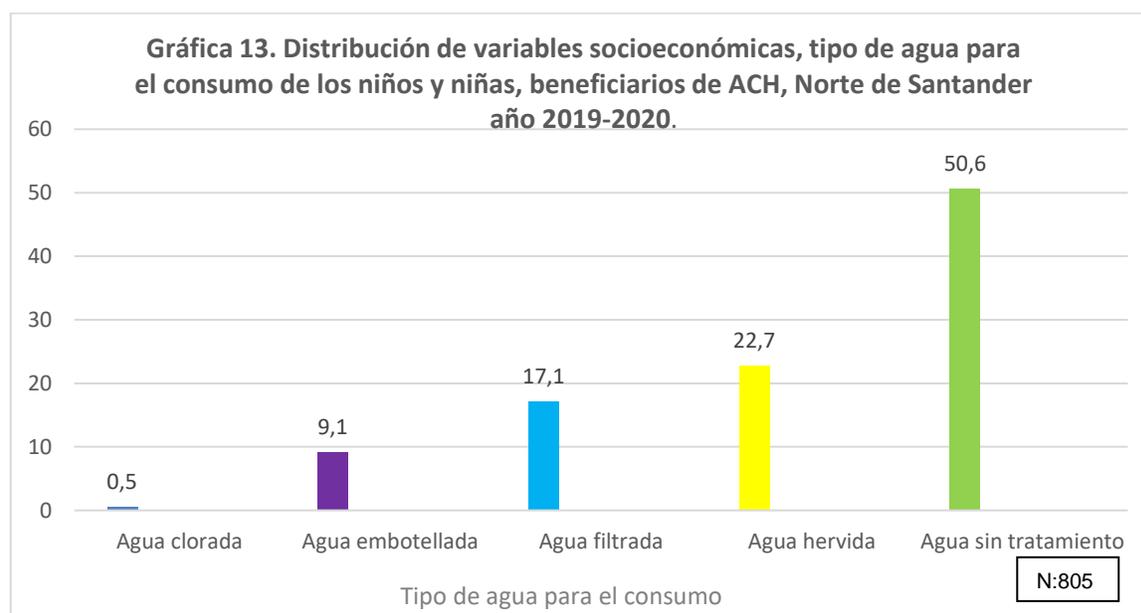
presenta un perímetro braquial mayor a 13,5 cm, el 9,6 % de los niños y niñas presenta una desnutrición aguda leve, el 2,23 % de la población presenta una desnutrición aguda modera, el 0,37 % presenta desnutrición aguda severa.

Obejtivo 3 Establecer la asociación entre el retraso en talla y los factores socio económicos de la población de la población objeto de intervención.

Tabla 13. Distribución de variables socioeconómicas, tipo de agua para el consumo de los niños y niñas, beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.

Tipo de agua para el consumo	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Agua clorada	4	0,5
Agua embotellada	73	9,1
Agua filtrada	138	17,1
Agua hervida	183	22,7
Agua sin tratamiento	407	50,6
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



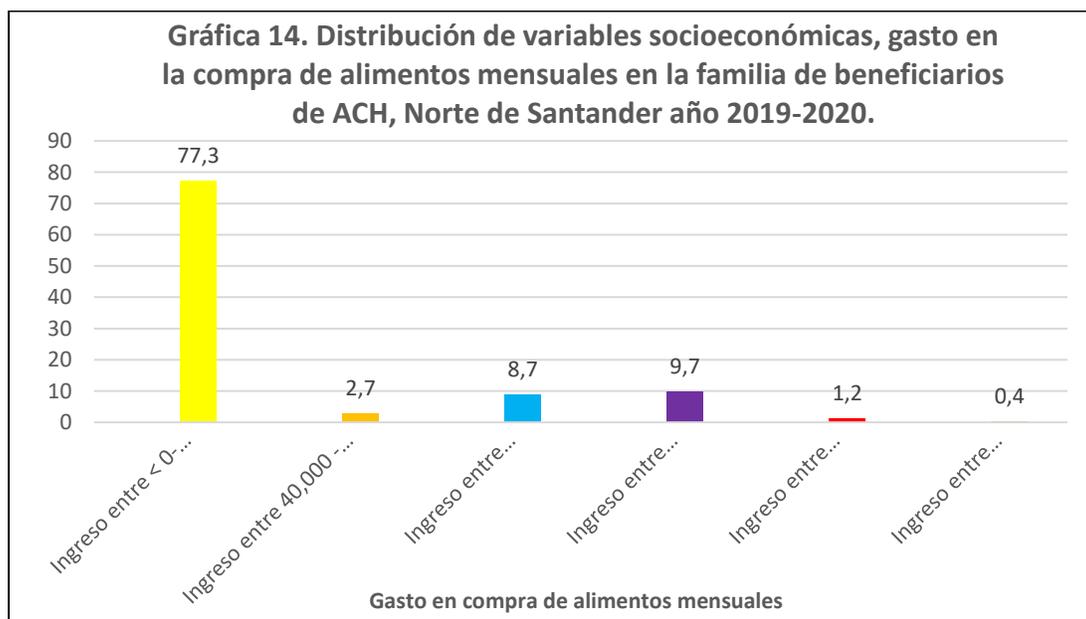
Fuente: Sanabria V, 2021

En este registro se evidencia que el 50,6 % de los beneficiarios consumen agua sin ningún tipo de tratamiento, el 49,4 % consumen algún tipo de agua segura como agua hervida, filtrada, embotellada o clorada. Las condiciones sanitarias deficientes y la precariedad del suministro de agua afectan la salud, las condiciones socio-económicas y, por ende, al desarrollo de la comunidad.

Tabla 14. Distribución de variables socioeconómicas, gasto en la compra de alimentos mensuales en la familia de beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.

Gasto en compra de alimentos mensuales (en pesos colombianos)	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Entre < 0- y menos de 40.000	623	77,3
Entre 40.000 y menos de 150.000	21	2,7
Entre 150.000 y menos de 300.000	70	8,7
Entre 300.000 y menos de 600.000	78	9,7
Entre 600.000 y menos de 900.000	10	1,2
Entre 900.000 a 1.200.000.000	3	0,4
Total	805	100

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



Fuente: Sanabria V, 2021

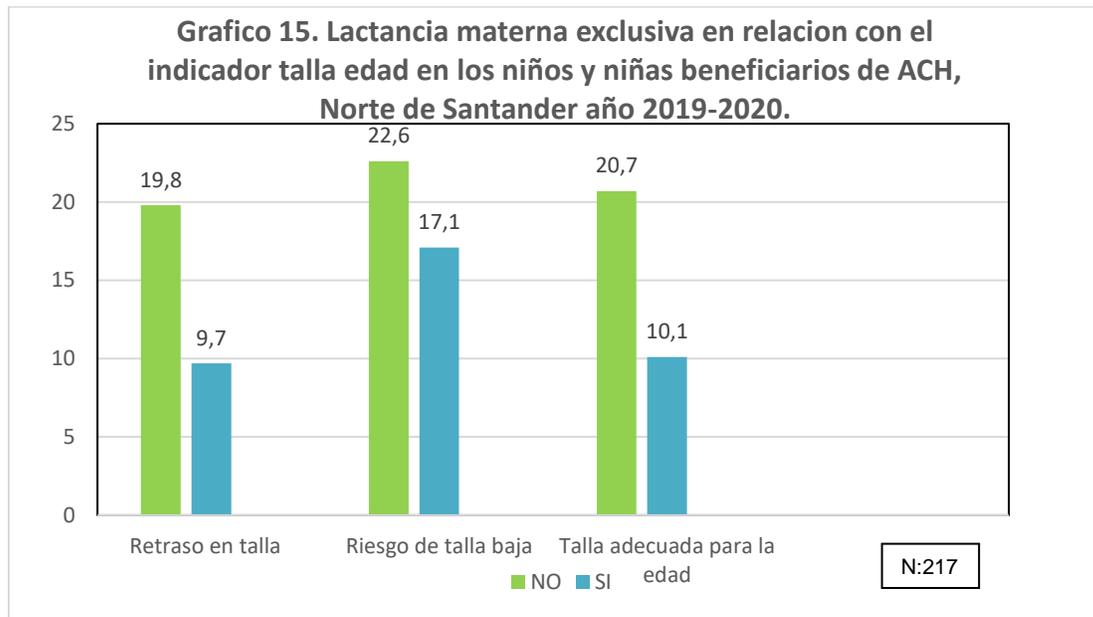
Durante las valoraciones, las familias referían no tener ingresos fijos destinados a la compra de alimentos, y que muchos de estos eran adquiridos a través de donaciones, comedores comunitarios, fundaciones, albergues de paso o a través de la mendicidad. El 77,3 % refiere ingresos entre \$0 y \$40.000 mensuales dedicados a la alimentación. El 9,7 % refiere destinar entre \$300.000 y menos de \$600.000 mensuales para la compra de alimentos. El 8,7 % destinan entre \$150.000 y menos de \$300.000 para la compra de estos. El 2,7 % realiza la compra del alimento por un mes con ingresos de \$40.000 a \$150.00 pesos. El 1,2 % realiza compra de alimentos para el mes con un promedio de \$600.00 a \$900.00 mensuales, y el 0,4 % cuenta con \$900.000 hasta \$1.200.000. Es de anotar que muchas de estas familias están conformadas por cinco o más integrantes.

Tabla 15. Lactancia materna exclusiva en relación con el indicador talla edad en los niños y niñas beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.

Lactancia materna exclusiva	Clasificación Antropométrica T/E						Total	
	Retraso en talla		Riesgo de talla baja		Talla adecuada para la edad		FA (n)	FR (%)
	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)		
No	43	19,8	49	22,6	45	20,7	137	50,6
Si	21	9,7	37	17	22	10,1	80	36,9
Total	64	29,5	86	39,6	67	30,9	217	100

FA: Frecuencia Absoluta FR: Frecuencia Relativa

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



Fuente: Sanabria V, 2021

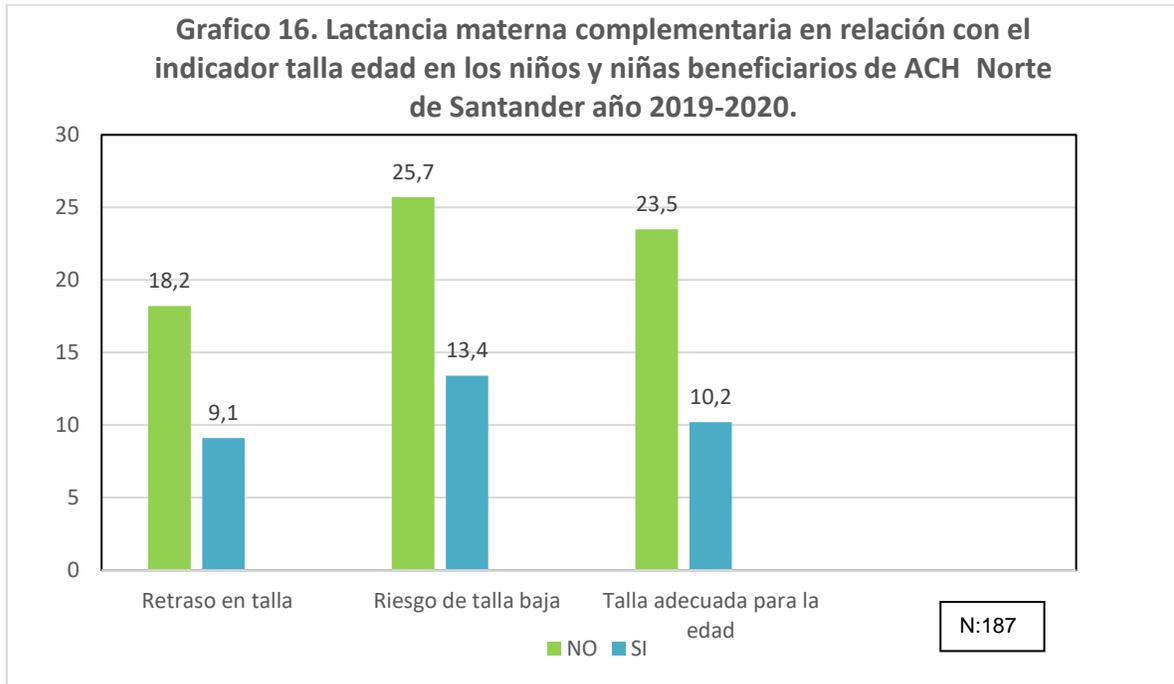
Del total de la población valorada que recibieron lactancia materna exclusiva en relación con el indicador talla/edad, se puede decir que 50,6 % que no recibió lactancia materna en sus primeros 6 meses de vida, el 22,6 % presentó riesgo de talla baja y un 19,8 % tuvo diagnóstico de retraso en talla, el 36,6 % de niños y niñas recibieron lactancia materna exclusiva y el 9,7 % presentó retraso en talla.

Tabla 16. Lactancia materna complementaria en relación con el indicador talla edad en los niños y niñas beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.

Lactancia materna complementaria en relación con la clasificación Antropométrica T/E								
Lactancia materna complementaria	Retraso en talla		Riesgo de talla baja		Talla adecuada para la edad		Total	
	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)
No	34	18,2	48	25,7	44	23,5	126	67,4
Si	17	9,1	25	13,4	19	10,2	61	32,6
Total	51	27,3	73	39	63	33,7	187	100

FA: Frecuencia Absoluta FR: Frecuencia Relativa.

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020



Fuente: Sanabria V, 2021

Según la relación de la lactancia materna complementaria con el indicador talla/edad, del total de los 187 niños y niñas valorados, un 67,4 % no tuvo lactancia materna complementaria y de estos, 25,7 % presentó riesgo de talla baja, 23,4 % talla adecuada para la edad y el 18,2% retraso en talla. En relación los niños y las niñas que recibieron alimentación complementaria, 13,4 % presenta riesgo de talla baja, 10,2 % presenta talla adecuada y el 9,1 % presenta retraso en talla.

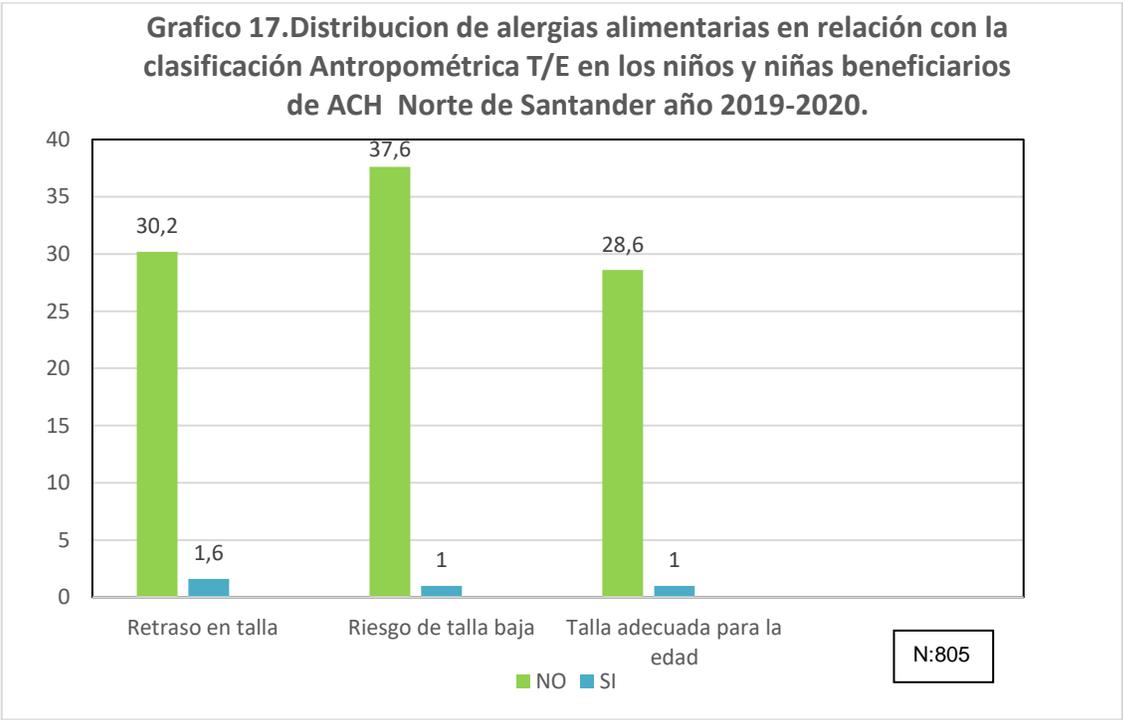
Tabla 17. Distribución de alergias alimentarias en relación con el indicador talla edad en los niños y niñas beneficiarios de ACH, Norte de Santander año 2019-2020.

Alergias alimentarias en relación con la clasificación Antropométrica T/E

		Retraso en talla		Riesgo de talla baja		Talla adecuada para la edad		Total	
		FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)
Alergias alimentarias	No	243	30,2	303	37,6	230	28,6	776	96,4
	Si	13	1,6	8	1,0	8	1,0	29	3,6
Total		256	31,8	311	38,6	238	29,6	805	100,0

Fuente: base de datos KOBO 2019-2020

Grafico 17. Distribucion de alergias alimentarias en relación con la clasificación Antropométrica T/E en los niños y niñas beneficiarios de ACH Norte de Santander año 2019-2020.



Fuente: Sanabria V, 2021

Del total de la población valorada, el 96,4 % no presenta alergias alimentarias, el 37,7 % presentó como diagnóstico nutricional riesgo de talla baja, el 28,6 % presentó talla adecuada para la edad, un 30,2 % retraso en talla, y el 3,6 % de los niños y niñas presentó alergias alimentarias.

8. DISCUSIÓN DEL PROBLEMA

El retraso en talla refleja malnutrición por déficit y es también sinónimo de pobreza, de deficiencias en el sistema de salud, limitados ingresos económicos, padres o cuidadores con bajo nivel académico, difícil acceso a salud e inseguridad alimentaria y nutricional, además de las precarias condiciones de saneamiento básico, la inadecuada alimentación. Otros de los factores asociados son: la falta de lactancia materna exclusiva, la introducción temprana e inadecuada de la alimentación complementaria, infecciones recurrentes, desnutrición aguda, todo con el agravante de tener que soportar un proceso migratorio. Una de las consecuencias que puede traer para este niño el retraso en talla, es que puede existir una afectación en su neurodesarrollo, como también está comprobado que otra de las consecuencia es el limitado desarrollo para la sociedad, y en general, para un país. Dicho lo anterior, podemos evidenciar estas consecuencias en la población beneficiaria de la ONG Acción Contra el Hambre en la base Norte de Santander.

En la presente investigación se determinaron 805 atenciones medico-nutricionales a niños y niñas menores de 5 años procedentes del vecino país. El 59 % de las atenciones se realizaron en el municipio San José de Cúcuta, el 36,6 % son pertenecientes a Villa del Rosario y el restante pertenece al municipio de Los Patios. En el último reporte de 2019 de la entidad migratoria, la cifra en la región era de 202.727 migrantes distribuidos en los 40 municipios, siendo Cúcuta la ciudad con mayor concentración: al cierre del 2019 habían 104.981 venezolanos, y para marzo de 2020 la cifra subió a 107.883.

En la distribución de los grupos étnicos valorados por la ONG Acción Contra el Hambre, el 98,3 % refiere no tener ninguna pertenencia étnica, el 1,2 % son afrodescendientes, 0,5 % pertenece a alguna etnia indígena, mayoritariamente a los

Yukpa, procedentes de la Serranía de Perijá, entre la frontera de Colombia y Venezuela.

El 50,6 % consume agua sin ningún tipo de tratamiento, el 49,4 % de los beneficiarios consumen algún tipo de agua segura como agua hervida, filtrada, embotellada o clorada. Las condiciones sanitarias deficientes y la precariedad del suministro de agua afectan la salud, el hambre y la pobreza, tanto como al desarrollo de la comunidad. En Perú, un estudio mostró la asociación positiva entre fuentes de agua mejoradas y el crecimiento infantil, y este efecto fue mayor cuando la intervención se combinó con instalaciones sanitarias mejoradas. (13)

Del total de la población valorada, el 77,3 % refiere ingresos entre \$0 y \$40.000 mensuales. Durante las valoraciones, las familias referían que no tenían ingresos fijos destinados a la compra de alimentos, que muchos de estos eran adquiridos a través de donaciones, en comedores comunitarios, con fundaciones o albergues de paso y, en el peor de los casos, por medio de la mendicidad.

Según el estatus migratorio de ciudadanos venezolanos en Colombia, para el 2020 se registraron 1.017.152 migrantes irregulares. Esta condición imposibilita a la población para poder acceder a un trabajo formal con prestaciones de ley y que mejore la calidad de vida de las familias. Se estableció que la tasa de desempleo para este grupo poblacional registrado entre septiembre de 2018 y agosto de 2019 fue de 19,2 % (DANE, 2019), comparado con el 10,2 % para el total nacional en septiembre de 2019. (14)

9. CONCLUSIONES

En esta investigación se determinó una mayor prevalencia de mujeres, registrando un 52,4 % y un 47,6 % de hombres, beneficiarios atendidos por la organización, y se detectó una prevalencia de población sin ninguna pertenencia étnica aproximadamente con 98,3 %. También se identificó que el 98,9 % no cuenta con ninguna afiliación al sistema de salud, y se observó que el 84,6 % de las niñas y niños beneficiarios no se encuentran escolarizados, es decir, no tienen acceso a la educación inicial que está comprendida para niños menores de 6 años. Es de anotar que la educación inicial en Colombia se considera como un derecho impostergable, ya que tiene como objetivo potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas.

Las edades que se tuvieron en cuenta en el estudio fueron niños mayores de 6 meses hasta los 60 meses de edad, donde se presentó una mayor prevalencia en niños y niñas de 12 a 24 meses con un 27,1 %. Del total de la población, el 57,4 % no cuenta con desparasitación en los últimos 6 meses por limitantes como el acceso a servicios de salud o falta de dinero para la compra de este tipo de medicamentos; así mismo, según la distribución del esquema de vacunación completo para estos menores valorados, se identificó que el 55,1 % de los beneficiarios no contaban con el esquema completo, aun cuando en Colombia para los niños menores de 5 años la vacunación es gratuita, de fácil acceso y se considera como un derecho fundamental. Los cuidadores de los beneficiarios manifestaban no tener el conocimiento sobre la ruta para la vacunación en Colombia por no tener acceso a los medios de comunicación a través de los que se informan de estas jornadas, o por falta de difusión de este tipo de derechos.

Según la distribución talla para la edad, encontramos que el diagnóstico más prevalente fue el de riesgo de talla baja con un 38,6 % de la población, el retraso en talla presentó un 31,9 % , teniendo en cuenta que esta variable permite medir la

equidad de un país. Asimismo, se identificó que los hogares con mayores índices de pobreza son los que presentan mayor retraso en talla. Según estudios sobre prevalencia de talla baja, Colombia está en un 10,8 %.(5)

Otras de las variables identificadas fue el diagnóstico de los niveles de hemoglobina en los beneficiarios. En los niveles de normalidad, es decir, mayor a 11 dl, se encontró una prevalencia de 66,5 %; la prevalencia de anemia es de 33,5 %. Este último se presenta con manifestaciones como fatiga, palidez, dificultad para respirar, aturdimiento, mareos, y se genera por una baja producción o una baja cantidad de glóbulos rojos en la sangre.

Otro de los resultados analizados fue el perímetro braquial. Los rangos de normalidad (mayor a 13,5 cm) tuvo una prevalencia de 87,8 %. Este indicador es usado en situaciones de emergencia o normales como un instrumento adicional del tamizaje para predecir la mortalidad infantil. Dentro de las variables socioeconómicas se tuvo en cuenta el tipo de agua para el consumo, encontrando que el 50,6 % consume agua sin ningún tipo de tratamiento, es así que las condiciones sanitarias deficientes y la precariedad del suministro del agua afectan las condiciones de salud, aumentan el hambre y la pobreza, e impactando de manera negativa el desarrollo de la comunidad.

En cuanto a otro indicador socioeconómico, se identificó que el 77,3 % refiere ingresos inferiores a \$40.000 mensuales destinados a la compra de alimentos. Muchas de estas poblaciones prefieren adquirir alimentos a través de la mendicidad, donaciones, comedores comunitarios de fundaciones o albergues, lo que los hace más vulnerables a la inseguridad alimentaria y nutricional.

Durante el estudio se identificó una relación entre la lactancia materna exclusiva y el indicador talla para la edad, donde se deduce que la población que no recibió

lactancia materna hasta los 6 meses de edad presentó un 22,6 % de riesgo de talla baja y un 19,8 % de retraso en talla. Respecto a la lactancia materna complementaria en relación con el indicador talla-edad, se identificó quienes no tuvieron una lactancia materna complementaria adecuada presentaron un 25,7 % de talla baja para edad. Otro de los indicadores que se determinó en la población objeto de estudio fue la no presencia de alergias alimentarias en relación con el riesgo de talla baja, que fue de 37,6 %.

Durante el estudio se pudo identificar que existe una relación entre la prevalencia de riesgo de talla baja y retraso en talla frente a los deficientes ingresos destinados a la compra de alimentos (inferiores a \$40.000 pesos colombianos); este se presenta debido a la falta de empleo formal, sumado a la condición de irregularidad de la población.

10. RECOMENDACIONES

Diseñar estrategias de promoción y prevención para la primera infancia aun cuando se encuentre de manera irregular en el país, teniendo siempre presente que los 1000 días son los más importantes para el crecimiento y desarrollo de un niño o niña.

Implementar estudios similares en otras poblaciones vulnerables con características similares, que permitan la identificación del estado nutricional y de seguridad alimentaria, con miras al diseño de estrategias de intervención que propendan por el bienestar de la población objeto.

Tener como referencia el presente estudio para el diseño de propuestas complementarias que determinen la relación del bajo peso o de la desnutrición en población migrante, y que permitan la puesta en marcha de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad asociada, así como de políticas o programas tendientes a la garantía de la seguridad alimentaria.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	NOVIEMBRE 2020		DICIEMBRE 2020			ENERO 2020			FEBRERO 2021		MARZO 2021
Solicitud de información a ONG Acción Contra el Hambre											
Consolidación de la información de las historias clínicas de kobo.humanitarianresponse año 2019 A -2020 ^a											
Análisis de la información obtenida variables de diagnóstico nutricional											
Solicitud de información a ONG Acción Contra el Hambre											
Realizar trazabilidad a través de la plataforma KOBO											
Analizar componentes de seguridad alimentaria; recursos económicos destinados a compra de alimento y periodicidad Frecuencia de consumo mensual por grupo de alimentos											
Socializar los resultados obtenidos a partir de la ejecución de las diferentes actividades											

12.PRESUPUESTO

12.1. Descripción de los equipos que se utilizaron

Ítem	Nombre del equipo	Justificación	Descripción detallada del equipo	Cantidad	Marca
1	Báscula	Para elaborar un diagnóstico exacto, además de calcular el peso, el médico responsable del tratamiento.	Seca 874. La báscula electrónica para personas se utiliza conforme a las normas nacionales, principalmente en hospitales, consultas médicas y centros de cuidado estacionarios 200 kg	1	seca
2	Tallímetro	Útil para medir niños, adolescentes, adultos.	Seca 214 estadiómetro estático pesa tan sólo 2.4 kg, rango de medición 20 - 205 cm	1	seca
3	Infantómetro	Tabla de medición sólida y ligera para el uso móvil	Seca 417 rango de medición 10 - 100 cm	1	seca

12.2. Presupuesto del proyecto

Ítem	Nombre de la inversión	Nº de horas de uso del equipo o del profesional durante el proyecto	Valor/ hora del equipo o del profesional	Valor total
1	Computador	50	3.750	112.500
2	Equipos antropométricos	200	6.500	1.300.000
3	Material papelería, impresiones	300	100	30.000
4	Personal en antropometría	200	12.000	2.400.000
5	Análisis estadístico de la información	36	30.000	1.080.000
6	Profesional Nutricionista	120	20.000	2.400.000
7	Docente asesor	60	30.000	1.800.000
			TOTAL (\$)	9.122.500

13. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. (2017). Documento normativo sobre retraso en talla, Metas mundiales de nutrición 2025. *Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo*, 1-12.
2. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) Centroamérica conceptos básicos Disponible <http://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/>
3. Garcia S, Sarmiento OL, Forde I, Velasco T. Socio-economic inequalities in malnutrition among children and adolescents in Colombia: the role of individual-, household- and community-level characteristics. *Public Health Nutr.* ||2013;16(9):1703-18
4. Adriana A, Gloria E, Gloria L, Maria N, Socioeconomic factors associated with stunting in preschool attending an educational institution of Floridablanca, Colombia.
5. Universidad Nacional, ICBF, Instituto Nacional de Salud. (2020). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de 2015*. Bogotá .
6. Andrew J. Prendergast y Jean H. Humphrey (2014) El síndrome del retraso del crecimiento en los países en desarrollo, *Pediatría y Salud Infantil Internacional*, 34: 4, 250-265, DOI: [10.1179 / 2046905514Y.0000000158](https://doi.org/10.1179/2046905514Y.0000000158)
7. María Victoria Benjumea¹, J. H. (2017). Cómo intervenir y prevenir el retraso del crecimiento en niños menores de cinco años de hogares incluidos en el Sisben de Caldas. *Biomédica*, 527 - 537.
8. Delisle, H. (2008). Pobreza: la doble carga de la desnutrición en las madres y el impacto intergeneracional. *Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York*, 1136 , 172-84.
9. International Food Policy and Research Institute (IFPRI). Global Nutrition Report - From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030 [Internet]. Washington; 2016 [cited 2016 Jul 29]. Available from: <http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/130354/>

10. filename/130565.pdf United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO), World Bank(WB). Levels and trends in child malnutrition [Internet]. Nueva York, Ginebra, Washington; 2015 [cited 2016 Jul 29]. Available from: http://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf
11. ACNUR, OIM. (2020). *El Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes*. Available from: <https://www.refworld.org.es/pdfid/5e7c2c3d4.pdf>
12. Programa mundial de alimentos . (2020). *Evaluación de Seguridad Alimentaria en Emergencias (ESAE) para Población Migrante de Venezuela y Hogares de Acogida en Departamentos Fronterizos*.
13. Accion Contra el Hambre. (2017). *BABYWASH Y LOS 1000 DÍAS*.
14. OIT, BID, Unidad de Servicio de Empleo . (2020). *Inclusión laboral para La Población Migrante Proveniente de Venezuela en Colombia*.
15. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria - PESA - Centroamérica Proyecto Food Facility Honduras <http://www.fao.org/3/aT772s/aT772s.pdf>