

PERFIL ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL DE ANTIOQUIA 2019



Perfil alimentario y nutricional de Antioquia 2019

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional - MANÁ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Escuela de Nutrición y Dietética



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Escuela de Nutrición y Dietética

MANÁ

Gerencia de Seguridad
Alimentaria y Nutricional

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



PIENSA EN GRANDE

Perfil alimentario y nutricional de Antioquia 2019

Luis Pérez Gutiérrez
Gobernador de Antioquia

Hugo Alexander Díaz Marín
Gerente
Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia – MANÁ

Laidy Diana Arias García
Coordinadora Científica
Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia – MANÁ



Perfil alimentario y nutricional de Antioquia 2019

Berta Lucía Gaviria Gómez

Directora

Escuela de Nutrición y Dietética

Claudia María Velásquez Rodríguez

Jefa del Centro de Investigación en Alimentación y Nutrición

Sergio Alzate Mejía

Coordinador Programa de Extensión

Escuela de Nutrición y Dietética

Lorena Patricia Mancilla López

Coordinadora académica y científica

Escuela de Nutrición y Dietética

Universidad de Antioquia



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Escuela de Nutrición y Dietética

MANÁ

Gerencia de Seguridad
Alimentaria y Nutricional

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



PIENSA EN GRANDE

SUPERVISIÓN Y ASESORÍA

Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia - MANÁ

Laidy Diana Arias García - Supervisión técnica

Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia - MANÁ

Clara Eugenia Pérez Cadavid - Supervisión jurídica

Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia - MANÁ

Yolima Pérez Carvajal - Supervisión financiera

Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia

Julián Correa Puerta - Asesoría jurídica

EQUIPO DE TRABAJO

Asistencia técnica y administrativa

Catalina Castaño Díez

Lina María Díaz Blandón

Estadísticos

Cristian David Santa Escobar

Víctor Daniel Calvo Betancur

Juan Sandoval

Profesionales en gerencia de sistemas de información en salud

Claudia Marcela Cano Puerta

Erika Alejandra Ríos Valencia

Rigoberto Cataño Ceballos

Financiera

Natalia Andrea Orozco Rodríguez

Auxiliar de investigación

Daniela Ramírez Montoya

Auxiliar administrativo

Juan Esteban Valencia Gómez

Auxiliar logístico

Jorge Mario Ruiz Ramírez

OPERATIVO DE CAMPO

Personal de los componentes cuantitativos

Coordinación

Leydy Nathalia Riascos Morán, Carolina Rosa Madrid Pérez

Supervisores

Andry Yulieth Torres Taborda, Edwin David Restrepo Grajales, Elizabeth Sandoval Rodríguez, Giovanni Alexander Rubiano Pinilla, Leidy Yuliana Zapata, Néstor Hernán Correa Taborda, Sonia Patricia Rincón Pavón, Stella Castillo Mosquera, Verónica Andrea Martínez Marulanda, Dennis Alexandra Naranjo Mosquera, Jasbleidi Buitrago Uribe.

Encuestadores

Angie Mariana Holguín Echeverry, Carolina Londoño López, Cindy Vanesa Flórez Puerta, Daniela Andrea Aristizábal Salazar, Daniela Gómez Rodríguez, Diana Patricia Aguilar Quinto, Elkin Darío Murillo Córdoba, Erika Tatiana Cano Vásquez, Estefanía Lopera Ramírez, Gloria Yaneth Moreno Álvarez, Jeffersson Uribe González, Jhonatan Giraldo García, Karla Johana Cano Vásquez, Katherine Hernández González, Luz Adriana Castaño Toro, Michelle Dyan Barrientos Arango, Paola Osorio García, Rosa Katherin Alcaraz Celada, Santiago Carvajal Villegas, Shirley Pérez Cuartas.

Encuestadores de consumo de alimentos

María Paulina Gómez Carmona, Andrés Felipe Suárez Rincón, Stefanía Restrepo Ospina, Paula Andrea Parra Santa, Bibiana Margarita Cano Builes, Andrés Felipe Mendoza Uribe, Marcela Gaviria Noreña, Jenny Alejandra Valencia Quinchía, María Alejandra Tobón Cuartas, Helman Santiago Múnera Mesa, Laura Cristina Giraldo Pérez, Viviana María Marín Gómez, Ana María Sánchez Montoya, Natalia Arboleda Palacio, Juan Esteban Herazo Beltrán, Nubia Estella Maya, Diana Carolina Salazar Giraldo, Martha Patricia Arango Rodríguez, Brayan Duque Calle, Juan Fernando Aristizábal Martínez, Yesica Yired Juagibioy López, Paola Andrea Sánchez Martínez.

Bioanalistas

Richard Esteban Muriel Montoya, Mauricio Gallego Aranda, Sergio Andrés Gómez Patiño, Erika Arenas Martínez, Vivian Gómez Bravo, Alejandra Patiño Mejía, Favio Alonso Vislan Utria, Andrea García Galeano, Ana Carolina Zapata Cano, Ferley Alejandro Bedoya Guzmán, Paola Judith Arregoces Baleta, Hasbleidy Johana Castellanos Rivera.

Críticos del dato

Juliana Arias Mejía, Juliana Andrea Giraldo Beltrán, Alejandro Gil Zapata, Laura Andrea Guerrero Grajales, María Paulina Madrid Pérez, Mariana Arboleda Amaya, Silvia Andrea Hincapié Restrepo, Jenniffer Paola Vargas Marín, Amada Milena García Yepes, Yuen Fey Álvarez Porras.

Personal de campo y que aportó al análisis de los componentes cualitativos

Componente de prácticas y simbolismos alimentarios

Gloria Montoya Cuervo, Yadira Isabel Obando Rincón.

Componente de análisis de redes sociales y mapeo de actores

Cristian Daniel Aguirre Henao, Alison Dayana Morales Salazar, Mario Alonso Cadavid Ramírez, Andrés Colorado Vélez.

ASESORES

Profamilia

Instituto Nacional de Salud

Departamento Administrativo de Planeación – Gobernación de Antioquia

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y al Instituto Nacional de Salud por el acompañamiento técnico y aprovisionamiento de los equipos necesarios para las sesiones de trabajo en campo.

Edición 2019

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1. REFERENTE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

Coordinadora académica y científica

Lorena Mancilla López

Estadístico

Cristian David Santa Escobar

Victor Calvo Betancur

Juan Sandoval

CAPÍTULO 2. RESULTADOS DEL COMPONENTE DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.

Subcomponente sociodemográfico y de la seguridad alimentaria de los hogares de Antioquia y las subregiones

Investigadora principal de las características sociodemográficas de los hogares

Lorena Mancilla López

Coinvestigadora de las características sociodemográficas de los hogares

Catalina Castaño Díez

Investigadora de seguridad alimentaria en los hogares

Martha Cecilia Álvarez Uribe

Auxiliar de investigación

Lina Meneses Tabares

Subcomponente de ambientes alimentarios

Investigadora principal

Laura Inés González Zapata

Coinvestigadores de adquisición de alimentos en hogares antioqueños

Martha Alicia Cadavid Castro, Luz Stella Álvarez Castaño, Gustavo Andrés Cediél Giraldo

Coinvestigadores de etiquetado nutricional

Laura Inés González Zapata, Gustavo Andrés Cediél Giraldo

Coinvestigadoras de publicidad televisiva de productos alimentarios y bebidas no alcohólicas.

Laura Inés González Zapata, Isabel Cristina Carmona Garcés

Auxiliar de investigación

Liliana Gaviria Salinas

CAPITULO 3. RESULTADOS DEL COMPONENTE DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL, SEGÚN CURSO DE VIDA.

Subcomponente de evaluación nutricional por indicadores antropométricos, evaluación de la actividad física e identificación de comportamientos sedentarios.

Investigadora principal de la evaluación del estado nutricional por indicadores antropométricos

Argenis Giraldo García

Investigador principal de actividad física y comportamientos sedentarios

Juan Carlos Aristizábal Rivera

Asesor de actividad física y comportamientos sedentarios

Fredy Alonso Patiño Villada

Auxiliar de investigación

Katheryn Londoño Oquendo

Subcomponente de evaluación nutricional por indicadores bioquímicos

Investigador principal

Diego Alejandro Gaitán Charry

Coinvestigadora

Beatriz Elena Parra Sosa

Auxiliar de investigación

Yeisson Aníbal Galvis Pérez

Auxiliar administrativa

Isabel Cristina Correa Mesa

Subcomponente de evaluación del consumo de alimentos

Investigadora principal

Diana Cárdenas Sánchez

Coinvestigador

Gustavo Andrés Cediel Giraldo

Auxiliar de investigación

Keilly Pineda Santa, Ana María Yarce Restrepo

Subcomponente de la situación alimentaria y nutricional maternoinfantil

Investigadora principal

Sandra Lucía Restrepo Mesa

Coinvestigadoras

Argenis Giraldo García, Beatriz Elena Parra Sosa

Auxiliar de investigación

Keren Milena Cano Pulgarín

Subcomponente de la situación alimentaria y nutricional del adulto mayor**Investigadora principal**

Nubia Amparo Giraldo

Coinvestigadores

Alejandro Estrada Restrepo, Gloria Cecilia Deossa Restrepo

Auxiliar de investigación

Gisselle Martínez Uribe

CAPÍTULO 4. COMPONENTE DE PRÁCTICAS Y SIMBOLISMOS ALIMENTARIOS**Investigadora principal**

Luz Marina Arboleda Montoya

Coinvestigadora

Luz Natalia Rodríguez Villamil

Auxiliares de investigación

Yadira Isabel Obando Rincón, Sara Zapata Rigol

CAPÍTULO 5. COMPONENTE DE ANÁLISIS DE REDES SOCIALES Y MAPEO DE ACTORES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES.**Investigadora principal**

Eliana María Pérez Tamayo

Coinvestigadora

Lorena Patricia Mancilla López

Auxiliares de investigación

Jhony Alexander Tamayo Castro, María Isabel Pérez Hincapié, Eimy Yaritza Cuesta Caicedo, Eyleen Santos Cuesta

Tabla de contenidos

Introducción.....	34
CAPÍTULO 1. REFERENTE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO.....	39
1.1. Problemáticas alimentarias y nutricionales que debe enfrentar el departamento de Antioquia.....	40
1.1.1. Determinantes sociales de la salud.....	40
1.1.2. Sistemas insostenibles de producción, distribución y comercialización de alimentos.....	42
1.1.3. Transformación de los patrones de consumo de alimentos.....	44
1.1.4. Doble carga de la malnutrición.....	45
1.1.5. Políticas públicas poco eficaces para enfrentar los desafíos alimentarios y nutricionales.....	47
1.2. Propósito.....	49
1.3.1. Objetivo general.....	50
1.3.2. Objetivos específicos.....	50
1.4. Metodología.....	50
1.4.1. Tipo de estudio.....	52
1.4.2. Metodología cuantitativa.....	53
1.4.2.1. Población y muestra.....	53
1.4.2.2. Tipo de Muestreo.....	53
1.4.2.3. Marco de muestreo.....	54
1.4.2.4. Unidades de selección y análisis.....	57
Formación de las unidades primarias de muestreo (UPM).....	57
1.4.2.5. Determinación del tamaño de muestra y selección.....	61
1.4.3. Estimaciones.....	70
1.4.3.1. Factores de expansión.....	70

1.4.3.2.	Factor final de expansión de hogares.....	72
1.4.3.3.	Factor de expansión para personas.....	73
1.4.3.4.	Errores de muestreo.....	75
1.4.3.	Cálculo de la varianza.....	76
1.4.4.	Estimación de parámetros.....	76
1.5.	Metodología de los subcomponentes cuantitativos.....	79
1.5.1.2.	Seguridad alimentaria en los hogares.....	81
1.5.1.3.	Ambientes alimentarios.....	83
1.5.2.	Componente evaluación del estado nutricional según etapas del ciclo vital humano.....	85
1.5.2.1.	Evaluación nutricional por indicadores antropométricos.....	85
1.5.2.2.	Actividad física y comportamientos sedentarios.....	87
1.5.2.3.	Evaluación del estado nutricional por indicadores bioquímicos.....	88
1.5.2.4.	Evaluación del consumo de alimentos.....	95
1.5.2.5.	Situación alimentaria y nutricional materno infantil.....	96
1.5.2.6.	Situación alimentaria y nutricional del adulto mayor.....	100
1.6.	Metodología de los componentes cualitativos.....	102
1.6.1.	Componente de prácticas y simbolismos alimentarios.....	102
1.6.2.	Componente de análisis de redes sociales y mapeo de actores en políticas públicas alimentarias y nutricionales.....	105
1.7.	Capacitación.....	107
1.8.	Prueba piloto.....	109
1.8.	Operativo de campo.....	109
1.8.1.	Cobertura.....	110
1.9.	Guía para la lectura e interpretación de los datos de las tablas de resultados.....	113
1.10.	Referencias bibliográficas.....	114

CAPÍTULO 2. RESULTADOS DEL COMPONENTE DE DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.....121

2.1.	Presentación.....	122
2.2.	Resultados.....	123
2.2.1.	Características demográficas y socioeconómicas de los hogares y de sus integrantes.....	123
2.2.1.1.	Estructura poblacional del departamento de Antioquia y de sus subregiones.....	123
2.2.1.2.	Características socioeconómicas de los hogares por subregión y área de residencia.....	129
2.2.1.3.	Características generales de la vivienda por subregión y área de residencia.....	130
2.2.4.	Características demográficas y socioeconómicas del jefe o la jefa de hogar, por subregión y área de residencia.....	132
2.2.5.	Aspectos socioeconómicos de los integrantes del hogar, por subregión y área de residencia.....	133
2.2.6.	Algunas características sociodemográficas de las mujeres jefas de hogar, por subregión y área de residencia.....	134
2.2.2.	Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones.....	136
2.2.2.1.	Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia y subregiones, según área.....	136
2.2.2.2.	Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones, según composición, número de personas y tipología del hogar.....	137
2.2.2.3.	Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones; según sexo, algunas características socioeconómicas, Sisbén y afiliación al Sistema General de Salud del jefe o jefa del hogar.....	138
2.2.2.4.	Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones, según ingresos, gasto alimentario y participación	

	porcentual del gasto alimentario.....	139
2.2.2.5.	Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones, según estrato socioeconómico de la vivienda y acceso a servicios públicos.....	141
2.2.2.6.	Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones, según asistencia a programas alimentarios.....	142
2.2.3.	Ambientes alimentarios.....	142
2.2.3.1.	Adquisición de los alimentos en hogares antioqueños.....	142
2.2.3.2.	Etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas (PAEBNA) en el departamento de Antioquia (sin Medellín).....	147
2.2.3.3.	Publicidad televisiva de los productos alimentarios y bebidas no alcohólicas.....	152
2.3.	Discusión de resultados.....	159
2.3.1.	Características demográficas y socioeconómicas de los hogares y sus integrantes.....	159
2.3.2.	Seguridad Alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones.....	166
2.3.3.	Ambientes alimentarios.....	169
2.3.3.1.	Adquisición de alimentos en los hogares antioqueños.....	169
2.3.3.2.	Etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas (PAEBNA).....	172
2.3.3.3.	Publicidad televisiva de los productos alimentarios y bebidas no alcohólicas.....	174
2.4.	Referencias bibliográficas.....	178
CAPÍTULO 3. RESULTADOS DEL COMPONENTE DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL, SEGÚN CURSO DE VIDA.....		222
3.1.	Presentación.....	223
3.2.	Resultados.....	224

3.2.1.	Subcomponente de evaluación del estado nutricional por indicadores antropométricos. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	224
3.2.1.1.	Promedio de peso, estatura y perímetro cefálico de los niños respecto al patrón de referencia.....	224
3.2.1.2.	Estado nutricional en niños y niñas menores de cinco años, por indicadores de peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico para la edad.....	226
3.2.1.3.	Estado nutricional en niños y niñas mayores de cinco años y adolescentes, por talla e IMC para la edad y comportamiento del perímetro de cintura.....	228
3.2.1.4.	Estado nutricional por IMC y perímetro de cintura en la población de 18 a 59 años.....	229
3.2.2.	Subcomponente de actividad física y comportamientos sedentarios. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	231
3.2.2.1.	Niños y adolescentes que cumplen las recomendaciones de actividad física (AF) de la OMS, participan en programas de AF y utilizan la bicicleta.....	231
3.2.2.2.	Adultos que cumplen las recomendaciones de actividad física (AF) de la OMS, participan en programas de AF y utilizan la bicicleta.....	237
3.2.3.	Subcomponente de evaluación nutricional por indicadores bioquímicos en la población de Antioquia (sin Medellín), 2019.....	240
3.2.3.1.	Anemia y deficiencia de hierro.....	240
3.2.3.2.	Presencia temprana de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la alimentación y la nutrición....	241
3.2.3.3.	Deterioro en el estado de la capacidad física de los adultos mayores.	241
3.2.4.	Subcomponente de evaluación de consumo de alimentos. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	242
3.2.4.1.	Frecuencia y cantidad promedio de los alimentos ingeridos.....	242
3.2.4.2.	Distribución de la ingesta de energía (cal) y macronutrientes y su adecuación por total de la población, área, sexo, grupos poblacionales	

	y estado fisiológico.....	243
3.2.4.3.	Distribución del consumo de energía, según el grado de procesamiento de alimentos.....	246
3.2.4.4.	Determinantes sociodemográficos en el consumo de alimentos, según grado de procesamiento.....	248
3.2.4.5.	Prevalencia de riesgo de deficiencia en la ingesta usual de hierro, calcio, zinc, vitamina C, vitamina A, folatos y vitamina B12.....	250
3.2.4.6.	Perfil de nutrientes de la dieta de los antioqueños, según quintiles de consumo de alimentos ultraprocesados.....	254
3.2.5.	Subcomponente de la situación alimentaria y nutricional materno-infantil. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	254
3.2.5.1.	Mujeres gestantes.....	255
3.2.5.2.	Madres lactantes.....	257
3.2.5.4.	Indicadores relacionados con prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño.....	260
3.2.6.	Subcomponente de la situación alimentaria y nutricional del adulto mayor. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	261
3.2.6.1.	Aspectos socioeconómicos, demográficos y perfil de morbilidad.....	261
3.2.6.2.	Actividades avanzadas de la vida diaria – Actividad física.....	262
3.2.6.3.	Índice de masa corporal (IMC).....	263
3.2.6.4.	Circunferencias de cintura, pantorrilla y brazo.....	263
3.2.6.5.	Mini Nutritional Assessment (MNA).....	265
3.2.6.6.	Sarcopenia y fragilidad.....	265
3.2.6.7.	Limitantes para el acceso y consumo de alimentos.....	266
3.3.	Discusión de los resultados.....	267
3.3.1.	Subcomponente de evaluación del estado nutricional por indicadores antropométricos. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	267
3.3.2.	Subcomponente de actividad física y comportamientos sedentarios. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	268

3.3.3.	Subcomponente de evaluación nutricional por indicadores bioquímicos. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	271
3.3.3.1.	Anemia y deficiencia de hierro.....	271
3.3.3.2.	Presencia temprana de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la alimentación y la nutrición....	273
3.3.3.3.	Deterioro en el estado y la capacidad física de los adultos mayores.	275
3.3.4.	Subcomponente de evaluación de consumo de alimentos. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	275
3.3.5.	Subcomponente de situación alimentaria y nutricional maternoinfantil. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	280
3.3.5.1.	Factores sociodemográficos.....	280
3.3.5.2.	Estado nutricional.....	281
3.3.5.3.	Prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño.....	283
3.3.6.	Subcomponente de la situación alimentaria y nutricional del adulto mayor. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	285
3.4.	Referencias bibliográficas.....	290

CAPÍTULO 4. RESULTADOS DEL COMPONENTE DE PRÁCTICAS Y SIMBOLISMOS ALIMENTARIOS.....

331

4.1.	Presentación.....	332
4.2.	Prácticas y dinámicas sociales relacionadas con la disponibilidad de alimentos.....	332
4.2.1.	Disponibilidad de alimentos en los municipios.....	333
4.2.1.1.	Alimentos tradicionales de autoconsumo familiar.....	334
4.2.1.2.	Producción de alimentos para la venta local y exportación.....	335
4.2.1.3.	Huertas familiares, escolares y comunitarias.....	335
4.2.2.	Situaciones que afectan la producción y el abastecimiento de alimentos.....	336

4.3.	Prácticas de adquisición y consumo.....	339
4.3.1.	Adquisición y compra de alimentos.....	340
4.3.1.1.	Lugares de compra.....	340
4.3.1.2.	Prácticas de compra.....	341
4.3.2.	Prácticas de consumo de alimentos y comensalismo.....	343
4.3.3.	Composición de los platos en los diferentes momentos de comida.	346
4.3.4.	Prácticas alimentarias en la escasez.....	350
4.3.4.1.	Estrategias instauradas para acceder a los alimentos.....	351
4.3.5.	El comer fuera de casa.....	353
4.3.6.	Prácticas alimentarias en instituciones educativas.....	354
4.4.	Simbolismos alimentarios.....	355
4.4.1.	Los alimentos indispensables.....	355
4.4.2.	Preferencias alimentarias.....	357
4.4.3.	Lo saludable y lo dañino.....	357
4.5.	Discusión.....	359
4.6.	Referencias Bibliográficas.....	364

CAPÍTULO 5. RESULTADOS DEL COMPONENTE DE ANÁLISIS DE REDES SOCIALES Y MAPEO DE ACTORES EN POLÍTICAS PÚBLICAS ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES.....365

5.1.	Presentación.....	366
5.2.	Hallazgos.....	367
5.2.1.	Políticas públicas y lineamientos internacionales, nacionales y municipales en materia de alimentación y nutrición en Antioquia.....	368
5.2.2.	Factores endógenos y exógenos que intervienen en el desarrollo de las PPAN y en el funcionamiento de la red de actores en los municipios.....	372

5.2.3.	Análisis descriptivo de los actores que componen las redes de la política pública alimentaria y nutricional.....	375
5.2.4.	Agenda pública: identificación colectiva de problemas alimentarios y nutricionales departamentales.....	382
5.3.	Discusión.....	387
5.4.	Referencias Bibliográficas.....	393
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DOCENAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL 2020-2031.....		395
6.1.	Conclusiones del componente de determinantes sociales y económicos de la situación alimentaria y nutricional.....	396
6.1.1.	Características demográficas y socioeconómicas de los hogares y sus integrantes.....	396
6.1.2.	Seguridad alimentaria de los hogares.....	398
6.2.	Conclusiones del componente de evaluación del estado nutricional, según curso de vida.....	400
6.2.1.	Evaluación del estado nutricional por indicadores antropométricos.....	400
6.2.2.	Actividad física y comportamientos sedentarios.....	400
6.2.3.	Evaluación del estado nutricional por indicadores bioquímicos.....	401
6.2.4.	Evaluación del consumo de alimentos.....	402
6.2.6.	Adulto mayor.....	404
6.3.	Conclusiones componente de prácticas y simbolismos alimentarios.....	405
6.4.	Conclusiones del componente de análisis de redes sociales y mapeo de actores en políticas públicas alimentarias y nutricionales.....	406
6.5.	Referencias Bibliográficas.....	412
Documentos Anexos.....		413

Lista de tablas

Tabla 1. Total de hogares por subregión y área de residencia del departamento de Antioquia en 2017, excluyendo el municipio de Medellín.....	55
Tabla 2. Total de hogares encuestados en la Encuesta de Calidad de Vida 2017, por subregión y área de residencia del departamento de Antioquia.....	56
Tabla 3. Municipios según la calificación de seguridad alimentaria y nutricional por subregión en el departamento de Antioquia.....	58
Tabla 4. Probabilidad de selección de los municipios de la muestra, por subregión y nivel de desarrollo de las acciones en alimentación y nutrición.....	59
Tabla 5. Marco poblacional de hogares y proporción de inseguridad alimentaria del departamento de Antioquia, según subregiones y áreas de residencia de los municipios seleccionados.....	61
Tabla 6. Tamaño de muestra de hogares representativos, por subregión y por área de residencia del departamento de Antioquia, con un nivel de confianza de 95% y error de 1,5%.....	64
Tabla 7. Tamaño de muestra de hogares representativos por subregión y por área del departamento de Antioquia.....	64
Tabla 8. Prevalencia de anemia por grupos de edad y fuentes de información.....	65
Tabla 9. Tamaño de muestra general, por grupos de edad para Antioquia, con un nivel de confianza de 95% y error de 7%.....	66
Tabla 10. Prevalencia de consumo adecuado de calorías, según grupos de edad, Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015.....	67
Tabla 11. Tamaño de muestra general por grupos de edad para Antioquia, con un nivel de confianza de 95% y error de 4%.....	69
Tabla 12. Grupos de edad por componentes de estudio y selección de la muestra.....	70
Tabla 13. Número de hogares, número de entrevistas y tasas de respuesta por componentes, Antioquia (sin Medellín) 2019.....	112
Tabla 14. Tamaño promedio de los hogares por subregiones y según área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	181
Tabla 15. Características socioeconómicas de los hogares, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	182
Tabla 16. Características generales de la vivienda, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	183
Tabla 17. Características demográficas y socioeconómicas del jefe o jefa de hogar, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	184
Tabla 18. Características socioeconómicas de las personas, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	185
Tabla 20. Asistencia al restaurante escolar por parte de niños (as) y adolescentes entre los seis y los 18 años, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.	187
Tabla 21. Características sociodemográficas de las mujeres jefas de hogar, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	188
Tabla 22. Seguridad alimentaria en el hogar, según área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	189

Tabla 23. Seguridad alimentaria en el hogar, según composición, número de personas y tipología del hogar en Antioquia (sin Medellín), 2019.....	190
Tabla 24. Seguridad alimentaria en el hogar, según características demográficas, Sisbén y afiliación al Sistema General de Salud del jefe o jefa del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	192
Tabla 25. Seguridad alimentaria en el hogar, según nivel educativo y ocupación del jefe o jefa del hogar en Antioquia (sin Medellín), 2019.....	195
Tabla 26. Seguridad alimentaria en el hogar, según ingreso, gasto alimentario y participación porcentual del gasto alimentario del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	196
Tabla 27. Seguridad alimentaria en el hogar, según algunas características del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	198
Tabla 28. Seguridad alimentaria en el hogar, según participación de los integrantes en programas alimentarios. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	200
Tabla 29. Lugares de adquisición de alimentos de los hogares. Antioquia (sin Medellín), 2019.	201
Tabla 30. Descripción porcentual del etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	202
Tabla 31. Características del etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas, según algunas características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	204
Tabla 32. Descripción del acceso a la publicidad televisiva, según variables de interés. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	207
Tabla 33. Descripción de la exposición a la publicidad televisiva, según variables de interés. Antioquia (sin Medellín), 2019.	209
Tabla 34. Exposición a la publicidad televisiva en día se semana y fin de semana, según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	212
Tabla 35. Razones para recordar la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	216
Tabla 36. Referencia de compra asociada al impacto de la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	219
Tabla 37. Prevalencia de malnutrición en niños y niñas menores de cinco años, por área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	298
Tabla 38. Prevalencia de malnutrición en niños y niñas menores de cinco años, por edad, sexo, estrato y asistencia a programas. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	299
Tabla 39. Prevalencia de malnutrición en niños mayores de cinco años y adolescentes, por área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	300
Tabla 40. Prevalencia de malnutrición en niños mayores de cinco años y adolescentes, por edad, sexo, estrato y asistencia a programas nutricionales. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	301
Tabla 41. Prevalencia de malnutrición en los adultos de 18 a 59 años, según área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	302
Tabla 42. Prevalencia de malnutrición en los adultos de 18 a 59 años, según edad, sexo, estrato y asistencia a programas de alimentación. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	303
Tabla 43. Porcentaje de niños y adolescentes que cumplen las recomendaciones de actividad física (AF) de la Organización Mundial de la Salud, participan en programas de AF y utilizan la bicicleta, según área de residencia, subregión y características.....	304

Tabla 44. Porcentaje de niños y adolescentes que presentan tiempo excesivo frente a pantallas, según área de residencia, subregión y características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.	306
Tabla 45. Porcentaje de adultos que cumplen los desplazamientos mínimos diarios, las recomendaciones de actividad física (AF) durante el tiempo libre, participan en programas de AF y utilizan la bicicleta, según área de residencia, subregión y características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	310
Tabla 46. Distribución de la concentración de hemoglobina y prevalencia de anemia en el ciclo vital. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	311
Tabla 47. Distribución de la concentración de ferritina y prevalencia de deficiencia de hierro en el ciclo vital. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	312
Tabla 48. Índices de perfil lipídico, predictores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	313
Tabla 49. Proporción de vitamina D en adultos mayores, según sexo, área de residencia, estrato socioeconómico y seguridad alimentaria. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	314
Tabla 50. Frecuencia y cantidad promedio de los alimentos ingeridos en el departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.....	315
Tabla 51. Media y prevalencia de riesgo de deficiencia en la ingesta usual de energía, macronutrientes y fibra. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	316
Tabla 52. Distribución del consumo total de energía, según grado de procesamiento de alimentos en grupos y subgrupos Nova. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	317
Tabla 53. Media y prevalencia de riesgo de deficiencia en la ingesta usual de vitaminas y minerales. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	318
Tabla 54. Perfil de nutrientes en la dieta de los antioqueños, según quintiles de consumo de alimentos ultraprocesados. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	319
Tabla 55. Factores sociodemográficos de las mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de 24 meses. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	320
Tabla 56. Características de salud de las mujeres gestantes y madres lactantes a partir de la ficha CLAP del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.....	321
Tabla 57. Indicadores antropométricos de las mujeres gestantes y madres lactantes del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.....	321
Tabla 60. Prevalencia de malnutrición de los niños menores de 24 meses, según edad, sexo, estrato y asistencia a programas de alimentación. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	322
Tabla 58. Estado nutritivo del hierro de las mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de 24 meses. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	322
Tabla 59. Prevalencia de malnutrición de los niños menores de 24 meses, según área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	322
Tabla 61. Niños menores de 24 meses que cumplen con los indicadores de prácticas de alimentación de la OMS. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	323
Tabla 62. Características demográficas y perfil de morbilidad de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	324
Tabla 63. Actividad física, según características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	325
Tabla 64. Clasificación del índice de masa corporal, según características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	326
Tabla 65. Clasificación de circunferencia de cintura, pantorrilla y brazo, según características	

demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	327
Tabla 66. Clasificación MNA según características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.....	328
Tabla 67. Sarcopenia y fragilidad, según características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	329

Lista de figuras

Figura 1. Marco conceptual de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud.....	42
Figura 2. Mapa de procesos metodológicos generales de los componentes cuantitativos.....	51
Figura 3. Mapa de procesos metodológicos generales de los componentes cualitativos.....	52
Figura 4. Municipios priorizados en las nueve subregiones de Antioquia para la identificación de las redes sociales y mapa de actores de las políticas públicas alimentarias y nutricionales.....	106
Figura 5. Interpretación y lectura de los datos.....	113
Figura 6. Alimentos y preparaciones consumidos en Antioquia.....	344
Figura 7. Determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la producción, distribución, comercialización y consumo sustentable y saludable de alimentos. Antioquia, 2019.....	373
Figura 8. Matriz para la caracterización de los actores de las políticas públicas alimentarias y nutricionales, de acuerdo con los ámbitos de intervención.....	376
Figura 9. Agenda pública: identificación colectiva de problemas.....	383

Lista de cuadros

Cuadro 1. Puntos de corte para la clasificación de la seguridad alimentaria en los hogares.....	82
Cuadro 2. Ajuste del valor de hemoglobina en función de la altura sobre el nivel del mar.....	94
Cuadro 3. Ajuste del valor de hemoglobina de acuerdo con el consumo de tabaco.....	94
Cuadro 4. Definición y clasificación de variables – Mujeres gestantes.....	97
Cuadro 5. Definición y clasificación de variables – Mujeres lactantes.....	98
Cuadro 6. Indicadores de prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño (OMS).....	99
Cuadro 7. Técnicas utilizadas en cada municipio.....	104
Cuadro 8. Producción, disponibilidad y obtención de alimentos en los municipios de Antioquia.....	333
Cuadro 9. Composición del consumo usual de alimentos en Antioquia.....	347
Cuadro 10. Variaciones en los momentos de comida en los municipios visitados.....	349

Lista de gráficos

Gráfico 1. Pirámide poblacional del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.....	124
Gráfico 2. Pirámide poblacional de la subregión Vallé de Aburrá (sin Medellín). Antioquia, 2019.....	125
Gráfico 2a. Pirámide poblacional de la subregión Bajo Cauca. Antioquia, 2019.....	125
Gráfico 2b. Pirámide poblacional de la subregión Magdalena Medio. Antioquia, 2019.....	126
Gráfico 2c. Pirámide poblacional de la subregión Nordeste. Antioquia, 2019.....	126
Gráfico 2d. Pirámide poblacional de la subregión Norte. Antioquia, 2019.....	127
Gráfico 2e. Pirámide poblacional de la subregión Occidente. Antioquia, 2019.....	127
Gráfico 2f. Pirámide poblacional de la subregión Oriente. Antioquia, 2019.....	128
Gráfico 2g. Pirámide poblacional de la subregión Suroeste. Antioquia, 2019.....	128
Gráfico 2h. Pirámide poblacional de la subregión Urabá. Antioquia, 2019.....	129
Gráfico 3. Prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019..	136

Gráfico 4. Seguridad alimentaria en el hogar, según subregiones. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	137
Gráfico 5. Seguridad alimentaria, según ingresos del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	139
Gráfico 6. Seguridad alimentaria en el hogar, según gasto alimentario. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	140
Gráfico 7. Seguridad alimentaria en el hogar, según participación porcentual del gasto alimentario y los ingresos del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	141
Gráfico 8. Grupos de alimentos adquiridos en los hogares, según modelos de distribución y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	144
Gráfico 9. Grupos de alimentos adquiridos en los hogares, por subregiones, según clasificación Nova y modelo de adquisición. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	146
Gráfico 10. Porcentaje de la población adolescente y adulta que lee el etiquetado nutricional de los alimentos empacados y las bebidas no alcohólicas. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	149
Gráfico 11. Posible implementación de un etiquetado frontal de advertencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	152
Gráfico 12. Razones de los niños, niñas y adolescentes para recordar la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas en Antioquia (sin Medellín), 2019.....	156
Gráfico 13. Referencia de compra, asociada al impacto de la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas, por sexo, edad y área. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	158
Gráfico 14. Comparación del promedio de peso (A) y estatura (B) de los niños, niñas y adolescentes, respecto al patrón de referencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	225
Gráfico 15. Comparación del promedio de perímetro cefálico de los niños y niñas, respecto al patrón de referencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	226
Gráfico 16. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que cumplen las recomendaciones de actividad física de la OMS, según área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	232
Gráfico 17. Porcentaje de niños y adolescentes que presentan tiempo excesivo frente a pantallas, según área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	236
Gráfico 18. Porcentaje de adultos que cumplen el número mínimo de desplazamientos diarios y las recomendaciones de actividad física durante el tiempo libre. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	238
Gráfico 19. Porcentaje de adultos que participan en programas de actividad física en el departamento y subregiones. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	239
Gráfico 20. Distribución del consumo de energía, según el grado de procesamiento de alimentos. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	247
Gráfico 21. Determinantes sociodemográficos en el consumo de alimentos, según grado de procesamiento. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	249

Gráfico 22. Principales factores sociodemográficos del grupo maternoinfantil. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	255
Gráfico 23. Proporción de exceso de peso en las mujeres gestantes y madres lactantes del departamento. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	256
Gráfico 24. Proporción de anemia y deficiencia de hierro en el grupo maternoinfantil. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	256
Gráfico 25. Comparación del promedio de peso y longitud de los niños y niñas menores de 24 meses, respecto al patrón de referencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	258
Gráfico 26. Comparación del promedio de perímetro cefálico de los niños y niñas, respecto al patrón de crecimiento. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	259
Gráfico 27. Clasificación del estado nutricional, según indicadores antropométricos y Mini Nutritional Assessment por subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	264
Gráfico 28. Limitaciones para el acceso y consumo de alimentos en los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.....	266

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS Y SIGLAS

AF	actividad física
AI	ingesta adecuada (Adequate Intake)
AM	adulto mayor
AMDR	rango aceptable de distribución de macronutrientes (Acceptable Macronutrient Distribution Range)
ARS	análisis de redes sociales
cal	calorías
CB	circunferencia de brazo
cc	centímetros cúbicos
CC	circunferencia de cintura
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CP	circunferencia de pantorrilla
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CT	colesterol total
DCM	doble carga de la malnutrición
EFD	equivalentes de folato diario
ELCSA	Escala Latinoamericana y Caribeña para la Medición de la Seguridad Alimentaria en el Hogar.
EAR	requerimiento medio estimado (Estimated Average Requirement)
ECNT	enfermedades crónicas no transmisibles
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional
g	gramos
GPAQ	Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (Global Physical Activity Questionnaire)
HDL	lipoproteínas de alta densidad (High Density Lipoproteins)
IMC	índice de masa corporal
ISAH	inseguridad alimentaria en el hogar

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS Y SIGLAS

LDL	lipoproteínas de baja densidad (Low Density Lipoproteins)
MANA	Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia. (Pasa a formar parte del nombre de la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia – MANÁ).
MNA	Mini Nutritional Assessment (instrumento para evaluar el estado nutricional del adulto mayor).
OMS	Organización Mundial para la Salud
PAEBNA	productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas
PANA	Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia
PCR	proteína C reactiva
PPAN	Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia
PPSANA	Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Antioquia
PPAN	política pública en alimentación y nutrición
RED	requerimiento energético diario
R24h	recordatorios de 24 horas
RIEN	Recomendación de Ingesta de Energía y Nutrientes
SAN	seguridad alimentaria y nutricional
SMMLV	Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
TG	triglicéridos
VM	velocidad de la marcha

Introducción

La Gobernación de Antioquia, por medio de la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional -MANÁ y la Universidad de Antioquia, a través de la Escuela de Nutrición y Dietética, presentan el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia 2019, el cual fue establecido por la Ordenanza 046 de 2016, como una herramienta planificadora de las políticas públicas y para el seguimiento y evaluación de los indicadores de las líneas estratégicas del Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia 2020-2031 (1).

Los resultados del presente Perfil se basaron en la información proveniente de una muestra representativa de hogares y de sus miembros, pertenecientes a varios municipios de las nueve subregiones. Se excluyó a Medellín, dado que esta ciudad dispone de información actualizada, producto del Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015.

El Perfil de Antioquia se estructuró en cuatro grandes componentes, dos cuantitativos y dos cualitativos. Los cuantitativos estuvieron conformados, a su vez, por siete subcomponentes: sociodemográfico y seguridad alimentaria en el hogar; ambientes alimentarios (adquisición de alimentos, publicidad televisiva y etiquetado nutricional); evaluación del estado nutricional por indicadores antropométricos; evaluación de la actividad física y de los comportamientos sedentarios; evaluación del estado nutricional por indicadores bioquímicos; y evaluación del consumo de alimentos. Además, dos dirigidos a determinar la situación alimentaria y nutricional de la población maternoinfantil (gestantes, niños lactantes y madres lactantes) y de los adultos mayores. Los dos componentes cualitativos fueron el de prácticas y simbolismos alimentarios y el de análisis de redes sociales y mapeo de actores de las políticas públicas alimentarias y nutricionales; estos se desarrollaron en algunos de los municipios que hicieron parte de la muestra cuantitativa.

Entre los principales resultados del Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia 2019, se destacan las cifras de la inseguridad alimentaria en el hogar (ISAH), debido a que, aproximadamente, siete de cada diez hogares se encontraban en esta situación. En su gran mayoría, los hogares con ISAH eran de tipología extensa (71,4%). Nueve de cada diez hogares (90,8%), cuyos ingresos mensuales fueron inferiores a medio salario mínimo, se encontraron en inseguridad alimentaria y cuando el jefe de hogar no tenía estudios la ISAH afectó a ocho de cada diez hogares (80%).

En medio de esta generalizada situación de inseguridad alimentaria se evidenció el fenómeno de la doble carga de la malnutrición, debido a que la anemia afectó a 25,1% de la población menor de cinco años. Asimismo, se observó el retraso en talla en 10% y riesgo de sobrepeso en 17,4% de este grupo poblacional. Se observó que a medida que aumentaba la edad en los escolares y adolescentes, el exceso de peso fue más predominante que el défi-

cit, por tanto, mientras que en el grupo de cinco a 17 años el retraso en talla fue de 5,4%, el exceso de peso fue de 24,0%. Adicionalmente, se evidenció que 25% de los jóvenes (once a 18 años) presentaron valores inaceptables en el índice de colesterol total, colesterol HDL, el cual predice el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En cuanto a la población adulta, el exceso de peso se incrementó de manera importante a partir de los 18 años, porque más de la mitad presentaron esta condición (58,7%).

Las cifras anteriores se explican en gran medida por los aspectos que conforman los ambientes alimentarios donde se desarrolla nuestra cotidianidad y, por tanto, en donde se configuran nuestros estilos de vida. Estos ambientes cobran especial importancia en los niños y adolescentes porque son etapas en las cuales se están instalando los hábitos que se adoptarán para toda la vida. Como parte de los aspectos que moldean esos ambientes está el efecto de la publicidad televisiva en la compra de productos ultraprocesados, como dulces, chocolates y bebidas azucaradas. En el caso de los niños de uno a nueve años, el impacto de la publicidad televisiva se reflejó en que 64,5% de los adultos responsables compraron dulces y chocolates para los niños, y que 40,6% de los adolescentes compraron estos productos por efecto de la publicidad a la que estuvieron expuestos. El impacto de la publicidad para comprar gaseosas y bebidas azucaradas fue de 29,7% en los niños de uno a nueve años, y de 55,5% en los adolescentes.

Otro de los aspectos de los ambientes alimentarios que condicionan los estilos de vida y el estado nutricional es la práctica de la actividad física y los comportamientos sedentarios. En esta investigación se evidenció que cerca de una tercera parte (29,0%) de los niños entre cinco y doce años cumplieron con la recomendación diaria de actividad física de la Organización Mundial de la Salud (OMS); mientras que, en el grupo de 13 a 17 años, solo 13,2%. Adicionalmente, siete de cada diez (68,2%) niños y ocho de cada diez adolescentes (85,8%) estuvieron un tiempo excesivo frente a pantallas. Por su parte, cerca de la mitad de los adultos (53,2%) cumplieron con la recomendación de actividad física de la OMS.

El Perfil 2019 también arrojó pistas importantes para entender las cifras de la doble carga de la malnutrición, porque, pese a que 57% de la población consumió alimentos mínimamente procesados, una proporción importante, correspondiente a 25%, incluyó en su alimentación diaria productos procesados y ultraprocesados. Estos últimos representados principalmente en: panes industrializados, bebidas azucaradas, carnes procesadas y snacks. En general, se evidenció que los antioqueños tuvieron una dieta desbalanceada, alta en grasas saturadas y baja en proteína y fibra.

El panorama que se identificó con el desarrollo del Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia constituye un desafío para el diseño de políticas públicas que promuevan la actividad física y alternativas de comercialización que propicien un consumo saludable y sustentable. También, son necesarios los programas diferenciales para grupos de especial interés como

el maternoinfantil y el del adulto mayor, que combinen estrategias de estilos de vida y mejoramiento de deficiencias específicas de micronutrientes. No obstante, el fenómeno del hambre y de la doble carga de la malnutrición no se resuelve definitivamente con medidas a corto plazo y esencialmente asistencialistas, se requiere abordar los determinantes sociales, económicos y políticos que perpetúan las inequidades sociales; este abordaje pasa, entre otros aspectos, por la implementación de políticas decididas a favorecer la producción familiar y campesina de alimentos, así como de incentivar circuitos cortos de comercialización de productos agroecológicos y mínimamente procesados.

Aunado a lo anterior, es un imperativo el fortalecimiento institucional en los territorios para mejorar las capacidades en la toma de decisiones que materialicen la garantía progresiva, estable, sostenible y segura de la seguridad alimentaria y nutricional.

PRESENTACIÓN

La buena información es la esencia del éxito en las acciones de gobierno. Información inadecuada es el inicio del fracaso.

Las acciones del Estado deben partir del conocimiento real de las condiciones poblacionales en todo el curso de vida, esto se logra a través de la investigación, monitoreo y evaluación permanente y rigurosa de las metas planteadas en cada periodo de gobierno; todo lo demás es simple suposición.

Una de las prioridades de la Administración Departamental “Antioquia Piensa en Grande” fue conocer a fondo el estado alimentario y nutricional de los habitantes del departamento, estableciendo para esto, una alianza estratégica con la Universidad de Antioquia, entidad de reconocida trayectoria en materia de investigación, y realizar el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia 2019, una herramienta planificadora de la política pública de Seguridad Alimentaria que entrega al departamento información confiable y actualizada para la toma de decisiones.

Este Perfil, el Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2020–2031 y el sistema información SISAN, se convierten en la plataforma estratégica que marca el camino de la evolución de MANÁ, y entrega la carta de navegación para las administraciones departamentales futuras.

Después de 15 años de no hacerse, tomamos la decisión de tener un nuevo Perfil Alimentario y Nutricional, el cual plantea retos mayúsculos para el territorio, que permite establecer con evidencia científica una ruta para trabajar en la satisfacción de las necesidades más apremiantes del departamento y sus subregiones, a través de las acciones que deberán emprenderse para una Antioquia que viva más y mejor.

LUIS PÉREZ GUTIÉRREZ

Gobernador de Antioquia





Capítulo

Referente conceptual
y metodológico

FEMENIN GRANDE

1.1. Problemáticas alimentarias y nutricionales que debe enfrentar el departamento de Antioquia.

La confluencia de fenómenos de diversa índole ha configurado una compleja situación alimentaria y nutricional que representa un gran desafío para los gobernantes y para el diseño y puesta en marcha de las políticas públicas que pretendan abordarla. Este entramado está constituido por las lógicas propias de un modelo de desarrollo que agudiza la pobreza y la concentración de la riqueza; moldea modelos insostenibles e inequitativos de producción, distribución y comercialización de alimentos; e induce a la transformación de los ambientes alimentarios y a la instauración de ambientes obesogénicos que conducen a una transición del consumo tradicional de alimentos al consumo de productos con alto grado de procesamiento y baja densidad nutricional, así como a la adopción de estilos de vida en los que predomina el sedentarismo y la disminución de la actividad física. Todos estos asuntos se expresan en perfiles epidemiológicos, en los cuales coexisten los fenómenos relacionados con la desnutrición y demás carencias nutricionales junto con las enfermedades crónicas no transmisibles. Sumado a lo anterior, las políticas públicas de alimentación y nutrición se configuran para dar respuesta a problemáticas complejas y estructurales con un enfoque predominantemente asistencial, por tanto, se vuelven insuficientes para revertir la situación alimentaria y nutricional de la población.

1.1.1. Determinantes sociales de la salud

La comprensión de los procesos de salud, alimentación y nutrición no puede hacerse por fuera de los aspectos sociales, económicos, políticos y ambientales que determinan cómo se distribuyen los procesos de salud y enfermedad en las poblaciones. El mundo político y, de forma creciente, la sociedad en su conjunto, ha descentralizado la corriente tradicional y hegemónica que privilegia a las causas biológicas como aquellas que explican los procesos de salud-enfermedad. Por su parte, la evidencia científica, la cual asocia los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales, como los principales causantes de los resultados en salud es cada vez más contundente. Este enfoque científico tiene como marco la justicia social, entendida como la forma en la que una sociedad distribuye los ingresos y la riqueza; el poder y las oportunidades; los derechos y deberes de las personas y cómo se lleva a cabo la toma de decisiones (1).

La posición rawlsiana de establecer las inequidades y las injusticias en la estructura básica de la sociedad aporta a la perspectiva de los determinantes de la salud, en la medida en que el foco de sus análisis y recomendaciones se concentra en la identificación y afectación de las causas de las causas y en las rutas o procesos de producción de las inequidades (2). Por

tanto, la perspectiva de los determinantes sociales, la cual se hizo popular con la creación de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS en 2005, está inscrita en una visión redistributiva de la justicia, dado que su preocupación está centrada en cerrar la brecha de las inequidades e incrementar el nivel de quienes están en condiciones desfavorables para llevarlos al nivel de los más saludables (3).

Según Diderichsen y col., la perspectiva de los determinantes tiene una doble justificación porque incorpora de forma explícita los factores sociales al diseño de los estudios científicos y establece un fuerte vínculo con el mundo de la política (4), este último aspecto tiene una implicación importante en las políticas públicas, dado el fuerte impulso de las inequidades en las agendas públicas de los países.

Las inequidades son definidas por la OMS como las diferencias en salud que son socialmente producidas, sistemáticas en su distribución a través de la población e injustas (5). La Comisión establece que “la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud, que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece” (p 7). Estas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud, los cuales también incluyen los determinantes de tipo social, económico, cultural, político y medioambiental (6).

Entre los planteamientos de la CDSS se destaca que no todos los determinantes tienen el mismo efecto sobre la salud. Los estructurales, es decir, los que producen una estratificación dentro de la sociedad, son los principales en la configuración de las inequidades sociales en salud; ejemplo de estos son la distribución del ingreso, la discriminación de género o etnia y las estructuras de poder. Otro planteamiento de la CDSS es que existen mecanismos que producen y mantienen dichas estratificaciones, entre ellos; estructuras formales e informales de gobernanza, los sistemas de educación, las estructuras de mercado para el trabajo y los bienes, los sistemas financieros, las prioridades en la formulación de políticas, y la naturaleza de las políticas de redistribución, previsión social y protección social. Finalmente, aspectos como las condiciones de vida, los psicosociales, los factores conductuales o biológicos y el sistema de salud son considerados como los determinantes intermedios de las inequidades en salud (6) (Figura 1).



Figura 1. Marco conceptual de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud.

La presente investigación se ubica en el enfoque de los determinantes sociales, con el propósito de aportar evidencia que revele cómo las injusticias sociales inciden en la situación alimentaria y nutricional del departamento. En este sentido, el diseño metodológico contempló variables y categorías analíticas que suministraran conocimiento útil para la comprensión más integral de la realidad alimentaria de Antioquia, y por tanto, para que ilumine el diseño de políticas con enfoque diferencial y en la perspectiva de cerrar las brechas de las inequidades sociales.

1.1.2. Sistemas insostenibles de producción, distribución y comercialización de alimentos.

El sistema de producción convencional, apuntalado por los principios, teorías, técnicas y tecnologías de la revolución verde, supone que el desarrollo agrícola es exitoso, únicamente, cuando se logran grandes rentabilidades económicas con bajos costos de producción (7).

Sin embargo, esta simple ecuación no consideró las consecuencias ambientales y sociales del uso indiscriminado de fertilizantes y plaguicidas químicos, de la erosión genética de las semillas, el declive de la biodiversidad local y el deterioro de la agricultura familiar y ancestral (8). En ese mismo sentido, este modelo tiene una posición parcializada y mecanicista frente a la realidad de la producción de alimentos, lo que conlleva, según Norgaard y Sikor, y Funtowicz y Ravetz, a un pensamiento que ignora y limita propuestas alternativas a sus principios (9–12).

El Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPAN) de Antioquia 2020-2031 encontró como una de las problemáticas para priorizar en el departamento “la existencia de sistemas productivos que vulneran la sostenibilidad ambiental, lo que puede conllevar a que los pequeños agricultores y sus familias vivan en condiciones de precariedad y tengan un acceso marginal a los mercados, la asistencia técnica, el crédito, la maquinaria agrícola, entre otros activos productivos y de servicios” (13).

Según el estudio del Sistema de Abastecimiento Alimentario en Antioquia 2015, hasta 40% de los alimentos producidos se desperdiciaron o se perdieron en la cadena de distribución. El 24,5% de los alimentos que estaban disponibles en las subregiones provinieron de otros departamentos del país; mientras que 64% de los alimentos de los que disponía el Valle de Aburrá provenían de sectores por fuera de Antioquia y el 10% de otros países. En algunas regiones como Urabá, Bajo Cauca, Norte y Magdalena Medio, menos del 30% de los alimentos que se consumían provenían de la misma subregión, para el resto de las subregiones esta proporción ascendió solo a la mitad. Asimismo, un aspecto de gran preocupación que devela el estudio en mención es la desarticulación entre la oferta y demanda local, dado que, por ejemplo, Magdalena Medio tiene la capacidad de producir 66,4% del arroz que demanda, pero 99,8% de su producción se destinaba a mercados externos. De forma similar, Bajo Cauca producía cuatro veces más yuca de la que consumía, pero solo el 11% de su demanda se abastecía localmente. Un dato que permite hacerse una idea de los procesos inequitativos de comercialización que conducen a que los intermediarios sean los principales beneficiados con el actual modelo de abastecimiento y distribución es que solo el 4,1% de los productos de la agricultura campesina eran vendidos directamente a los consumidores o en mercados campesinos (14).

Estos aspectos indican la gran dependencia entre subregiones del departamento, así como de la dependencia del suministro de otros departamentos, lo cual hace que las cadenas sean largas, incrementando los costos de transporte, distribución y almacenamiento de los alimentos; aumentando también las pérdidas, el impacto ambiental y el precio final al consumidor.

Para mejorar la producción y distribución de alimentos en el departamento de Antioquia, el PPAN 2020-2031 propone programas que permitan mejorar las capacidades de producción

y agricultura familiar, que puedan contribuir en la transición hacia la producción de alimentos saludables y que sean sustentables; que contribuyan a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en las familias del departamento. Adicional a lo anterior, también pretende fortalecer las relaciones próximas, justas y transparentes entre los agentes de la distribución de alimentos, lo que ayude a formar conectividad en el sistema alimentario (13)

1.1.3. Transformación de los patrones de consumo de alimentos

La alimentación es un fenómeno complejo que, no solo es biológico y nutricional, sino, además; social, económico, psicológico, religioso, cultural (15), por lo tanto, está condicionado por diversos factores de estos órdenes, los cuales se imbrican, dando como resultado formas de consumo diferenciadas, en grupos particulares, sociales, étnicos y etarios. De esta manera, en cada territorio se configuran unas maneras propias de comer, unas prácticas alimentarias y unos simbolismos ligados a la alimentación que se expresan en lo particular de los hogares e individuos.

Las formas de alimentarse de los pueblos, los productos que se consumen y la manera de cocinarlos se relacionan con las características del lugar donde habitan; con las maneras tradicionales de producción y de abastecimiento, pero, principalmente, tienen que ver con las prácticas culturales que se inscriben en un contexto socioeconómico determinado. La alimentación, que es inherente a la cultura de los pueblos, se considera como un marcador étnico y ha sido uno de los elementos que han contribuido a generar identidad mediante la constatación de la diferencia (16).

El cambio en los patrones de consumo alimentario de las últimas décadas, sumado a otros factores como migración, urbanización, industrialización, desarrollo económico, globalización, cambios sociales y decisiones políticas llevan a que se presenten simultáneamente situaciones de escasez y opulencia de alimentos en una misma región y grupo social, con repercusiones en el estado de salud y nutrición de las poblaciones; este fenómeno se conoce como transición nutricional (17).

Estas formas de consumo de alimentos se configuran desde la disponibilidad de estos, pasando por la obtención de los mismos hasta llegar al consumo. En este proceso se pasa por algunas elecciones mediadas por factores de diverso orden, y que en la esfera particular se concretan en unas preferencias y conveniencias; las preparaciones de dichos alimentos y maneras de consumirlos, que responden al qué, dónde y con quién. Las conveniencias y preferencias alimentarias responden a unas tradiciones que indican lo que es adecuado para comer y lo que no, lo que es saludable y no; ligado a factores económicos, socioculturales, nutricionales y de salud, entre otros.

Ricardo Rapallo y Rodrigo Rivera, en el documento *Nuevos patrones alimentarios, más*

desafíos para los sistemas alimentarios, llamaban la atención sobre dos tendencias en el consumo de alimentos denominadas convergencia y adaptación dietética; la primera, es la creciente similitud de las dietas de todo el mundo, caracterizadas por un mayor consumo de trigo y arroz, carne, productos lácteos, aceites comestibles, sal y azúcar, y un menor consumo de fibras; la segunda, hace referencia al ritmo rápido y el apremio del tiempo en los tipos de vida urbana, que se traducen en un mayor consumo de comidas fuera de casa y la compra de alimentos elaborados, de marca (18).

En el país, diversos factores sociales, económicos y culturales han incidido en las prácticas alimentarias de los diferentes grupos poblacionales y reflejan lo que la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2015 (19) ha denominado el cambio alimentario; entre estos, pueden destacarse los cambios en la producción y precios de los alimentos, el éxodo de los jóvenes rurales, el envejecimiento de la población, la mayor inclusión de la mujer en el mercado laboral, el aumento del consumo de alimentos industrializados en los hogares, un mayor consumo alimentario fuera del hogar, la disminución del tiempo dedicado a cocinar, entre otros(19).

Adicional a lo anterior, los ambientes alimentarios también han generado cambios en los patrones de alimentación, ya que estos ambientes informativos, no saludables ni sustentables, promueven hábitos de vida que han propiciado que las personas cambien los alimentos que habitualmente consumían por estos alimentos ultra procesados que pueden estar asociados a la malnutrición (13,20). Según la Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE) 2018, el 86,9% de los escolares colombianos no cumplen con la frecuencia de consumo de frutas y verduras, el 74% consume alguna bebida azucarada y, además de esto, 46,3% dedica más de tres horas diarias a estar sentado viendo televisión u otros (21). Esto demuestra que los escolares colombianos han desplazado su alimentación por alimentos poco saludables y, además, están rodeados de un ambiente alimentario que propicia el consumo de alimentos ultraprocesados.

1.1.4. Doble carga de la malnutrición

La doble carga de la malnutrición (DCM) es definida por la Organización Mundial de la Salud como la coexistencia de la desnutrición u otras carencias nutricionales, junto con el exceso de peso o enfermedades no transmisibles, relacionadas con la dieta (22). La DCM puede ser identificada a nivel de los individuos, los hogares y las poblaciones durante todo el ciclo vital humano. A nivel individual, una manifestación de la DCM es el exceso de peso que coexiste con baja talla o la deficiencia de uno o varios micronutrientes en una misma persona. En el hogar, la coexistencia de exceso de peso en adultos y baja talla en los niños de una misma familia; mientras que a nivel poblacional, cuando coexisten prevalencias de desnutrición y exceso de peso en la misma comunidad, nación o región (23).

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) están estrechamente ligadas a la malnutrición, dado que existe evidencia sobre la relación entre el déficit de algunos micronutrientes y el déficit o exceso de peso con el aumento de estas enfermedades. La malnutrición puede darse por una dieta inadecuada o insuficiente, o por una alteración en la digestión, absorción y metabolismo de los nutrientes. Es así como la deficiencia de hierro, zinc, calcio, vitamina D, ácido fólico y cobalamina (B12) se asocian con la obesidad y con enfermedades no transmisibles (24).

Las ECNT son consideradas por la OMS como una de las principales causas de muerte en el mundo. En el año 2008 ocasionaron 36 millones de defunciones, de las cuales, las enfermedades cardiovasculares fueron responsables del 48%, los cánceres del 21%, enfermedades respiratorias crónicas del 12%, y la diabetes del 3% (25).

En Colombia se evidencia el fenómeno de la DCM, pues coexiste baja talla en niños y exceso de peso en adultos. Un estudio comparativo de las encuestas nacionales de la situación nutricional de 2005 y de 2010 (19) mostró que, aunque existe una reducción de la desnutrición aguda y crónica en el grupo de cero a cuatro años, se observó de forma simultánea un incremento del exceso de peso en ese mismo grupo de edad, porque pasó de 3,1% a 5,2%. El mismo comportamiento ocurrió en los demás grupos de edad, como el de cinco a 17 años, en el cual se duplicó este fenómeno (8% a 17,5%), así como en los mayores de 18 años, en el cual la prevalencia pasó de 46% a 51,2% (24). Por su parte, la ENSIN 2015 mostró que la prevalencia de baja talla en niños menores de cinco años fue de 10,8%, no obstante, en el mismo grupo de edad, la prevalencia de exceso de peso fue 6,3%, lo que empieza a evidenciar el fenómeno de la DCM dentro de un mismo grupo etario (19).

Este fenómeno de la DCM se ha identificado en países de bajos y medianos ingresos que cursan con rapidez por una transición nutricional, epidemiológica y demográfica (22). En Colombia, esta situación se evidencia en los tres niveles. A manera de ejemplo:

- a. Poblacionalmente las prevalencias de anemia y anemia por deficiencia en niños menores de cinco años son, respectivamente, 27,5% y 15,9% y coexiste con una prevalencia de riesgo de exceso de peso y exceso de peso del 20,2% y 5,2% (26).
- b. A nivel de familias se estima que la proporción de doble carga es del 8,18% (27).
- c. A nivel individual, la proporción de mujeres embarazadas en las que coexiste el exceso de peso con la deficiencia de hierro alcanza el 16,9% (28).

En relación con la doble carga de malnutrición, desde el punto de vista biológico se refleja en la acumulación de riesgos atribuidos a cada uno de los extremos de malnutrición presentes en el individuo (29). Sin embargo, desde la perspectiva de salud pública es impor-

tante tener en cuenta que la doble carga está relacionada con la pobreza, la inseguridad alimentaria y un acceso limitado a alimentos con adecuado contenido de micronutrientes y elevado contenido de calorías, azúcar, grasas trans, grasas saturadas, entre otros compuestos de la dieta, asociados con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (22).

El Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015 encontró que 25,8% de los menores de 18 años presentaban exceso de peso según índice de masa corporal (IMC) y, que, para la población entre 18 y 64 años esta cifra se duplica, lo que significa que afecta a la mitad de las personas en este rango de edad (50,8%). En cuanto a la evaluación de variables bioquímicas de riesgo cardiometabólico, se encontró que la tercera parte de la población menor de 18 años (32%) presentó valores alterados de colesterol total. El mismo resultado se observó para los triglicéridos, dado que el 32,1% de la población presentó niveles altos (30).

La doble carga encarna una gran paradoja, dado que, pese a que la obesidad y las enfermedades asociadas lideran las causas de morbilidad a nivel mundial y local, los problemas derivados de la ingesta deficitaria de algunas vitaminas y minerales siguen siendo un problema de salud pública.

La anemia afectó 27,5% de los niños y niñas en Colombia entre seis y 59 meses y tiene una prevalencia cercana a 60% en los lactantes de seis a once meses. En niños y niñas de uno a cuatro años la deficiencia de hierro fue 10,6% y se encontró que uno de cada cuatro niños de un año de edad tiene deficiencia de este mineral, lo que equivale a cuatro veces la prevalencia del grupo de niños entre tres y cuatro años. En los adolescentes de 13 a 17 años se halló anemia en uno de cada diez y, de estos, 42,1% presentó deficiencia de hierro.

Las mujeres en edad reproductiva y gestantes, y los niños preescolares son más vulnerables a la deficiencia de hierro y, por tanto, a padecer de anemia, una condición prevalente de salud pública que afecta el bienestar, contribuye al bajo desarrollo socioeconómico y a la carga de morbilidad (31). La ENSIN 2010 (26) halló que 17,1% de mujeres en edad fértil, entre 13 y 49 años, presentaron deficiencia de hierro y 7,6% anemia, ambas condiciones aumentaron con la edad y fue estadísticamente significativa la diferencia del grupo de 30 a 49 años; una de cada cinco mujeres gestantes entre los 13 y 49 años tuvo anemia y de estas 57,3% presentó anemia por deficiencia de hierro; esta condición fue más grave en las embarazadas adolescentes (32).

1.1.5. Políticas públicas poco eficaces para enfrentar los desafíos alimentarios y nutricionales.

La academia debe reconocer que el control del proceso de los problemas públicos en una sociedad es central en la medida en que esta operación obliga necesariamente a dar ele-

mentos de causas, y, por lo tanto, de indicaciones para las posibles soluciones (34). En este orden de ideas, como académicos de una disciplina como la nutrición y la dietética, debemos declarar la existencia de vacíos epistemológicos, teóricos y metodológicos entre los problemas públicos identificados en las políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional (PPSAN) de los antioqueños y las problemáticas alimentarias y nutricionales vigentes que afrontan las poblaciones en las diferentes subregiones y municipios del departamento. Así, por ejemplo, las políticas públicas concentran sus acciones en la atención de la desnutrición y algunas carencias específicas de micronutrientes, principalmente en la población menor de cinco años y las mujeres gestantes o lactantes, pero desconoce la persistencia e incluso el aumento de fenómenos como las formas insostenibles de producción y consumo de alimentos, la inadecuada transformación del patrón de consumo alimentario y la doble carga de la malnutrición y las enfermedades crónicas no transmisibles que se expusieron detalladamente en el anterior componente de este planteamiento del problema.

Estas incongruencias entre los problemas públicos definidos en las PPSAN y las problemáticas alimentarias y nutricionales vigentes en las poblaciones antioqueñas generan una agenda pública que no permite avanzar en el camino de las soluciones como toda política pública sugiere. Esta agenda se entiende como “el conjunto de problemas percibidos que necesitan un debate público, o incluso la intervención (activa) de las autoridades públicas legítimas” (34).

Algunas indagaciones previas, realizadas por el equipo investigador para la formulación de la presente propuesta, permitieron identificar que, de los 125 municipios del departamento de Antioquia, solo 17 contaban con una política pública en seguridad alimentaria reglamentada mediante decreto o acuerdo municipal. De estos, ninguno corresponde a las subregiones de Bajo Cauca, de Magdalena Medio y de Urabá, en las cuales se concentran los mayores índices de vulnerabilidad social, económica y alimentaria del departamento, además de ser focos de desarrollo del conflicto armado. No obstante, es importante anotar que la ausencia del documento jurídico no implica ausencia de acciones de política pública en alimentación y nutrición, de hecho, se pudo evidenciar que en los municipios, aunque exista una ausencia en sentido estricto de una política pública, coexisten acciones de política. Entre las más comunes están el Programa de Alimentación Escolar (PAE); programas de fortalecimiento de la seguridad alimentaria; proyectos de fortalecimiento de la familia, la mujer y la infancia (FAMI); proyectos de lactancia materna; y proyectos para fortalecer la seguridad alimentaria en la ruralidad. Este rastreo inicial permite evidenciar el déficit que existe en términos de la territorialización de las PPSAN en sentido estricto (existencia de decretos y acuerdos municipales), además de esto, la política a nivel local se desarrolla en un escenario en el cual hay una fuerte centralización de los recursos económicos y una autonomía relativa para llevar a cabo su operación en el territorio.

Por su parte, el Plan Decenal de SAN de Antioquia 2020-2031 estableció que también hay

un incongruente relacionamiento entre los actores de la sociedad civil y la institucionalidad, además de una insuficiente configuración de las redes interorganizativas e intersectoriales del campo alimentario y nutricional, lo que no permite conocer los roles y las relaciones que deben tener para transformar los sistemas y patrones alimentarios, además de construir políticas públicas, que apunten a la solución de los problemas alimentarios y nutricionales del departamento (13).

Desde el Plan Decenal de SAN 2020-2031 se reconoció la gobernanza como línea estratégica territorial para la seguridad alimentaria y nutricional del departamento de Antioquia, donde se pretende que las políticas públicas, programas y proyectos se direccionen al desarrollo de redes para la gobernanza del sistema alimentario y nutricional; para el fortalecimiento, innovación y desarrollo de la gobernanza; además del fortalecimiento de la cultura política para estructurar en la gobernanza territorial (13).

Existe, entonces, un deber del profesional de la nutrición y dietética, y especialmente de los nutricionistas dietistas que se desempeñan en el campo público de visibilizar y comunicar los nuevos problemas alimentarios y nutricionales de los antioqueños para que se reformulen las políticas públicas departamentales. De hecho, las condiciones dinámicas, los procesos sociales y políticos que rodean la constitución de los problemas públicos hasta su inclusión en la agenda del Gobierno deben ser del interés de los analistas de políticas públicas y, en este caso, de los académicos analistas de las políticas públicas alimentarias y nutricionales del departamento de Antioquia. Asimismo, según Roth, es fundamental el papel de los diferentes actores de las políticas públicas para definir y determinar los problemas públicos a tratar y establecer la forma como se debe comunicar la política, debido a que las representaciones, tanto de los problemas como de las soluciones, del ser y del deber ser de una sociedad, se constituyen, se modifican y se legitiman para luego traducirse en valores y símbolos legítimos, en hechos concretos de las políticas públicas (34).

1.2. Propósito

Según lo estipulado en el artículo 24 de la Ordenanza 046 de 2016, donde se fijó la PPSAN del departamento de Antioquia, se desarrollará, cada cinco años, el Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia, para proveer información de la situación alimentaria y nutricional de los hogares como línea base para el Observatorio Departamental de SAN y, además, para la planificación y el desarrollo de acciones tendientes a mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población a través del Plan Decenal de SAN.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Identificar la situación alimentaria y nutricional de los hogares de Antioquia para la planificación, desarrollo y evaluación de políticas, planes, programas y acciones relacionadas con la seguridad alimentaria y nutricional.

1.3.2. Objetivos específicos

- ◇ Describir las particularidades demográficas y socioeconómicas, la situación de seguridad alimentaria y las características de los ambientes alimentarios de los hogares.
- ◇ Evaluar el estado nutricional de los integrantes de los hogares por medio de indicadores antropométricos, bioquímicos, de actividad física, comportamientos sedentarios y de consumo de alimentos.
- ◇ Describir y analizar la situación alimentaria y nutricional de las mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de dos años.
- ◇ Caracterizar la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población adulta mayor.
- ◇ Interpretar los cambios en las prácticas y simbolismos alimentarios de algunos grupos poblacionales.
- ◇ Comprender las interacciones que se dan entre los actores que conforman las redes de políticas públicas de alimentación y nutrición.

1.4. Metodología

Para la construcción del Perfil Alimentario y Nutricional de los hogares de Antioquia y las subregiones del departamento se llevaron varios procesos que permitieron su estructuración, los cuales fueron evaluados de manera reiterada para garantizar la calidad de los datos y tener resultados válidos para analizar la situación alimentaria y nutricional de los hogares en Antioquia.

A continuación, se hará un breve resumen de los macroprocesos realizados en el Perfil. Se inició con la construcción teórica y metodológica de los componentes cuantitativos y cualitativos (Figuras 2. y 3.)

Para los componentes cuantitativos se realizó la operacionalización de las variables y la construcción de los instrumentos del subcomponente; manual del supervisor, manual del encuestador, manual del encuestador de consumo, manual del bioanalista, manual del crítico de campo y cuestionarios de hogares e individuos, cuestionarios de recolección de recordatorios de 24 horas y formatos de control en medio físico y dentro del aplicativo electrónico. Posteriormente se efectuó el proceso de capacitación al personal encargado de la recolección de los datos en campo; supervisores, encuestadores, encuestadores de consumo, bioanalistas y al personal delegado para la crítica de los mismos. Luego se ejecutó la prueba piloto a partir de la cual se realizaron ajustes en conceptos, variables e instrumentos. Una vez finalizados los ajustes en los instrumentos y en el operativo de campo se procedió con la recolección de los datos en cada subregión, con la generación de las bases de datos y la revisión de la calidad de la información allí consignada. Para terminar, los grupos de investigación de los subcomponentes procesaron los datos para generar los resultados de los datos cuantitativos, los cuales fueron discutidos para generar las conclusiones que explicaron los fenómenos observados en las PPSAN (Figura 2).

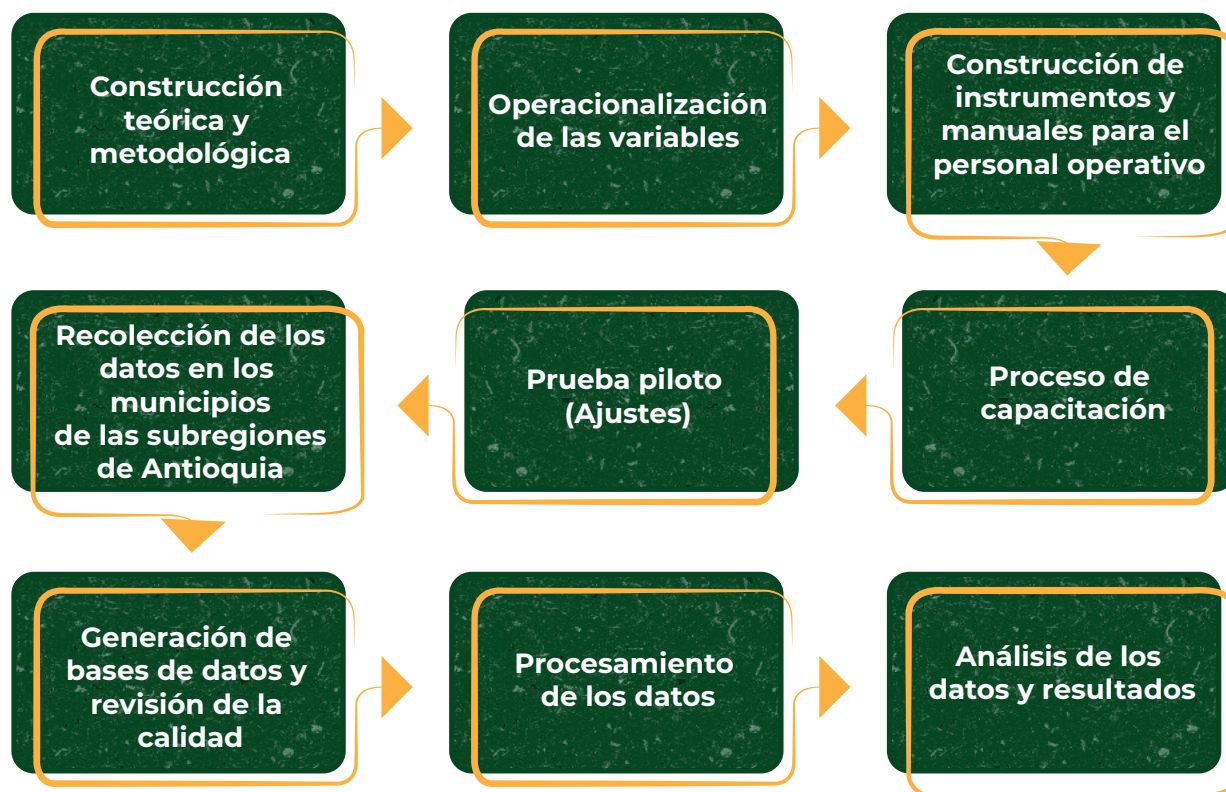


Figura 2. Mapa de procesos metodológicos generales de los componentes cuantitativos

Para los componentes cualitativos se construyeron los instrumentos de recolección de información cualitativa tipo entrevista y cuestionario. Luego, fueron realizados los procesos de capacitación para el personal encuestador, donde se afinaron los instrumentos y la metodología del trabajo de campo. Previo a cada salida a los territorios se realizaba una avanzada, donde se hacía reconocimiento de los actores principales e informantes clave de cada municipio. Después de obtener la información se realizó la transcripción de esta. De acuerdo con el tipo de método cualitativo utilizado, los encargados de cada componente hicieron el proceso de análisis de la información (Figura 3).



Figura 3. Mapa de procesos metodológicos generales de los componentes cualitativos

1.4.1. Tipo de estudio

El presente es un estudio poblacional, descriptivo, transversal, de diseño probabilístico, estratificado y polietápico, que involucra el análisis de la información que permite establecer el perfil alimentario y nutricional de la población: la antropometría, el consumo e ingesta, el análisis de bioquímicos, el etiquetado, la publicidad, la actividad física y el análisis del adulto

mayor. Además fue complementado con dos análisis de enfoque cualitativo.

1.4.2. Metodología cuantitativa

1.4.2.1. Población y muestra

Población objetivo o universo de estudio

La población civil, no institucional, residente habitual de los hogares urbanos y rurales de nueve subregiones del departamento de Antioquia. La ciudad de Medellín no hace parte del universo del presente estudio porque en el año 2015 se realizó un estudio poblacional de similares características.

Unidades estadísticas

Con base en la Guía para la Elaboración de Documentos Metodológicos Estándar de las Operaciones Estadísticas del DANE (35), son unidades estadísticas la unidad de observación, la unidad de análisis y la unidad de muestreo.

El presente estudio se acoge a la definición de Barriga y colaboradores (36), quienes plantean que la unidad de análisis será aquello sobre lo que se quiere discurrir; la unidad de observación será aquello sobre lo cual se van a construir observaciones; y la unidad de información será aquello de donde se va a obtener información. De igual manera, se define como unidad de muestreo el número de elementos de la población, no solapados, que se van a estudiar (37).

Para el presente estudio las unidades estadísticas son las siguientes:

- ♦ Unidad de observación: los hogares y personas de las nueve subregiones del departamento de Antioquia.
- ♦ Unidad de muestreo: los hogares del marco muestral y las personas residentes en estos hogares, dentro de los diferentes subgrupos de edad y sexo.
- ♦ Unidad de análisis: la integran los hogares y las personas seleccionadas.

1.4.2.2. Tipo de Muestreo

La muestra para el estudio es probabilística, estratificada y polietápica; representativa por área residencial (urbana – rural) y por las nueve subregiones de Antioquia; como se mencio-

nó anteriormente, no incluye a Medellín. Es probabilística porque la probabilidad de selección de cada unidad de muestreo es conocida. La muestra es estratificada, de acuerdo con la clasificación, según el nivel de implementación de la Política Pública de Alimentación y Nutrición, establecida por la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional - MANÁ, de la Gobernación de Antioquia, en el año 2018. Esta metodología consistió en clasificar los municipios en tres niveles: municipios con competencias para la gestión de la SAN; municipios con avances en la gestión de la SAN; y municipios con débil gestión de la SAN.

Los municipios con competencias territoriales para la gestión de la SAN correspondieron a aquellos que cumplieran con una Mesa de SAN conformada y activa; una política pública mediante acuerdo municipal, y un plan local de seguridad alimentaria y nutricional en implementación.

Los municipios con avances en la gestión territorial de la SAN fueron aquellos con Mesa de SAN conformada y activa, que disponían de política pública mediante acuerdo municipal o de un plan local de seguridad alimentaria y nutricional, algunas acciones para la actualización del diagnóstico municipal de SAN y la implementación y seguimiento de algunas acciones en seguridad alimentaria.

Finalmente, los municipios con débil gestión territorial de la SAN se ubican en esta categoría por contar con una Mesa de SAN inactiva e instrumentos de planificación de SAN desactualizados o inoperantes.

Otros criterios considerados en la estratificación fueron la multiculturalidad de las subregiones alrededor de la alimentación y la densidad demográfica de las distintas localidades, para seleccionar un municipio al azar por subregión que representara cada nivel de cumplimiento de los criterios considerados. La muestra es polietápica porque en la primera etapa se seleccionaron los municipios dentro de los estratos establecidos en la clasificación por parte de la Gobernación de Antioquia descrita anteriormente; en la segunda, se seleccionaron hogares en el marco del muestreo establecido y, en la tercera etapa, se seleccionaron personas para los diferentes componentes que constituyen el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia (PANA).

1.4.2.3. Marco de muestreo

El marco de muestreo del PANA está constituido por las viviendas, hogares y personas encuestadas en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2017, el departamento de Antioquia, el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y el municipio de Medellín. A su vez, el marco de muestreo de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2017 fue determinado de la siguiente manera:

El Universo para el Departamento lo integran todas las viviendas de las áreas urbanas y rurales de los 115 municipios de Antioquia y el corregimiento Belén de Bajirá, que hacen parte de las zonas y subregiones. Para el Área Metropolitana la división se realiza por municipios, área y estratos socioeconómicos, en el municipio de Medellín la desagregación se efectuó por comunas y corregimientos según estratos socioeconómicos de las viviendas.

Para definir el universo, para el resto de Antioquia, se utiliza la información correspondiente al número de instalaciones de energía residencial reportadas por Empresas Públicas de Medellín y proyecciones de población reportadas por el DANE en las áreas urbanas y rurales de Antioquia. No obstante, se hace uso de la base de datos del SISBEN en algunos municipios para seleccionar las unidades de la muestra y realizar una mejor distribución de las viviendas urbanas y rurales; para los municipios del Valle de Aburrá incluyendo a Medellín se utilizó la base de datos de instalaciones de energía reportada por Empresas Públicas de Medellín, con uso residencial, según el estrato socioeconómico.

En la Tabla 1 se presenta la población de viviendas del departamento de Antioquia, sin la ciudad de Medellín, como el universo definido por la Encuesta de Calidad de Vida 2017.

Tabla 1. Total de hogares por subregión y área de residencia del departamento de Antioquia en 2017, excluyendo el municipio de Medellín

Subregión	Población de hogares 2017		
	Urbana	Rural	Total
Valle de Aburrá*	360862	57233	418095
Bajo Cauca	41417	31490	72907
Magdalena Medio	19212	15454	34666
Nordeste	29681	34798	64479
Norte	37835	44365	82200
Occidente	27103	51983	79086
Oriente	115918	104205	220123
Suroeste	57833	67160	124993
Urabá	78502	62865	141367
Total	768363	469553	1237916

*Excluyendo Medellín

La muestra efectiva de hogares, obtenida de la Encuesta de Calidad de Vida (Tabla 2) se estableció como una “Muestra Maestra de Hogares”(38) y sirvió como base probabilística para la selección de la submuestra de hogares, utilizada en la determinación del Perfil Nutricional y Alimentario de Antioquia.

Es importante resaltar que la presente investigación tendrá en cuenta los pesos muestrales para corregir posibles desproporciones, frecuentes en los datos muestrales de datos de corte transversal. Como lo afirma Surendra S. y colaboradores, “en bases de datos oficiales, los pesos suministrados por el administrador permiten una aproximación bastante acertada de la población en estudio” (39).

Tabla 2. Total de hogares encuestados en la Encuesta de Calidad de Vida 2017, por subregión y área de residencia del departamento de Antioquia.

Subregión	Hogares ECV 2017		
	Urbana	Rural	Total
Valle de Aburrá*	76046	10945	86991
Bajo Cauca	3961	1785	5746
Magdalena Medio	2680	1198	3878
Nordeste	11392	4555	15947
Norte	10010	5384	15394
Occidente	10830	6803	17633
Oriente	19825	9561	29386
Suroeste	18021	8611	26632
Urabá	9940	4063	14003
Total	162705	52905	215610

*Excluyendo Medellín

Como ya se mencionó, para el presente estudio no se tuvo en cuenta el municipio de Medellín en la subregión del Valle de Aburrá, porque dicho municipio cuenta con el Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015.

♦ Cobertura y desagregación geográfica.

De acuerdo con el DANE "La cobertura geográfica hace relación a la delimitación de la población objetivo en términos geográficos, la población objetivo cubierta" (35). A su vez, la desagregación hace relación al "nivel geográfico de presentación de los resultados, es decir, si es total nacional, departamental, entre otros" (35).

Por lo anterior, el presente estudio está diseñado para dar resultados a nivel de las subregiones del departamento de Antioquia y a nivel de las áreas urbanas y rurales de cada subregión en los componentes sociodemográfico; seguridad alimentaria en el hogar; antropometría; ambientes alimentarios; adulto mayor, y actividad física. Para los componentes del análisis bioquímico; consumo de alimentos, y materno-infantil la representatividad es departamental.

1.4.2.4. Unidades de selección y análisis

- **Formación de las unidades primarias de muestreo (UPM)**

Las unidades primarias de muestreo fueron constituidas por los municipios de las diferentes subregiones del departamento de Antioquia, seleccionados con base en la clasificación del grado de implementación de la política pública y de acciones en alimentación y nutrición en las localidades, realizada por la Gobernación de Antioquia. Con este criterio se buscó la representación de municipios con un bajo o incipiente nivel de desarrollo en sus acciones en alimentación y nutrición; de aquellos con un nivel intermedio, y de los municipios que tenían mayores avances en la materia. Por otra parte, se consideró la densidad demográfica de los municipios, de tal manera que hubiese participación tanto de municipios pequeños como de aquellos con mayor tamaño poblacional. Asimismo, se consideraron aspectos como la diversidad y la multiculturalidad, los cuales determinan, en gran medida, la configuración de la cultura alimentaria de las regiones.

Tabla 3. Municipios según la calificación de seguridad alimentaria y nutricional por subregión en el departamento de Antioquia.

Subregión	Nivel de implementación de la política pública SAN		
	Alto	Medio	Bajo
Valle de Aburrá*	2	6	1
Bajo Cauca	1	4	1
Magdalena Medio	0	6	0
Nordeste	2	8	0
Norte	2	12	3
Occidente	6	13	0
Oriente	4	17	2
Suroeste	0	23	0
Urabá	1	8	2
Total	18	97	9

*Se excluyó el municipio de Medellín.

Con base en los tres criterios anteriores, se seleccionaron tres municipios de cada subregión, con el propósito de abarcar las especificidades y diversidad de estas localidades. La importancia de la representatividad de esta técnica está en que permite tener una mejor percepción de cada subregión, al contar con tres municipios por cada una de las nueve subregiones del departamento de Antioquia. La Tabla 4 presenta la probabilidad con la que fueron seleccionados los municipios.

Tabla 4. Probabilidad de selección de los municipios de la muestra, por subregión y nivel de desarrollo de las acciones en alimentación y nutrición.

Subregión	Municipio	Nivel	Probabilidad Selección
Valle de Aburrá	La Estrella	Bajo	0.1478
	Girardota	Medio	0.1478
	Sabaneta	Alto	0.1478
Bajo Cauca	Cáceres	Bajo	1.0000
	Nechí*	Medio	0.1615
	Caucasia	Leve	1.0000
Magdalena Medio	Yondó (Casabe)	Medio	0.6934
	Puerto Berrío	Medio	0.6934
	Puerto Triunfo	Medio	0.6934
Nordeste	Remedios	Medio	0.3034
	Cisneros	Medio	0.3034
	Amalfi	Alto	0.3958
Norte	Angostura	Bajo	0.3641
	Yarumal	Medio	0.1985
	Guadalupe	Leve	0.4761
Occidente	Dabeiba*	Medio	0.3108
	Santa Fe de Antioquia	Medio	0.3108
	Ebéjico	Alto	0.2317
Oriente	Guatapé	Bajo	0.1617
	Abejorral	Medio	0.0563
	Abejorral	Medio	0.0563
	Rionegro	Alto	0.5425
Suroeste	Andes	Medio	0.2288
	Urrao	Medio	0.2288
	La Pintada	Medio	0.2288
Urabá	Murindó*	Bajo	0.1436
	Turbo	Medio	0.3688
	Apartadó	Leve	1.0000

*Municipios incluidos por recomendación de un grupo de expertos de la Gobernación de Antioquia, debido al nivel de vulnerabilidad socioeconómica y alta presencia de población indígena.

- **Unidades secundarias de muestreo (USM)**

Son los hogares localizados en los barrios, comunidades o veredas de cada uno de los municipios antioqueños, seleccionados para cada subregión y que representan el área de residencia (urbana y rural).

La selección de las unidades secundarias de muestreo se realizó con base en la información de la Encuesta de Calidad de Vida 2017 y el Índice Multidimensional de Calidad de Vida para el Departamento de Antioquia, suministrada por el Departamento Administrativo de Planeación de la Gobernación de Antioquia, que aportó la experiencia en campo y la ubicación de los hogares, teóricamente actualizados en dicho estudio. Por lo anterior, se obtuvieron las direcciones de los hogares, ubicados en áreas tanto urbanas como rurales, de los municipios seleccionados.

- **Unidades finales de muestreo (UFM)**

Fueron las personas que residían habitualmente en los hogares seleccionados y que definieron el tamaño de muestra para la caracterización sociodemográfica, la evaluación de la escala de seguridad alimentaria de los hogares y los componentes antropométricos, bioquímicos, consumo e ingesta, etiquetado de alimentos, publicidad, actividad física y aspectos concernientes al grupo poblacional del adulto mayor.

- **Submuestreo de personas**

La selección aleatoria de hogares de la muestra para el presente estudio se realizó en la totalidad de los hogares efectivamente encuestados en la Encuesta Calidad de Vida 2017 e Índice Multidimensional de Calidad de Vida para el Departamento de Antioquia. Con base en la información de los hogares seleccionados se construyó la tabla demográfica de los integrantes del hogar para la selección de las unidades de análisis de los componentes. La clasificación y selección aleatoria se realizó por los programas estadísticos SPSS, versión 24 y R-Project, versiones 3.5.2 a 3.6.1.

- **Niveles de inferencia**

El presente diseño muestral permite analizar diferentes resultados, de acuerdo con la unidad de análisis y su nivel de desagregación, que depende principalmente de la precisión (error de muestreo) con que se estimen los datos; y la unidad de análisis, del tamaño de muestra para cada caso particular.

1.4.2.5. Determinación del tamaño de muestra y selección

El equipo de investigadores del PANA estableció la prevalencia de inseguridad alimentaria en los hogares como el indicador trazador. Esto, para determinar el tamaño de muestra de hogares, a partir del cual estimar los indicadores de interés del estudio.

Se eligió el porcentaje de inseguridad alimentaria de los hogares, determinado mediante la escala de seguridad alimentaria en los hogares, el cual se ha convertido en uno de los instrumentos más importantes para la toma de decisiones y para la planificación en política pública del departamento, debido a que permite identificar los hogares seguros, y clasifica el grado de inseguridad alimentaria en leve, moderada y severa.

Es importante resaltar que los porcentajes que se utilizaron para el cálculo del tamaño de la muestra para cada subregión y área de residencia (urbana y rural) del departamento de Antioquia se obtuvieron del Perfil Alimentario y Nutricional de los Hogares: análisis comparativo entre las Regiones de Antioquia, 2005 (40). Se eligió el anterior estudio como referente de elección de los resultados de prevalencia de inseguridad alimentaria, debido a que es el último perfil realizado en el departamento, por tanto, el único que arroja cifras, por subregiones, de inseguridad alimentaria, y que comprendió algunos de los componentes que se realizaron en el presente estudio. Además, por ser un trabajo académico con validación científica por las instituciones que lo realizaron.

Se comparó por subregiones y por áreas, tanto urbanas como rurales. Para la selección del tamaño de la muestra en un estudio descriptivo transversal fue necesario conocer el tamaño de la población, la precisión deseada en términos del error absoluto, la proporción esperada y el nivel de confianza estadística (Tabla 5).

Tabla 5. Marco poblacional de hogares y proporción de inseguridad alimentaria del departamento de Antioquia, según subregiones y áreas de residencia de los municipios seleccionados.

Subregión	Área	Población de hogares 2017*	Prevalencia inseguridad alimentaria**
Valle de Aburrá	Total	61.811	65,2%
	Urbano	42.983	63,3%
	Rural	18.882	70,5%
Bajo Cauca	Total	47.548	82,1%
	Urbano	29.482	76,9%
	Rural	18.066	89,9%

Subregión	Área	Población de hogares 2017*	Prevalencia inseguridad alimentaria**
Magdalena Medio	Total	24.036	70,3%
	Urbano	14.587	65,9%
	Rural	9.449	76,1%
Nordeste	Total	21.324	74,0%
	Urbano	10.368	68,7%
	Rural	10.956	78,2%
Norte	Total	19.588	73,7%
	Urbano	10.279	64,7%
	Rural	9.309	77,5%
Occidente	Total	22.863	64,7%
	Urbano	10.080	63,9%
	Rural	12.783	65,0%
Oriente	Total	50.085	85,4%
	Urbano	28.742	85,7%
	Rural	21.343	85,2%
Suroeste	Total	20.884	60,7%
	Urbano	11.591	47,4%
	Rural	9.293	69,3%
Urabá	Total	71.232	77,8%
	Urbano	42.821	70,9%
	Rural	28.411	83,8%

* Fuente: Encuesta Calidad de Vida 2017 e Índice Multidimensional para el Departamento de Antioquia.

**Fuente: Perfil Alimentario y Nutricional de los Hogares: análisis comparativo entre las regiones de Antioquia, 2005.

El estudio se orientó a estimar una proporción, con población finita, en un muestreo estratificado por áreas; por tanto, su fórmula fue:

$$n = \frac{\left(\sum_{h=1}^L N_h \sqrt{\hat{p}_h \hat{q}_h} \right)^2}{N^2 \left(\frac{E}{Z_{\alpha/2}} \right)^2 + \sum_{h=1}^L N_h \hat{p}_h \hat{q}_h}$$

Los elementos que se consideraron para el cálculo del tamaño de la muestra de hogares fueron:

L: número de estratos

h: h-ésimo estrato, h=1, 2,..., L.

$Z^2_{\alpha/2}$: constante en términos de una normal tipificada (una distribución normal con media 0 y varianza 1) para una confianza (1- α) 100%.

p_h : proporción poblacional que tiene determinada característica en el estrato h. La proporción de interés, que representa la prevalencia de inseguridad alimentaria para cada subregión y área del departamento de Antioquia, sin Medellín (Tabla 5).

$q_h = 1 - p_h$, es la proporción de aquellos elementos que no poseen la cualidad o atributo en el estrato h.

E: error de muestreo, error absoluto, error más tolerable o grado de precisión deseada entre los datos.

N: tamaño de la población (número de hogares).

Nh: tamaño de la población en el estrato h (número de hogares).

n: tamaño de la muestra (número de hogares)

Para la asignación de los tamaños de muestra de hogares para cada estrato se utilizó el método de asignación de Neyman, el cual es útil cuando existen marcadas diferencias de variabilidad entre los estratos.

$$n_i = n \left(\frac{N_i p_i q_i}{\sum_{h=1}^L N_h \hat{p}_h \hat{q}_h} \right)$$

Se calculó una ampliación de 10% para área rural y 10% para el área urbana, asumiendo una proporción de no respuesta máxima.

Tabla 6. Tamaño de muestra de hogares representativos, por subregión y por área de residencia del departamento de Antioquia, con un nivel de confianza de 95% y error de 1,5%.

Subregión	Tamaño de muestra por área		Tamaño de muestra (n)
	Urbana	Rural	
Valle de Aburrá	491	192	683
Bajo Cauca	257	81	338
Magdalena Medio	161	85	246
Nordeste	110	93	203
Norte	116	79	195
Occidente	115	143	258
Oriente	173	133	306
Suroeste	142	97	239
Urabá	433	190	623
Total	1998	1093	3091

Tabla 7. Tamaño de muestra de hogares representativos por subregión y por área del departamento de Antioquia.

Subregión	Tamaño de muestra (n)	Tamaño de muestra por área	
		Urbana	Rural
Valle de Aburrá	753	541	212
Bajo Cauca	372	273	99
Magdalena Medio	272	178	94
Nordeste	223	121	102
Norte	215	128	87
Occidente	284	127	157
Oriente	338	191	147
Suroeste	263	156	107
Urabá	686	477	209
Total	3406	2192	1214

Nota: se estimó una ampliación del 10% para el área urbana y 10% para el área rural.

- **Selección de la muestra de Hogares**

Una vez se determinó el tamaño de muestra representativa para cada subregión y área de residencia (Tabla 7), se procedió a la selección aleatoria, sin reemplazo de los hogares consignados en las bases de datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2017, con los paquetes *survey* y *svyr* del programa estadístico *R-project* y el componente *Complex Survey* del software SPSS, asignando la misma probabilidad de selección a cada hogar por subregión, municipio y área, de acuerdo al plan de muestreo establecido.

- **Subcomponente de evaluación por indicadores bioquímicos**

- ◇ Universo o marco muestral: personas que integran los hogares elegidos para el presente Perfil del departamento de Antioquia.
- ◇ Unidad de análisis: personas integrantes del hogar que cumplieron con los rangos de edades establecidos.
- ◇ Representatividad: departamental, grupos de edad y sexo
- ◇ Fuente de información para el muestreo: información base para la variable trazadora de la prevalencia de anemia, según grupos de edad (Tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia de anemia por grupos de edad y fuentes de información

Grupo de edad	Prevalencia anemia	Fuente de información
6 meses a ≤ 5 años	29,5%	ENSIN, 2010
6 años a 10 años	8,8%	ENSIN, 2010
11 años a 18 años	10,2%	ENSIN, 2010
> 60 años	11%	Casals Fransi J.y col. Anemia en el anciano. FMC. 2008; 15(3):122-31. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207208707588
Gestantes	21,5%	Relación de la hemoglobina materna y el peso al nacer en gestantes del departamento de Antioquia, Colombia. Carolina Madrid Pérez, Beatriz Elena Parra Sosa, Sandra L Restrepo Mesa. Universidad de Antioquia. Grupo de Investigación Alimentación y Nutrición Humana, Escuela de Nutrición y Dietética.
Lactantes	21,5%	Relación de la hemoglobina materna y el peso al nacer en gestantes del departamento de Antioquia, Colombia. Carolina Madrid Pérez, Beatriz Elena Parra Sosa, Sandra L Restrepo Mesa. Universidad de Antioquia. Grupo de Investigación Alimentación y Nutrición Humana, Escuela de Nutrición y Dietética.

- ◆ Tipo de muestreo para el subcomponente bioquímico: el muestreo utilizado para el subcomponente bioquímico fue aleatorio, simple, sin reemplazo; una técnica de muestreo en la que todos los elementos que forman el universo y que, por lo tanto, están descritos en el marco muestral, tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra.

El componente consideró estimar una proporción con población infinita; su fórmula fue:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * (1 - p)}{e^2}$$

- ◆ Elementos considerados en el cálculo del tamaño de la muestra:

$Z_{\alpha/2}^2$: constante en términos de una normal tipificada (una distribución normal con media 0 y varianza 1) para una confianza (1- α) 100%; nivel de confianza del 95%.

p_i : proporción de personas con anemia para cada subregión y área del departamento de Antioquia, sin Medellín, en cada grupo de edad y sexo de interés para el estudio.

$q_i = 1 - p_i$: es la proporción de personas sin anemia en cada grupo de edad y sexo.

e: Error de muestreo, error absoluto, error más tolerable o grado de precisión deseada entre los datos (7%).

n: Tamaño de la muestra.

Tabla 9. Tamaño de muestra general, por grupos de edad para Antioquia, con un nivel de confianza de 95% y error de 7%.

Grupo de edad	Sexo	Prevalencia anemia	Tamaño de la muestra (n)
6 meses a ≤ 5 años	Mujeres	29,5%	164
6 meses a ≤ 5 años	Hombres	29,5%	164
6 años a 10 años	Mujeres	8,8%	64
6 años a 10 años	Hombres	8,8%	64
11 años a 18 años	Mujeres	10,2%	74
11 años a 18 años	Hombres	10,2%	74
> 60 años	Mujeres	11%	77
> 60 años	Hombres	11%	77
Gestantes		21,5%	133
Lactantes		21,5%	133
Total departamento de Antioquia(n)			1.024

- **Subcomponente consumo de alimentos**

- ◇ Universo o marco muestral: individuos sanos del departamento de Antioquia que integraron los hogares elegidos para el presente Perfil.
- ◇ Unidad de análisis: personas integrantes del hogar que cumplieron con los grupos de edad.
- ◇ Representatividad: departamental y grupos de edad
- ◇ Fuente de información para el muestreo: la información base para la variable trazadora es el porcentaje de personas con consumo adecuado de kilocalorías (kcal < 90%) según grupos de edad, reportado en el estudio del Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015. Caracterización de hogares.

Tabla 10. Prevalencia de consumo adecuado de calorías, según grupos de edad, Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015.

Grupo de edad	kcal < 90%
≤ 5 meses	16,4%
6 meses a 11 meses	13,1%
1 año a 3 años	12,9%
4 años a 8 años	22,2%
9 años a 13 años	33,2%
14 años a 18 años	70,1%
19 años a 30 años	50,3%
31 años a 50 años	59,9%
51 años a 70 años	50,0%
> 70 años	59,4%
Gestantes	45,6%
Lactantes	85,4%

- ♦ Tipo de muestreo para el subcomponente de consumo de alimentos: fue utilizado el muestreo aleatorio, simple, sin reemplazo; técnica de muestreo en la que todos los elementos que forman el universo y que, por lo tanto, están descritos en el marco muestral, tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra.

El componente consideró estimar una proporción con población infinita; su fórmula fue:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * (1 - p)}{e^2}$$

- ♦ -Elementos considerados en el cálculo del tamaño de la muestra:

$Z_{\alpha/2}$: constante en términos de una normal tipificada (una distribución normal con media 0 y varianza 1) para una confianza (1- α) 100%; nivel de confianza del 95%.

p_i : proporción de personas con consumo adecuado de calorías (kcal < 90%) para cada subregión y área del departamento de Antioquia, sin Medellín.

q_i = 1 - p_i : es la proporción de personas con consumo inadecuado de calorías (kcal < 90%).

e : error de muestreo, error absoluto, error más tolerable o grado de precisión deseada entre los datos (4%).

n : tamaño de la muestra

Tabla 11. Tamaño de muestra general por grupos de edad para Antioquia, con un nivel de confianza de 95% y error de 4%.

Grupo de edad	Kcal < 90%	Tamaño de la muestra (n). Primer recordatorio	Tamaño de la muestra. Segundo recordatorio
2 años a 3 años	12,9	271	40
4 años a 8 años	22,2	415	40
9 años a 13 años	33,2	532	50
14 años a 18 años	70,1	504	50
19 años a 30 años	50,3	600	60
31 años a 50 años	59,9	577	60
51 años a 70 años	50,0	600	60
> 70 años	59,4	580	60
Gestantes	45,6	596	60
Lactantes	85,4	300	40
Total departamento de Antioquia (N)		4.975	520

- **Subcomponente de evaluación por indicadores antropométricos**

La valoración del estado nutricional por antropometría (medición de peso, talla, IMC, antebrazo, pantorrilla y perímetro cefálico) se realizó a todas las personas residentes habituales de los hogares seleccionados.

- **Subcomponente de ambientes alimentarios**

- ◊ Subtema adquisición de alimentos: se estableció un informante idóneo, el cual representó al hogar como el integrante en plena capacidad y conocimiento de brindar información de la adquisición de los alimentos, en este sentido, el tamaño muestral fue el mismo calculado para el componente de hogares.

- **Subcomponente de la situación alimentaria y nutricional del adulto mayor.**

La valoración del estado nutricional del adulto mayor se realizó a todas las personas mayores de 60 años, residentes habituales de los hogares seleccionados.

En la medida de lo posible, se buscó transversalidad entre los componentes del estudio, es decir que los sujetos evaluados coincidieran en la mayoría de los componentes, si cumplían con los criterios de elegibilidad. Este proceso se realizó con el propósito de que se pudiera hacer relaciones entre los diferentes componentes del Perfil. Los grupos de edad que se establecieron para cada componente se pueden observar en la Tabla 12.

Tabla 12. Grupos de edad por componentes de estudio y selección de la muestra

Componente	Grupo de Edad	Muestra
Componente de etiquetado:	10 a 17 años	Todos los presentes en el hogar
	18 a 60 años	Informante idóneo
Componente de publicidad:	1 a 9 años	Todos los presentes en el hogar
	10 a 18 años	Todos los presentes en el hogar
Actividad física:	5 a 12 años	Todos los presentes en el hogar
	13 a 17 años	Todos los presentes en el hogar
	18 a 60 años	Uno seleccionado al azar en el hogar
Adulto mayor	> 60 años	Todos los presentes en el hogar

Nota: Para el componente materno-infantil se realizó la encuesta a toda la población menor de dos años, todas las gestantes y todas las madres lactantes que al momento de la encuesta estaban disponibles en los hogares.

1.4.3. Estimaciones

1.4.3.1. Factores de expansión

La metodología para la estimación insesgada de los indicadores que definirían un perfil nutricional y alimentario en Antioquia involucró el uso de un peso o factor de expansión para cada registro, que fue multiplicado por todos los datos que conformaban el registro correspondiente.

El diseño de la muestra del Perfil involucró tres etapas de muestreo en que las unidades fueron seleccionadas con probabilidades proporcionales al tamaño. En la primera etapa se seleccionaron los municipios dentro de los estratos de nivel de cumplimiento de las políticas de nutrición; en la segunda, se consideró la selección de los hogares de la Encuesta de Calidad de Vida 2017 en los municipios seleccionados; en la tercera etapa se consideró la

selección de hogares PANA dentro de los hogares encuestados en la ECV 2017, teniendo en cuenta un intervalo de selección.

Para el diseño en consideración se tuvieron en cuenta los factores de expansión (inverso de la probabilidad de selección) de la siguiente manera (hogares):

- Etapa 1. Selección de los municipios de manera proporcional al tamaño de la población, dentro de los estratos de nivel de cumplimiento de las políticas en SAN.

$$f_{Mun:ij} = \frac{N_{I(ij)}}{n_{I(ij)}}, \text{ para } i = 1,2,3 \text{ y } j = 1,2, \dots, 9$$

$N_{I(ij)}$: cantidad de hogares en el estrato i y subregión j

$n_{I(ij)}$: número de hogares seleccionados en el estrato i y subregión j

- Etapa 2. Selección de los hogares de ECV 2017 por en cada municipio seleccionado

$$f_{ECV: jkl} = \frac{N_{II(jkl)}}{n_{II(jkl)}}, \text{ para } j = 1,2, \dots, 9; k = 1,2 \text{ y } l = 1,2,3$$

$N_{II(jkl)}$: cantidad de hogares en la subregión j , área k y municipio l

$n_{II(jkl)}$: número de hogares efectivos de ECV 2017 en la subregión j , área k y municipio l .

- Etapa 3. Selección hogares PANA dentro de los municipios

$$f_{PANA: jkl} = \frac{N_{III(jkl)}}{n_{III(jkl)}}, \text{ para } j = 1,2, \dots, 9; k = 1,2 \text{ y } l = 1,2,3$$

$N_{III(jkl)}$: cantidad de hogares en ECV 2017 por subregión j , área k y municipio l .

$n_{III(jkl)}$: número de hogares seleccionados en la subregión j , área k y municipio l .

Adicionalmente, se considera el factor de ajuste por no respuesta (cobertura) de los hogares seleccionados.

- Factor de ajuste por no respuesta. Cobertura de los hogares encuestados en el PANA

$$f_{cob_{jkl}} = \frac{n_{IV(jkl)}}{m_{IV(jkl)}}, \text{ para } j = 1,2, \dots, 9; k = 1,2 \text{ y } l = 1,2,3$$

$n_{IV(jkl)}$: número de hogares identificados en la subregión j , área k y municipio l .

$m_{IV(jkl)}$: número de hogares encuestados en la subregión j , área k y municipio l .

1.4.3.2. Factor final de expansión de hogares

Se define como el producto de los factores de expansión de las cuatro etapas de diseño.

$$f_{hogar_{jkl}} = f_{mun_{ij}} \times f_{ECV_{jkl}} \times f_{PANA_{jkl}} \times f_{cob_{jkl}}$$

Este factor se aplica a cada uno de los hogares pertenecientes a los seleccionados en la última etapa del diseño. La suma de los factores de expansión de todos los hogares de la muestra proveyó una estimación del tamaño del universo.

Para el cálculo del factor de expansión de hogares se tuvo en cuenta una calibración por estructura, basado en los pesos promedio por subregión y área, con el fin de compensar la variabilidad introducida. Un factor de expansión está calibrado si las estimaciones de los totales poblacionales coinciden con los valores poblacionales conocidos (41,42).

- Factor de calibración para ajustar la estructura de las zonas urbana y rural de las subregiones.

$$w_{jkl} = \frac{N_{I(jkl)}}{f_{hogar_{jkl}} \times m_{IV(jkl)}}$$

$N_{l(jkl)}$: cantidad poblacional de hogares en la subregión j , área k y municipio l

$m_{IV(jkl)}$: número de hogares encuestados en la subregión j , área k y municipio l .

$f_{hogar(jkl)}$: factor de expansión de hogares en la subregión j , área k y municipio l .

El factor final de expansión para los hogares

$$F_{hogar_{jkl}} = w_{jkl} \times f_{hogar_{jkl}}$$

1.4.3.3. Factor de expansión para personas

El factor de expansión de hogares calculado se tomó como base para expandir la población de personas, de acuerdo a los factores de cobertura de cada uno de los componentes evaluados en el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia 2019. En cada componente se cuenta con la identificación de los miembros del hogar y los posibles resultados de la encuesta: efectivos, rechazos, ausentes, otros, y aquellos que no cumplieron los criterios de inclusión.

Para cada uno de los componentes evaluados en este estudio estableció la probabilidad de selección de acuerdo con los parámetros de inclusión para las personas encuestadas. Algunos consideraron grupos de edad (ambientes, actividad física, adulto mayor, consumo y bioquímico), y únicamente el componente bioquímico consideró representativo el sexo de las personas.

En los componentes sociodemográfico, antropometría y Materno-infantil, no se consideraron grupos particulares para la caracterización, por ende, el cálculo de los factores de expansión se realizó basado en los códigos de respuesta definidos anteriormente.

- Factor de cobertura de las personas encuestadas

$$f_{Pcob_{jkl}} = \frac{n_{PI(jkl)}}{m_{PI(jkl)}}, \text{ para } j = 1,2, \dots, 9; k = 1,2 \text{ y } l = 1,2,3$$

$n_{PI(jkl)}$: número de personas identificadas en la subregión j , área k y municipio l .

$m_{PI(jkl)}$: número de personas encuestados en la subregión j , área k y municipio l .

Para los otros componentes en los que se hizo una selección aleatoria de personas en los hogares, de acuerdo con la meta muestral por grupos específicos de edad o sexo, en la construcción del factor de expansión se consideró el universo de la probabilidad de selección y el factor de ajuste por no respuesta.

- Factor de selección de las personas a encuestar por grupo de edad y componente

$$f_{GEsel_{jklm}} = \frac{n_{PII(jklm)}}{m_{PII(jklm)}}, \text{ para } j = 1,2, \dots, 9; k = 1,2; l = 1,2,3 \text{ y } m = 1,2, \dots, n^*$$

$n_{PII(jklm)}$: número de personas identificadas en la subregión j , área k , municipio l y grupo de edad m .

$m_{PII(jklm)}$: número de personas seleccionadas en la subregión j , área k y municipio l y grupo de edad m .

n^* : número de grupos de edad definidos por cada componente

- Factor de cobertura de las personas encuestadas por grupos de edad y componente

$$f_{GEcob_{jklm}} = \frac{n_{PIII(jklm)}}{m_{PIII(jklm)}}, \text{ para } j = 1,2, \dots, 9; k = 1,2; l = 1,2,3 \text{ y } m = 1,2, \dots, n^*$$

$n_{PIII(jklm)}$: número de personas seleccionadas en la subregión j , área k , municipio l y grupo de edad m .

$m_{PIII(jklm)}$: número de personas encuestadas en la subregión j , área k y municipio l y grupo de edad m .

n^* : número de grupos de edad definidos por cada componente

El componente de análisis bioquímico fue el único que consideró la agrupación de las personas por sexo y edad; fueron seleccionados aleatoriamente de acuerdo con la meta muestral, por otra parte, se realizó el análisis bioquímico a todas las gestantes y lactantes.

- Factor de cobertura de las personas encuestadas para el componente bioquímico.

$$f_{Bcob\ jklmh} = \frac{I(n_{BI(jklmh)})}{I(m_{BI(jklmh)})}, \text{ para } j = 1, \dots, 9; k = 1, 2; l = 1, 2, 3; m = 1, \dots, 4 \text{ y } h = 1, 2$$

$n_{BI(jklmh)}$: número de personas seleccionadas en la subregión j , área k , municipio l , grupo de edad m y sexo h .

$m_{BI(jklmh)}$: número de personas encuestados en la subregión j , área k y municipio l , grupo de edad m y sexo h .

$I(.)$: función indicadora de la condición del encuestado: gestante, lactante y sin condición.

El factor de expansión para las personas encuestadas se define para cada componente de acuerdo con las características puntuales, no obstante, todos los factores se calculan multiplicando el factor de expansión de hogares por el de cobertura. Por ejemplo, la siguiente fórmula fue la implementada para el componente sociodemográfico:

$$f_{Socio\ jkl} = F_{hogar\ jkl} \times f_{Pcob\ jkl}$$

1.4.3.4. Errores de muestreo

La muestra de hogares que se visitaron en el presente estudio fue una de todas las posibles muestras del mismo tamaño, que se podrían seleccionar de la población de interés con el diseño empleado (43).

Cada una de ellas, habría dado resultados en alguna medida diferentes de los arrojados por la muestra usada. La variabilidad que se observaría entre todas las muestras posibles constituye el error de muestreo, el cual no se conoce, pero puede ser estimado a partir de los datos suministrados por la muestra realmente seleccionada. El error de muestreo se mide por medio del error estándar. El error estándar de un [porcentaje] es calculado con los datos de la muestra, el cual se define como la raíz cuadrada de la varianza de la estadística, dividido el tamaño de muestra, y es una medida de su variación en todas las muestras posibles. En consecuencia, el error estándar mide el grado de precisión con que el [porcentaje], basado en la muestra, se aproxima al resultado que se habría obtenido si se hubiese entrevistado a [todos los hogares de la población de Antioquia], bajo las mismas condiciones (43).

En el caso presente se estimó la varianza del estimador de inseguridad alimentaria de los hogares, sin desconocer que otra muestra puede originar una varianza mayor o menor que la planteada con la muestra específica por área de residencia de las subregiones de Antioquia. Las etapas donde se seleccionan los hogares aportan poco a la variabilidad, por lo tanto, fue necesario estimar los errores de muestreo como el error estándar (37,44).

1.4.3. Cálculo de la varianza

Para evaluar la precisión de las estimaciones que se generan a partir de una encuesta compleja, existen algunas medidas de dispersión, consideradas en el presente estudio. Dentro de estas se encuentran el error estándar o de muestreo, el intervalo de confianza y el coeficiente de variación. Esta última es de gran importancia, pues refleja la magnitud relativa que tiene dicho error estándar con respecto al estimador de referencia, y entre más pequeño sea este valor, mejor es la precisión. Si bien no existe un consenso unánime sobre qué valores son los más adecuados, se considera que un dato es de buena calidad si el coeficiente de variación está por debajo de 15%; aceptable, si se encuentra entre 15% y 25%; y de baja calidad, cuando supera 25%. La fórmula para obtener este coeficiente es:

$$CV = \frac{ee}{|\theta|}$$

El cálculo del coeficiente de variación, o error estándar relativo, depende de la estimación θ y del error estándar o error de muestreo que, a su vez, depende de la varianza muestral s^2 ; por lo tanto, esta última es la medición clave para determinar si un dato es significativo; es decir, si su valor refleja el comportamiento de la población objetivo, o no. A diferencia de cómo se estimaría este valor usando un esquema de muestreo aleatorio simple, cuando se trata de muestras complejas, el procedimiento puede resultar más complicado ya que se debe tomar en cuenta la estratificación y conglomeración de las observaciones (37,44).

En el siguiente apartado se especifican los métodos de estimación de los parámetros tenidos en cuenta en el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia.

1.4.4. Estimación de parámetros

Los resultados reportados en este estudio se estimaron, teniendo en cuenta los factores de expansión, calculados en el apartado anterior.

- **Proporciones**

La estimación de proporciones se realizó a través de tablas de contingencia. De acuerdo con cada categoría, el estimador ponderado se definía como:

$$\widehat{p}_X = \sum_{i=1}^L w_i x_i$$

- **Estimador Horvitz-Thompson para la varianza**

Este estimador está basado en el diseño del muestreo probabilístico, el cual puede verse como una variable aleatoria cuyo valor está determinado por la muestra particular seleccionada.

$$Var[\widehat{p}_X] = \frac{N-n}{N} \times N^2 \times \frac{Var[X]}{n}$$

La raíz del estimador define el error estándar (ee).

$$ee[\widehat{p}_X] = \sqrt{Var[\widehat{p}_X]}$$

- **Intervalos de confianza para la proporción**

El intervalo de confianza es un rango de valores, derivados de los estadísticos de la muestra, que posiblemente incluyan el verdadero valor del parámetro de población desconocido. En el presente estudio se trabajó con un nivel de confianza del 95%, por lo tanto, el intervalo de confianza para la proporción se define como:

$$\widehat{p}_X \pm Z_{(1-\alpha/2)} \times ee[\widehat{p}_X]$$

El siguiente ejemplo ilustra el cálculo de las estimaciones para la clasificación de la seguridad alimentaria en los hogares del departamento de Antioquia.

Clasificación	P	varianza	Error estándar (ee)	IC95% inferior	IC95% superior
Seguros	0.329 6	0.00011	0.0105	0.3090	0.3502
Inseguros	0.670 4	0.00014	0.0119	0.6471	0.6937

Los resultados anteriores sugieren que el 67.04% de los hogares del departamento de Antioquia se encuentran en inseguridad alimentaria, con una amplitud del intervalo de confianza del 4.66% y un coeficiente de variación (error estándar relativo) del 1.78%; lo cual indica que la estimación es precisa.

1.5. Metodología de los subcomponentes cuantitativos

1.5.1. Componente de determinantes sociales y económicos de la situación alimentaria y nutricional.

1.5.1.1. Características sociodemográficas de los hogares

La recolección de los datos del subcomponente sociodemográfico se basó en dos unidades de análisis, definidas de la siguiente manera:

- **Hogar:** constituido por una persona o grupo de personas, con lazos de consanguinidad o no, que comparten los alimentos, dicho coloquialmente, aquellos que, “comen de la misma olla”.
- **Persona:** cada uno de los integrantes que conforman el hogar. Se destacan algunas características del jefe de hogar, es decir, la persona que, por ser el principal soporte económico, por su edad o por otras razones es reconocido como jefe por los miembros del hogar.

Las variables demográficas y socioeconómicas consideradas para el análisis en el subcomponente sociodemográfico fueron:

- **Estructura poblacional del departamento de Antioquia y sus subregiones.**

Se indagó por el sexo y la edad de las personas para construir la pirámide de población del departamento y de cada una de las subregiones.

- **Características socioeconómicas de los hogares**

Se indagó por los siguientes aspectos:

- ◇ Tamaño promedio del hogar: se identificó el número total de integrantes que habitaban de forma permanente cada uno de los hogares y se calculó el promedio.
- ◇ Índice de hacinamiento: se definió como el cociente entre la variable “número de integrantes del hogar”, y la variable “número de cuartos utilizados para dormir”, considerando que existe hacinamiento cuando en un cuarto duermen más de tres personas (45).
- ◇ Ingreso económico mensual de los hogares según Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV). Se determinó mediante la sumatoria de los ingresos mensuales de aquellos miembros del hogar que realizaban alguna actividad económica. Estos ingresos se expresaron en términos del SMMLV, establecido en Colombia así: igual o menor a 0.5 SMMLV; 0.5 a 1 SMMLV; 1.1 a 2 SMMLV; 2.1 a 3 SMMLV; 3.1 a 4 SMMLV; y mayor a 4 SMMLV.

- ♦ Participación del gasto en alimentos (PGA): se estableció preguntando cuánto, de los ingresos económicos mensuales, destinaban los hogares a la compra de alimentos, excluyendo otros artículos de la canasta básica, como por ejemplo artículos de aseo y bebidas alcohólicas. Posteriormente, se calculó el porcentaje correspondiente a este gasto respecto al total de ingresos y se agrupó así: participación igual o menor a 25%; 25% a 50%; 50% a 75%; y superior a 75%.

Características generales de la vivienda

- ♦ Estrato socioeconómico: se adoptó el concepto establecido por la Empresa de Servicios Públicos de Medellín (EPM), la cual define el estrato socioeconómico como el nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización, utilizando la metodología establecida por Planeación Nacional y los parámetros definidos por la autoridad competente (46). La clasificación socioeconómica se obtuvo de la factura de servicios públicos del hogar encuestado.
- ♦ Tipo de vivienda: se identificó si los hogares encuestados habitaban en casa, apartamento, cuartos de inquilinato, cuartos dentro de otro tipo de estructura o en un rancho o vivienda de desechos. Estas clasificaciones estuvieron basadas en las utilizadas por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia 2015 y en el Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015 (47,48).
- ♦ Disponibilidad de agua y eliminación de excretas: se determinó si la vivienda contaba con servicio de agua por tubería u otro ducto conectado a una red, y cuyo suministro fuera relativamente permanente. Igualmente, se estableció si la conexión sanitaria para la eliminación de excretas se hacía mediante inodoro con conexión a alcantarillado, pozo séptico, letrina, inodoro sin conexión o si no contaba con servicio sanitario.
- ♦ Lugar para la preparación de alimentos en el hogar: se definió si este lugar correspondía a un cuarto solo para cocinar; un cuarto utilizado tanto para cocinar como para dormir; una sala comedor con lavaplatos; una enramada o un espacio al aire libre, o si no utilizaban ningún lugar para cocinar, esto último porque los integrantes del hogar no preparaban alimentos en su lugar de residencia.

Características demográficas y socioeconómicas del jefe de hogar

Se indagó por el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y la principal ocupación o actividad económica realizada durante el mes inmediatamente anterior a la fecha de realización de la encuesta.

Aspectos demográficos y socioeconómicos de los integrantes del hogar.

Se preguntó por el nivel de escolaridad, la asistencia a instituciones educativas de personas entre 10 y 24 años y la pertenencia a programas de alimentación y nutrición.

Características sociodemográficas de las mujeres jefas de hogar

Se identificaron las mujeres que asumían el rol de jefa de hogar y se caracterizaron de acuerdo con la edad, el nivel de escolaridad, la principal ocupación o actividad económica realizada durante el mes inmediatamente anterior a la fecha de realización de la encuesta, el ingreso económico mensual en SMMLV y la tipología del hogar al cual pertenecían. Esta última se estableció según la clasificación utilizada en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia 2015 y en el Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015 (47,48).

1.5.1.2. Seguridad alimentaria en los hogares

La medición de la seguridad alimentaria de los hogares del departamento de Antioquia se realizó mediante la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) (49).

Las preguntas que conforman la ELCSA refieren a situaciones experimentadas por falta de dinero u otros recursos, dado que los hogares pueden acceder a los alimentos no solo por la compra, también pueden disponer de otros recursos que contribuyan a la disponibilidad de alimentos en el hogar, como autoconsumo, trueque de alimentos, programas de ayuda social alimentaria, donaciones, entre otros.

La ELCSA está conformada por 15 preguntas con un horizonte temporal de un mes, anterior a la fecha de la encuesta, y una condición necesaria que determina la situación que mide cada pregunta. Las preguntas de la uno a la tres se refieren al hogar; de la cuatro a la ocho, se refieren a personas adultas; y de la nueve a la 15, se refieren a los menores de edad, razón por la cual en cada una de las preguntas dirigidas a estos se antepone la frase, "algún menor de 18 años...".

Para la medición de la seguridad alimentaria en el hogar se han definido cuatro categorías:

- a.** Seguridad alimentaria: el hogar no muestra evidencia de inseguridad alimentaria.
- b.** Inseguridad alimentaria leve: se evidencia en las preocupaciones de los miembros del hogar por el abastecimiento suficiente de alimentos y los ajustes alimentarios, como la disminución de la calidad de los alimentos y se reporta poca o ninguna reducción en la cantidad de alimentos por parte del hogar.

- c. Inseguridad alimentaria moderada: la ingesta de alimentos por los adultos en las familias ha sido reducida de tal modo que implica una experiencia psicológica constante de sensación de hambre, en la mayoría de los hogares no se observa este comportamiento en los niños.
- d. Inseguridad alimentaria severa: en este nivel, todos los miembros del hogar han reducido la ingesta de alimentos hasta el extremo en que los niños también experimentan hambre (50, 51).

La ELCSA tiene únicamente como opción de respuesta “sí” o “no”. A las preguntas con respuesta negativa se le asigna un puntaje igual a cero (0) y a las preguntas con respuesta positiva se asigna un puntaje igual a uno (1). Posteriormente se suma el puntaje obtenido en cada hogar y se procede a clasificarlo de acuerdo a los puntos de corte que se presentan a continuación en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Puntos de corte para la clasificación de la seguridad alimentaria en los hogares

Tipo de Hogar	Puntos de corte ELCSA armonizada			
	Hogares	Hogares con inseguridad		
	Seguros	Leve	Moderada	Severa
Hogares integrados por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y niños	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Fuente: Segall AM, Álvarez MC, Melgar Quiñonez H., Pérez_Escamilla R, Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Manual de uso y aplicación. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); 2012.

1.5.1.3. Ambientes alimentarios

En el marco de los ambientes alimentarios se describieron las prácticas de adquisición de los alimentos en el hogar, y se documentó el ambiente alimentario informativo en dos esferas esenciales que afectan a la población: el etiquetado nutricional de los productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas, y la publicidad televisiva de los productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas (PAEBNA). A continuación, se detalla el proceso llevado a cabo en cada subcomponente.

- **Adquisición de alimentos en el hogar**

En el desarrollo de este subcomponente se encuestó a quien se identificó como la persona encargada de adquirir los alimentos en el hogar, o a quien fuera un informante idóneo, en la medida en que conociera las prácticas de adquisición de alimentos. Se indagó por la frecuencia y lugares de adquisición de los siguientes grupos de alimentos: leche, productos lácteos, carnes, productos cárnicos, huevos, leguminosas, cereales (granos y harinas), arepas, productos de panadería, tubérculos y plátanos, frutas frescas, verduras frescas, grasas y aceites, azúcares, dulces y productos de paquete (Anexo 1 y Anexo 2).

Para el análisis de la información, los lugares de adquisición fueron clasificados según modelos de distribución de alimentos, agrupando formatos que tienen características similares en su funcionamiento. En el modelo tradicional se incluyeron las tiendas, plazas de mercado y ventas ambulantes; en el modelo moderno los supermercados y tiendas de conveniencia; en el alternativo el autoabastecimiento y el trueque; en la beneficencia, la adquisición de alimentos provenientes de programas sociales, regalos o donaciones. Igualmente, se agruparon los lugares por el tipo de adquisición que propician, diferenciando formas monetarias y no monetarias; las primeras, implican abastecerse de alimentos mediante la compra, mientras en las segundas no se requiere intercambio de dinero (52). Además, se realizó una reclasificación de los grupos de alimentos, empleando la propuesta del sistema Nova, según su grado de procesamiento: no procesados, ingredientes culinarios, procesados y ultraprocesados (53) (Anexo 1).

- **Etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas embotelladas.**

En este subcomponente, la población objetivo estuvo constituida por la persona encargada de adquirir los alimentos en el hogar o el informante idóneo, y los adolescentes con edades entre los diez y los 17 años.

Para la recolección de la información se empleó una encuesta con once preguntas, una de ellas compartida con el instrumento empleado en el componente sociodemográfico (PIH8.

¿Sabe leer y escribir más de un párrafo?), cuando la persona encuestada informó que no sabía leer y escribir, no se le realizaron las preguntas basadas en la lectura del etiquetado.

Para la construcción de este instrumento se tomó como base el cuestionario sobre etiquetado nutrimental de alimentos empacados y bebidas embotelladas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 de México (54), del cual se retomaron preguntas sin realizar modificaciones, otras fueron modificadas o adaptadas al lenguaje local, y otras preguntas fueron adicionadas.

El punto de partida fue identificar el conocimiento de los encuestados sobre la cantidad de calorías que debe consumir al día una persona. Luego se indagó por los aspectos relacionados con el conocimiento, lectura, comprensión, frecuencia de uso y tiempo empleado en la observación de la información que aparece en las etiquetas de los PAEBNA para elegir los alimentos y bebidas que compran. Al finalizar, se indagó por la visión del entrevistado sobre la posible implementación, en los empaques de los PAEBNA, de un mensaje de advertencia cuando el contenido de calorías, azúcar, sal o grasas fuese excesivo (asociado con riesgo de enfermedad).

Para asegurar la unificación de criterios sobre la comprensión del etiquetado nutricional se empleó una guía resumen con las distintas formas de presentación de información que se muestra en los PAEBNA (Anexo 3). Además, como estrategia didáctica y facilitadora en el desarrollo de la encuesta, se diseñaron y emplearon dos cajas modelos, basadas en la normativa para la presentación establecida en las resoluciones colombianas 5109 de 2005 (55) y 333 de 2011 (56). En el caso de la caja modelo 2, se adicionó a la presentación un mensaje de advertencia octagonal (Anexo 4).

La caja modelo uno fue empleada en las preguntas relacionadas con la lectura, comprensión y uso de la información que aparece en los PAEBNA, mientras que la caja modelo dos solo se utilizó en la pregunta relacionada con la posible implementación de un mensaje de advertencia en los PAEBNA.

- **Publicidad televisiva de los productos alimentarios y bebidas no alcohólicas**

La unidad de análisis en este punto estuvo constituida por dos grupos poblacionales. Por una parte, se encuestó a los padres, madres o adultos responsables (cuidador) de los niños(as) con edades entre uno a nueve años y, además, se preguntó en forma directa a los niños(as) y adolescentes con edades entre los 10 y los 17 años.

La información se recolectó mediante una encuesta con 16 preguntas, en las que se desarrollaron cuatro aspectos básicos sobre la publicidad televisiva: acceso, exposición, recordación e impacto.

- ◆ Acceso: hace referencia a la penetración del medio de comunicación de interés,

es decir, la televisión tiene en los hogares de los niños (as) y adolescentes, por lo cual se incluyeron preguntas relacionadas con la existencia o no de televisor, número de televisores, si tenía o no televisión por cable, y si el niño(a) o adolescente contaba con televisor en su cuarto.

- ◆ Exposición: este aspecto pretendía establecer el tiempo, en horas, que los niños(as) o adolescentes pasaban frente al televisor. Se incluyeron preguntas sobre si el niño(a) o adolescente veía o no televisión; si el tiempo que estaba frente a la televisión era controlado o no; tiempo dedicado a ver televisión durante los días de semana y del fin de semana; el horario habitual para ver televisión, y la percepción sobre el tiempo máximo que debería ver televisión al día.
- ◆ Recordación: hace alusión al recuerdo espontáneo que permite a los padres de los niños(as), o a los adolescentes, mencionar o describir, sin ningún tipo de ayuda, un determinado anuncio publicitario, y las razones por las cuales lo recuerda. En concreto, se indagó por la recordación, o no, de algún comercial de productos alimentarios que hubiesen visto en televisión y el motivo por el que lo recordaban; bien fuera por la música; por el personaje que aparece (en el cual debían precisar el personaje y el producto publicitado); porque fuera cómico; por el regalo que publicitaban, u otro motivo (en el que era necesario aclarar cuál, siempre y cuando la razón fuera diferente a las mencionadas en las opciones anteriores, por ejemplo, frecuencia de transmisión, gusto por el producto publicitado, información nutricional asociada a su consumo, entre otros).
- ◆ Efecto: este punto establece el impacto probable en la modificación de la conducta en términos de deseo, solicitud, o compra efectiva del producto alimentario o bebida publicitada. Se indagó por la solicitud de compra a los padres, o compra directa por parte del niño(a) o adolescente, de los productos alimentarios sobre los cuales veía publicidad en la televisión, además de especificar a cuáles productos alimentarios hacían referencia.

1.5.2. Componente evaluación del estado nutricional según etapas del ciclo vital humano.

1.5.2.1. Evaluación nutricional por indicadores antropométricos

La evaluación del estado nutricional por antropometría se realizó a todas las personas de los hogares seleccionados que tenían la posibilidad de ponerse en pie, mantenerse en posición erguida y que pudieran seguir las indicaciones para la toma adecuada de las medidas corporales. En el caso de los niños menores de dos años, las indicaciones se dieron al cuidador

y se tomaron las medidas en quienes se logró una posición adecuada, según las técnicas de medición. Se realizaron las mediciones pertinentes de acuerdo al grupo de edad (Anexo 5), para el posterior cálculo de los indicadores antropométricos poblacionales.

En niños menores de cinco años se evaluaron los indicadores de peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, IMC para la edad y perímetro cefálico para la edad (este último solamente para los menores de tres años). A través del programa *Anthro* de la OMS (57) se calculó el puntaje Z de cada indicador, y se clasificó de acuerdo a los valores de referencia de la OMS 2006 (58) y los puntos de corte de la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Protección Social de Colombia (59)(Anexo 6).

En los niños, niñas y adolescentes de cinco a 18 años se construyeron los indicadores de estatura para la edad e IMC para la edad, basados en los estándares definidos por la OMS en 2007 y se clasificaron, según la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Protección Social de Colombia (59)(Anexo 7). En el programa *Anthro plus* de la OMS (60) se calculó el puntaje Z de cada indicador. Con respecto al perímetro de cintura, se midió en los mayores de diez años y, dado que no se cuenta con un criterio de clasificación único, se realizó la descripción de los datos.

La valoración de los adultos de 18 a 59 años incluyó el IMC, el cual se clasificó de acuerdo a lo definido en la Resolución 2465 de Colombia (59)(Anexo 8). El perímetro de cintura se analizó basado en los puntos de corte propuestos por la OMS y asumidos por el país en la resolución ya mencionada para determinar el riesgo cardiovascular (Anexo 9). La clasificación del adulto mayor se realizó mediante el IMC según la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(61)(Anexo 10). Los perímetros se clasificaron acorde a las propuestas definidas para este grupo poblacional (Anexo 11,12 y 13).

Para la evaluación de las mujeres gestantes se tuvo en cuenta la clasificación del IMC pregestacional (62)(Anexo 14), para lo cual se indagó por el peso previo al embarazo, tomado del carnet de control prenatal. También se determinó el IMC gestacional y se clasificó según edad gestacional (Anexo 15).Adicionalmente, el perímetro de brazo y el de pierna media se clasificaron de acuerdo a los puntos de corte definidos por Benjumea y col.(63)(Anexo 16).

Para la recolección de los datos antropométricos se diseñó un formato con las medidas para cada grupo poblacional de interés, el protocolo utilizado para la toma de medidas antropométricas fue el propuesto por Lohman y col. (62). Las mediciones fueron realizadas por personal entrenado y estandarizado. Se utilizó, para la toma de la longitud, un infantómetro (Seca 417) con capacidad de 100 cm y sensibilidad de 0,1 cm. La estatura fue medida con un estadiómetro (Seca 213) ensamblable y portátil, con capacidad de 210 cm y sensibilidad de 0,1 cm. Para la toma de peso se utilizó una báscula (Seca 878) con capacidad de 200 Kg y sensibilidad de 0,05 kg. La medición de los perímetros corporales se hizo con una cinta métrica metálica (Lufkin) con capacidad de 200 cm y sensibilidad de 0,1 cm.

Asimismo, se utilizaron criterios que aseguraran la calidad de los datos recolectados; en primer lugar, se establecieron rangos posibles de medición para cada medida y grupo poblacional (Anexo 17); en segundo lugar, se realizó la toma de cada medida dos veces y en los casos en los que no cumplió con la variabilidad permitida (Anexo 18), se realizó una tercera medición. De las tres mediciones realizadas, se tomaron los dos valores que cumplieron con la variabilidad y se calculó el valor promedio. Adicionalmente, se realizó una revisión de los datos recolectados, con el fin de detectar inconsistencias, y en dicho caso se solicitó la verificación del mismo.

1.5.2.2. Actividad física y comportamientos sedentarios

Para la descripción de la AF, la fuerza prensil y los comportamientos sedentarios, se adaptaron preguntas claves de la ENSIN 2015 (19), con el fin de facilitar la comparación de los resultados del Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia 2019 con la Encuesta Nacional. Las preguntas se realizaron a los padres o cuidadores de los niños (cinco a doce años) y directamente a los adolescentes (13 a 17 años) y adultos (18 a 64 años).

Para establecer si los niños y adolescentes cumplían las recomendaciones de AF de la OMS (64), se les preguntó: “Durante la semana pasada (últimos 7 días), ¿cuántos días (nombre del niño) fue físicamente activo por lo menos durante 60 minutos diarios?”(65). Los niños y adolescentes que contestaron “siete días” cumplieron las recomendaciones de AF de la OMS, quienes contestaron “seis días o menos”, no cumplieron las recomendaciones (66).

Para establecer si los adultos cumplían las recomendaciones de AF de la OMS (64), se utilizaron las preguntas de relacionadas con el desplazamiento (caminar y uso de la bicicleta) y el tiempo libre (AF intensas y moderadas) del Cuestionario Mundial sobre Actividad Física de la OMS (Anexo 19). Los adultos cumplieron las recomendaciones de AF si realizaron 150 minutos de AF aeróbica moderada a la semana, o 75 minutos semanales de AF intensa, o una combinación equivalente de moderada e intensa (64). La cuantificación de los minutos y la equivalencia de las intensidades de AF se calcularon siguiendo la metodología de la ENSIN 2010 y la ENSIN 2015 (66), la cual se presenta en el Anexo 19.

La fuerza prensil se midió en niños, adolescentes y adultos como un indicador de la condición física (67). Para ello, se utilizó un dinamómetro digital (*Takei T.K.K 5401*) siguiendo el protocolo utilizado en la ENSIN 2015, y descrito en la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de los Estados Unidos (68). Los resultados se describen como medias e intervalos de confianza, dado que no existen puntos de corte de referencia para Colombia.

Adicionalmente, en niños, adolescentes y adultos se indagó por la participación en programas de AF, el uso de la bicicleta y los comportamientos sedentarios (Anexo 19). En niños y adolescentes, se consideró como tiempo excesivo frente a pantallas el pasar dos o más

horas diarias, de tiempo no relacionado con las tareas escolares, frente a pantallas como TV, juegos de video, tabletas o celulares(66).

1.5.2.3. Evaluación del estado nutricional por indicadores bioquímicos.

Los biomarcadores (BM) son parámetros medibles y cuantificables que sirven, entre otras cosas, para la evaluación y seguimiento del estado nutricional en estudios poblacionales. No obstante, su uso está sujeto a limitantes económicos y logísticos propios de la técnica, la obtención, el transporte y el almacenamiento de muestras. Por lo anterior, se hace relevante analizar los problemas de nutrición pública que requieren, necesariamente, una evaluación mediante el uso de BM. Para lograr lo anterior, en el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia 2019, mediante la consulta con grupos de expertos, se definieron los problemas públicos, sujetos a evaluación con BM y el aspecto específico de dicho problema que se requiere determinar con los mismos:

- a. Anemia y deficiencia de hierro en población infantil, mujeres gestantes y madres lactantes (evaluada mediante hemoglobina (Hb), ferritina sérica (FS) y proteína C reactiva ultrasensible (PCR).
- b. presencia temprana de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, asociadas a la alimentación y la nutrición en niños y niñas de once a 18 años (evaluada mediante índices de riesgo cardiovascular).
- c. El deterioro en el estado de la capacidad física de adultos mayores, producido por un desequilibrio en la ingesta de algunos nutrientes (para el caso del componente bioquímico del presente estudio se evaluó la presencia de anemia y vitamina D). Es importante anotar que la evaluación aislada de biomarcadores, desde una perspectiva meramente biomédica, reduce la posibilidad de analizar los problemas públicos de una manera integral y, por lo tanto, es limitada para el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas en el campo alimentario y nutricional. Por lo anterior, la utilización de los biomarcadores como herramienta de evaluación debe estar ligada completamente a la evaluación de asuntos sociodemográficos y consumo de alimentos (entre otros), que permitan la construcción de algunas hipótesis explicativas de los problemas públicos, asociados a la alimentación y la nutrición y, a partir de dichas hipótesis, generar estrategias de intervención para la población.

- **Anemia y deficiencia de hierro**

La anemia es una condición clínica, caracterizada por una baja concentración de hemoglo-

bina, que causa letargia, fatiga y alteración en la capacidad física y en el desarrollo laboral (69). En la mujer gestante, se asocia con mal resultado obstétrico y fetal y, en los niños, con bajo desarrollo psicomotor y neurológico. La determinación de Hb en la sangre se considera el indicador bioquímico más confiable para el diagnóstico de anemia; este parámetro es utilizado con frecuencia en encuestas de salud poblacionales para estimar las prevalencias de anemia y medir el impacto de intervenciones nutricionales específicas (70). Aproximadamente, la mitad de las anemias en el mundo están asociadas a la deficiencia de hierro (71,72). Sin embargo, no toda deficiencia de hierro implica anemia, de hecho, la ferropenia (para efectos de este informe se utilizará indistintamente ferropenia y deficiencia de hierro) también tiene efectos deletéreos, independientes de la anemia, como la alteración en el desarrollo cognitivo y la respuesta inmunológica de quienes la padecen (70). El biomarcador más ampliamente utilizado para determinar las reservas de hierro es la ferritina sérica y se ha postulado como el indicador que mejor refleja el estado corporal del hierro; al respecto, se estima que 1 µg/L de ferritina sérica representa alrededor de 10 mg de hierro almacenado (73), por lo tanto, este biomarcador es particularmente importante para el diagnóstico de la deficiencia de hierro y la detección de la depleción de los depósitos corporales del mineral. La correlación entre la ferritina sérica y los depósitos de hierro es directamente proporcional en ausencia de estados de infección e inflamación, por lo que su interpretación debe ir acompañada de marcadores biológicos de infección o inflamación, como es el caso de la cuantificación de la PCR en sangre (74).

Los grupos poblacionales vulnerables a la anemia y la deficiencia de hierro son los niños menores de cinco años, las mujeres en edad reproductiva y las gestantes, en quienes aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad. Frecuentemente, la anemia se encuentra asociada a otras manifestaciones de la malnutrición, como el bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento, desnutrición y sobrepeso, por lo que sus efectos se consideran devastadores. De hecho, uno de los objetivos del control de la anemia durante el embarazo es reducir la mortalidad materna e infantil, el bajo peso al nacer y la prevalencia de enfermedades a futuro. La anemia, grave o moderada, en la madre gestante, aumenta el riesgo de que se presenten casos de niños pequeños para la edad gestacional (75) y, si se presenta en el primer trimestre de embarazo, incrementa el riesgo de aborto (76). Adicionalmente, se ha demostrado que las concentraciones de Hb materna altas o bajas (sin que necesariamente impliquen anemia) tienen efectos negativos sobre algunos resultados obstétricos, neonatales y en la infancia (77–79). En los niños menores de un año, la anemia tiene como consecuencia, a largo plazo, la reducción de hasta diez puntos en el coeficiente intelectual (72) y, en la edad adulta, esta condición se relaciona con menor capacidad productiva y económica (80). Además del hierro, otros micronutrientes como el zinc y algunas vitaminas (A, B9, B12 y B6), el estado fisiológico y nutricional, y el estado de salud global de los individuos aumentan el riesgo de padecer anemia, especialmente, porque condicionan altas demandas de nutrientes esenciales o aumentan las pérdidas de sangre y, por ende, de hierro, en los individuos.

De otro lado, los antecedentes ginecobstétricos y de cuidado en salud durante el embarazo, como corto período intergenésico, alta paridad e inadecuada ingesta del suplemento de hierro se relacionan con la presencia de anemia durante la gestación (81).

Desde una perspectiva pública, los determinantes sociales de la salud (DSS) aumentan la vulnerabilidad de individuos y grupos de población a la deficiencia de hierro y a la anemia; entre estos se destacan la falta de ingresos económicos, bajo nivel educativo, estilos de vida no saludables, falta de acceso o inequidad en la atención de los servicios básicos de salud e higiene y condiciones ambientales desfavorables (altitud, vivir en sitios de alto riesgo para situaciones de emergencia y desastres) (82). En embarazadas, estudios en diferentes países han puesto de relevancia el lugar de la vivienda (urbana o rural), el nivel educativo materno, el número de integrantes de la familia, un bajo ingreso mensual por familia y el lugar de la atención prenatal, como determinantes socioeconómicos de la anemia materna (83–85).

Dados los efectos negativos y la alta prevalencia de anemia y deficiencia de hierro (aún sin anemia), se consideran problemas de salud pública en el mundo entero. De hecho, es reconocido su alto impacto en la calidad de vida y el desarrollo humano, tanto que impiden el crecimiento económico y social de los países, por lo que, la anemia se considera un indicador tanto de deficiente nutrición como de mala condición de salud. De acuerdo con los objetivos globales propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar la nutrición materna, de niños lactantes y de preescolares, los países miembros deben proponerse una reducción del 50% de la anemia en mujeres de edad reproductiva y monitorear el progreso de este importante objetivo; a 2025 (69). La mortalidad materna e infantil son fenómenos socialmente inadmisibles y por lo tanto la prevención, el diagnóstico oportuno, el control y el tratamiento de la anemia son imperativos.

En Colombia, la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (86) declara que la anemia es un problema de salud pública que afecta a los niños, mujeres en edad fértil y gestantes, de todos los estratos socioeconómicos. De acuerdo con dicha política, la meta para el año 2015 fue reducir a 20% las prevalencias de anemia en niños y niñas menores de cinco años y en mujeres de 13 a 49 años, de las áreas rurales y urbanas del país. Según datos disponibles de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) del año 2015, las prevalencias nacionales de anemia para los niños y niñas de seis a 59 meses, de cinco a doce años, de 13 a 17 años y mujeres en edad fértil fueron: 24,7%, 8%, 10,4% y 15,5%, respectivamente. Para el centro del país, la misma encuesta reportó prevalencias de: 18,6%, 5,8%, 8,3% y 11,8%, en los mismos grupos. Por otro lado, la prevalencia nacional de anemia en los niños y niñas de seis a once meses fue 62,5% y la proporción nacional de anemia en gestantes fue 26,2% (87). De acuerdo con dichas prevalencias, en la mayoría de los grupos evaluados la anemia se categoriza como un problema público medio (prevalencias entre 5-19,9%), en las gestantes y los niños y niñas menores de cinco años es un problema público moderado (prevalencias entre 20-39,9%) y en los niños y niñas de seis a once meses es un problema público grave (prevalencias mayores o iguales a 40%) (88).

Dada la importancia de mantener un adecuado estado de hierro en la población para el bienestar, la salud y el desarrollo socioeconómico de los individuos y comunidades, es muy importante evaluar su condición en los estudios poblacionales, mediante la determinación de la Hb y la ferritina sérica.

- **Presencia temprana de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), asociadas a la alimentación y la nutrición**

Las ECNT son enfermedades asociadas a la dieta y son consideradas un problema de salud pública debido a la alta prevalencia y mortalidad en la población. Según el informe sobre la situación mundial de las ECNT de la OMS, estas causan más muertes que todas las otras causas combinadas. Además, se anticipa un aumento de muertes por estas enfermedades de 38 millones en 2012, a 52 millones en 2030; aunque las ECNT afectan a todos los países, su impacto es mayor en aquellos con ingresos bajos o medios (89). En Colombia, para el año 2008, la tasa de mortalidad por ECNT fue de 32,5 por 100 mil habitantes (90) y a nivel local, en Medellín, la tasa de mortalidad para el año 2010 fue de 37,9 por cada 100 mil habitantes (91). En la actualidad, las ECNT son la principal causa de muerte en el país y en el departamento de Antioquia (92). La realidad epidemiológica anterior convierte a las ECNT en una prioridad para el país. De hecho, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, del Ministerio de Salud y Protección Social, definió como uno de sus objetivos estratégicos mejorar las condiciones de vida y de salud de la población, y considera que las ECNT se deben abordar, entre otras, con un “conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales que se gestionan y promueven desde lo intersectorial y comunitario para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable” (93).

Son varios los factores de riesgo para el desarrollo de ECNT, entre estos destacan el exceso de peso (sobrepeso y obesidad), las dislipidemias y los trastornos del metabolismo de los carbohidratos (94). Son claramente conocidas a nivel global las cifras de obesidad y su alarmante incremento en la población menor de 18 años (95); por lo que su prevalencia es ampliamente evaluada en estudios poblacionales a nivel nacional (87) y es uno de los componentes evaluados por el PANA (ver capítulo 3). No obstante, en adición al sobrepeso y la obesidad, en Medellín se evidenciaron, en población menor de 18 años, alteraciones en otras variables de riesgo para el desarrollo de ECNT, así como en niños de once a 17 años, 26,2%, 16,9% y 56,4% presentaron valores alterados de colesterol total (CT), colesterol LDL (cLDL) y colesterol HDL (cHDL), respectivamente. Además, el 48,8% de los niños presentó un índice de resistencia a insulina elevado; lo cual identifica tempranamente trastornos en el metabolismo de los carbohidratos y riesgo de padecer diabetes (96). Lo anterior, revela la presencia temprana de alteraciones metabólicas que preceden las ECNT. De otro lado en la actualidad, más allá de las mediciones clásicas de los lípidos en sangre, el concepto de índices lipídicos se ha convertido en una nueva estrategia para predecir el riesgo cardiovascular en la población y poder desarrollar enfoques novedosos de prevención primaria en adoles-

centes, que puedan reducir la aparición precoz de aterosclerosis y de enfermedad coronaria en población joven (97,98). A manera de ejemplo, el índice CT/cHDL se ha relacionado con hipertensión arterial e intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina, junto con otros índices como: no-cHDL/cHDL y cLDL/cHDL (no-cHDL: colesterol distinto al cHDL); por lo tanto, tienen utilidad predictiva del riesgo coronario. Por otro lado, el cociente TG/cHDL presenta un valor predictivo para infarto de miocardio, angina inestable o isquemia miocárdica (TG: triglicéridos). Mientras que los índices \log -[TG/cHDL], CT/TG y cLDL/TG son más indicadores de migración de partículas de LDL pequeñas y densas y, por lo tanto, de aterogenicidad del plasma (99).

En un estudio, realizado en 437 adolescentes beneficiarios de una Entidad Promotora de Salud de la ciudad de Medellín, se observó incremento en varios de los índices anteriormente descritos y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular (100). Por lo anterior, es necesario realizar estudios poblacionales, encaminados a establecer la presencia de riesgo en la población joven y poder desarrollar medidas de prevención con el objetivo de reducir la aparición temprana de ECNT.

- **Deterioro en el estado de la capacidad física de adultos mayores**

Estudios epidemiológicos recientes han concluido que la anemia en los adultos mayores es un factor predictivo de mal pronóstico a mediano y largo plazo; debido a su relación con sarcopenia, fragilidad y problemas de movilidad. Además, esta condición se asocia a menor resistencia física y mayor riesgo de discapacidad, ambos, factores de riesgo independientes de caídas (101).

Por otro lado, y en relación con la vitamina D, los estudios realizados en varios países del mundo, incluidos algunos de Latinoamérica, dan cuenta de que la deficiencia o insuficiencia de esta vitamina es un problema de salud pública (102). De hecho, en los adultos mayores de Estados Unidos y Europa se reporta que 100% presenta insuficiencia de vitamina D. Una revisión sistemática del año 2013 evaluó la prevalencia de déficit de vitamina D en población sana de todas las edades en Latinoamérica y el Caribe, reportando niveles deficientes (≤ 20 ng/ml) entre el 20% y el 40%; sin embargo, la extensión de su magnitud es desconocida debido a las muestras no poblacionales. Diferentes estudios reportan 61%-69,5% de insuficiencia en población posmenopáusica. En Colombia, los estudios publicados corresponden a muestras no representativas de la población; no obstante, se ha indicado la existencia de una importante prevalencia de deficiencia de vitamina D, aunque no hay suficientes estudios que se puedan extrapolar a toda la población. Pese a lo anterior, un estudio en la ciudad de Bogotá, con mujeres posmenopáusicas, encontró que 81% de las participantes presentaba deficiencia.

Por otra parte, el consenso colombiano de vitamina D del año 2017 recomienda medir los valores de esta vitamina en diversas patologías y específicamente en las siguientes condi-

ciones de adultos mayores (103):

- a. Uso crónico y mayor a tres meses de algunos medicamentos (anticonvulsivos, glucocorticoides, medicaciones para HIV, antimicóticos, anticoagulantes, estatinas y colestiramina).
- b. Ancianos con historial de caídas (>2 por año)
- c. Ancianos con historial de fracturas por fragilidad
- d. Mujeres posmenopáusicas

El BM aceptado para evaluar la deficiencia e insuficiencia de vitamina D es la concentración en suero de 25(OH)-D; utilizando los puntos de corte propuestos por la Endocrine Society Clinical Practice Guideline así: normal 30–150 ng/ml, insuficiente 21–29 ng/ml y deficiente <20 ng/ml y tóxicos >150 ng/ml (104).

A continuación, se describirán los procedimientos realizados para cada uno de los indicadores bioquímicos. El cálculo del tamaño de la muestra y el muestreo del estudio fueron explicados en la sección de metodología del proyecto, en este mismo capítulo.

- **Evaluación del estado nutricional del hierro**

Para la hemoglobina se utilizó una muestra de sangre capilar, la cual fue procesada inmediatamente, en un sistema Hemo-Cue (72). El valor obtenido se ajustó por altitud de residencia y uso de cigarrillo, según los criterios de OMS (105)(Cuadros 2 y 3).

La ferritina (106) y la Proteína C reactiva ultrasensible (PCR) (74) fueron determinadas en muestras de suero y mediante métodos de inmunodetección.

- **Determinación de perfil lipídico y glucosa en suero**

Se determinó el Colesterol total (CT) y colesterol HDL por el método enzimático de colesterol peroxidasa; los Triglicéridos (TG) por método peroxidasa; y el cLDL fue calculado con la ecuación de Friedewald (107): $c\text{-LDL} = \text{CT} - (c\text{VLDL} + c\text{HDL})$, para individuos con TG menores de 400 mg/dL. Para estas mediciones se requirió ayuno previo de doce horas, aproximadamente, y se utilizó muestra de suero.

Con los valores del perfil lipídico se calcularon los índices lipoprotéicos de riesgo cardiovascular, que son estimativos más puntuales de riesgo.

- **Evaluación de la vitamina D**

Se determinó el metabolito 25(OH)-D total mediante el método inmunoenzimático. Para la medición, se utilizó muestra de suero, la cual fue protegida de la luz.

Cuadro 2. Ajuste del valor de hemoglobina en función de la altura sobre el nivel del mar.

Ajustes de las concentraciones de hemoglobina medidas en función de la altitud sobre el nivel del mar	
Altitud (metros sobre el nivel del mar)	Ajuste de la hemoglobina medida (g/l)
<1000	0
1000	-2
1500	-5
2000	-8
2500	-13
3000	-19
3500	-27
4000	-35
4500	-45

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

Cuadro 3. Ajuste del valor de hemoglobina de acuerdo con el consumo de tabaco

Ajustes de las concentraciones de hemoglobina medidas en fumadores	
Hábito tabáquico	Ajuste de la hemoglobina medida (g/l)
No fumador	0
Fumadores (todos)	-0,3
½ - 1 paquete/día	-0,3
1-2 paquetes/día	-0,5
≥2 paquetes/día	-0,7

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

1.5.2.4. Evaluación del consumo de alimentos

La recolección de la información se realizó por medio de recordatorios cada 24 horas (R24h) por múltiples pasos que fueron distribuidos aleatoriamente en todos los días de la semana y el fin de semana. Se realizó un segundo recordatorio al 25% de la muestra que respondió el primer recordatorio. Se tuvo la precaución de que el segundo recordatorio fuera realizado un día a la semana diferente al día en que se realizó el primer recordatorio. Los entrevistadores fueron nutricionistas dietistas, previamente estandarizados en la técnica. Ellos registraron el tipo de alimento, el nombre de la preparación, los ingredientes y la cantidad de alimento consumida por el entrevistado; siempre que fuera posible estuvo presente la persona responsable de preparación de los alimentos. Fueron usados modelos de alimentos para ayudar a los participantes a una mejor estimación en la cantidad y el peso del alimento consumido. Los modelos alimentarios han sido previamente diseñados, validados, ajustados y empleados en diferentes estudios (108–110). Si el alimento fue consumido por el niño en la escuela o el centro de cuidado, el entrevistador visitó la escuela para obtener detalle de la información en la preparación de los alimentos. Se realizó supervisión y crítica del dato en el 100% de los formularios para verificar que la técnica de recolección de la información se llevara a cabo adecuadamente y que la calidad de los datos cumpliera con los estándares establecidos.

Los alimentos fueron agrupados según clasificación Nova (111), siendo mutuamente excluyentes y varían según el grado y propósito de procesamiento:

- d.** Alimentos naturales o mínimamente procesados (cereales, frutas, verduras, lácteos, preparaciones culinarias caseras, etc.).
- e.** Ingredientes culinarios procesados (azúcar, sal, aceites y mantequilla).
- f.** Alimentos procesados (pan, quesos, conservas de frutas o verduras).
- g.** Alimentos ultraprocesados: productos con poco contenido o ausencia de alimentos naturales, usualmente con alto contenido de sal, grasa o azúcar, y con aditivos cosméticos como edulcorantes, saborizantes, aromatizantes, etc., (bebidas azucaradas, carnes procesadas, mecato, bebidas lácteas, etc).

El detalle de la clasificación de alimentos, según grado de procesamiento y los ejemplos de alimentos dentro de cada grupo Nova se encuentran detallados en evidencia reciente (111). Posteriormente, los ítems alimentarios fueron clasificados dentro de 33 subgrupos de alimentos (112).

- **Análisis de los datos**

Inicialmente, se evaluó la frecuencia de consumo de los alimentos con base en el primer recordatorio, presentando los porcentajes y medias en gramos y/o mililitros de los 50 alimentos más consumidos para el total del departamento de Antioquia, por área y grupos de edad.

Luego, para el análisis y presentación de las tablas de prevalencia de inadecuación en la ingesta de energía y nutrientes se utilizó la media y desviación estándar del consumo de nutrientes. Para identificar la proporción de individuos que tienen riesgo de padecer alteraciones nutricionales, bien sea por exceso o déficit en el consumo de energía y macronutrientes, y el riesgo de déficit de vitaminas y minerales, se tuvieron en cuenta, como puntos de corte, los valores del requerimiento medio estimado de nutrientes (*Estimated Average Requirement*, EAR), establecidos en la Recomendación de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) (113) para cada grupo de edad, área y para total del departamento.

Posteriormente, se realizó una descripción de la distribución de la ingesta energética consumida según grado de procesamiento usando la clasificación de grupos y subgrupos Nova. Después, se evaluó la asociación entre la contribución del consumo de alimentos ultraprocesados con el contenido en la dieta de proteínas, carbohidratos, grasa total, grasa saturada, fibra, hierro, zinc, calcio, vitamina A, vitamina C, folato y vitamina B12. Finalmente, se realizó una descripción del consumo de alimentos según grado de procesamiento por área y grupos de edad.

Para la descripción y análisis de los resultados se utilizó el software EVINDI (*evaluación de ingesta dietética*) v5.0®, desarrollado por la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia (114); el software PC-SIDE (Software for Intake Distribution Estimation) de la Universidad de Iowa (115); y el programa estadístico Stata 15(116).

1.5.2.5. Situación alimentaria y nutricional maternoinfantil.

El presente estudio es de tipo descriptivo transversal y su población objeto son las mujeres gestantes, madres lactantes de niños menores de dos años, y niños y niñas menores de 24 meses del departamento de Antioquia que, al momento de la encuesta, se encontraban en los hogares evaluados.

El criterio de exclusión definido para las mujeres gestantes fue el embarazo múltiple, mientras que para los niños menores de 24 meses fueron los siguientes: nacimiento prematuro (en la semana 36 de gestación o antes), parálisis cerebral, enfermedades del tracto gastrointestinal (gastrostomías o colostomías), fisura labial y palatina, síndromes infantiles que afectan el consumo de alimentos, y hospitalización en la última semana. No se establecieron criterios de exclusión para las mujeres en periodo de lactancia.

Con el fin de realizar un análisis integral de los grupos de población estudiados, se recolectaron datos sociodemográficos, antropométricos, bioquímicos y de ingesta de alimentos; los materiales y métodos utilizados en la recolección de esta información se encuentran detallados en los capítulos respectivos. La recolección de información propia del subcomponente materno infantil se realizó con la aplicación de instrumentos diseñados de acuerdo con los objetivos del componente. A continuación, se presentan algunas consideraciones metodológicas y de puntos de corte que se tuvieron en cuenta para cada grupo de población:

- **Mujeres gestantes**

Para la recolección de información de este grupo se elaboró y aplicó un formulario a partir de la ficha del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) (117), el cual indagó por datos como: semanas de gestación, ingreso al programa de control prenatal, edad gestacional de dicho ingreso y peso pregestacional. Además, otras variables como consumo de alcohol o sustancias psicoactivas y frecuencia de dicho consumo, edad de la menarquia, gestas previas (nacidos vivos, abortos y nacidos muertos) y periodo intergenésico. No fue posible analizarlas porque no alcanzaron la muestra necesaria para presentar un dato confiable.

Para el diligenciamiento de este formulario, los encuestadores calcularon, a partir de los datos de la ecografía o el carné de control prenatal, las semanas de gestación de la madre al momento de la encuesta, cálculo que se realizó utilizando el programa *Pregnant calculator*, con previo entrenamiento del personal de campo en el manejo del mismo.

El Cuadro 4 presenta las principales definiciones, clasificaciones y puntos de corte utilizados para el análisis de la información de las mujeres gestantes.

Cuadro 4. Definición y clasificación de variables – Mujeres gestantes

Variable	Definición/ Criterio de clasificación
Trimestre de gestación	Primer trimestre de gestación: cero a 13 semanas a la fecha de la encuesta.
	Segundo trimestre de gestación: 14 a 27 semanas a la fecha de la encuesta.
	Tercer trimestre de gestación: 28 o más semanas a la fecha de la encuesta.

Variable	Definición/ Criterio de clasificación
Edad ginecológica	Es la diferencia entre la edad de la madre al inicio de la gestación y la edad en que se presenta la menarca.
Clasificación edad ginecológica	Con riesgo: edad ginecológica inferior a 5 años
	Sin riesgo: edad ginecológica de 5 años o más
Estatura	Riesgo 1: gestantes con estatura de 1,50 metros o menos
	Riesgo 2: gestantes con estatura entre 1,51 y 1,55 metros
	Sin riesgo: gestantes con estatura de 1,56 metros o más
Perímetros (63)	Pantorrilla Riesgo <32 cm
	Brazo Riesgo <24cm

- Madres lactantes**

Para este grupo de población, en el formulario estructurado del componente sociodemográfico, se indagó por los meses transcurridos desde el parto de la mujer hasta el día de la encuesta, y en el formulario del niño menor de dos años, se preguntó por el peso del niño al nacer y el número de semanas de gestación al momento del nacimiento; también, por el peso pregestacional y, al final, sobre el último embarazo, a fin de tener insumos para calcular el remanente de peso acumulado (3). Las definiciones, clasificaciones y puntos de corte utilizados para el análisis de la información de las mujeres lactantes, se presentan en la Tabla 2.

Cuadro 5. Definición y clasificación de variables – Mujeres lactantes.

Variable	Definición/ Criterio de clasificación
Clasificación de peso al nacer (gramos)	Bajo peso al nacer: <2500 g
	Peso insuficiente al nacer: 2500 g a 2999 g
	Peso adecuado al nacer: 3000 g a 3999 g
	Macrosomía: ≥4000

Variable	Definición/ Criterio de clasificación
Recién nacidos a término o pretérmino	A término: nacidos en la semana 37 y más Pretérmino: Nacidos antes de la semana 37
Remanente de peso (Es el dato obtenido de la siguiente diferencia: Peso al momento de la encuesta - Peso pregestacional)	Pérdida de peso: peso al momento de la encuesta es menor que el peso pregestacional Adecuado: 5kg o menos Superior: 5,1 a 10kg Excesivo: más de 10 kg

- **Niño menor de 24 meses**

Se elaboró y aplicó un formulario de acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para la construcción de los indicadores de prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño (119), los cuales se presentan a continuación, especificando los grupos de edad en los que se aplican:

Cuadro 6. Indicadores de prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño (OMS).

Indicador	Grupo de edad en el que aplica
Indicadores relacionados con lactancia materna	
Inicio temprano de la lactancia materna	0 - 23 meses
Lactancia materna exclusiva	0-5 meses
Lactancia materna continua al año	12 - 15 meses
Niños que fueron amamantados alguna vez	0 - 23 meses
Lactancia materna continua a los dos años	20 - 23 meses
Lactancia materna adecuada según la edad	0 - 23 meses
Lactancia materna predominante antes de los seis meses	0 - 5 meses
Alimentación con biberón	0 - 23 meses

Indicador	Grupo de edad en el que aplica
Indicadores relacionados con alimentación complementaria	
Introducción de alimentos complementarios	6 – 8 meses
Diversidad alimentaria	6 – 23 meses
Frecuencia de comidas	6 – 23 meses
Dieta mínima aceptable	6 – 23 meses
Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro	6 – 23 meses
Frecuencia de toma de leche para niños no amamantados	6 – 23 meses

Fuente: Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington; 2007.

1.5.2.6. Situación alimentaria y nutricional del adulto mayor

Estudio observacional descriptivo que incluyó adultos mayores con edades de 60 años o más, que vivían de manera permanente en el hogar y que aceptaron la participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Este componente evaluó dificultades para alimentarse, estado nutricional (indicadores directos e indirectos), condiciones de salud, actividad física y los síndromes geriátricos de fragilidad y de sarcopenia.

- a. Acceso y consumo de alimentos: se indagó sobre aspectos de salud y funcionales que podían interferir con el consumo de alimentos, según lo propuesto por Wolfe y col. (120).
- b. Estado nutricional: se evaluó mediante indicadores antropométricos como peso y talla. Para calcular el índice de masa corporal (IMC) se tomaron las medidas de circunferencia de cintura (CC), brazo (CB) y pantorrilla (CP). Cada uno de estos indicadores se clasificó de acuerdo a los puntos de corte descritos en la metodología del subcomponente de antropometría. Adicionalmente, se aplicó la versión completa de la escala de valoración geriátrica Mini Nutritional Assessment (MNA), que incluye valoración general, dietética, antropométrica, y autopercepción del estado de salud y

del estado nutricional, con la siguiente clasificación: desnutrición (<17 puntos), riesgo de desnutrición (17- 23.5 puntos) y estado nutricional normal (≥ 24 puntos) (121).

- c. Condiciones de salud: se indagó por enfermedades diagnosticadas por el médico, utilizando un listado de las más comunes y, además, se interrogó por el número de medicamentos consumidos en el día.
- d. Actividad física (AF): se utilizó la escala de actividades avanzadas de la vida diaria definida por Reuben (122) que consta de tres preguntas y permite clasificar la AF en ejercicio vigoroso frecuente, AF moderada, AF leve y una última categoría de inactivos.
- e. Velocidad de la marcha (VM): se registró, con un cronómetro, el tiempo que tardó el adulto mayor (AM) en recorrer una distancia de tres metros, tanto de ida como de vuelta. Para ello, se marcó en el piso un trayecto de cinco metros; el primer metro le permitió al AM tomar su marcha a un ritmo habitual, y el metro final, le permitió desacelerar después de recorrer los tres metros. Si el tiempo del recorrido era menor a 0,8 metros por segundo, se consideraba como baja velocidad de la marcha (123).
- f. Síndromes geriátricos: se evaluaron fragilidad y sarcopenia
 - ◇ Sarcopenia: se tuvieron en cuenta los criterios de VM, fuerza prensil y circunferencia de pantorrilla (CP), definidos por el European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) (123). Si un adulto mayor presentaba una circunferencia de pantorrilla menor a 31 cm, se clasificaba como presarcopenia; si tenía una mayor a 31 cm, como fuerza prensil; menor a 30 kg en hombres o 20 kg en mujeres, o VM menor a 0.8 metros por segundo, se clasificó como sarcopenia. Si presentaba los tres criterios era sarcopenia grave/severa. Las categorías sarcopenia y sarcopenia grave/severa se clasificaron como “sarcopenia”, en caso contrario, “no sarcopenia”.
 - ◇ Fragilidad: para determinarla se utilizaron los cinco criterios de Fried y col., VM, fuerza prensil, AF, pérdida de peso no intencional mayor a 3 kg en los tres meses anteriores y cansancio severo o agotamiento la mayor parte del día; estas dos últimas se tomaron por autoreporte. La baja VM se determinó como el quintil más bajo ajustado por talla y sexo; la baja fuerza prensil fue el quintil más bajo ajustado por IMC y sexo; y la AF, los clasificados como inactivos (124). Si un AM presentaba tres o más de estos criterios, se clasificaba como frágil; entre uno y dos, como prefrágil; y cero, como no frágil. Las categorías no frágil y prefrágil se agruparon como “sin fragilidad”.
- g. Comportamiento sedentario: se preguntó por el tiempo (horas y minutos) que pasaban sentados o recostados en un día típico, de acuerdo con lo propuesto en la versión 2.0 del Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (Global Physical Activity Questionnaire, GPAQ), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (125).

1.6. Metodología de los componentes cualitativos

1.6.1. Componente de prácticas y simbolismos alimentarios

- **Enfoque**

El objetivo de este componente fue interpretar los cambios en las prácticas y simbolismos alimentarios presentes en los hogares urbanos y rurales de las regiones de Antioquia; por tal motivo, se desarrolló desde un enfoque cualitativo, cuyo sentido es comprender la realidad a partir de las lógicas de sus protagonistas (126), y fue lo que se pretendió en este estudio, realizar una lectura de lo alimentario desde la perspectiva de los participantes. El enfoque cualitativo indaga por los significados que se configuran alrededor de la alimentación y por las dinámicas alimentarias que se establecen en las familias y otros espacios sociales, y aporta a la comprensión de la realidad desde la visión que los sujetos tienen del mundo (127).

Dentro de la perspectiva cualitativa, se eligió el método etnográfico, el cual se centra en el estudio de grupos poblacionales que comparten características, intereses, formas de comprender y comportarse, estilos de vida, situaciones sociales y culturales (128). En este caso, los sujetos que participaron compartían el territorio y las dinámicas sociales, económicas y culturales instauradas alrededor de la alimentación. Por eso, al convocar y conformar los grupos poblacionales para indagar por sus prácticas alimentarias, se tuvieron en cuenta las condiciones socioeconómicas, el área en la cual habitaban, la edad, la pertenencia a programas alimentarios, el rol en la familia y el grupo étnico; en suma, se tuvieron en cuenta las experiencias particulares de los sujetos con la alimentación.

Dentro de los estilos de etnografía, se eligió la enfocada o focalizada, caracterizada por el establecimiento de objetivos en una temática señalada, en áreas específicas de comportamiento o de creencias, en grupos poblacionales aislables en una sociedad (128). En este caso, la temática fueron las prácticas alimentarias de la población que habita los municipios seleccionados del departamento de Antioquia (Sabaneta, Abejorral, Angostura, Urrao, Remedios, Santa Fe de Antioquia, Turbo, Nechí y Puerto Berrío) (Anexo 20. Tabla 1).

- **Técnicas utilizadas para la recolección de información**

Se plantearon como técnicas de recolección de información, las entrevistas semiestructuradas y la observación. Las entrevistas semiestructuradas, de acuerdo con Bonilla y Rodríguez (129), se definen como encuentros personales, abiertos, que permiten indagar acerca de una situación y comprenderla desde la interpretación que hacen los sujetos que la viven, la cual, a su vez, puede representar un conocimiento cultural más amplio.

Se plantea la realización de entrevistas, tanto grupales como individuales; las primeras, son

definidas por Taylor y Bogdan (130) como entrevistas realizadas a “grupos de personas para que hablen sobre sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas y libremente fluyentes”. Dichos grupos estuvieron conformados por tres o cuatro personas, debido a que así se podía profundizar más en las temáticas exploradas. Las entrevistas semiestructuradas individuales se realizaron con algunos participantes de la comunidad como comerciantes, líderes, docentes y comunidad en general, con el objetivo de profundizar en algunos aspectos de la alimentación en el municipio; además, con integrantes de la Administración Municipal, pertenecientes al área de salud, agropecuaria, o desarrollo, que, por su conocimiento y experiencia, pudieran dar cuenta de algunos aspectos significativos de la alimentación en el municipio.

La observación participante toma como fuente de datos las situaciones naturales, asume al investigador como el principal instrumento para recolectarlos y busca la comprensión de los fenómenos (131). En el trabajo de campo se realizaron observaciones en plazas de mercados de los municipios, en los parques principales, supermercados, tiendas y restaurantes; también en las instituciones educativas en las cuales se realizaron las entrevistas.

- **Trabajo de campo**

El trabajo de campo en este componente se realizó desde septiembre de 2018 hasta julio de 2019. Para lograr una adecuada planeación y entrada al campo, una de las profesionales realizaba lo que denominamos una avanzada, dirigiéndose a los municipios a establecer contactos iniciales con los funcionarios, para contarles el objetivo del proyecto en general, y específicamente el de este componente, definir los requerimientos para la recolección de la información tanto en el área urbana como rural y realizar las primeras entrevistas.

Ya con una programación previa, arribaban al municipio las demás integrantes del componente, quienes continuaban la realización de las entrevistas individuales y grupales y las observaciones en espacios de oferta de comidas, en diferentes días y momentos.

Para llevar a cabo el trabajo de campo, se diseñaron guiones de entrevista para cada grupo poblacional participante (Anexo 21). Igualmente, se diligenció una breve encuesta de caracterización con cada participante para indagar por aspectos tales como: edad, lugar de procedencia, personas con quienes convive, ocupación y nivel educativo (Anexo 22). Durante la recolección de la información se tomaban notas de campo y, finalizadas las jornadas, el equipo de investigadoras realizaba reflexiones conjuntas y memos analíticos sobre lo encontrado durante el día. A continuación, se presenta el número y tipo de técnicas realizadas en cada municipio.

Cuadro 7. Técnicas utilizadas en cada municipio

MUNICIPIO	TÉCNICAS				
	Entrevista individual	Entrevista grupal	Observaciones	Reflexiones	Memos analíticos
Abejorral	8	8	3	2	1
Angostura	7	9	4	4	1
Nechí	5	7	1	1	2
Puerto Berrío	11	6	1	1	2
Remedios	14	4	1	1	2
Sabaneta	9	6	7	6	1
Santa Fe de Antioquia	5	6	1	1	1
Turbo	9	2	1	1	1
Urrao	11	9	1	1	3
TOTAL TÉCNICAS	79	57	20	18	14
			188		

Se realizaron en total 188 técnicas, 79 entrevistas semiestructuradas individuales, 57 grupales, 20 observaciones, 18 reflexiones y 14 memos analíticos. Dichas técnicas se realizaron en diferentes grupos etarios y sociales, a saber, el 48% de las técnicas grupales o individuales se realizaron con adultos de ambos sexos; el 20%, con adolescentes; el 17%, con funcionarios públicos; y el 15%, con adultos mayores (Anexo 23). De las 136 técnicas de conversación realizadas, tanto de manera individual como en grupos, el 37% fueron con participantes del área rural, y 63% restante, de la urbana (Anexo 24).

- **Análisis**

Las entrevistas grupales e individuales, realizadas en cada municipio, fueron grabadas en audio, previa autorización de los participantes, y luego transcritas de forma literal para poder continuar con el proceso de análisis de la información obtenida.

Con las notas de campo, las observaciones y las reflexiones sobre lo encontrado en cada territorio, se inició el proceso de análisis, y continuó luego con el proceso de codificación y categorización de la información; lo cual se realizó identificando textos significativos en las transcripciones, e integrándolos a un sistema categorial previo, el cual se fue ajustando a medida que se realizaba el análisis (Anexo 25).

Para realizar el proceso de sistematización de la información se utilizaron los programas de Microsoft Office; para la codificación se utilizó el programa Word, y luego para la categorización se diseñó una plantilla en Excel, con la cual se organizó la información en las categorías definidas:

- a. Producción y abastecimiento de alimentos
- b. Prácticas, consumos y patrones alimentarios
- c. Simbolismos alimentarios en los hogares

1.6.2. Componente de análisis de redes sociales y mapeo de actores en políticas públicas alimentarias y nutricionales.

Para el desarrollo del presente estudio se trazó una ruta metodológica, en la que se buscó disponer de las herramientas idóneas para llegar a un nivel justo de comprensión de los problemas públicos alimentarios y nutricionales que existen en algunos de los municipios del departamento de Antioquia. Para lograr este propósito fue necesario determinar de manera específica qué municipios considerar para el despliegue del trabajo de campo y la recolección de información. En ese sentido, teniendo en cuenta el alcance subregional de la propuesta investigativa, para efectos de la priorización de los municipios, se fijaron tres criterios relacionados con la territorialización de las políticas públicas, así: a). Existencia o no de política pública de alimentación y nutrición, verificada a través de la presencia de un decreto o acuerdo municipal específico; b). Operación o no de la Mesa de Seguridad Alimentaria y Nutricional del municipio; c). Desarrollo o no de acciones de políticas públicas en el campo alimentario y nutricional (podían ser acciones desarticuladas o articuladas, con o sin existencia de política pública formal y con o sin operación activa de la mesa de seguridad alimentaria y nutricional). A partir de estos criterios se tipificaron tres clases de municipios: municipios con alto desarrollo de las PPAN; municipios con mediano desarrollo de las PPAN; y municipios con bajo desarrollo de las PPAN.

En un principio, se tenía la intención de llegar a tres municipios de cada subregión de Antioquia, es decir, uno por tipificación. Sin embargo, por razones que obedecieron a limitaciones presupuestales, únicamente se pudo llegar a dos municipios por cada subregión, y en ese sentido, lo más acertado fue elegir uno con bajo desarrollo de las PPAN y uno con alto desarrollo de las mismas, esto en aras de poder advertir el contraste y las disimilitudes en la implementación de acciones entre un par de municipios situados en la misma subregión. En la siguiente Figura, se pueden observar los 18 municipios seleccionados para la investigación, ubicados en las nueve subregiones de Antioquia, incluyendo el Valle de Aburrá.

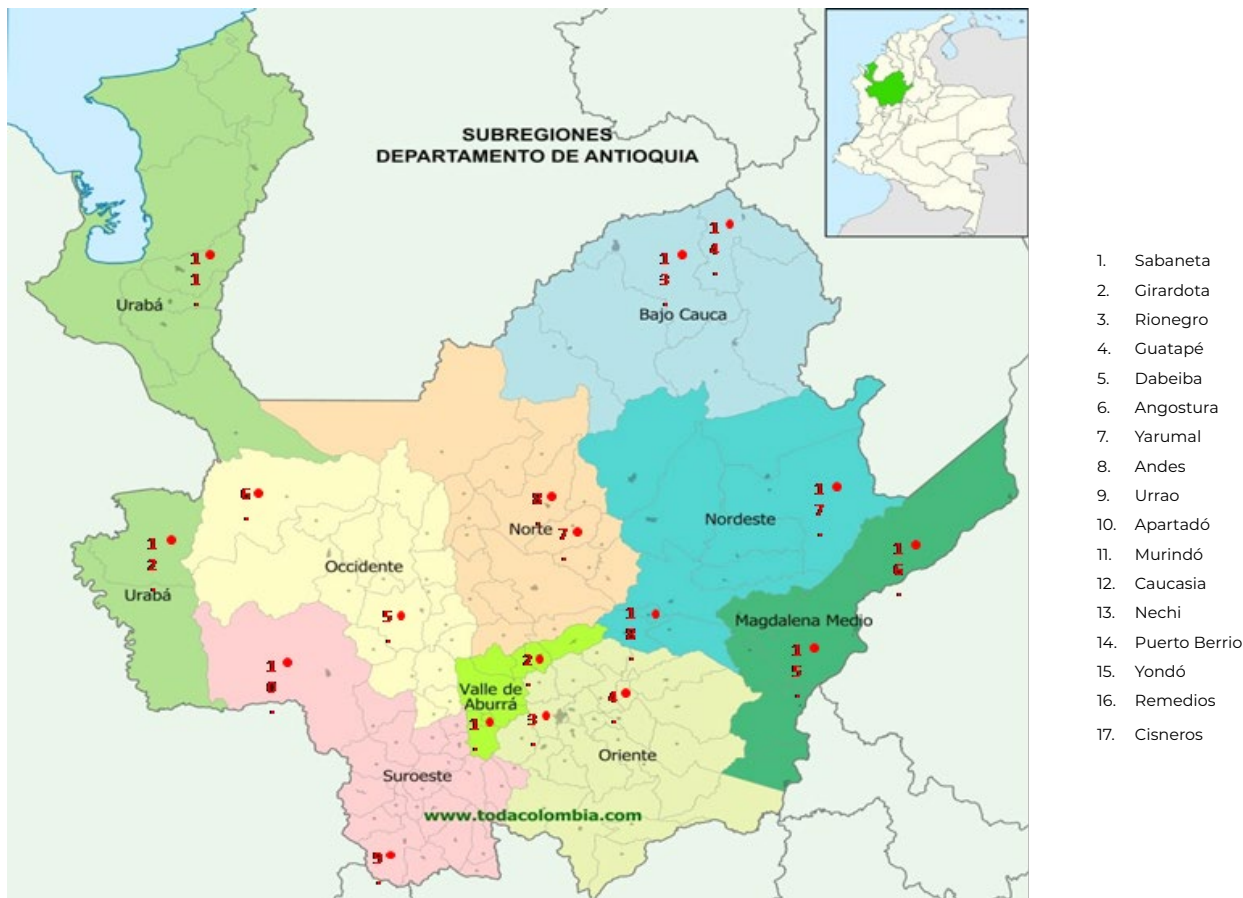


Figura 4. Municipios priorizados en las nueve subregiones de Antioquia para la identificación de las redes sociales y mapa de actores de las políticas públicas alimentarias y nutricionales.

Una vez seleccionados los municipios se acordó emplear el enfoque de redes de políticas públicas, el cual condujo a uno de los métodos de estudio del proyecto de investigación, denominado análisis de redes sociales. El análisis de redes sociales (ARS) se formuló para la comprensión de tres niveles de interacción de los actores de las políticas públicas (micro, meso y macro) a fin de poder observar las relaciones interpersonales, interorganizacionales, e interinstitucionales, esto soportado en una perspectiva en buena medida conciliadora, desde la cual se plantea que una observación que agrupe los tres niveles puede arrojar resultados mucho más descriptivos y, al mismo tiempo, explicativos. Cabe señalar que el ARS “proporciona una manera de entender el mundo, unos lentes para mirar la realidad y dar cuenta de ella, pero al mismo tiempo es un conjunto de técnicas de investigación que permiten la recolección, sistematización y análisis de información” (132). Así, el ARS se ha desarrollado como una herramienta de medición y análisis de las estructuras sociales

que emergen de las relaciones entre los diversos actores sociales (individuos, organizaciones, instituciones, etc.), orientándose a la comprensión de las condiciones estructurales que pautan el relacionamiento de los actores en una red. En ese orden de ideas, el ARS posibilita el análisis de relaciones de poder en las redes sociales y permite la identificación de relaciones conflictivas, pero también de aquellas tejidas en términos de cooperación para alcanzar objetivos comunes o disímiles, e inclusive da cuenta de la existencia de posibles relaciones de competencia por recursos, entre otros fenómenos.

Otro de los métodos incluidos en el estudio fue el de caracterización y mapeo de actores, que como bien lo dice la literatura, permite “establecer cuáles son las acciones y las relaciones de los *stakeholders*, entiéndase partes interesadas, respecto a sus niveles de compromiso, participación, resistencias, empoderamiento y coaliciones” (133). Lo cual indica que está centrado en “mapear”, en términos generales, “el interés, el poder, la posición y las estrategias de interacción de los actores”(134). Ahora bien, en el marco de la presente investigación se llevaron a cabo dichos análisis, tratando precisamente de dilucidar atributos, posiciones, roles, relaciones, tipos de relaciones, escenarios, intercambios y clases de recursos movilizados en las redes de actores de las políticas públicas alimentarias y nutricionales del departamento. El propósito era que la obtención y el posterior análisis de la información recabada fuera suficiente para extender una serie de recomendaciones con miras al redireccionamiento de las políticas y lineamientos en alimentación y nutrición, para que estas puedan efectivamente responder a los desafíos y retos propios de la región, que como bien se verá, remiten directamente a obrar en pro del favorecimiento de la calidad y sustentabilidad de los sistemas alimentarios, y la garantía del derecho humano a la alimentación saludable de todos los habitantes del territorio antioqueño, que no es poco.

1.7. Capacitación

El proceso de capacitación es una actividad de gran importancia para garantizar la calidad de los datos. Su objetivo principal fue la estandarización de los procesos de aplicación de encuestas o entrevistas, procedimientos antropométricos, recolección de recordatorios de 24 horas, recolección de muestras bioquímicas, y otros procesos realizados por el personal encargado de la recolección de la información.

La capacitación de los equipos que realizaron el trabajo de campo tuvo dos fases.

La primera, con una duración de 27 días, donde se convocaron 24 profesionales para encuesta general, y nueve supervisores. Estos profesionales fueron entrenados en los siguientes componentes:

- ◆ Componente de antropometría

- ◆ Componente adulto mayor
- ◆ Componente de actividad física
- ◆ Componente de ambientes alimentarios
- ◆ Componente maternoinfantil
- ◆ Componente sociodemográfico
- ◆ Manejo del aplicativo (Anexos 26,27,28 y 29).
- ◆ Aspectos administrativos
- ◆ Aspectos relacionados con el registro de la información recolectada en campo (Anexo 30).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación, se seleccionaron 15 encuestadores generales, y ocho supervisores.

Para el componente de consumo se convocaron 14 profesionales en nutrición, los cuales fueron entrenados durante una semana y se seleccionaron cinco.

Bioquímica convocó a cinco profesionales, quienes fueron capacitados por un facilitador del Instituto Nacional de Salud (INS), durante tres días, y seleccionaron tres profesionales.

La segunda fase tuvo una duración de 15 días, en los que se convocó a 18 profesionales para encuesta general y tres supervisores para los componentes mencionados anteriormente. Del personal capacitado, de acuerdo a los resultados obtenidos, se seleccionaron seis encuestadores y los tres supervisores. El resto de personal fue recapitado en los mismos componentes.

Para consumo, fueron convocados 14 nutricionistas, y se seleccionaron 10; así mismo, para el cargo de críticos de campo, se convocaron 10 y se seleccionaron 10 profesionales.

Bioquímica, por su parte, convocó a 12 personas y se seleccionaron 10. La capacitación tuvo una duración de una semana y la realizó un facilitador del INS.

Para los componentes cualitativos de prácticas y simbolismos alimentarios, se realizó el proceso del 25 al 29 de septiembre y del 16 al 21 de octubre del 2018; donde fueron capacitadas cinco personas. En el componente de análisis de redes sociales y mapeo de actores en política pública ejecutaron este proceso los días 17,27 y 31 de julio; 14, 21 y 28 de agosto; 4, 11, 18 y 27 de septiembre; y como día final, el 4 de octubre de 2018; capacitaron 8 profesionales.

Los manuales correspondientes a los cargos de supervisor, críticos del dato, encuestadores, encuestador de consumo de alimentos y bioanalista se encuentran en los Anexos 31, 32, 33, 34 y 35, respectivamente. Además, en el Anexo 36 se encuentra el libro de códigos de alimentos para los encuestadores de consumo de alimentos.

1.8. Prueba piloto

Para el cumplimiento de los objetivos del PANA 2019, se realizó una prueba piloto con el fin de probar los instrumentos y la adecuada ejecución de la dinámica de campo, para garantizar una apropiada recolección de información.

La prueba piloto se llevó a cabo del 30 de octubre al 4 de noviembre de 2018 en el municipio de Girardota. Para ello, fueron capacitados:

- ◆ Ocho equipos, conformados por un supervisor y dos encuestadores
- ◆ Tres bioanalistas para el componente bioquímico
- ◆ Cinco nutricionistas para el componente de consumo
- ◆ Cuatro equipos para área urbana y cuatro para área rural.

Durante la prueba piloto se aplicó cada componente, validando el tiempo de duración de la encuesta y la comprensión de las preguntas por parte de las personas encuestadas.

Así mismo, se verificaron las rutas diseñadas para el trabajo de campo y la distribución de la asignación de los hogares de la muestra y de los equipos de trabajo.

Finalmente, se verificó el aplicativo para la captura de la información.

1.8. Operativo de campo

El operativo de campo tuvo tres fases. La primera fase se llevó a cabo con ocho equipos base; la segunda fase, con diez equipos base, y para la tercera fase, ocho equipos de estos. Posteriormente, se seleccionó uno como equipo encargado de visitar municipios ya recorridos, con el fin de garantizar mejores coberturas. El operativo de campo tuvo una duración de nueve meses, en los que se visitaron nueve subregiones del departamento de Antioquia (Valle de Aburrá, Oriente, Norte, Suroeste, Nordeste, Occidente, Magdalena Medio, Bajo Cauca y Urabá), y de cada subregión se seleccionaron tres municipios a visitar, para un total de 27 municipios, abordando área rural y urbana. Así mismo, como sistema de control de la calidad del registro de la información, se implementó:

- ◆ Formato de registro de control diario de información para encuestadores, nutricionistas y bioanalistas (F1) (Anexo37).

- ◆ Formato de registro de control de la información del supervisor, por municipio (F2) (Anexo38).
- ◆ Formato de cobertura total por subregión (F3) (Anexo39).

El equipo de coordinación de campo, técnica y científica, así como la coordinadora de investigación de Profamilia y las auxiliares de componentes hicieron acompañamiento a algunos de los equipos para verificar la aplicación de las encuestas, supervisando el rendimiento de los equipos, la recolección de la información y realizando devoluciones para crear planes de mejora a partir de la identificación de los errores, tanto en campo, como los que se identificaron a partir del proceso de la crítica de los datos.

1.8.1. Cobertura

En el 1,9% de las viviendas visitadas no se encontró hogar porque la vivienda estaba desocupada, había cambiado de uso por adversidades climáticas, problemas de orden público o por causa de remodelaciones, y por tanto, ya no existía. En total se identificaron 3.326 hogares y se aplicó la encuesta a 3.261, para una tasa de respuesta del 98,1%. En los hogares encuestados se encontraron 11.435 personas para caracterizar; se logró la encuesta de 11.314, para una tasa de respuesta del 98,7%. Las tasas de respuesta en las nueve subregiones estuvieron por encima del 90%, y la subregión con la tasa de cobertura más alta fue Bajo Cauca con el 100%. Para el componente de adulto mayor, se encontraron 1.926 personas y se encuestaron 1.816, para una tasa de respuesta del 94,6%. La subregión con la cobertura más baja fue Oriente con el 88,9% (Tabla 13).

También se encontraron 540 personas que aplicaron para el componente materno-infantil, que agrupa a los grupos etarios de gestantes y niños menores de 24 meses. Se encuestaron 481 personas, lo que representa una tasa de respuesta del 88,8%. La subregión con la tasa más baja fue Valle de Aburrá con 79,7%.

Respecto al componente de ambientes alimentarios, para etiquetado, se seleccionaron 4.886 personas para encuestar y se realizó la encuesta a 4.690, lo cual representa una tasa de respuesta de 96,5%; en cuanto a publicidad, se encontraron 3.112 personas, y se realizó la encuesta a 2.853; la tasa de respuesta fue del 90,7%. Las subregiones con las coberturas más bajas fueron Norte (74,4%) y Oriente (78,9%) (Tabla 13).

En el componente de actividad física fueron encontradas 5.634 personas, y encuestadas 5.015, que representan una tasa de respuesta del 89,2%. Las subregiones con las coberturas más bajas fueron Valle de Aburrá (78,7%), Oriente (78,8%) y Norte (75,3%).

El componente de consumo se divide en dos momentos: los primeros recordatorios de 24

horas contaron con una selección de 4.640 personas; respondieron la encuesta 4.397 personas y la cobertura fue del 95,4%. La subregión con la cobertura más baja fue Bajo Cauca con un 87,5%. El segundo momento dependió de la elección que los nutricionistas hicieron con base en las personas a quienes les fue aplicado el primer recordatorio. Seleccionaron al azar a 1.223 personas para aplicar esta segunda encuesta (Tabla 13).

Finalmente, para el componente bioquímico, fueron elegidas 1.981 personas (de diferentes grupos etarios) y se encuestaron 1.455 personas; la tasa de respuesta fue del 72,8%. La subregión con la cobertura más baja fue Valle de Aburrá con 58% (Tabla 13).

Los motivos que impidieron alcanzar el 100% de la cobertura en cada componente, respectivamente, fueron: ausencias de los miembros del hogar en los horarios de visita establecidos, compromisos laborales, académicos o personales de los miembros del hogar, viajes en los periodos de vacaciones, condiciones de orden público y rechazo a participar de la investigación.

Tabla 13. Número de hogares, número de entrevistas y tasas de respuesta por componentes, Antioquia (sin Medellín) 2019.

Característica	Subregión									Total
	Valle de Aburrá	Oriente	Norte	Suroeste	Nordeste	Occidente	Magdalena Medio	Bajo Cauca	Urabá	
Componente Hogares										
Hogares seleccionados	771	329	212	254	214	283	271	360	632	3326
Hogares no encuestados	22	7	3	6	7	1	4	5	10	65
Hogares encuestados	749	322	209	248	207	282	267	355	622	3261
Tasa de respuesta de hogares	97,1	97,9	98,6	97,6	96,7	99,6	98,5	98,6	98,4	98,1
Caracterización Sociodemográfica										
Personas seleccionadas	2623	1215	682	790	717	874	882	1325	2327	11435
Personas caracterizadas	2590	1205	671	762	697	863	880	1325	2321	11314
Personas no caracterizadas	33	10	11	28	20	11	2	0	6	121
Tasa de respuesta caracterización	98,7	99,2	98,4	96,5	97,2	98,7	99,8	100,0	99,7	98,7
Componente Adulto mayor										
Seleccionados	506	207	117	154	118	161	156	191	316	1926
Encuestados	464	184	107	148	113	155	151	185	309	1816
No encuestados	42	23	10	6	5	6	5	6	7	110
Tasa de respuesta Adulto mayor	91,7	88,9	91,5	96,1	95,8	96,3	96,8	96,9	97,8	94,6
Componente Materno infantil										
Seleccionados	64	64	30	37	41	36	46	78	144	540
Encuestados	51	59	25	37	40	30	39	67	133	481
No encuestados	13	5	5	0	1	6	7	11	11	59
Tasa de respuesta Materno infantil	79,7	92,2	83,3	100,0	97,6	83,3	84,8	85,9	92,4	88,8
Componente Antropometría										
Seleccionados	2623	1215	682	790	717	874	882	1325	2327	11435
Encuestados	2225	1002	630	710	636	812	808	1251	2205	10279
No encuestados	398	213	52	80	81	62	74	74	122	1156
Tasa de respuesta Antropometría	84,8	82,5	92,4	89,9	88,7	92,9	91,6	94,4	94,8	90,2
Ambientes alimentarios										
Etiquetado										
Seleccionados	1017	439	320	359	321	434	390	583	1023	4886
Encuestados	918	402	306	355	318	423	384	571	1013	4690
No encuestados	99	37	14	4	3	11	6	12	10	196
Tasa de respuesta Etiquetado	90,3	91,6	95,6	98,9	99,1	97,5	98,5	97,9	99,0	96,5
Publicidad										
Seleccionados	490	275	199	203	222	262	249	451	761	3112
Encuestados	400	217	148	198	219	249	238	436	748	2853
No encuestados	90	58	51	5	3	13	11	15	13	259
Tasa de respuesta Publicidad	81,6	78,9	74,4	97,5	98,6	95,0	95,6	96,7	98,3	90,7
Componente Actividad física										
Seleccionados	1152	477	369	423	403	484	463	703	1160	5634
Encuestados	907	376	278	405	375	468	442	661	1103	5015
No encuestados	245	101	91	18	28	16	21	42	57	619
Tasa de respuesta Actividad física	78,7	78,8	75,3	95,7	93,1	96,7	95,5	94,0	95,1	89,2
Consumo										
Primeros R24H										
Seleccionados	1109	394	259	359	294	350	303	592	980	4640
Encuestados	1052	394	251	344	283	337	293	518	925	4397
No encuestados	57	0	8	15	11	13	10	74	55	243
Tasa de respuesta Primeros R24H	94,9	100,0	96,9	95,8	96,3	96,3	96,7	87,5	94,4	95,4
Segundos R24H										
Seleccionados	249	92	122	152	132	97	106	118	155	1223
Encuestados	249	92	122	152	132	97	106	118	155	1223
No encuestados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tasa de respuesta Segundos R24H	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Componente Bioquímica										
Seleccionados	319	185	130	162	156	163	161	254	451	1981
Encuestados	185	116	88	115	119	124	129	205	374	1455
No encuestados	134	69	42	47	37	39	32	49	77	526
Tasa de respuesta Bioquímica	58,0	62,7	67,7	71,0	76,3	76,1	80,1	80,7	82,9	72,8

1.9. Guía para la lectura e interpretación de los datos de las tablas de resultados

A continuación, por medio de un ejemplo de tabla, se explicarán algunos aspectos clave para la interpretación de los datos contenidos en las tablas de resultados. Cabe aclarar que los datos que están contenidos en este ejemplo no son los datos reales.

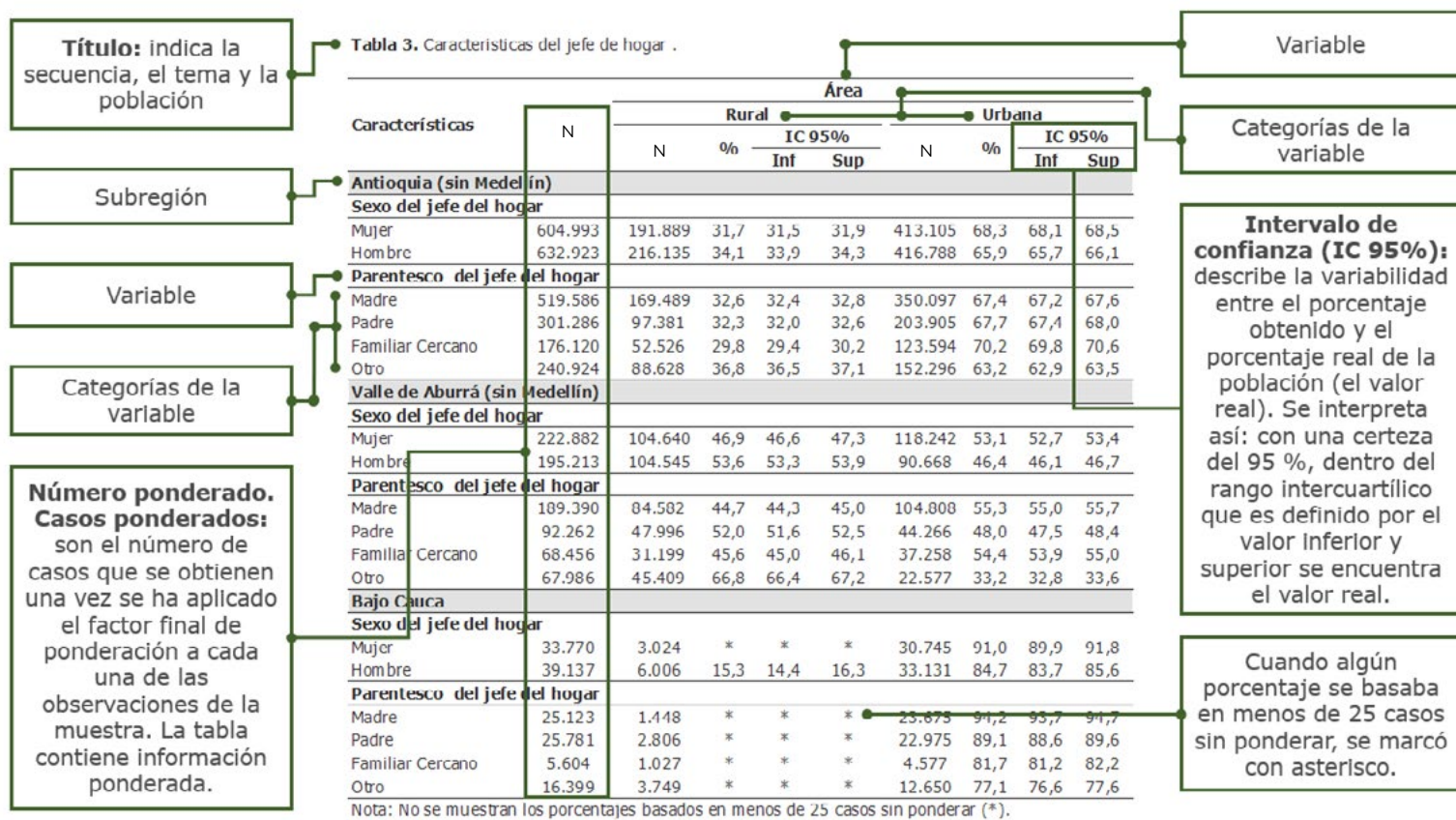


Figura 5. Interpretación y lectura de los datos

1.10. Referencias bibliográficas

1. Arias-Valencia S. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2017;35(2):186–96.
2. Hernández-Álvarez M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, organizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) Mesa “Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia”. México; 2008. p. 1–16.
3. Venkatapuram S, Bell R, Marmot M. The right to sutures: Social epidemiology, human rights, and social justice. *Health Hum Rights*. 2010;12(2):3–16.
4. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. Fundación Rockefeller, Organización Panamericana de la Salud, editors. 2002. 13–25 p.
5. World Health Organization. A Conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2* [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2010. p. 1–79 Disponible en: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cerrando La Brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro; 2011. 56 p.
7. Ceccon E. La revolución verde, tragedia en dos actos. *Ciencias*. 2008;91:21–9.
8. Nicholls C, Ríos L, Altieri MA. Agroecología y resiliencia socioecológica: adaptándose al cambio climático [Internet]. *Red Iberoa. Agroecología y resiliencia socioecológica: adaptándose al cambio climático*. Medellín; 2013. p. 218 Disponible en: <https://www.socla.co/wp-content/uploads/2014/REDAGRESlibro1.pdf?iv=57>
9. Altieri M. Agroecología. Bases científicas para una agricultura sustentable [Internet]. Editorial. Hecht, Susanna; Liebman, Matt; Magdoff, Fred; Norgaard, Richard; Sikor T, editor. Vol. 7, *Agroecología*. Montevideo; 2011. p. 65–83 Disponible en: <http://www.leisa-al.org/web/images/stories/revistapdf/vol22n2.pdf#page=30>
10. Funtowicz S., Ravetz J. *La Ciencia Posnormal. Ciencia con la gente*. Barcelona: Icaria editorial; 2000. 109 p.
11. Sevilla-Guzmán E, Soler-Montiel M. De la sociología rural a la agroecología [From rural sociology to agroecology]. *Doc Soc*. 2009;155:25–41.
12. Fuentes Acuña NR, Marchant C. ¿Contribuyen las prácticas agroecológicas a la sustentabilidad en la Agricultura Familiar de Montaña? El caso de Curarrehue, región de la Araucanía, Chile. *Cuad Desarro Rural*. 2016;13(78):35–66.
13. Gobernación de Antioquia, Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional MANÁ, Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia. *Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Departamento de Antioquia 2020-2031: Resumen ejecutivo*. Sin public. Medellín; 2019. p. 39
14. FAO; Gobernación de Antioquia; Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional MANÁ. *Sistemas de Abastecimiento Alimentario, Bases para la inclusión de la Agricultura Familiar*. [Internet]. Medellín: FAO; 2016. p. 152. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i5233s.pdf>
15. Contreras J. Introducción. En: Contreras J, editor. *Alimentación y cultura, Necesidades, gustos, costumbres*. Universita. Barcelona: Universitat de Barcelona; 1995. p. 9–26.
16. Martín-Cerdeño VJ. Alimentación e inmigración: Un análisis de la situación en el mercado español. *Distrib y Consum*. 2005;10–41.
17. Pasca AJ, Pasca L. Transición nutricional, demográfica y epidemiológica determinantes subyacentes de las enfermedades cardiovasculares. *Insufic Card*. 2011;6(1):27–9.
18. Rapallo R, Rivera R. Nuevos patrones alimentarios, más desafíos para los sistemas alimentarios. En: *2030 /Alimentación, agricultura y desarrollo rural de America Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; 2019. p. 27.

19. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. 336 p. Disponible en: <http://www.ensin.gov.co/Documents/Resultados-generales-ENSIN-2015-preliminar.pdf>
20. FAO, Iniciativa America Latina y Caribe sin hambre. Red de información, comunicación y educación alimentaria y nutricional para America Latina y el Caribe. Ambiente alimentario. 2013.
21. Ministerio de Salud. Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de Prensa No. 182 de 2018: Panorama de la salud de los escolares en Colombia. 2018.
22. World Health Organization (WHO), Noncommunicable Diseases and Mental Health Data Portal, Department of Nutrition for Health and Development. The double burden of malnutrition, policy Brief. World Health Organization. 2017. p. 12.
23. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. The double burden of malnutrition. Case studies from six developing countries. FAO Food Nutr Pap [Internet]. 2006;84:1-334. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19172986>
24. Cediel Giraldo G, Castaño Moreno E, Gaitán Charry D. Doble carga de malnutrición durante el crecimiento: ¿una realidad latente en Colombia? Double burden malnutrition during growth: is becoming a reality in Colombia? Rev salud pública [Internet]. 2016;18(4):656-69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n4.47769>
25. World Health Organization (WHO). Centro de prensa: La OMS traza el mapa de las enfermedades no transmisibles en todos los países. [Internet]. World Health Organization (WHO). 2011. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/NCDs_profiles_20110914/es/
26. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 [Internet]. Ensin. 2011. p. 1-512 Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Resumenfi.pdf>
27. Fonseca Z, Ayala D, Uribe LJ, Castaño T. Aproximación a los Determinantes de la Doble Carga Nutricional en Colombia. Boletín N°004. 2014;52.
28. Gaitán-Charry D, Vasquez E, Gonzalez L, Pérez E, Cediel G. The double burden of malnutrition in colombian Pregnent women. Ann Nutr Metab. 2017;71(suppl 2):326.
29. Tzioumis E, Adair LS. Childhood dual burden of under- and overnutrition in low- and middle-income countries: A critical review. Food Nutr Bull. 2014;35(2):230-43.
30. Alcaldía de Medellín, Universidad de Antioquia. Perfil Alimentario y Nutricional de Medellín 2015. Alcaldía de Medellín; 2015.
31. World Health Organization (WHO). Nutritional Anaemias: Tools for Effective Prevention and control [Internet]. World Health Organization. 2017. p. 83 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259425/9789241513067-eng.pdf?sequence=1>
32. Escudero LS, Parra BE, Herrera J, Restrepo S, Zapata N, . Estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes, Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2014;32(1):71-9.
33. Pinho-Pompeu M, Surita FG, Pastore DA, Paulino DSM, Pinto e Silva JL. Anemia in pregnant adolescents: impact of treatment on perinatal outcomes. J Matern Neonatal Med. 2017;30(10):1158-62.
34. Roth Deubel AN. Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación. Ediciones. Bogotá: Ediciones Aurora; 2002.
35. DANE. Guía para la Elaboración de Documentos Metodológicos Estándar de las Operaciones Estadísticas del DANE. Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística. 2009. p. 25.
36. Barriga O, Henríquez G. La relación Unidad de Análisis-Unidad de Observación- Unidad de Información: Una ampliación de la noción de la Matriz de Datos propuesta por Samaja. Rev Latinoam Metodol la Investig Soc. 2011;
37. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol. 2017;35(1):227-32.
38. Y G de gestión del conocimiento y fuente de información dirección de epidemiología. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales para la salud. Muestra Maestra de Hogares. MINSALUD, COLOMBIA. 2014. p. 59.
39. Surendra Prasad Sinha, Josefa Ramoni Perazzi GOM y ETR. El papel de los pesos muestrales

- en el análisis de submuestras de datos de corte transversal. XXVI Simposio Internacional de Estadística 2016. 2016. p. 3.
40. Álvarez M., Benjumea M., Rolán P, Maya M, Montoya E. Perfil alimentario y nutricional de los hogares antioqueños: análisis comparativo de algunos indicadores entre las regiones de Antioquia. 2005.
 41. Bueno E, Zarraga A, Iztueta A. Ajustes de muestras con información auxiliar. p. 57.
 42. Kim JK, Park M. Calibration estimation in survey sampling. *Int Stat Rev.* 2010;78(1):21–39.
 43. Ministerio de Salud y Protección Social, Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 Tomo 2. Primera. Bogotá; 2017. p. 651
 44. César P. Técnicas de muestreo estadístico. Primera. Publicaciones I, editor. Madrid; 2010. p. 530.
 45. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Metodología Déficit de Vivienda. Bogotá: DANE; 2009.
 46. Empresas Públicas de Medellín (EPM). Diccionario de servicios públicos. 21/08/2019.
 47. Álvarez M, Gil B. Encuesta sobre el Perfil Alimentario y Nutricional de Medellín 2015. Componente Caracterización de hogares. Manual para el trabajo de campo. Medellín, Antioquia: Escuela de Nutrición y Dietética, Alcaldía de Medellín; 2015.
 48. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Nacional de Salud (INS), Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Manual del encuestador. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015. Bogotá: ICBF, INS, MPSPS, OMS/OPS; 2015. p. 1–125.
 49. Segall-Corrêa AM, Álvarez-Uribe MC, Melgar-Quiñonez H, Pérez-Escamilla R. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual de uso y aplicación [Internet]. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); 2012. p. 85. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>
 50. Coates J, Frongillo EA, Rogers BL, Webb P, Wilde PE, Houser R. Commonalities in the Experience of Household Food Insecurity across Cultures: What Are Measures Missing? *J Nutr.* 2006;136(5):1438S-1448S.
 51. Radimer KL, Olson CM, Campbell CC. Development of Indicators to Assess Hunger. *J Nutr.* 1990;120(Suppl 11):1544–8.
 52. Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Educación Nacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Colombiano de Desarrollo Rural. Conpes Social 113: Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) [Internet]. Ministerio de Salud. Bogotá; 2007. p. 48. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes Sociales/113.pdf>
 53. Monteiro CA, Cannon G, Levy R, Moubarac J-C, Jaime P, Martins AP, et al. The Food System Food classification. *Public health Nova. The star shines bright.* *World Nutr* [Internet]. 2016;7(1–3):28–38. Disponible en: <https://archive.wphna.org/wp-content/uploads/2016/01/WN-2016-7-1-3-28-38-Monteiro-Cannon-Levy-et-al-NOVA.pdf>
 54. Tolentino-Mayo L, Rincón-Gallardo Patiño S, Bahena-Espina L, Ríos V, Barquera S. Conocimiento y uso del etiquetado nutrimental de alimentos y bebidas industrializados en México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2018;60(3):328–37. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8825/11496>
 55. Ministerio de la Protección Social. Resolución 5109 de 2005. Bogotá; 2005. p. 1–16.
 56. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Resolución 333 del 2011: Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos de rotulado o etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano. 2011. p. 56.
 57. Organización Mundial de la Salud (OMS). *OMS Anthro.* 2011.
 58. World Health Organization (WHO). Patrones de crecimiento infantil [Internet]. World Health Organization (WHO). 2006. Disponible en: <https://www.who.int/childgrowth/standards/es/>
 59. Social M de S y P. Resolución Número 2465 de 2016, Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. p. 1–47. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/bienestar/nutricion/>

- pnsan/Resolucion 2465 de 2016.pdf
60. World Health Organization (WHO). WHO AnthroPlus software. 2007.
 61. Organización Mundial de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, promoción de la salud y envejecimiento activo. 2003; Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gov.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaClinicaAPS2004.pdf>
 62. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. En: Champaign I, editor. Human Kinetics. 1988. p. 177.
 63. Benjumea-Rincón MV. Antropometría materna como predictora del peso al nacer. Vol. 7. Instituto Superior de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón"; 2007.
 64. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva; 2010. 60 p.
 65. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Instituto Nacional de Salud. Anexos del documento metodológico ENSIN 2015 [Internet]. Disponible en: <http://www.ensin.gov.co/>
 66. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional [Internet]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>
 67. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia., Instituto Nacional de Salud, Departamento Administrativo para la Prosperidad. Documento Metodológico ENSIN 2015. En: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015 [Internet]. 2015. p. 114. Disponible en: <http://www.ensin.gov.co/Documents/Documento-metodologico-ENSIN-2015.pdf>
 68. Nhanes. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES): National Youth Fitness Survey (NYFS), Muscle Strength (Grip) Procedures Manual [Internet]. 2012. p. 57 Disponible en: file:///E:/PANA 2019/1bibliografia/af/Handgrip_Muscle_Strength.pdf
 69. World Health Organization. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control, A guide for program managers. Who Guidel. 2001;1-114.
 70. Northrop-Clewes CA, Thurnham DI. Biomarkers for the differentiation of anemia and their clinical usefulness. J Blood Med. 2013;4:11-22.
 71. Stoltzfus RJ. Defining Iron-Deficiency Anemia in Public Health Terms: A Time for Reflection. J Nutr. 2001 Feb;131(2):565S-567S.
 72. World Health Organization. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control, A guide for program managers. Who Guidel. 2001;1-114.
 73. Services H. Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States. 1998;47(Cdc):1-29.
 74. World Health Organization. C-reactive protein concentrations as a marker of inflammation or infection for interpreting biomarkers of micronutrient status. Vitamin asn Mineral Nutrition Information System. Vmnis. 2014;1-4.
 75. Koura GK, Ouedraogo S, Le Port A, Watier L, Cottrell G, Guerra J, et al. Anaemia during pregnancy: Impact on birth outcome and infant haemoglobin level during the first 18 months of life. Trop Med Int Heal. 2012;17(3):283-91.
 76. Dewey KG, Oaks BM. U-shaped curve for risk associated with maternal hemoglobin, iron status, or iron supplementation. Am J Clin Nutr. 2017 Dec;106(Supplement 6):1694S-1702S.
 77. New S, Wirth M. Anaemia, pregnancy, and maternal mortality: The problem with globally standardised haemoglobin cutoffs. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2015;122(2):166-9.
 78. Kozuki N, Lee AC, Katz J. Moderate to Severe, but Not Mild, Maternal Anemia Is Associated with Increased Risk of Small-for-Gestational-Age Outcomes. J Nutr. 2012 Feb;142(2):358-62.
 79. Daru J, Zamora J, Fernández-Félix BM, Vogel J, Oladapo OT, Morisaki N, et al. Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: a multilevel analysis. Lancet Glob Heal. 2018;6(5):e548-54.
 80. Ross J, Horton S. Economic consequences of iron deficiency. 1998. 39 p.
 81. Restrepo-Mesa SL, Zapata López N, Parra Sosa BE, Escudero Vásquez LE, Betancur Arrovaye L. Teen Mother and Newborn Nutritional Status in a Group of Teenagers of the City of Medellín. Nutr Hosp. 2015;32(3):1300-7.
 82. World Health Organization. Nutritional Anaemias: Tools for Effective Prevention. World Health Organization. 2017. 83 p.
 83. Kassa GM, Muche AA, Berhe AK, Fekadu GA.

- Prevalence and determinants of anemia among pregnant women in Ethiopia; a systematic review and meta-analysis. *BMC Hematol.* 2017;17(1):1–9.
84. Getahun W, Belachew T, Wolide AD. Burden and associated factors of anemia among pregnant women attending antenatal care in southern Ethiopia: Cross sectional study. *BMC Res Notes.* 2017;10(1):1–7.
85. Lin L, Wei Y, Zhu W, Wang C, Su R, Feng H, et al. Prevalence, risk factors and associated adverse pregnancy outcomes of anaemia in Chinese pregnant women: a multicentre retrospective study. 2018;1–8.
86. CONPES, 113. Documento Conpes Social 113. Política Nac Segur Aliment Y Nutr. 2008;48.
87. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional- ENSIN 2015. 2015;
88. World Health Organization. the Global Prevalence of Anaemia in 2011. *WHO Rep.* 2011;48.
89. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health. 2010;176.
90. Robledo R, Díaz FE. Las Enfermedades Crónicas en Colombia. *Boletín del Obs en Salud.* 2015;3(4):1–9.
91. Lopera-Velásquez V, Santacruz-Sanmartín E. Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en Medellín en 2011. Evaluación con la metodología Encuesta stepwise. *Rev salud Pública Medellín.* 2012;5(2):63–80.
92. DANE. Defunciones no fetales 2019.
93. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá; 2013 p. 14–202. 2013. 14–202 p.
94. WHO. Global status report on Noncommunicable Diseases. *Glob Status Rep Non-communicable Dis.* 2014;1–302.
95. WHO. Obesity and overweight. 2018.
96. Alcaldía de Medellín, Universidad de Antioquia. Perfil de Seguridad Alimentaria de los hogares de Medellín y sus corregimientos 2015. Perfil de seguridad alimentaria y nutricional de Medellín y sus corregimientos 2015. 2015. 185–216 p.
97. Kazemi T, Hajhosseini M, Moossavi M, Hemmati M, Ziaee M. Cardiovascular Risk Factors and Atherogenic Indices in an Iranian Population: Birjand East of Iran. *Clin Med Insights Cardiol.* 2018;12.
98. Celermajer DS, Ayer JGJ. Childhood risk factors for adult cardiovascular disease and primary prevention in childhood. *Heart.* 2006;92(11):1701–6.
99. Domingo FM. Utilidad de los índices aterogénicos como marcadores biológicos en el síndrome metabólico. 2012;22–30.
100. Parra S BE, Manjarres LM, Velásquez CM, Agudelo GM, Estrada A, Uscategui R, et al. Perfil lipídico y consumo de frutas y verduras en un grupo de jóvenes de 10 a 19 años, según el índice de masa corporal. 2015;22(2):72–80.
101. Stauder R, Thein SL. Anemia in the elderly: Clinical implications and new therapeutic concepts. *Haematologica.* 2014;99(7):1127–30.
102. Murad MH, Elamin KB, Abu Elnour NO, Elamin MB, Alkatib AA, Fatourechí MM, et al. The effect of vitamin D on falls: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(10):2997–3006.
103. Vásquez-Awad D, Cano-Gutiérrez C, Gómez-Ortiz A, González M, Guzmán-Moreno R, Martínez-Reyes J, et al. Vitamina D. Consenso colombiano de expertos. 2017.
104. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(7):1911–30.
105. Organización Mundial de la Salud (OMS). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. [Internet]. Organizaci. Ginebra; 2011. 1–7 p. Available from: https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf%0Ahttp://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/
106. Ashley E. Ferritin (serum , plasma). *Assoc Clin Biochem.* 2012;1–8.
107. Friedewal W, Levy R, Friedrickson D. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem.* 1972;18(6):499–502.
108. Hoyos GM (Ed.). Perfil de seguridad alimentaria y nutricional de Medellín y sus corregimientos 2015. Alcaldía de Medellín y Universidad de Antioquia. Medellín; 2015.
109. Manjarrés LM. Métodos para precisar la recolección de la ingesta dietética en estudios poblacionales. *Persp Nut Hum.* 2007;9(2):155–63.

110. Cadavid M, Restrepo M, Rivillas J, Sepulveda M, Manjarrés LM, Estrada A. Concordancia entre el peso directo de porciones de alimentos ingeridas y la estimación de pesos con la ayuda de Figuras geométricas y la técnica de pesos memorizados por el entrevistador, en niños de 5 - 9 años. . *Persp Nut Hum*. 2006;15:31-43.
111. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac J-C, Louzada ML, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*. 2019;(14):1-6.
112. Parra DC, Costa-louzada ML, Moubarac J, Bertazzi-levy R, Khandpur N, Cediel G, et al. The association between ultra-processed food consumption and the nutrient profile of the Colombian diet in 2005. *Salud Publica Mex*. 2019;61.
113. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. RESOLUCION 3803 DE 2016 - Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes- RIEN.
114. Manjarrés LM, Hernandez J, Cárdenas D. Programa de Evaluación de Ingesta Dietética. EVINDI v5. . Univ Antioquia. 2015;
115. Carriquiry A. PC-SIDE. Software for Intake Distribution Estimation. Iowa State University; 2003.
116. StataCorp. Software Stata. 2017.
117. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Durán P, Serruya S, et al. Sistema informático perinatal, historia clínica perinatal y formularios complementarios.
118. Ramón-Arбуés E, Martínez-Abadía B, Martín-Gómez S. Ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto en una cohorte de mujeres en Aragón (España). *Nutr Hosp*. 2017;34(5):1138-45.
119. Universidad de California en Davis, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Organización Mundial de la Salud, Instituto Internacional de Investigación sobre políticas, Alimentaria, Agricultura F de las NU para la alimentación y la. Indicadores para evaluar las practicas de alimentacion del lactante y del niño pequeño. Washington; 2007.
120. Wolfe WS, Frongillo EA, Valois P. Understanding the Experience of Food Insecurity by Elders Suggests Ways to Improve Its Measurement. *J Nutr*. 2003;133(9):2762-9.
121. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and Its Use in Grading the Nutritional State of Elderly Patients. Vol. 15, APPLIED NUTRITIONAL INVESTIGATION Nutrition. 1999.
122. Reuben DB, Laliberte L, Hiris J, Mor V. A Hierarchical Exercise Scale to Measure Function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) Level. *J Am Geriatr Soc*. 1990 Aug;38(8):855-61.
123. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010 Jul;39(4):412-23.
124. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-156.
125. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ). Departamento de Enfermedades crónicas y Promoción de la Salud. 2012. p. 7.
126. Galeano-M ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Primera, editor. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004. 84 p.
127. de Souza-Minayo MC, Ferreira-Deslandes S, Gomes R. Investigación social: teoría, método y creatividad. Primera. Lugar Editorial; 2003. 114 p.
128. Boyle J. Estilos de Etnografía. In: Morse JM, editor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
129. Bonilla-Castro E, Rodríguez-Sehk P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Segunda. Bogotá: Ediciones Uniandes; 1997. 421 p.
130. Taylor S, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ediciones PAIDOS; 1987. 329 p.
131. Amezcua M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. *Index Enferm (Gran)*. 2000;30:30-5.
132. Brand E, Gómez H. Análisis de redes sociales como metodología de investigación. Elementos básicos y aplicación. *Br J Psychiatry*. 1965;111(479):1009-10.
133. Arango-Osorno C, Gallego-Moscoso L. Mapa de actores. In: Giraldo J, Rendón AJ, Duncan G, editors. Nuevas modalidades de captación de rentas ilegales en Medellín [Internet]. Universidad. Medellín: Pregón; 2014.

p. 203. Available from: [http://www.eafit.edu.co/centros/analisis-politico/Documents/2013Rentas ilegales en Medellín.pdf](http://www.eafit.edu.co/centros/analisis-politico/Documents/2013Rentas_ilegales_en_Medellin.pdf)

134. Jaramillo SS. Identificando a los protagonistas: el mapeo de actores como herramienta para el diseño y análisis de políticas públicas. *Gobernar*. 2017;1(1):66–83.



Capítulo 2

Resultados del componente de determinantes sociales y económicos de la situación alimentaria y nutricional.

2.1. Presentación

El componente de determinantes sociales y económicos de la situación alimentaria y nutricional del departamento de Antioquia presenta los resultados de las características demográficas y socioeconómicas de los hogares y de sus integrantes, así como la clasificación de la seguridad alimentaria de los hogares y aspectos que reflejan las condiciones que inciden en la selección y consumo de alimentos; estos últimos elementos, integrados en el subcomponente de ambientes alimentarios.

El subcomponente sociodemográfico arroja información respecto a los integrantes de los hogares en cuanto a su edad y sexo, lo cual permitió la construcción de las pirámides poblacionales del departamento y de cada una de las subregiones. Asimismo, características como el nivel de escolaridad y si participan de algún programa de alimentación y nutrición.

En cuanto a las condiciones socioeconómicas de los hogares, se presenta su tamaño promedio, nivel de hacinamiento, ingresos económicos y la inversión en alimentos. Adicionalmente, se presentan características generales de las viviendas como el estrato socioeconómico, tipo de vivienda, acceso al agua, entre otras.

El subcomponente también presenta la caracterización demográfica y socioeconómica del jefe o la jefa de hogar, y se hace una descripción más detallada para el caso de las mujeres que asumen este rol en los hogares.

En este capítulo se presenta, además, la situación de seguridad alimentaria en el hogar (SAH) en Antioquia y las subregiones del departamento, y se describe su comportamiento según área, composición y tipología del hogar, características sociodemográficas del jefe o jefa del hogar, ingresos monetarios y gasto alimentario del hogar, estrato socioeconómico de la vivienda y acceso a servicios públicos.

Por último, se presentan los resultados del componente de ambientes alimentarios. Un ambiente alimentario saludable es el espacio donde los consumidores interactúan con el sistema alimentario para la toma de decisiones acertadas y convenientes sobre la adquisición, preparación y consumo de alimentos saludables (1). Es decir, como bien lo enuncia la Estrategia de Ambientes Alimentarios Saludables, los escenarios a tener en cuenta, por ser en donde las personas desarrollan sus actividades cotidianas, son (2):

- El lugar donde viven (su hogar, barrio, comuna, vereda, etc.)
- Los sitios educativos (guarderías, jardines infantiles, escuelas, universidades)
- Los lugares de trabajo, ocio y esparcimiento (empresas, parques, restaurantes, entre otros)

Por tanto, un ambiente alimentario saludable determina las diferentes opciones de alimentos nutritivos, inocuos y saludables, e influye en que la población mantenga un

estado nutricional adecuado. En este proceso se consideran como componentes clave “la promoción, publicidad e información de los alimentos y la calidad e inocuidad de los alimentos” (3). Además, se resalta la adquisición de alimentos, como reflejo de la interacción de los hogares con diferentes canales de distribución que posibilitan la disponibilidad y el acceso físico.

A su vez, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es enfática al señalar que, en América Latina, la publicidad orientada a niños y niñas es un factor relevante, pues la evidencia científica demuestra que es un grupo altamente expuesto a “publicidad generalizada e implacable de alimentos” con escaso o nulo valor nutricional y alto contenido de nutrientes nocivos como grasas, azúcares o sal. Este tipo de publicidad actúa negativamente en su salud y estado nutricional pues tiene el efecto de moldear sus “preferencias alimentarias, las solicitudes de compra y pautas de consumo” (4).

Otro componente del ambiente alimentario informativo es el etiquetado de los alimentos, definido como “el principal medio de comunicación entre los productores y vendedores de alimentos, por una parte; y por otra, sus compradores y consumidores” (5). Sobre el etiquetado, la OPS señala que su principal objetivo debería ser “brindar al consumidor los datos que este requiere para realizar una elección informada, en el lugar, respecto del artículo que desea adquirir” (6).

En este informe se presentan los resultados obtenidos en los tres componentes señalados; adquisición de alimentos en el hogar, etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas (PAEBNA), y publicidad televisiva de productos alimentarios y bebidas no alcohólicas.

2.2. Resultados

2.2.1. Características demográficas y socioeconómicas de los hogares y de sus integrantes.

2.2.1.1. Estructura poblacional del departamento de Antioquia y de sus subregiones.

La estructura de la población presentó un estrechamiento en la base, representado principalmente por los menores de nueve años de ambos sexos. La población de diez a 19 años presentó los mayores porcentajes de la estructura poblacional (entre 7,0% y 9,5%). El rango de 20 a 59 años osciló entre 5% y 7%, mientras que, a partir de los 65 años en adelante, los quinquenios de edad oscilan entre 3,5%, 2,7% y 2,5%, estos dos últimos valores representaron a los hombres y mujeres de 80 y más años, respectivamente (Gráfico 1).

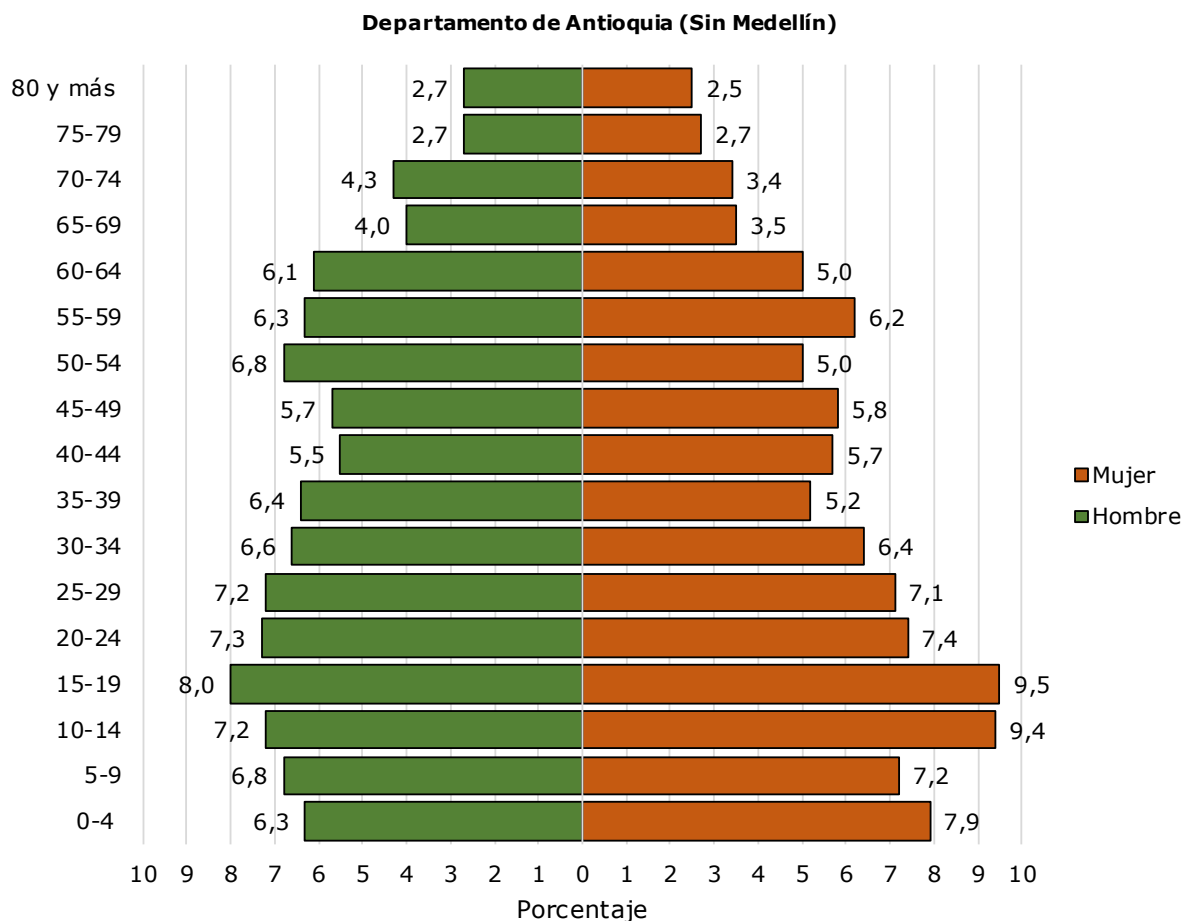


Gráfico 1. Pirámide poblacional del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.

Respecto a las subregiones, se observó que en aquellas en donde se presenta una dinámica predominantemente urbana y que, además, albergan las ciudades más pobladas del departamento, como es el caso de Valle de Aburrá, la pirámide poblacional fue similar a la de Antioquia. Las estructuras poblacionales van tornándose piramidales a medida que las subregiones se apartan del mayor centro poblado del departamento, de modo que subregiones como Urabá y Bajo Cauca presentaron una estructura poblacional con mayor proporción de niños y adultos jóvenes, en comparación con Valle de Aburrá (sin Medellín) (Gráfico 2).

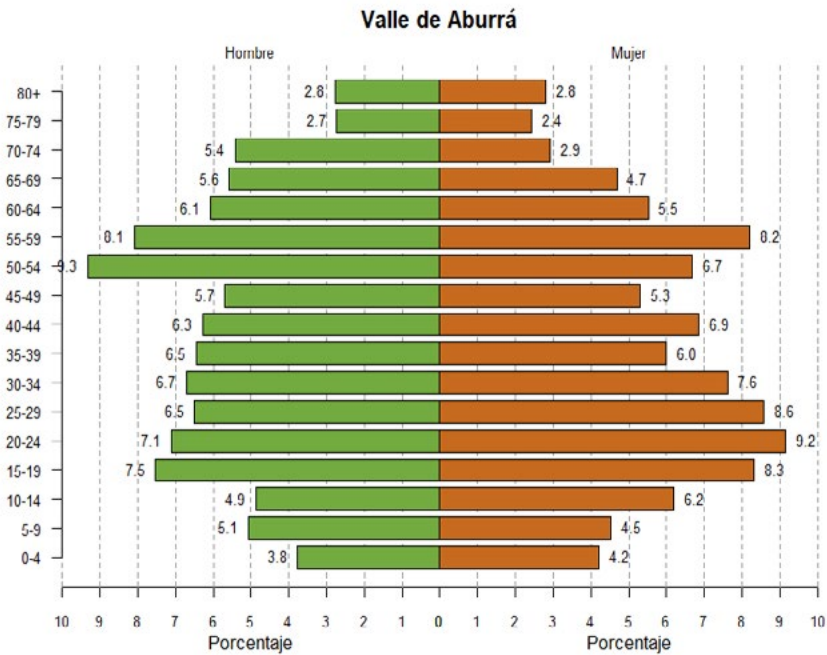


Gráfico 2. Pirámide poblacional de la subregión Vallé de Aburrá (sin Medellín). Antioquia, 2019

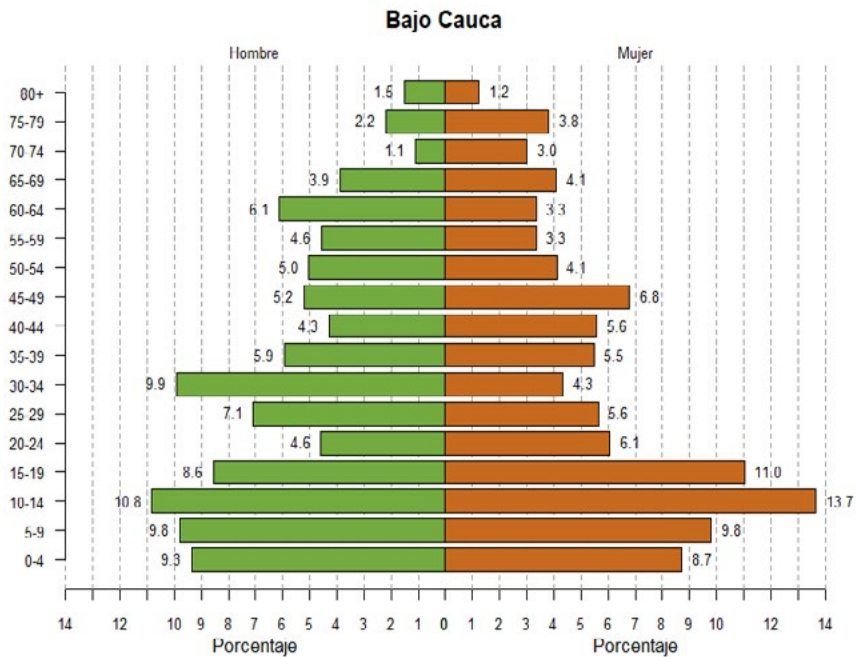


Gráfico 2a. Pirámide poblacional de la subregión Bajo Cauca. Antioquia, 2019.

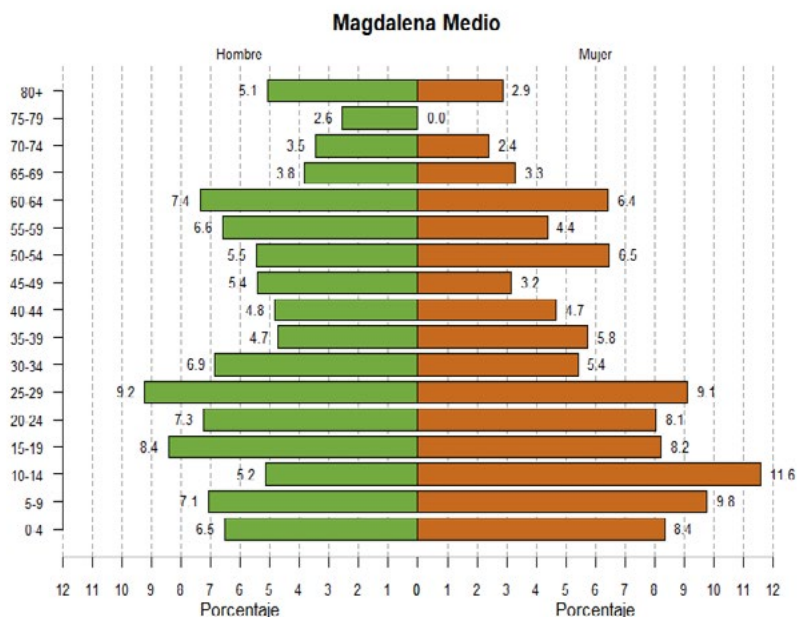


Gráfico 2b. Pirámide poblacional de la subregión Magdalena Medio. Antioquia, 2019.

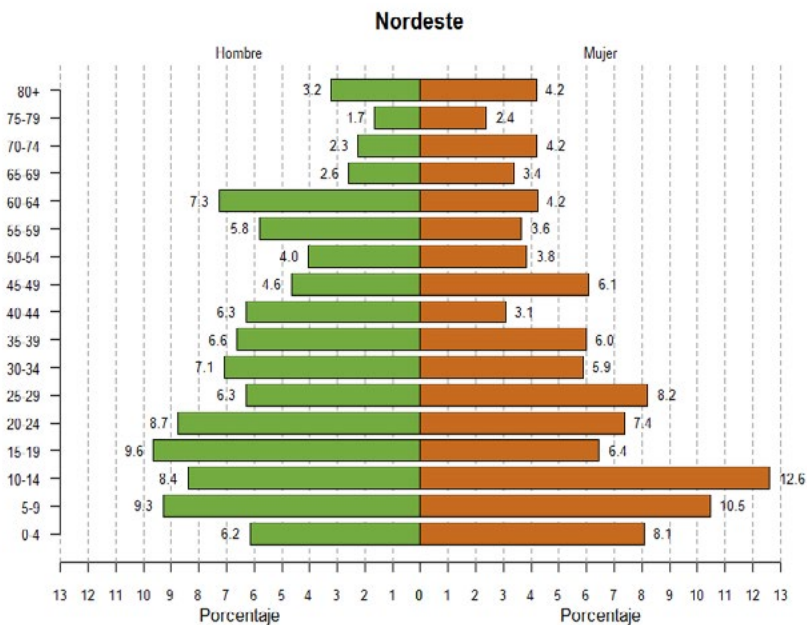


Gráfico 2c. Pirámide poblacional de la subregión Nordeste. Antioquia, 2019.

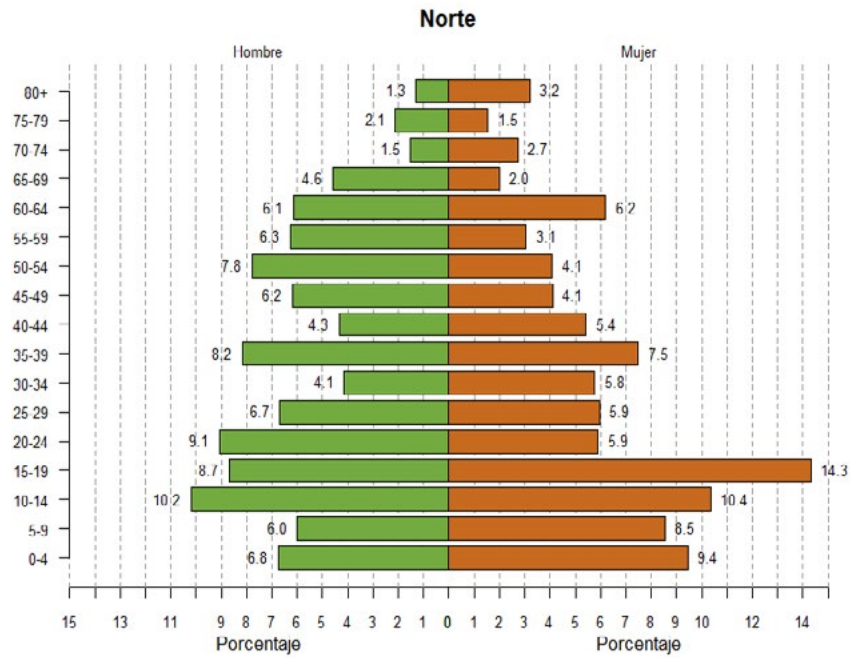


Gráfico 2d. Pirámide poblacional de la subregión Norte. Antioquia, 2019.

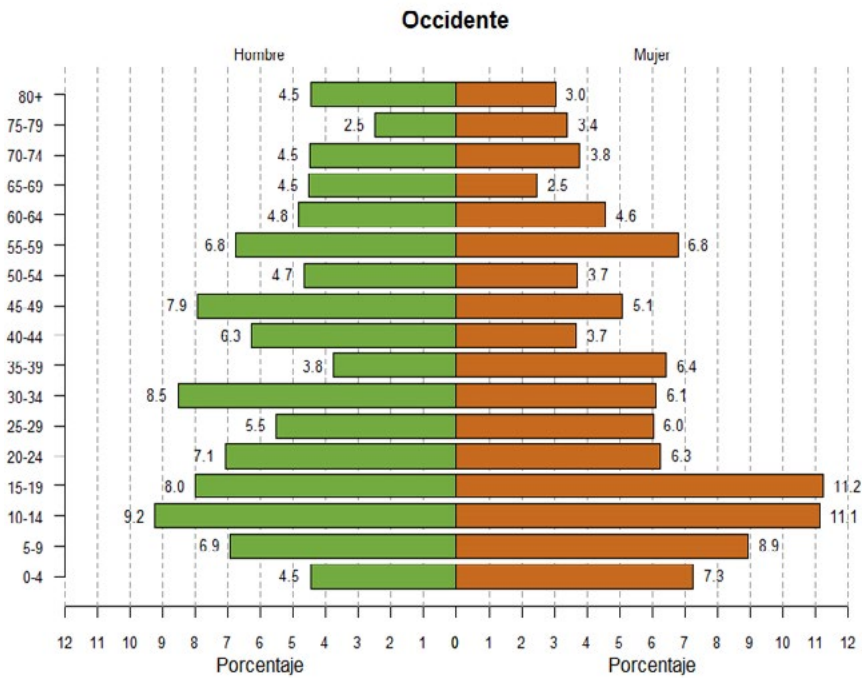


Gráfico 2e. Pirámide poblacional de la subregión Occidente. Antioquia, 2019.

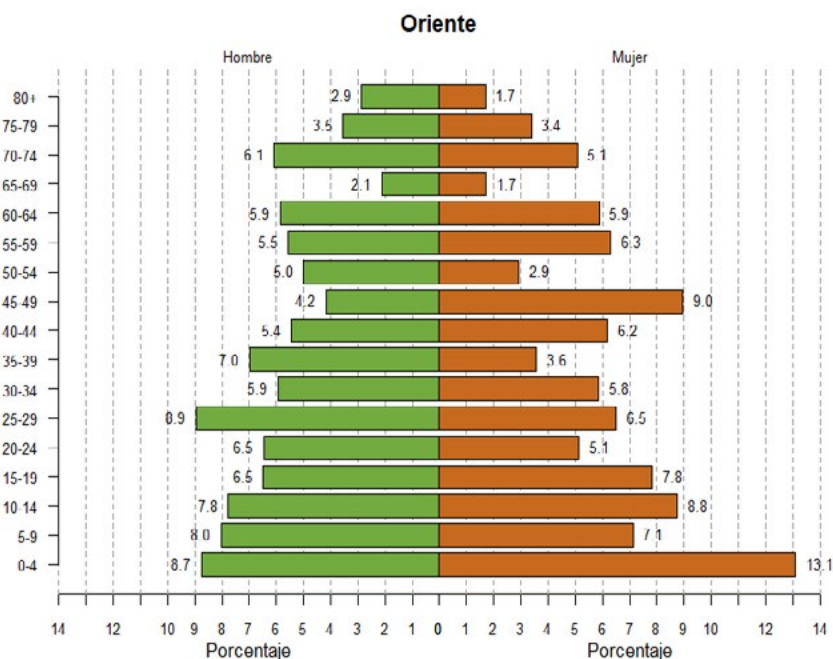


Gráfico 2f. Pirámide poblacional de la subregión Oriente. Antioquia, 2019.

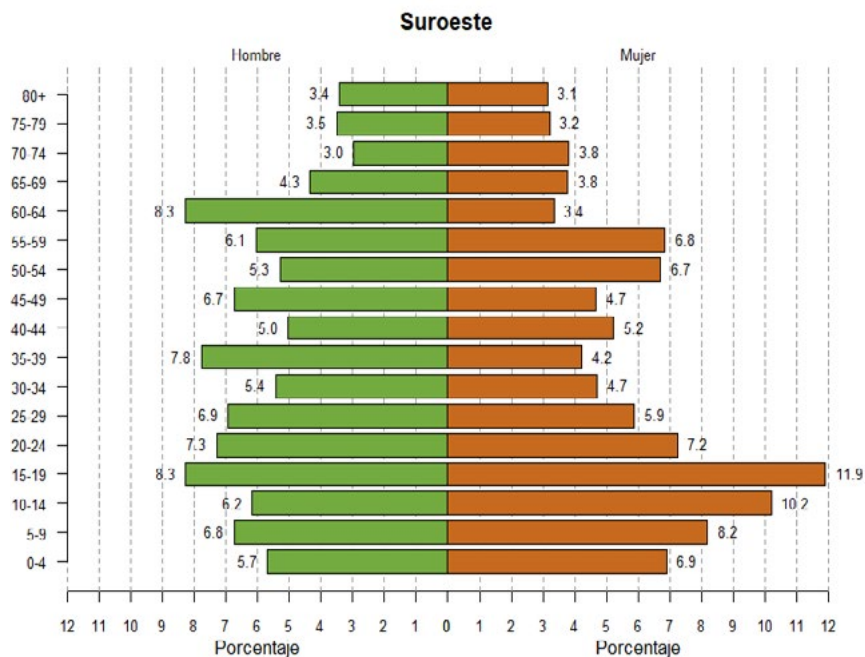


Gráfico 2g. Pirámide poblacional de la subregión Suroeste. Antioquia, 2019.

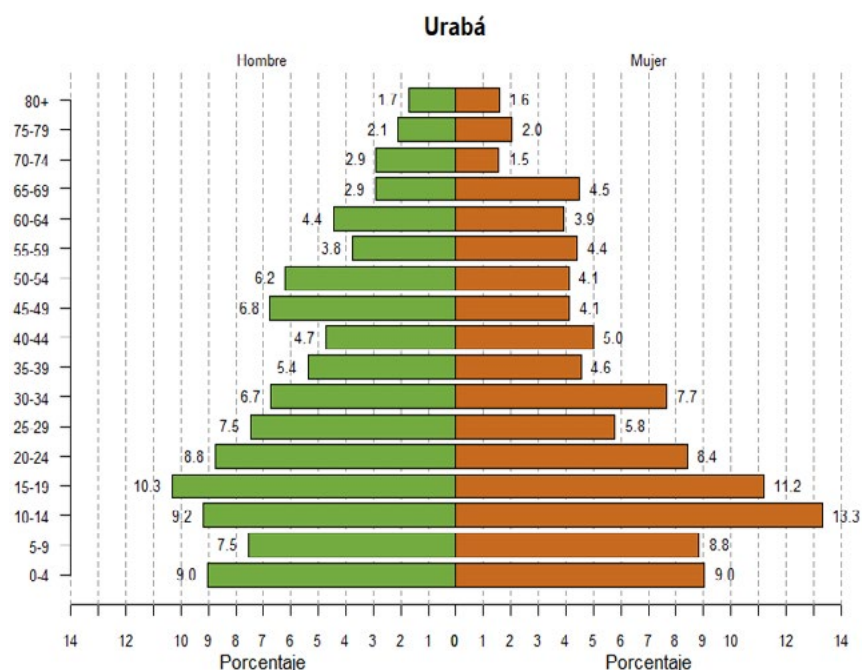


Gráfico 2h. Pirámide poblacional de la subregión Urabá. Antioquia, 2019.

2.2.1.2. Características socioeconómicas de los hogares por subregión y área de residencia.

En el departamento de Antioquia (sin Medellín), 62,1% de los hogares consultados para el presente estudio pertenecían al área urbana y 37,9% a la rural. La mayor proporción de hogares rurales se presentó en Occidente (65,7%) y la menor en Valle de Aburrá (13,7%).

- **Tamaño promedio del hogar**

El número de integrantes promedio del hogar fue de 3,5. Esta cifra fue similar en el área urbana y en la rural (Tabla 14).

- **Índice de hacinamiento**

En el departamento de Antioquia, 10,8% de los hogares encuestados presentaron hacinamiento, esta proporción fue más alta en el área rural (15,5%) en comparación con la urbana (7,9%). Se observó este mismo patrón en cada una de las subregiones, aunque cabe resaltar que en el área rural de Bajo Cauca (35%), Nordeste (21%) y Norte (18%), la proporción de hogares con hacinamiento fueron más altos respecto al promedio en esta área de residencia para el departamento (Tabla 15).

- **Ingreso mensual de los hogares en salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV).**

Tanto en Antioquia, como en cada una de las subregiones, 54,7% de los hogares reportaron ingresos inferiores a un SMMLV. Esta proporción fue mayor en el área rural (72,8%), comparada con el área urbana (43,7%). En las subregiones de Urabá (43,9%), Occidente (44,3%) y Bajo Cauca (40,6%), la mayoría de los hogares rurales reportaron ingresos inferiores a la mitad de un SMMLV. Por otro lado, Valle de Aburrá y Magdalena Medio fueron las subregiones con mayor proporción de hogares con ingresos entre uno y dos SMMLV, principalmente en el área rural (40,7% y 35,3%, respectivamente), además, Valle de Aburrá reportó más hogares urbanos (41%) con un ingreso superior a dos SMMLV (Tabla 15).

- **Participación del gasto alimentario en el hogar (PGA)**

Con una proporción similar entre el área urbana y el área rural, 44,4% de los hogares reportaron un PGA que se encontraba entre 25% y 50% de sus ingresos económicos mensuales. Las subregiones que presentaron mayor porcentaje de hogares con PGA en este rango fueron; Nordeste (60,0%) y Oriente (51,7%) en el área urbana; y Urabá (55,5%) en el área rural. Por otro lado, Valle de Aburrá tuvo más hogares urbanos (33,4%) con un PGA igual o inferior al 25%, mientras que Oriente y Suroeste presentaron más hogares rurales con un gasto en alimentos entre el 50% y 75% (Tabla 15).

- **Tipología del hogar**

Los hogares nucleados biparentales se presentaron con mayor frecuencia (32,2%), seguido de las familias extensas (23,3%), tanto en el área urbana como en la rural se encontró un patrón similar. La subregión de Valle de Aburrá reportó el mayor porcentaje de hogares rurales nucleados biparentales (45,5%), mientras que Urabá en el área rural (31,8%) y Oriente en ambas áreas de residencia (34,1% urbana y 32,1% rural) presentaron una mayor proporción de hogares extensos. El 12,4% de los hogares fueron nucleados monoparentales (madre) y fue en el área urbana de la subregión Suroeste donde se reportaron más hogares de este tipo (19,8%). Los hogares unipersonales contribuyeron en un 9,9%, y este porcentaje fue mayor en el área urbana de Magdalena medio (15,1%) (Tabla 15).

2.2.1.3. Características generales de la vivienda por subregión y área de residencia

- **Estrato socioeconómico**

De los hogares del departamento, 75,9% pertenecían a los estratos socioeconómicos uno y

dos, con una mayor proporción de hogares pertenecientes al estrato dos (41,7%). En el área rural hubo un porcentaje superior de hogares en el estrato uno (55,9%), mientras que en el área urbana la mayoría de los hogares se ubicaron en estrato dos (44,0%). Urabá y Bajo Cauca fueron las subregiones que presentaron los porcentajes más altos de hogares en estrato uno, principalmente en el área rural (85,6% y 86,3%, respectivamente). En tanto, Valle de Aburrá, Norte y Oriente fueron las subregiones que reportaron un porcentaje superior de hogares urbanos ubicados en estrato tres (44%, 36,3% y 29,5%, respectivamente). Valle de Aburrá y Oriente fueron las únicas subregiones que reportaron hogares ubicados en los estratos cuatro y cinco (3,1%) (Tabla 16).

- **Tipo de vivienda**

La casa fue el tipo de vivienda más utilizada por los hogares del departamento de Antioquia (74,8%), este porcentaje fue superior en el rural (83,9%). No obstante, la casa también fue el tipo de vivienda más utilizado por los hogares del área urbana de las subregiones de Magdalena Medio, Nordeste y Bajo Cauca. Por su parte, el apartamento fue habitado en menor proporción (19,3%), pero se destacó en el área urbana de las subregiones como Valle de Aburrá y Norte, dado que 43,5% y 33,1% de los hogares habitaban en este tipo de vivienda, respectivamente (Tabla 16).

En contraste, las subregiones Bajo Cauca y Urabá presentaron una mayor proporción de hogares habitando ranchos o viviendas de desechos, principalmente en el área rural (33,2% y 25,9%, respectivamente).

- **Disponibilidad de agua**

De los hogares, 96,7% disponían del servicio de agua en sus viviendas; 98,9% en el área urbana y 93,2% en el área rural. Las subregiones que presentaron menores porcentajes fueron Urabá (76,4%), Bajo Cauca (72,5%) y Norte (88,9%), principalmente en el área rural. Cabe destacar que, tanto en el área urbana y como rural de suroeste, así como en el área urbana de Norte y de Occidente, todos los hogares reportaron disponibilidad de este servicio (Tabla 16).

- **Eliminación de excretas**

De los hogares del departamento, un 68,1% tenían un sanitario conectado a alcantarillado, no obstante, mientras esta proporción en el área urbana fue de 89,7%, en el área rural desciende a 32,5%. En Valle de Aburrá y en Magdalena Medio hubo mayor cantidad de hogares en el área rural con sanitario conectado a alcantarillado (76,4% y 48,9%, respectivamente), en comparación con el resto de las subregiones en las cuales el pozo séptico fue la principal

conexión sanitaria, mayormente de los hogares rurales (41,2%). Cabe destacar a las subregiones Norte y Nordeste, donde los hogares con letrina e inodoros sin conexión superaron a los otros tipos de conexión sanitaria en el área rural (61,6% y 46,8%, respectivamente) (Tabla 16).

- **Lugar para la preparación de alimentos en el hogar**

Un total de 93,2% de los hogares reportaron preparar los alimentos en un cuarto solo para cocinar o en una sala comedor con lavaplatos; este patrón se observó en todas las subregiones. En contraste, en el área rural de la subregión Norte (12,3%) y en el área, tanto urbana (16%) como rural (21,3%), de la subregión del Bajo Cauca, se evidenció que el porcentaje de hogares que cocinaban al aire libre fue superior al resto del departamento (Tabla 16).

2.2.4. Características demográficas y socioeconómicas del jefe o la jefa de hogar, por subregión y área de residencia.

- **Sexo**

De las personas reconocidas como jefes de hogar, 50,9% fueron hombres. En el área rural se observó una mayor presencia de jefes de hogar hombres (57,1%), contrario a lo observado en el área urbana donde hubo más representatividad de las mujeres (52,9%). No obstante, las subregiones de Magdalena Medio, Norte y Occidente reportaron mayor proporción de mujeres como jefas de hogar, mientras que la subregión Oriente presentó un mayor porcentaje de hogares cuyo jefe era un hombre (Tabla 17).

- **Edad**

En el 51,1% de los hogares, el jefe o jefa pertenecía al rango de edad de 35 a 60 años, con una proporción muy similar tanto en el área urbana (51,3%) como en el área rural (51%). En Nordeste se evidenció un porcentaje superior de hogares urbanos con jefes mayores de 60 años, igualmente, un mayor porcentaje de hogares rurales con jefes entre 18 y 35 años (Tabla 17).

- **Nivel de escolaridad**

El nivel de estudios aprobados que se reportó con más frecuencia en los jefes y jefas de hogar fue la primaria completa (38,1%). Por área de residencia, se encontró que en la rural fue más frecuente encontrar jefes y jefas de hogar sin estudios (41,6%); mientras que en la urbana, lo más frecuente fue encontrar que su nivel máximo de estudios era la primaria completa (36,6%).

En las subregiones de Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente, Suroeste y Urabá se reportó un mayor porcentaje de hogares con jefe o jefa de hogar sin estudios; mientras que

en las subregiones de Valle de Aburrá y Oriente, la mayoría de los jefes o jefas de hogar habían aprobado la primaria completa. Igualmente, cabe destacar a las subregiones de Urabá (25,0%), Magdalena Medio (24,3%), Valle de Aburrá (21,9%) y Oriente (21,2%), las cuales presentaron más jefes y jefas de hogares urbanos con secundaria completa aprobada. Valle de Aburrá (27,0%), Oriente (15,5%) y Urabá (13,7%) se destacaron por presentar las proporciones más altas de jefes y jefas de hogar con estudios superiores (Tabla 17).

- **Ocupación predominante en el último mes**

De los jefes y jefas de hogar, 55,8% reportaron estar trabajando, seguido de 27,8% que se dedicaron a los oficios del hogar, este patrón se observó en todas las subregiones. En Norte y Magdalena Medio se evidenció el mayor porcentaje de jefes y jefas de hogar cuya actividad principal durante el mes inmediatamente anterior fue la realización de los oficios del hogar (Tabla 17).

- **Etnia con la que se identifica**

De los jefes de hogar, 41% no se identificaron con ninguna etnia; esta respuesta fue más frecuente en el área rural (47,3%). En tanto, en el área urbana, hubo una mayor proporción de jefes y jefas que se identificaron como mestizos (42,6%). El área rural de la subregión Oriente reportó un mayor porcentaje de jefes y jefas de hogar que no se identificaron con ninguna etnia, mientras que en Valle de Aburrá hubo más mestizos (52,2% rural y 53,4% urbana). En el área urbana de Urabá y la rural de Bajo Cauca se encontraron los porcentajes más altos de afrodescendientes (53% y 33,7%, respectivamente) (Tabla 17).

2.2.5 Aspectos socioeconómicos de los integrantes del hogar, por subregión y área de residencia.

- **Nivel de escolaridad**

Un porcentaje de 38,3% de las personas del departamento de Antioquia reportaron haber aprobado primaria completa, seguido del 27,5% que no tenían ningún nivel de estudio aprobado. En el área rural fue más alto el porcentaje de personas sin estudios o solo con primaria completa aprobada (79,3%), mientras que, en el área urbana fue mayor la proporción de personas con secundaria completa o estudios superiores aprobados (41,9%).

En el área urbana de las subregiones de Valle de Aburrá, Oriente y Magdalena Medio, se evidenció una mayor proporción de personas con estudios de secundaria completa aprobados. Igualmente, en Valle de Aburrá (24,1%), Oriente (15,2%) y Urabá (13,0%) hubo más personas con estudios superiores aprobados, principalmente en el área urbana. El porcentaje de mujeres con algún nivel de estudio aprobado fue mayor respecto a los hombres; este comportamiento fue similar en todas las subregiones (Tabla 18).

- **Asistencia escolar entre los 10 y 24 años**

De las personas ubicadas en este rango de edad, 60% se encontraban estudiando como principal actividad, con una proporción similar en ambas áreas de residencia. No obstante, en el área rural de Bajo Cauca se encontró un porcentaje más alto (82,1%). Los hombres y las mujeres presentaron una asistencia escolar en porcentajes similares (30,4% y 29,6%, respectivamente); en este aspecto también se destacó el área rural de Bajo Cauca donde el porcentaje de hombres estudiantes (50,6%) fue superior al reportado en el departamento. Los niños y jóvenes de diez a 16 años contribuyeron con el mayor porcentaje a la asistencia escolar (43,6%) (Tabla 18).

- **Asistencia a programas de alimentación y nutrición**

Se evidenció una baja asistencia a los programas de alimentación y nutrición en el departamento; solo 6,2% de las personas en el área rural y 6,1% en el área urbana reportaron pertenecer a algún programa. Esta proporción fue más alta en el área rural de las subregiones Nordeste (13,1%), Norte (9,8%) y Occidente (9,9%).

Los programas que reportaron mayor porcentaje de participación fueron los programas de alimentación para la primera infancia, donde 14,7% de los niños menores de cinco años asistían en el área urbana y 17,8% en el área rural. En las dos áreas de las subregiones de Bajo Cauca, Urabá y Oriente, se presentaron los mayores porcentajes de niños y niñas que asistían a programas de alimentación para la primera infancia (Tabla 19).

En cuanto al Programa de Restaurante Escolar (PAE), 16,8% de los niños y jóvenes del área urbana y 17,9% del área rural asistían a dicho programa. En Occidente, en el área rural de Norte y en el área urbana de Oriente, se reportaron los porcentajes más altos de niños, niñas y jóvenes que pertenecían al PAE. Según la edad, la mayor participación se presentó en los niños y niñas de seis a diez años, con un porcentaje cercano al 30% en ambas áreas. Se destacó el área rural de Nordeste y la subregión de Occidente con los mayores porcentajes de participación de niños, niñas y jóvenes en el PAE (46,1% y 46,7%, respectivamente) (Tabla 20).

2.2.6 Algunas características sociodemográficas de las mujeres jefas de hogar, por subregión y área de residencia.

- **Edad**

49,1% de los hogares del departamento de Antioquia reportaron tener como jefa a una mujer. Se encontraron ubicadas principalmente en el rango de edad de 35 a 60 años, con una proporción similar tanto en el área rural como en el área urbana. Norte fue la subregión donde se reportó mayor porcentaje de mujeres jefas de hogar, en el rango de edad de 35 a 60 años, principalmente en el área urbana (70,3%). Las mayores de 60 años representaron 26,8%

y fueron reportadas con mayor frecuencia en el área urbana de las subregiones de Suroeste (39,3%) y Valle de Aburrá (38,0%) (Tabla 21).

- **Nivel de escolaridad**

De las mujeres que fueron identificadas como jefas de hogar, 36,7% aprobaron primaria completa, seguidas de 27,9% que no tenían ningún nivel de estudio aprobado. En el área rural, fue más alto el porcentaje de mujeres jefas de hogar que no habían aprobado ningún nivel de estudio (39,7%); mientras que en el área urbana fue mayor el porcentaje de mujeres que habían aprobado primaria completa (36,1%).

En las subregiones de Valle de Aburrá, Norte y Oriente, la primaria completa fue el nivel educativo aprobado que se presentó con mayor proporción, principalmente en el área urbana. En contraste, en las demás subregiones hubo un porcentaje más alto de mujeres que no habían aprobado ningún nivel educativo. En Valle de Aburrá, Bajo Cauca y Urabá se evidenció una mayor proporción de mujeres con estudios completos de secundaria, principalmente en el área urbana. Asimismo, en las subregiones de Valle de Aburrá (26,6%), Bajo Cauca (20,7%) y Urabá (13,3%) hubo un porcentaje más alto, en el área urbana, de mujeres con estudios superiores (Tabla 21).

- **Ocupación en el último mes**

De las mujeres jefas de hogar, 51,4% se ocuparon en los oficios del hogar como principal actividad durante el mes inmediatamente anterior, seguido de 35,1% que se dedicaron a trabajar; en cada una de las subregiones se mantuvo una tendencia similar. Se destacaron las subregiones de Bajo Cauca (43,3%), Occidente (53,7%) y Urabá (40,8%) en el área urbana, donde se evidenció un porcentaje más alto de mujeres jefas de hogar que se ocuparon trabajando. En Valle de Aburrá se reportó el mayor porcentaje en cuanto a las mujeres jefas de hogar jubiladas o pensionadas (13,7%) (Tabla 21).

- **Ingreso mensual en SMMLV**

De las mujeres jefas de hogar, 35,8% reportaron ingresos inferiores a la mitad de un SMMLV, tanto en el área rural (46,1%) como en el área urbana (30,7%). Solo 12,9% reportaron ingresos superiores a un SMMLV y fueron mujeres principalmente del área urbana y de la subregión Valle de Aburrá (Tabla 21).

- **Tipología de hogar**

La mayoría de las mujeres jefas de hogar hicieron parte de familias extensas (28,3%), seguido de aquellas que pertenecían a familias nucleadas monoparentales (madre) (23,7%), y, en una menor proporción, de las que lideraban familias nucleadas biparentales (18,5%). Se observó una distribución muy similar tanto en el área urbana como en el área rural (Tabla 21).

2.2.2. Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones.

2.2.2.1. Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia y subregiones, según área.

En Antioquia, el 33% (IC 95% 30,9-35,0) de los hogares estaban en seguridad alimentaria y 67% (IC 95% 64,7-69,4) en inseguridad alimentaria, distribuida así; leve, 38% (IC 95% 35,6-40,4); moderada, 18,5% (IC 95% 16,5-20,5); y severa, 10,5% (IC 95% 9,1-12,0) (Tabla 22, Gráfico 3).

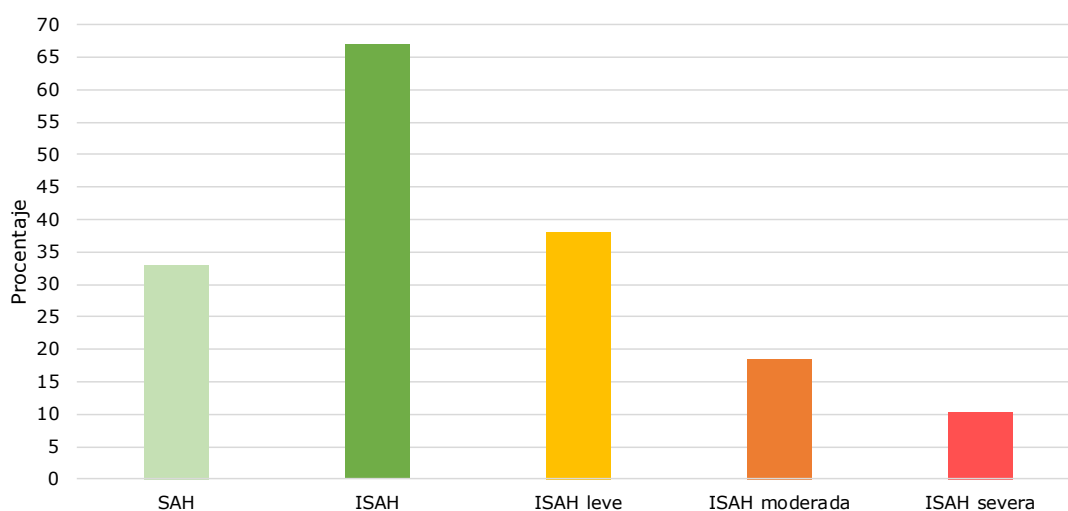


Gráfico 3. Prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En todas las subregiones se presentaron mayores prevalencias de inseguridad alimentaria en el hogar (ISAH) que en la departamental; excepto Valle de Aburrá (sin Medellín), que fue menor (50,0% IC 95% 46,2-53,8), y en Suroeste, que fue similar (67,7% IC 95% 61,5-73,9). Cabe destacar la alta prevalencia de ISAH en Bajo Cauca (87,6% IC 95% 82,5-92,8) y en Urabá (86,0% IC 95% 82,5-89,6).

Con respecto a la prevalencia departamental, la inseguridad alimentaria (ISA) leve fue mayor en todas las subregiones, excepto en Urabá, que fue menor (30,2% IC 95% 25,3-35,1); la ISA moderada fue mayor en todas las subregiones, excepto en Valle de Aburra (sin Medellín) (13,4% IC 95% 10,8-16,0), Magdalena Medio (16,2% IC 95% 11,2-21,1) y Suroeste (17,7% IC 95% 12,7-22,6), y similar en Oriente (18,7% IC 95% 10,6-26,8). La ISAH severa fue menor en Valle de Aburrá (sin Medellín) (4,7% IC 95% 3,1-6,4) y mayor en Bajo Cauca (24,8% IC 95% 17,8-31,8), Magdalena Medio (17,5% IC 95% 11,6-23,4) y Urabá (29,1% IC 95% 24,6-33,7) (Tabla 22, Gráfico 4).

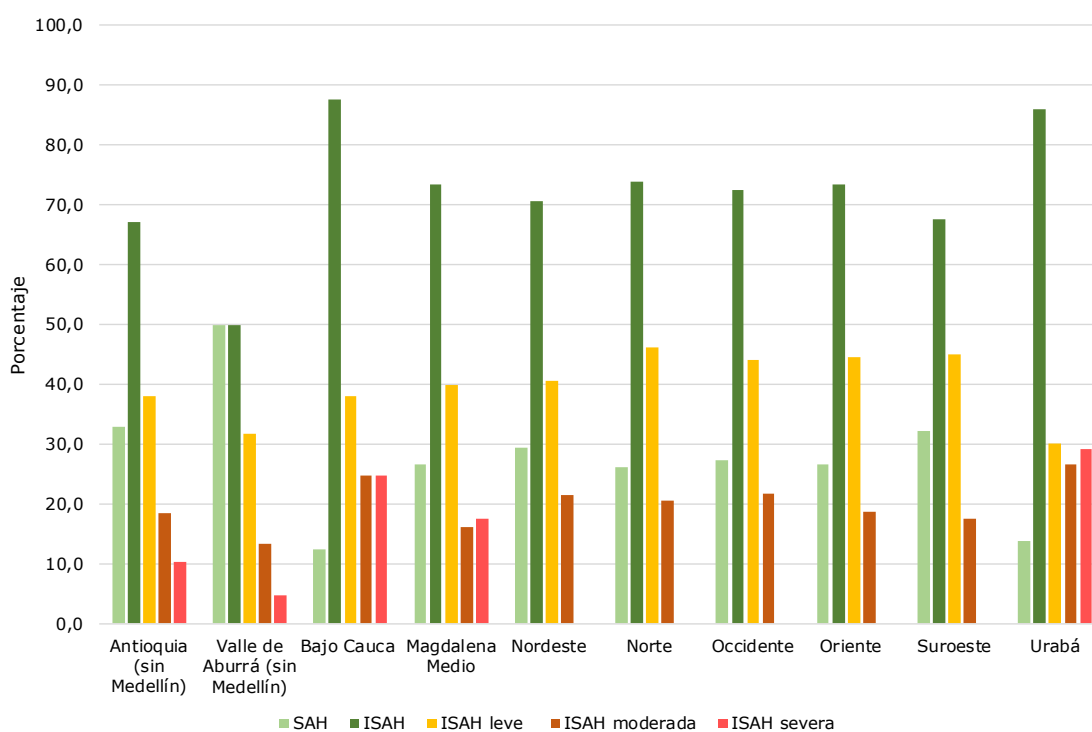


Gráfico 4. Seguridad alimentaria en el hogar, según subregiones. Antioquia (sin Medellín), 2019.

La prevalencia de ISAH en los hogares que vivían en el área rural de Antioquia (75,8% IC 95% 71,8-79,9) fue mayor a la encontrada en los hogares que habitaban en el área urbana (61,7% IC 95% 59,1-64,3). En todas las subregiones se presentó esta situación, excepto en la subregión de Occidente donde las prevalencias de ISAH en el área urbana fue un poco mayor (73,6% IC 95% 65,6-81,5) versus el área rural (72,0% IC 95% 64,6-79,4) (Tabla 22).

2.2.2.2. Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones, según composición, número de personas y tipología del hogar.

En Antioquia (sin Medellín), los hogares integrados por menores de 18 años y personas adultas presentaron mayor prevalencia de ISAH (72,1% IC 95% 69,0-75,2) con respecto a los hogares integrados solo por personas adultas (60,9% IC 95% 57,4-64,4), al igual que la ISAH leve, moderada y severa. Las prevalencias de ISAH en todas las subregiones tuvieron este mismo comportamiento, excepto en Magdalena Medio donde la ISAH en los hogares integrados por adultos fue mayor (76,5% IC 95% 67,3-85,7) versus los hogares conformados por adultos y niños (70,9% IC 95% 62,1-79,8) (Tabla 23).

En Antioquia (sin Medellín), a medida que el hogar estaba conformado por más personas, se incrementó la prevalencia de ISAH, al igual que la prevalencia leve, moderada y severa. El 61,9% (IC 95% 58,8-65,0) de los hogares compuestos por una a tres personas estaban en ISAH versus el 77% (IC 95% 70,5-83,5) en aquellos con seis miembros o más. Igual comportamiento se presentó en las subregiones (Tabla 23).

En el departamento, los hogares extensos (71,4% IC 95% 66,3-76,5) y monoparentales (madres/padre) presentaron las mayores prevalencias de ISAH (70,5% IC 95% 65,6-75,5). Este mismo comportamiento se observó en todas las subregiones, excepto en las subregiones Bajo Cauca, donde los hogares nucleados biparental ocuparon el primer lugar (91,1% IC 95% 81,4-100,0); Magdalena Medio, donde los hogares unipersonales ocuparon el segundo lugar (70,7% IC 95% 53,3-88,1); en Norte, los monoparentales (madre/padre) (79,5% IC 95% 64,5-94,5) estuvieron en primer lugar, seguidos por nucleados biparentales (76,0 IC 95% 64,1,7-87,8); y en Occidente, los hogares unipersonales ocupan el primer lugar (94,5% IC 95% 86,0-100,0) (Tabla 23).

2.2.2.3. Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones; según sexo, algunas características socioeconómicas, Sisbén y afiliación al Sistema General de Salud del jefe o jefa del hogar.

En Antioquia, los hogares con las siguientes características del jefe o jefa de hogar presentaron las mayores prevalencias de ISAH; encabezados por mujeres (68,3% IC 95% 65,4-71,2), aquellos donde un familiar cercano ejercía como jefe del hogar (70,2% IC 95% 64,4-76), estaba en el Sisbén (69,6% IC 95% 67,1-72,1), afiliados a una EPS subsidiada (81,8% IC 95% 79,0-84,6) y beneficiarios del régimen de salud (76,0% IC 95% 73,4-78,7). En todas las subregiones se registró el mismo comportamiento, excepto en Oriente, donde los hogares encabezados por hombres presentaron mayor prevalencia de ISAH (76,6% IC 95% 66,0-87,2) versus los encabezados por mujeres (67,7% IC 95% 54,7-80,6) (Tabla 24).

En el departamento se encontró que, a más alto nivel educativo del jefe o jefa del hogar, menor prevalencia de ISAH había; pasando de 40,4% (IC 95% 34,9-45,8) cuando este tenía estudios superiores, a 79,9% (IC 95% 76,6-83,1) cuando había cursado preescolar o no tenía estudios. Este mismo gradiente se observó en los diferentes grados de la ISAH. En todas las subregiones se observó un comportamiento similar (Tabla 25).

En cuanto a la ocupación del jefe o jefa de hogar en el mes inmediatamente anterior al estudio, los hogares de Antioquia (sin Medellín), encabezados por aquellos que estaban buscando trabajo presentaron una ISAH (91,6% IC 95% 83,9-99,4); los que se ocupaban en oficios domésticos (72,1% IC 95% 68,4-75,9) presentaron las mayores prevalencias de ISAH, y a la vez, las mayores prevalencias de ISAH moderada y severa (Tabla 25).

2.2.2.4. Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones, según ingresos, gasto alimentario y participación porcentual del gasto alimentario.

En Antioquia, según los ingresos mensuales de los hogares, las prevalencias de ISAH cambian de manera radical. En aquellos con ingresos menores o iguales a la mitad de una SMMLV, la inseguridad alimentaria fue de 90,8% (IC 95% 87,3-94,3); y según los grados de ISAH, las cifras reportadas fueron: leve 40,1% (IC 95% 33,9-46,3); moderada 28,9% (IC 95% 23,2-34,6); y severa 21,8% (IC 95% 17,5-26,1). En cambio, en hogares con ingresos de tres a cuatro SMMLV, la ISAH fue 37,9% (IC 95% 28,6-47,2) y la leve fue de 29,9% (IC 95% 21,1-38,7). En todas las subregiones se observó que, a medida que se incrementan los ingresos, las prevalencias de ISAH son menores (Tabla 26, Gráfico 5).

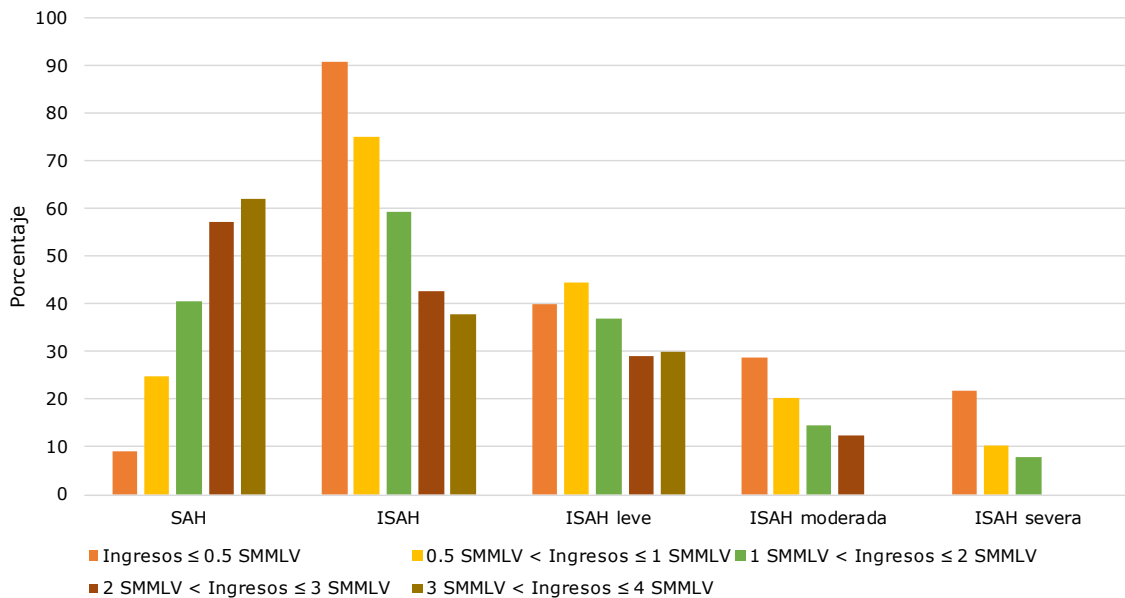


Gráfico 5. Seguridad alimentaria, según ingresos del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Según el gasto alimentario mensual se presenta una disminución de la ISAH a medida que este se incrementa. En aquellos con gasto menor o igual a medio SMMLV esta fue de 77,5% (IC 95% 74,7-80,2) y según los grados de ISAH, las cifras reportadas fueron 40,1%, 22,8% y 14,6% para ISAH leve, moderada y severa, respectivamente. En los hogares con gasto de uno a dos SMMLV la ISAH fue de 32% (IC 95% 23,7-40,4) y 25,8% en ISAH leve. En todas las subregiones se observó la misma tendencia (Tabla 26, Gráfico 6).

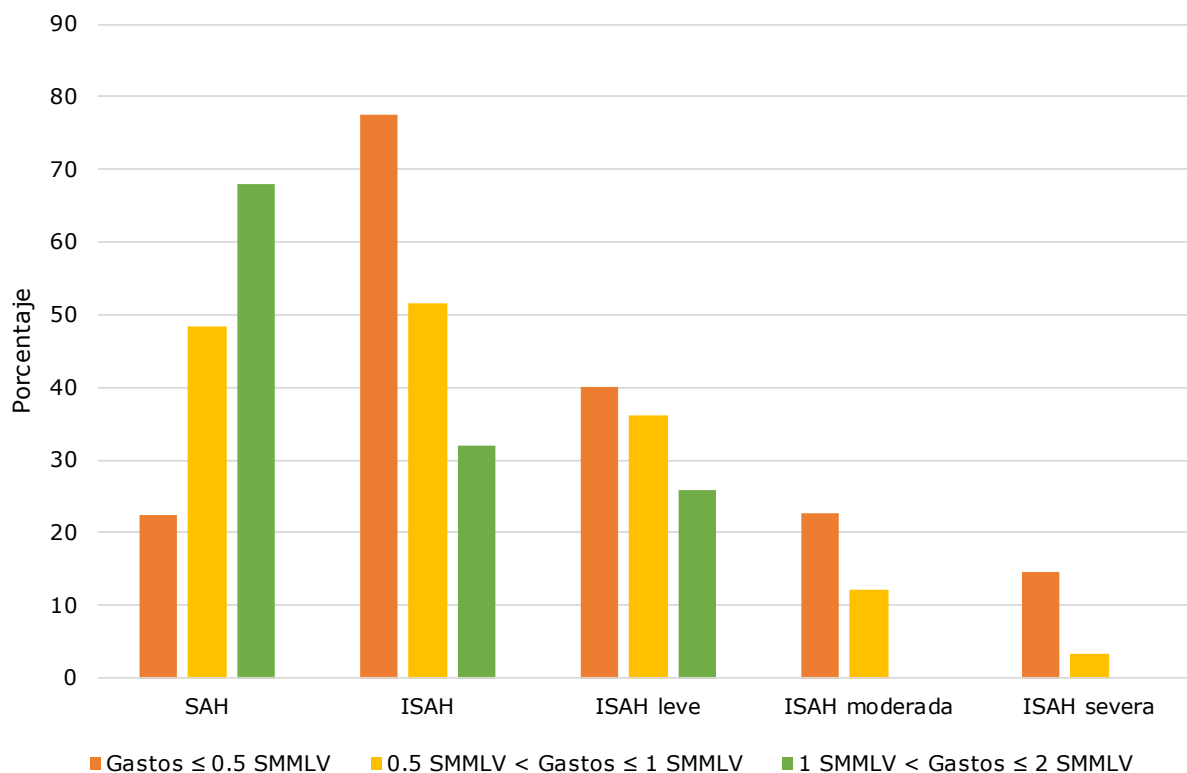


Gráfico 6. Seguridad alimentaria en el hogar, según gasto alimentario. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En cuanto a la participación porcentual del gasto alimentario, según los ingresos de los hogares, se encontró que, a menor participación, menor prevalencia de ISAH. El 54,7% (IC 95% 49,5-60,0) de los hogares cuya participación fue menor o igual al 25%, estaban en ISAH, 31,8% en leve, 14,1% en moderada y 8,8% en severa versus las prevalencias de los hogares con una participación mayor al 75%, donde la ISAH fue de 79,7% (IC 95% 72,3-87,1), distribuidos en los tres grados de ISAH así: 46,3% leve, 22,5% moderada y 10,9% severa. En todas las subregiones se observó la misma tendencia (Tabla 26, Gráfico 7).

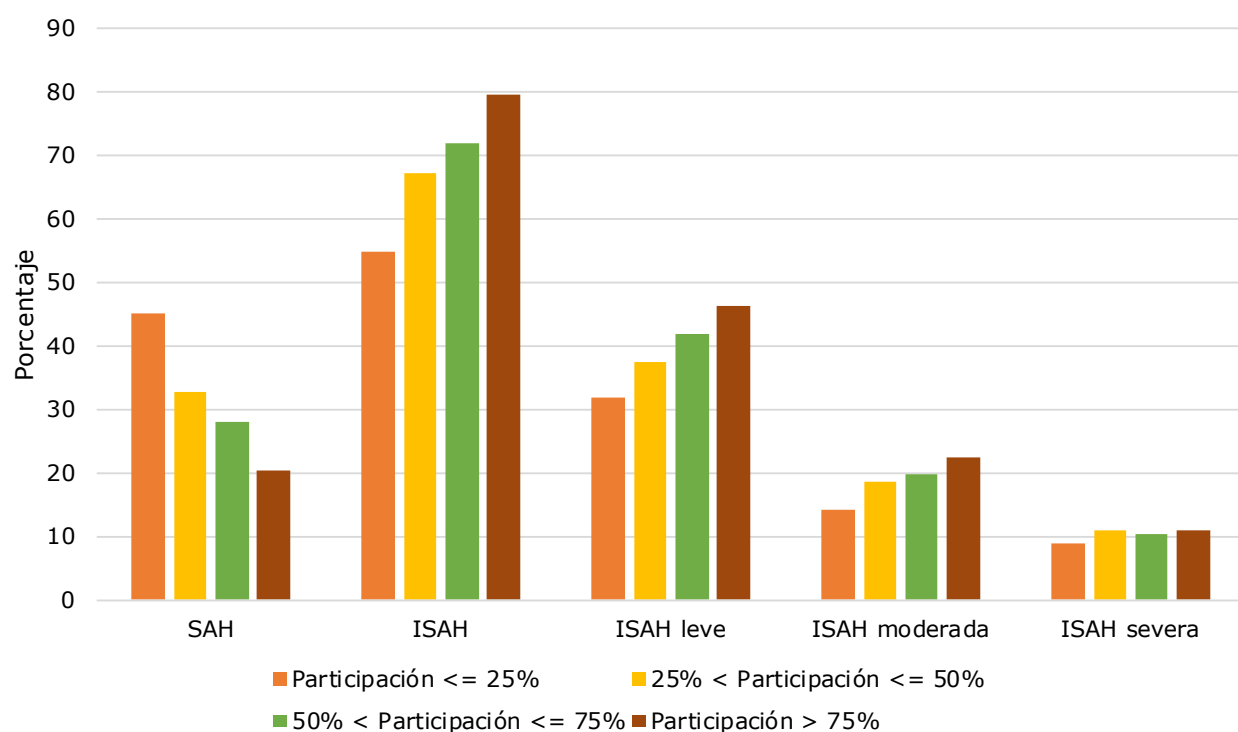


Gráfico 7. Seguridad alimentaria en el hogar, según participación porcentual del gasto alimentario y los ingresos del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.

2.2.2.5. Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones, según estrato socioeconómico de la vivienda y acceso a servicios públicos.

En Antioquia, según el estrato socioeconómico de las viviendas se encontró que, a medida que este asciende, se disminuye la ISAH, pasando de 83,3% (IC 95% 80,0-86,6) en el estrato uno, a 46,5% (IC 95% 41,9-51,0) en el estrato tres. En todas las subregiones se presentó un comportamiento similar (Tabla 27).

Dado el bajo número de hogares sin conexión de agua, energía y recolección de basura, no se pudieron establecer comparaciones de la SAH con aquellos que disponen de ellos, quienes, de manera positiva, son la mayoría (Tabla 27).

2.2.2.6. Seguridad alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones, según asistencia a programas alimentarios.

En Antioquia (sin Medellín), el 66,8% (IC 95% 64,4-69,2) de los hogares en los cuales ninguno de sus miembros asistía a un programa alimentario estaban en ISAH versus aquellos hogares con asistencia alimentaria en los cuales la ISAH fue de 93,3% (IC 95% 82,7-100,0). La distribución de la participación de los hogares en los programas alimentarios fue la siguiente: 3.703 (32%), alguno de sus integrantes asistían a programas del ICBF; 3.498 (30,2%) a programas alimentarios locales, regionales o nacionales; 1.973 (17,1%) eran beneficiarios de paquetes alimentarios dirigidos a familias vulnerables; y 2.398 (20,7%) al paquete alimentario para el adulto mayor. Por el bajo número de hogares con personas que asistían a los diferentes programas alimentarios, no se muestran las prevalencias de ISAH (Tabla 28).

2.2.3. Ambientes alimentarios

2.2.3.1. Adquisición de los alimentos en hogares antioqueños

La garantía de una alimentación saludable y sustentable para la población que habita en el departamento de Antioquia requiere de la creación de ambientes comunitarios que faciliten el acceso a grupos de alimentos como los cereales, tubérculos, plátanos, frutas, verduras, leches, productos lácteos, carnes, huevos, leguminosas, semillas, aceites y azúcares y, al mismo tiempo, de la disminución en la disponibilidad de productos alimenticios ultraprocesados. En este propósito, es vital contar con información sobre algunas características, en relación con la disponibilidad de alimentos en los hogares, en especial el lugar de adquisición. La caracterización que se presenta a continuación muestra los tipos de adquisición y los modelos de distribución de alimentos frecuentados por los hogares, que son conjuntos de formatos en que se adquieren los alimentos con características de funcionamiento similares, los cuales fueron agrupados en modelos tradicional, moderno, alternativo y beneficencia.

- **Tipo de adquisición de alimentos en los hogares de Antioquia**

El 90% de los hogares de Antioquia usa exclusivamente medios monetarios para acceder a los alimentos, el porcentaje más alto de este tipo de adquisición está en el Valle de Aburrá que alcanza aproximadamente 96,5%. Esta proporción en áreas urbanas es de 95% y en áreas rurales 81,5%.

- **Adquisición de grupos de alimentos en los hogares de Antioquia**

Entre los grupos de alimentos recomendados para lograr una alimentación saludable y sustentable, el de menor adquisición en los hogares de Antioquia fueron las frutas, no adquiridas por el 19,9% de los hogares; 11,6% (IC 95% 10,3-13,0) urbanos; y 8,3% (IC 95% 6,6-10,0) rurales. Un porcentaje similar se halló para los productos lácteos, no adquiridos en 19,8% de los hogares; de los cuales, 9,1% (IC 95% 7,8-10,3) son del área urbana; y 10,8% (IC 95% 9,1-12,5) del área rural. La leche no estuvo disponible en 7,6% de los hogares (Gráfico 8 y Anexo 44).

En cuanto a los modelos de distribución de alimentos, el más frecuentado para la adquisición de frutas, verduras, tubérculos y plátanos fue el tradicional (Gráfico 8), las plazas de mercado fueron el lugar de adquisición de estos grupos en aproximadamente 8,5% de los hogares del departamento (Tabla 29).

Para estos grupos, además de los huevos, también se destacan prácticas de autoabastecimiento, especialmente en hogares rurales. En subregiones como Nordeste y Occidente estas prácticas, clasificadas dentro de la distribución alternativa de alimentos, abastecen de huevos al 16,5% (IC 95% 10,5-22,5) y 14,5% (IC 95% 9,9-19,1) de los hogares rurales, respectivamente, y de frutas, a 19,0% (IC 95% 12,4-25,6) y 11,4% (IC 95% 7,0-15,9), respectivamente. (Anexo 44). El autoabastecimiento también es importante en el suministro de preparaciones tradicionales como las arepas (Tabla 29).

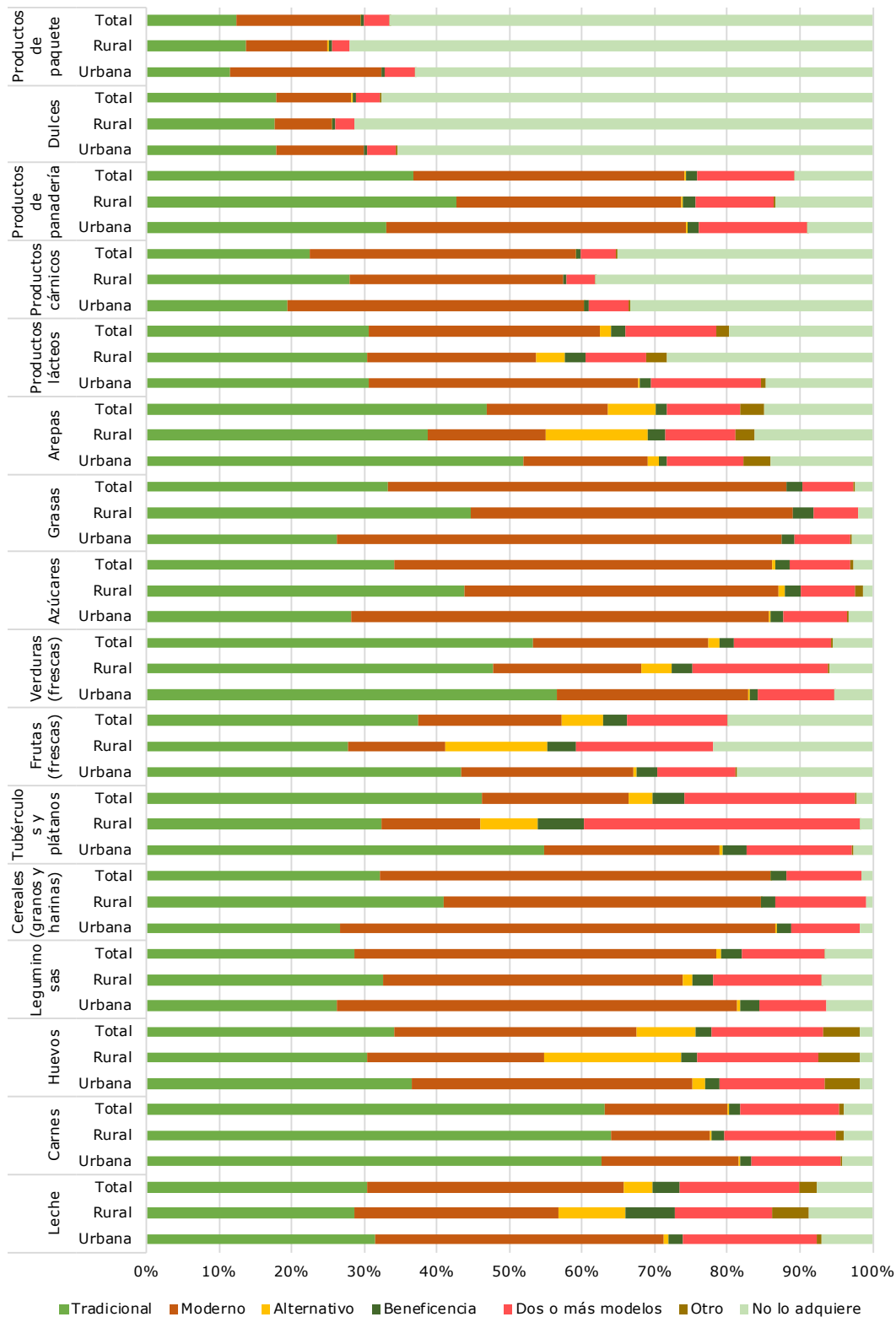


Gráfico 8. Grupos de alimentos adquiridos en los hogares, según modelos de distribución y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

El modelo moderno de distribución de alimentos fue frecuentado por la mitad de los hogares del departamento para adquirir leguminosas; cereales como arroz, pastas, maíz y avena; harinas; azúcares y grasas (Gráfico 8). En subregiones como Valle de Aburrá y Suroeste el uso de este modelo presentó un porcentaje mayor, mientras en Bajo Cauca y Oriente, menor (Anexo 44).

Entre los formatos del modelo moderno, los supermercados fueron los lugares más frecuentados. En las tiendas de conveniencia o de descuento¹, un formato de reciente presencia en los territorios, se destacó la adquisición de leche 20,5% (IC 95% 18,9-22,1) y productos lácteos 16,1% (IC 95% 14,6-17,6); la compra de frutas, verduras, tubérculos y plátanos fue muy baja (Tabla 29).

En lo que respecta a la adquisición de alimentos bajo el modelo de beneficencia, que agrupó aquellos alimentos procedentes de programas sociales y regalos o donaciones, se halló que, para aproximadamente 3% de los hogares del departamento, esta se constituyó en la única fuente de adquisición de los alimentos que conforman una dieta saludable y sustentable (Gráfico 8). Los programas sociales que entregaron alimentos para preparar en casa, suministraron leche, huevos, leguminosas y cereales. Por su parte, los regalos o donaciones incluyeron, además, alimentos de origen vegetal como tubérculos y plátanos, 11,3% (IC 95% 9,5-13,1); frutas, 6,7% (IC 95% 5,3-8,1); y verduras, 4,5% (IC 95% 3,4-5,6) (Tabla 29).

Por su parte, los dulces y productos de paquete, siendo productos alimenticios ultraprocesados, asociados a dietas insalubres, fueron adquiridos en promedio por el 37,3% de los hogares de Antioquia (Gráfico 9). En los hogares del área urbana se hallaron porcentajes más altos (34,6% para dulces y 37% para productos de paquete), que en el área rural, (28,6% dulces y 27,9% productos de paquete). Los modelos de adquisición tradicional (17,1%) y moderno (15,7%) fueron los más usados para adquirir estos productos, por medio de las tiendas, 20,9% (IC 95% 19,0-22,8) en dulces; y 15,4% (IC 95% 13,5-17,3), en productos de paquete, y supermercados, 11,5% (IC 95% 10,2-12,8), en dulces; y 16,8% (IC 95% 15,1-18,4), en productos de paquete (Tabla 29). Por otra parte, en el departamento, la adquisición de este tipo de productos a través del modelo alternativo o de beneficencia fue prácticamente nula.

Al analizar por subregiones, la mayor adquisición de este tipo de productos ultraprocesados en los hogares se encuentra en el Valle de Aburrá (46,7%), Norte (37,6%) y Oriente (36,5%). Por el contrario, las regiones en las que menos se adquieren este tipo de productos son Nordeste (29,8%), Suroeste (29,5%) y Occidente (24,4%) (Gráfico 9).

.....

1. Formato del mercado moderno que ofrece alimentos y otros productos bajo la modalidad de compras por autoservicio, disponen para la venta, en su mayoría, productos maquilados para su compañía. Se caracterizan por gran austeridad en la decoración, la iluminación y los servicios de atención directa al cliente.

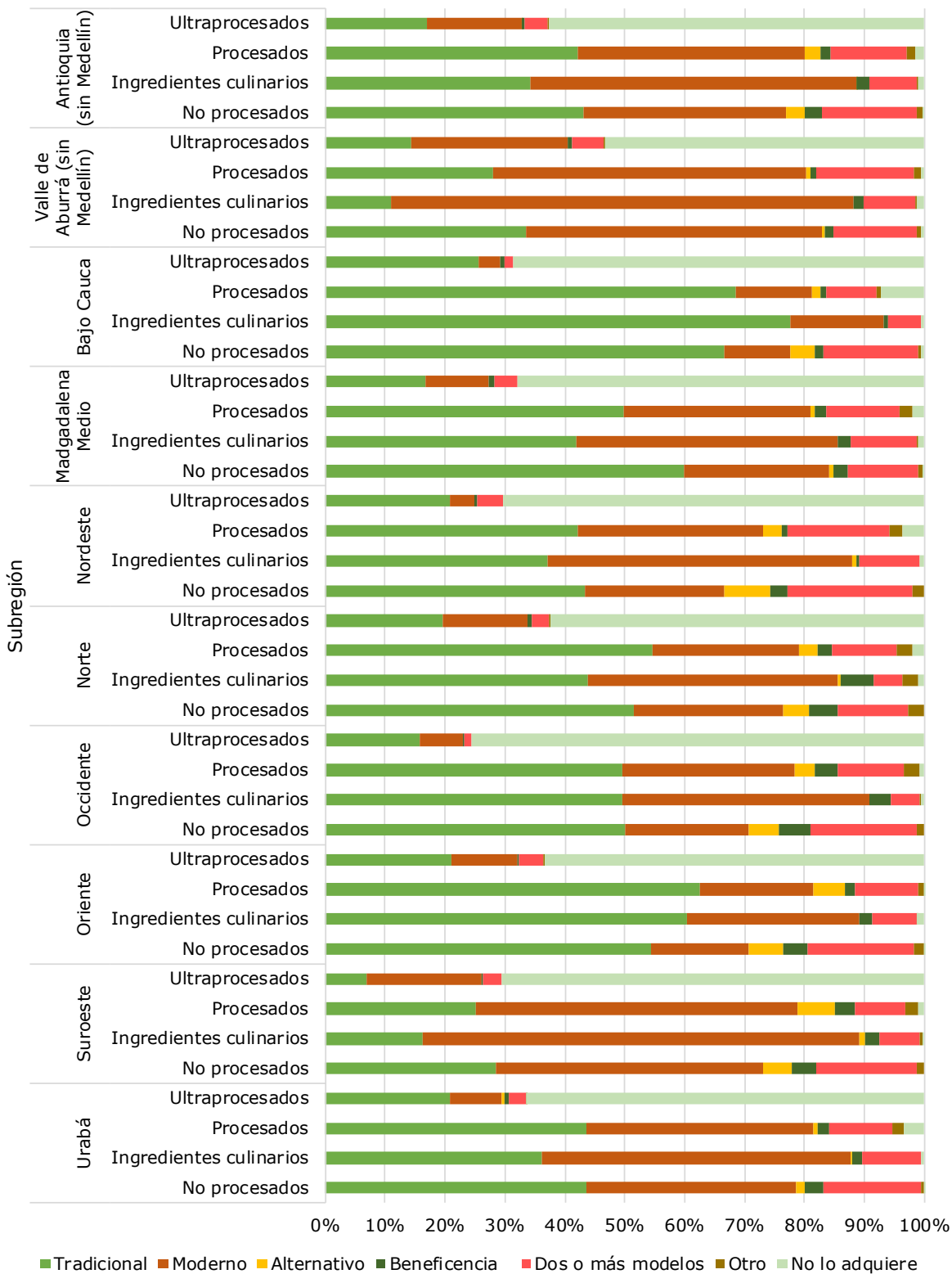


Gráfico 9. Grupos de alimentos adquiridos en los hogares, por subregiones, según clasificación Nova y modelo de adquisición. Antioquia (sin Medellín), 2019.

2.2.3.2. Etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas (PAEBNA) en el departamento de Antioquia (sin Medellín).

En este numeral se presentan datos sobre el conocimiento que la población tenía sobre las calorías requeridas. También, características relacionadas con la descripción de la población, según grupos de edad y área de residencia, en relación con aspectos como lectura del etiquetado nutricional, tipo de etiqueta que leían las personas, tiempo dedicado a esta actividad, facilidad, comprensión, entre otros. De igual manera, se presenta una comparación de la lectura versus el uso del empaque de los productos alimentarios empacados o bebidas no alcohólicas (PAEBNA) al momento de la compra y, no menos importante, el componente incluye la identificación de la población que estuvo de acuerdo con la posible implementación de un etiquetado de advertencia.

- **Adolescentes entre 10 y 17 años**

De los adolescentes encuestados, el 78,2% (IC 95% 75,1-81,3) reportó no tener conocimiento acerca de las calorías que debe consumir al día; un 10,1% (IC 95% 7,6-12,6) consideró que debe consumir menos de 500 calorías al día y un 3,8% (IC 95% 2,4-5,2) optó por entre 500 y 1.000 calorías al día. Cabe resaltar que cuando se les preguntó si los PAEBNA tenían información nutricional en el empaque, el 62,4% (IC 95% 58,9-65,8) de los adolescentes respondió de forma afirmativa (Tabla 30).

Sumado a lo anterior, y a pesar de que el 98,2% (IC 95% 97,2-99,2) manifestó saber leer y escribir, solo aproximadamente la mitad de los adolescentes reportó leer el etiquetado. De estos, es importante tener en cuenta que el 56,5% de los adolescentes señalaron leer dos o más etiquetas, distribuidos en: rotulado o etiquetado nutricional, el 57,1% (IC 95% 52,0-62,2); la lista de ingredientes, el 49,9% (IC 95% 44,0-55,7); y otra información, el 58,3% (IC 95% 53,1-63,5) (Tabla 30).

Respecto a la facilidad de entender la etiqueta que leen, un poco más de la mitad de los adolescentes respondió que era fácil o muy fácil de entender (52,3%); sin embargo, frente a la decisión de si un producto es más saludable que otro, la frecuencia con que los adolescentes indicaron que utilizaban la etiqueta que leen fue casi siempre o siempre, con un 23,4%; y a la pregunta de si la entendían, respondió que a veces el 38,5% (IC 95% 33,1-43,9) y que casi nunca, el 7,6% (IC 95% 5,4-9,9) (Tabla 30).

Respecto a si la etiqueta que reportaron leer les era confiable, el 36,3% (IC 95% 31,2-41,5) contestó que a veces, y el 19,9% que casi nunca o nunca. A su vez, un 40,1% consideró que casi siempre o siempre, la cantidad de información en la etiqueta es demasiada; y un 32,2% (IC 95% 27,7-36,6) manifestó que a veces la etiqueta le ha ayudado a elegir qué comprar, vs. 35,1%, que contestó que nunca o casi nunca (Tabla 30).

En relación al tiempo promedio destinado a observar el etiquetado de un PAEBNA, el 42,5% (IC 95% 38,8-46,2) de los adolescentes contestó que no lo veían, y un 36,9% reportó dedicar menos de un minuto (Tabla 30).

A la pregunta sobre los componentes del empaque que usa ole han servido para elegir los PAEBNA que compra, la mayor respuesta correspondió a “Otra información” 41,1% (IC 95% 37,1-45,1), en referencia a aspectos como la fecha de vencimiento, marca, nombre del producto, sabor, contenido, entre otros (Tabla 30).

Por último, el 94,3% (IC 95% 92,5-96,0) de los adolescentes encuestados indicaron que les gustaría que los empaques de los PAEBNA tuvieran un mensaje de advertencia cuando el contenido de calorías, azúcar, sal o grasas fuera excesivo (asociado con riesgo de enfermedad) (Tabla 30).

- **Adulto de 18 años o más (informante idóneo)**

El 83,9% (IC 95% 82,1-85,7) de los adultos encuestados, manifestó no tener conocimiento acerca de las calorías que deben consumir, un 6,5% (IC 95% 5,3-7,6) consideró que debe consumir menos de 500 calorías al día y un 3,2% (IC 95% 2,3-4,2) entre 500 y mil calorías al día. Además, cuando se les preguntó si sabían si los PAEBNA tenían información nutricional en el empaque, el 64,5% (IC 95% 62,2-66,8) de los encuestados contestó de forma afirmativa (Tabla 30).

El 92,7% (IC 95% 91,4-94,0) de los adultos encuestados manifestó saber leer y escribir, sin embargo, sólo el 51,5% (IC 95% 49,0-54,1) de estos declaró que leía la información que hay en el empaque de los PAEBNA, y al consultarles sobre *¿Cuál es la etiqueta que lee?*, se encontraron las siguientes respuestas: otra información, el 77,4% (IC 95% 74,5-80,4); seguido de rotulado o etiquetado nutricional, el 49,4% (IC 95% 45,8-53,0); y la lista de ingredientes, el 34,2% (IC 95% 30,7-37,7). En este punto, el 54,2% de los adultos seleccionaron la opción “Dos o más etiquetas” (Tabla 30).

Cuando se les preguntó sobre la facilidad de entender la información de los empaques de los PAEBNA que compraban, el 53,1% (IC 95% 49,7-56,5) de los adultos que manifestó leer alguna de las etiquetas, seleccionaron que era fácil de entender. Sin embargo, al consultar sobre el uso de la etiqueta para tomar la decisión de si un producto es más saludable que otro fue: a veces, en un 29,9% (IC 95% 26,9-33,0) y casi nunca o nunca en un 35,5%, y a la pregunta de si entendían la etiqueta respondieron que siempre el 28,2% (IC 95% 25,6-30,9) y que a veces, casi nunca o nunca un 46,9% (Tabla 30).

Respecto a si la etiqueta que leían les era confiable, el 29,7% (IC 95% 26,5-32,8) contestó que a veces, el 27,3% (IC 95% 24,5-30,1) que siempre y el 22,9% que casi nunca o nunca. A su vez, un 40,3% consideró que casi siempre o siempre la cantidad de información en la etiqueta es demasiada; y sólo un 27,7% (IC 95% 24,7-30,7) manifestó que la etiqueta que leía siempre

le había ayudado a elegir qué comprar, mientras que un 27,1% (IC 95% 24,3-30) contestó que a veces y un 29,9% dijo nunca o casi nunca (Tabla 30).

En relación con el tiempo promedio destinado a observar el etiquetado de un PAEBNA al momento de la compra, el 36,9% (IC 95% 34,3-39,4) de los adultos contestó que no lo veía, y el 41,3% dijo que le dedicaba menos de un minuto a esta actividad (Tabla 30).

A la pregunta sobre los componentes del empaque que usaban o les habían servido para elegir los alimentos o bebidas que compraban, el 62,5% (IC 95% 60,0-65,0) de los adultos respondió “otra información”, en referencia a aspectos como la fecha de vencimiento, la marca, el nombre del producto, sabor, contenido, entre otros; seguido por un 24,9% (IC 95% 22,8-27,1) que respondió que ninguno (Tabla 30).

Con respecto a la posible aplicación de un mensaje de advertencia cuando el contenido de calorías, azúcar, sal o grasas resulte excesivo (asociado con riesgo de enfermedad, el 96,4% (IC 95% 95,5-97,3) de los adultos encuestados manifestó su acuerdo con que este sea implementado (Tabla 30).

En términos generales, el 49% (IC 95% 46,8-51,1) de la población manifestó que no lee el etiquetado nutricional. El área con mayor porcentaje de personas que manifestó leer el etiquetado fue el Suroeste 60,6% (IC 95% 55,1-66,2), y la más baja, la subregión de Urabá, 46,1% (IC 95% 42,0-50,2) (Gráfico 10).

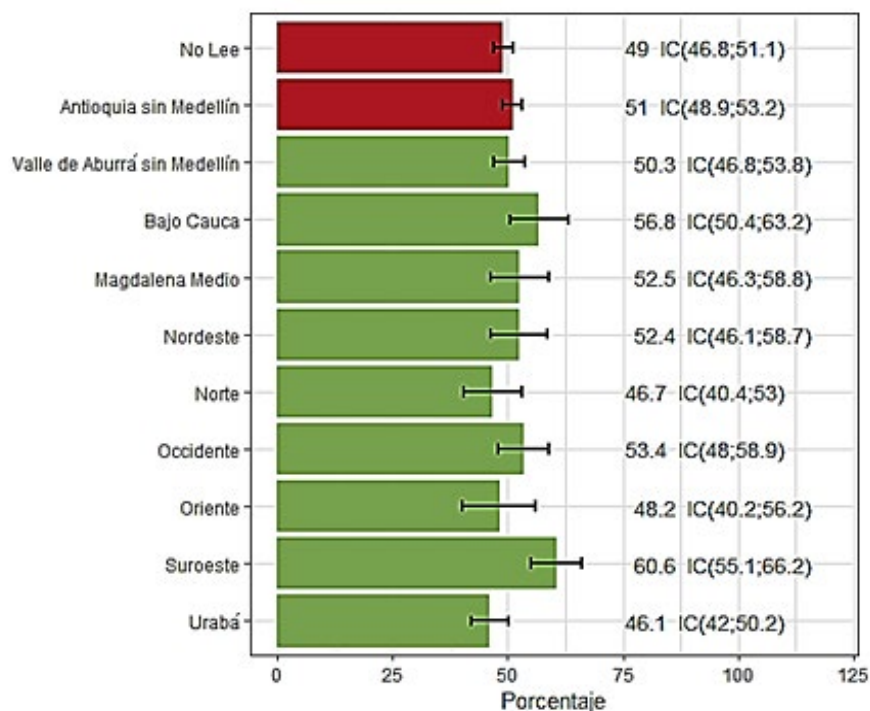


Gráfico 10. Porcentaje de la población adolescente y adulta que lee el etiquetado nutricional de los alimentos empacados y las bebidas no alcohólicas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

- **Comparación de la lectura vs.el uso de las etiquetas de los empaques de los PAEBNA al momento de la compra.**

- ◆ Rotulado o etiqueta nutricional

Aunque alrededor del 50% de los encuestados manifestó leer este sistema de información, solo la mitad de estos indicó que lo usa para comprar; situación que se repite en las distintas variables analizadas (y en algunas de ellas incluso menos). Al consultar si leen la etiqueta nutricional del empaque, la mayor frecuencia se encontró en el área urbana 55,8% (IC 95% 52,5-59,1) y en el grupo de los adolescentes, 57,1% (IC 95% 52,0-62,2). Por estrato socioeconómico, se observa un gradiente creciente en la decisión de lectura, que pasa de un 42,6% (IC 95% 37,7-47,6) en el estrato uno, a un †72,2% (IC 95% 58,0-86,4) en el estrato cuatro. A su vez, se encontró un gradiente ascendente por nivel educativo, en el que las personas con niveles más bajos de educación reportaron leer este formato en un 28% (IC 95% 22,5-33,4), de los cuales un 9,8% (IC 95% 7,5-12,1) lo usó para comprar; y aquellos con estudios superiores, en un 71,9% (IC 95% 65,8-77,9), de los que un 44,4% (IC 95% 39,0-49,8) lo usó para comprar (Tabla 31).

- ◆ Lista de ingredientes

Frente a este formato, un poco más de la tercera parte de los encuestados reportó realizar lectura de este formato, aunque, como en el caso anterior, solo la mitad de estos lo usó al momento de comprar. La mayor frecuencia en la lectura se observó entre los adolescentes de 10 a 17 años 49,9% (IC 95% 44,0-55,7), y entre las personas con secundaria completa 44,9% (IC 95% 38,3-51,5), quienes además fueron los que más reportaron usarlo para comprar 25,8% (IC 95% 21,3-30,2) (Tabla 31).

- **Declaración de propiedades nutricionales**

La mayor frecuencia de lectura y de uso para la compra a partir de este tipo de etiqueta se encontró entre las personas con estudios superiores 11,2% (IC 95% 6,9-15,5) y 7,5% (IC 95% 4,7-10,4), respectivamente. Aunque para ninguna de las demás variables se encontraron frecuencias que alcanzaran el 10%, cabe destacar un gradiente ascendente en la lectura y uso de este tipo de información, en la medida en que se obtuvo mejor resultado tanto por estrato socioeconómico como por nivel educativo (Tabla 31).

.....

*†)Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

◆ Otra información

En este apartado se hace alusión a información incluida en el empaque, como la fecha de vencimiento, la marca, el nombre del producto, sabor, contenido, entre otros, constituyendo, en conjunto, los ítems que obtuvieron las mayores frecuencias de lectura y de uso al momento de la compra, en comparación con los demás elementos contenidos en el empaque. Cabe destacar una mayor frecuencia de lectura de la información, 81,9% (IC 95% 76,8-87,0), vs. uso para la compra, 47,7% (IC 95% 43,6-51,9), en personas sin estudios; en población adulta, lectura de la información, 77,4% (IC 95% 74,5-80,4), vs. uso para la compra, 62,5% (IC 95% 60,0-65,0). En encuestados del estrato socioeconómico uno, lectura de la información, 76,7% (IC 95% 72,8-80,5) vs. uso para la compra, 52,1% (IC 95% 48,3-55,9) (Tabla 31).

◆ Ninguno

Resulta relevante mencionar que el 34,1% (IC 95% 30,6-37,6) de los hombres y el 26,3% (IC 95% 24,2-28,5) de las mujeres declaró no recurrir a la información incluida en el empaque al momento de realizar la compra de los productos. Por variables analizadas, los adolescentes fueron los que reportaron en mayor medida no recurrir a ningún tipo de formato, 37,6% (IC 95% 34,0-41,2); así como las personas con educación preescolar o sin estudios, 32,4% (IC 95% 29,1-35,6); y personas con primaria completa, 32,4% (IC 95% 29,3-35,5) (Tabla 31).

• **Posible implementación de un etiquetado de advertencia**

En relación con la posible implementación de un etiquetado de advertencia cuando el contenido de calorías, azúcar, sal o grasas fuera excesivo (asociado con riesgo de enfermedad), se encontró un alto grado de aceptación para todas las subregiones, siendo la frecuencia más baja Norte, 93,8% (IC 95% 90,7-97,0) y la más alta Nordeste, 97,8% (IC 95% 96,1-99,5) (Gráfico 11).

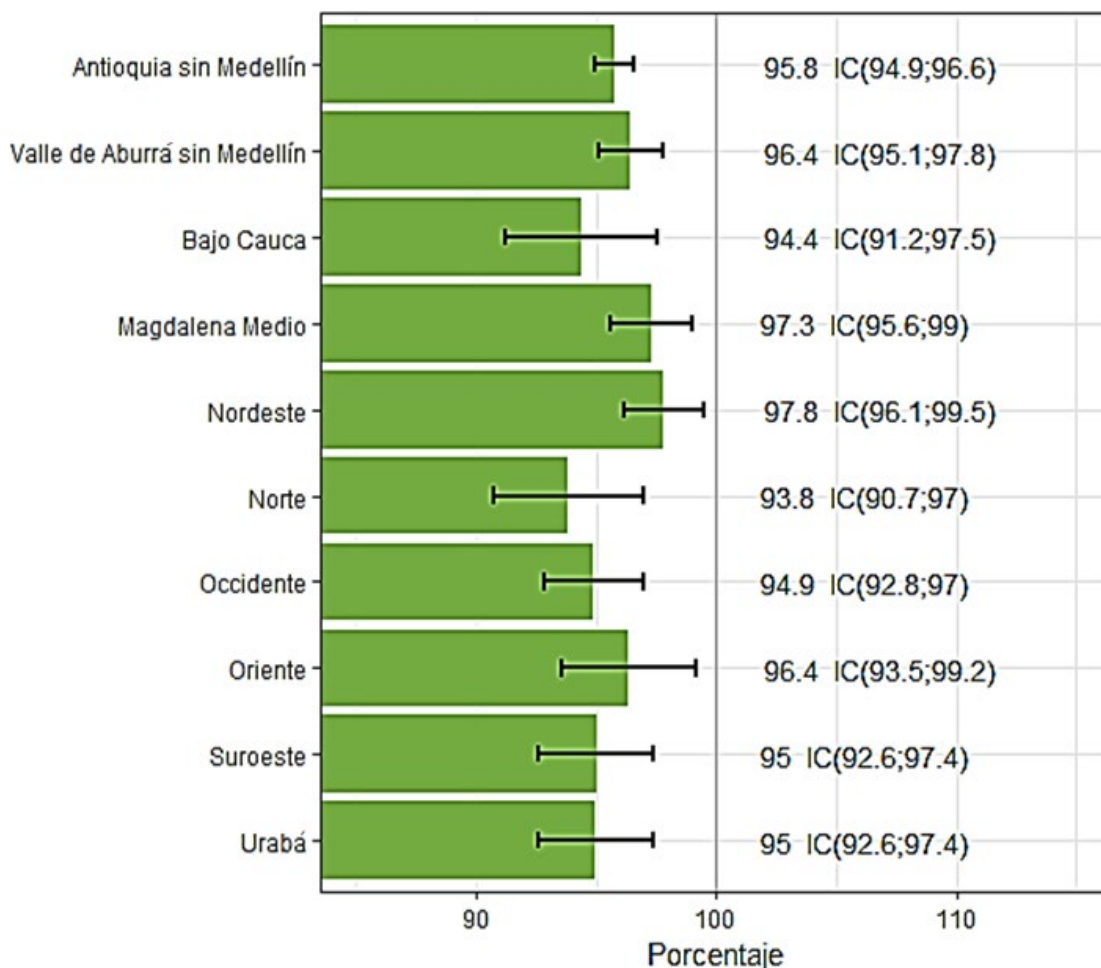


Gráfico 11. Posible implementación de un etiquetado frontal de advertencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

2.2.3.3. Publicidad televisiva de los productos alimentarios y bebidas no alcohólicas.

Este apartado aborda aspectos relacionados con el acceso a la televisión como medio de comunicación de interés que tienen los niños, niñas y adolescentes de Antioquia (sin Medellín); la exposición en horas a la televisión por edad y sexo, durante días de semana y fin de semana, así como el control del tiempo de exposición que tuvieron los padres al respecto; la recordación de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, aspecto en el que se profundizó con los motivos de recuerdo; y el impacto de la publicidad reflejado en la solicitud de compra (a los padres), y la compra efectiva (propia o por los padres), de los comestibles publicitados y que alcanzaron recordación.

- **Acceso a la publicidad televisiva**

En los hogares del área urbana, el 97,4% (IC 95% 96,3-98,5) de los encuestados manifestó disponer de televisor; en cuanto al número de aparatos existentes en el hogar, un 39,3% (IC 95% 36,1-42,4) declaró tener por lo menos uno, y una quinta parte reportó tener entre tres y cuatro aparatos. El 46,9% (IC 95% 43,3-50,4) de los encuestados disponía de televisor en el cuarto y el 79,5% (IC 95% 76,7-82,3) contaba con televisión por cable (Tabla 32).

En el área rural, un 91,3% (IC 95% 88,5-94,1) de los hogares reportó tener televisor; un 76,3% (IC 95% 71,6-80,9) declaró tener un aparato, (lo que constituye el doble a lo reportado en el área urbana), y en un 4,1% (IC 95% 1,9-6,2) de los hogares, el número de televisores fue de tres o más (una quinta parte con respecto al del área urbana). El 38,6% (IC 95% 33,1-44,0) de los encuestados contaba con televisor en el cuarto, y la mitad de los hogares tenía servicio de televisión por cable (Tabla 32).

Por edad, la disponibilidad de televisor en el cuarto fue mayor en el grupo de uno a nueve años, 45,9% (IC 95% 41,3-50,5), que en el grupo de diez a 17 años, 41,1% (IC 95% 37,2-45,1) (Tabla 32).

- **Exposición a la publicidad televisiva**

Al evaluar la exposición al medio televisivo, se encontró que el †*75,6% (IC 95% 56,6-94,5) de los padres de niños menores de dos años, consintieron que sus hijos vieran televisión, vs. †*67,7% (IC 95% 51,7-83,8) de las niñas (Tabla 33).

Por edades de dos a cinco años, los padres manifestaron que más del 90% dedicó tiempo diario a ver televisión. Al consultar sobre el momento del día preferido para esta práctica, en los niños, la mayor frecuencia la tuvo “a cualquier hora” en un 36,8% (IC 95% 26,5-47,2), y las niñas “en la tarde”, en un 35,5% (IC 95% 23,5-47,4). Los padres de familia manifestaron controlar el tiempo de televisión en un 52,4% (IC 95% 42,4-62,4) y 63,5% (IC 95% 52,8-74,1), para niños y niñas, respectivamente (Tabla 33).

Más del 90% de los padres de niños de seis a doce años manifestó que sus hijos veían televisión a diario, y en mayor porcentaje a cualquier hora. Al respecto, a más de la mitad de los niños, 51,9% (IC 95% 45,2-58,5), y 54,1% (IC 95% 46,6-61,5) de las niñas, se les controló el tiempo para esta actividad (Tabla 33).

En adolescentes de 13 a 17 años, el 86,9% (IC 95% 82,9-91,0) de los encuestados de sexo masculino y el 91,1% (IC 95% 87,3-94,9) de sexo femenino afirmó ver televisión, siendo la noche el horario predilecto. De estos, una cuarta parte manifestó que le controlaban el tiempo para ver televisión. En todos los grupos poblacionales, el horario de la mañana fue el menos elegido como franja de preferencia para ver televisión (Tabla 33).

Al indagar sobre el número de horas que, según los padres, estaría bien ver televisión, en el grupo de dos a cinco años, solo una cuarta parte de los padres consideró que este tiempo

*†) Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

*†) Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

debería ser inferior a una hora al día. En el grupo de seis a doce años, el mayor porcentaje de los padres, 57,7% (IC 95% 51,7-63,8), dijo que entre unaytres horas al día para los niños, vs. 67,8% (IC 95% 61,1-74,5), para las niñas. La mitad de los adolescentes entre 13 y 17 años autoevaluó que el tiempo debería ser entre una y tres horas diarias (Tabla 33).

Al evaluar la exposición al medio televisivo, se encontró que ante la pregunta ¿Cuántas horas de televisión ve su hija al día?, los padres de niñas menores de dos años manifestaron en un †59,8% (IC 95% 38,3-81,3) les era indiferente, tanto en semana como en fin de semana. En niñas de dos a cinco años, el 36,3% (IC 95% 26,0-46,6) de los padres manifestó que, entre los días de semana, estas dedicaron entre unaytres horas al día; pero en días de fin de semana, el mayor porcentaje fue “me es indiferente” con un 36,5% (IC 95% 27,1-46,0). De seis a doce años, el 38,5% (IC 95% 32,4-44,6) veían televisión en días de semana, entre unaytres horas al día, y en fin de semana, el 28,5% dedicó más de tres horas al día. En las adolescentes de 13 a 17 años, más de una tercera parte, dedicó más de tres horas al día a ver televisión, y en fin de semana, el 19,1% (IC 95% 13,7-24,5) reportó ver televisión más de cinco horas diarias (Tabla 34).

En el sexo masculino, los padres de niños menores de dos años, manifestaron en un mayor porcentaje, †61,1% (IC 95% 31,6-90,5), que les resulta indiferente el tiempo dedicado por sus hijos a ver televisión; esta situación coincide con lo encontrado en niños de dos a cinco años, con un 47,6% (IC 95% 37,4-57,8). En el grupo de seis a doce años, el 20,6% señaló ver televisión en días de semana, más de tres horas al día; cifra que asciende a 34,3% en fines de semana. En los adolescentes de 13 a 17 años, un 9,5% (IC 95% 6,2-12,7) indicó ver televisión durante más de cinco horas al día en semana vs. 17,3% (IC 95% 12,9-21,6) en fin de semana. En ambos sexos, la exposición durante más de tres horas al día es mayor en días de fin de semana que en semana (Tabla 34).

- **Recordación de la publicidad televisiva de productos alimentarios y bebidas no alcohólicas.**

La recordación de la publicidad televisiva se evaluó preguntando a los padres o cuidadores de los niños y las niñas de uno a nueve años, si el menor cantaba, bailaba o recordaba algún comercial. La misma pregunta se realizó de manera directa a los adolescentes entre diez y 17 años. Por cada diez menores, de edades entre uno y nueve años, cuatro niños y tres niñas recordaron algún comercial. La recordación es mayor en el área urbana, con un 39,3% (IC 95% 34,1-44,6), que en el área rural, con un 37,3% (IC 95% 28,2-46,4) (Tabla 35). A los niños, niñas y adolescentes que respondieron que sí recordaban algún comercial emitido en la televisión, se les preguntó por las razones de recordación (Gráfico 12). Los datos completos para Antioquia y por subregión se presentan en la Tabla 35.

Se encontró que en la población entre uno y nueve años, la razón más común para recordar la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas es la música, especialmente en niñas,
.....

*†)Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

con un 64,2% (IC 95% 55,7-72,7), frente a los niños, con un 56,6% (IC 95% 48,6-64,6); esta razón es más alta en el área urbana, con un 68,6% (IC 95% 61,0-76,3), que en la rural, con un 47% (IC 95% 39,3-54,8). En segundo lugar, se encuentra “por el personaje que aparece”, razón más frecuente en niños, 21,1% (IC 95% 10,0-32,1), que en niñas, 17% (IC 95% 8,8-25,1) (Tabla 35).

Para los adolescentes entre diez y 17 años, la razón de recordación más frecuente fue por la música, que aparece con un 36,1% en personas de sexo femenino (IC 95% 27,9-44,3), y un 30% (IC 95% 23,0-36,9), en personas de sexo masculino, seguido por “por el personaje que aparece” con un poco más del 17% en personas de ambos sexos (Tabla 35).

Cabe mencionar que en niños, niñas y adolescentes, la opción “otro” obtuvo una alta frecuencia de respuesta, en este punto se profundizó en cuáles eran las razones de recordación y se encontraron, como principales, el gusto por el producto, con un 37,1% de las respuestas; la frecuencia de transmisión, con un 24,7% de las respuestas; y las características nutricionales, con un 14,8%.

Cuando los entrevistados hicieron referencia a la razón de recordación “por el personaje que aparece”, se profundizó en la identificación del producto y el personaje recordado; el caso de Frutiño (mezcla en polvo para preparar bebidas con sabor artificial)², fue el más recordado por el personaje Manuel Turizo³, cantante colombiano de pop latino y reggaeton con un 24,7% del total de respuestas; en segundo lugar, estuvo Alpín (leche ultra alta temperatura UAT (UHT) larga vida, entera, achocolatada, enriquecida con vitaminas)⁴, en la cual el motivo de recordación fue por “el gato” con un 6,6%; Choco krispis de Kellogg´s (cereal de arroz cubierto con sabor a chocolate, con vitaminas y minerales)⁵, que recordaron por “el elefante” con un 5,3%; y Alpinito (queso fresco, blando, semigraso, con sabor artificial tipo petitsuisse, adicionado con hierro, zinc, ácido fólico, vitamina D y B12)⁶, el cual es recordado por el “muñeco” que aparece en su imagen (4%), y por usar niños y niñas en los comerciales (2,6%); los demás motivos de recordación por el personaje fueron menores al 2%, por lo que no se muestran datos.

.....

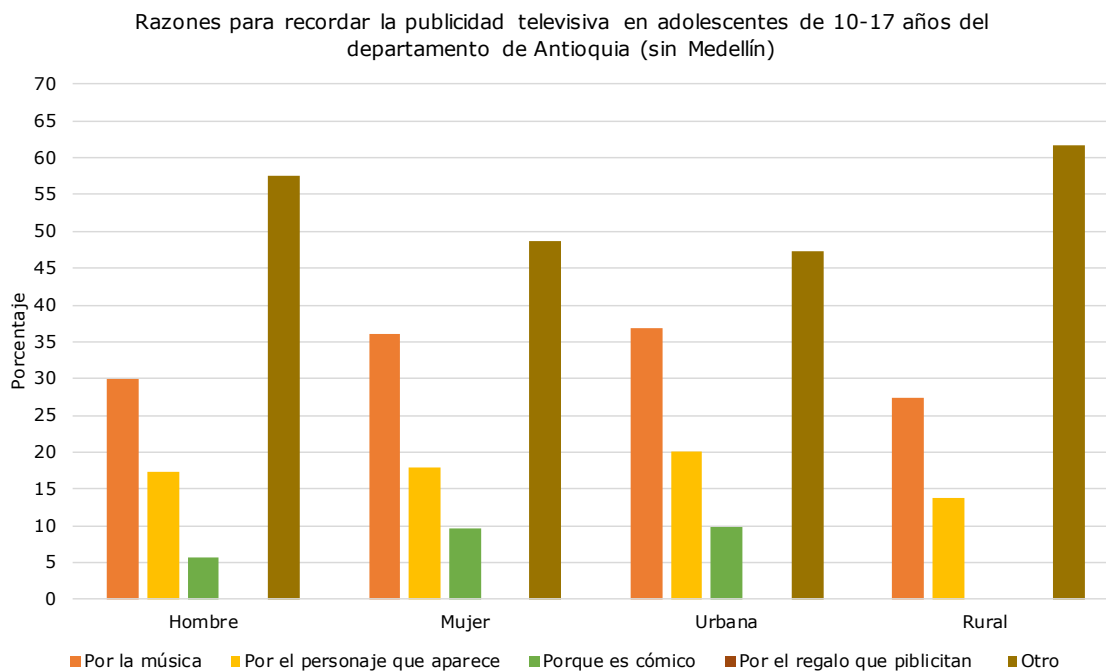
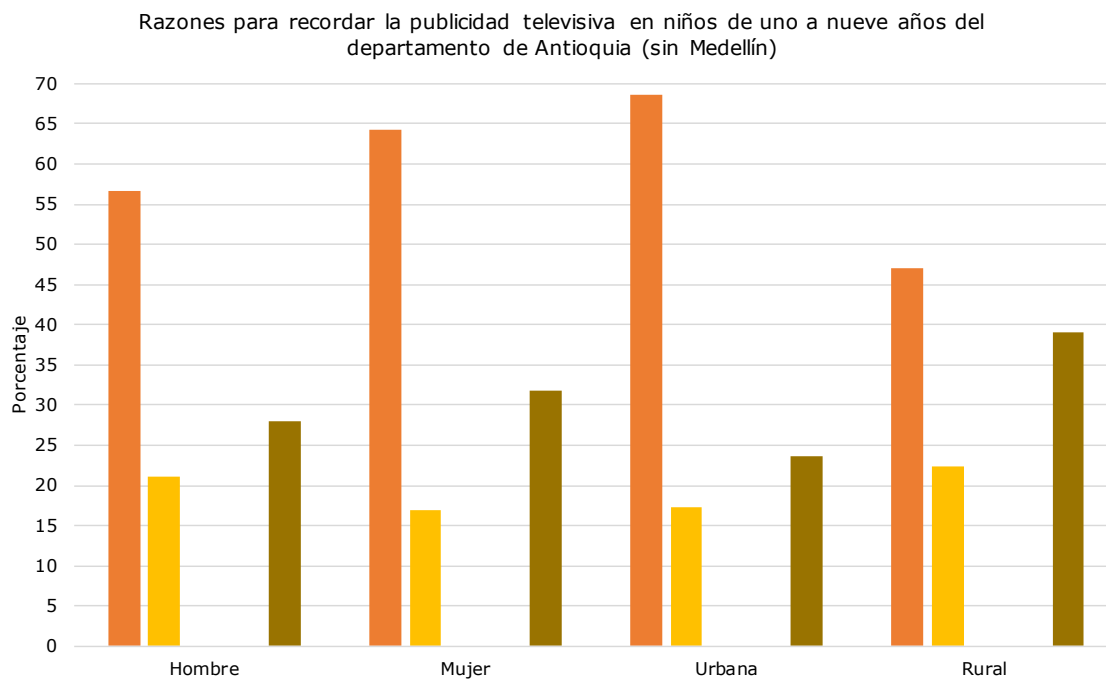
2. Quala [Internet] [Consultado 2019 Oct 17] Disponible en: <http://www.quala.com.co/colombia/nuestras-marcas/bebidas/fresco-frutino/>

3. Wikipedia [Internet] [Consultado 2019 Oct 17] Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Manuel_Turizo

4. Alpina S.A. [Internet] [Consultado 2019 Oct 17] Disponible en: https://www.alpina.com/productos/lacteos/alpin?utm_source=google&utm_medium=ads&utm_campaign=fy19_hub_sem_category&utm_content=cpc&utm_term=hub_lacteos_alpin&cm_mmc=google_ads_-fy19_hub_sem_category_-cpc_-hub_lacteos_alpin&gclid=EAlalQobChMIuI6AqaOk5QIVGmKGCh2fDwCtEAAYASAAEgLzDfD_BwE

5. Kellogg´s [Internet] [Consultado 2019 Oct 17] Disponible en: https://www.kelloggs.com.co/es_CO/products/choco-krispis-product.html

6. Alpina S.A. [Internet] [Consultado 2019 Oct 17] Disponible en: <https://www.alpina.com/productos/lacteos/alpinito>

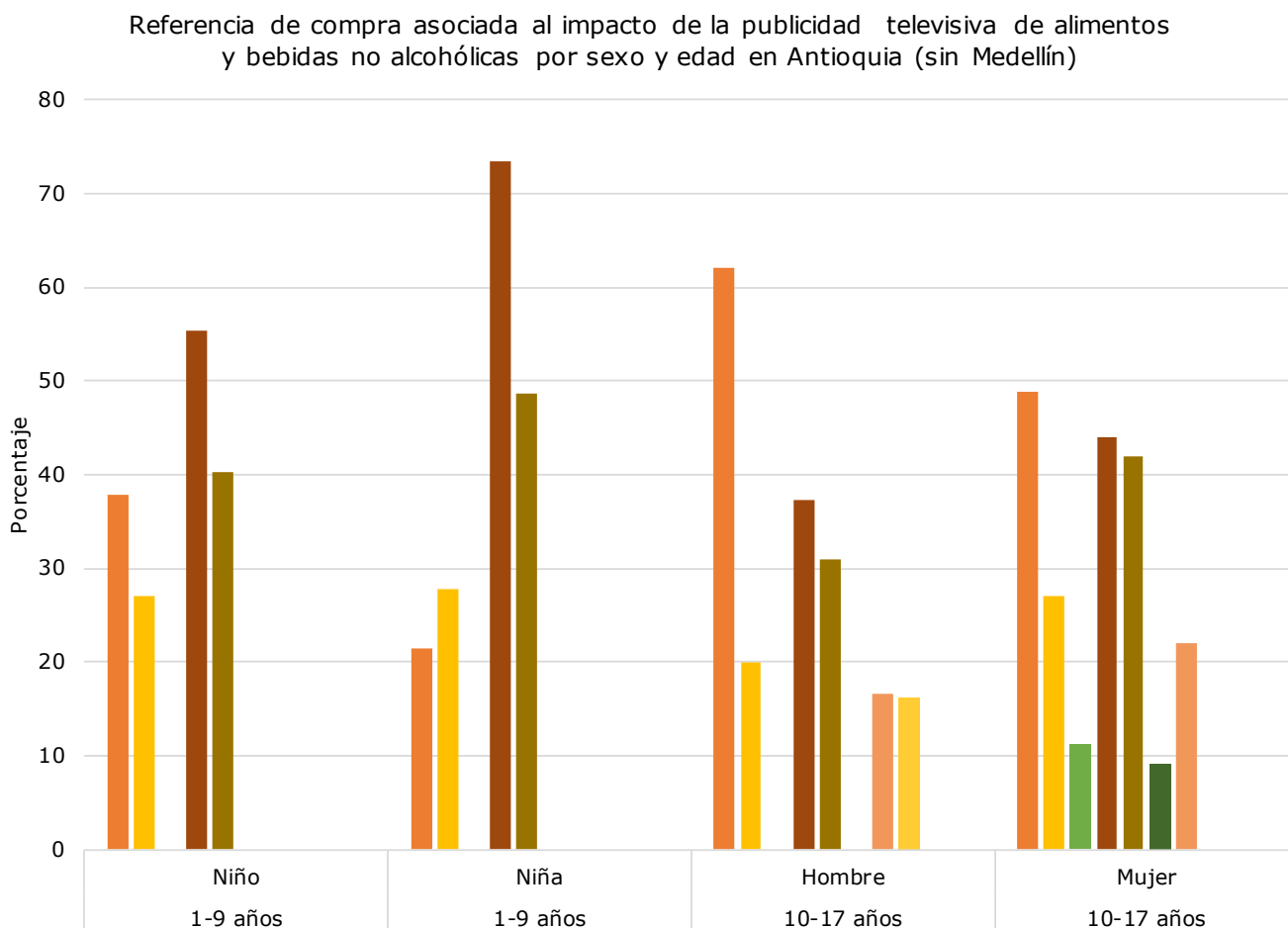


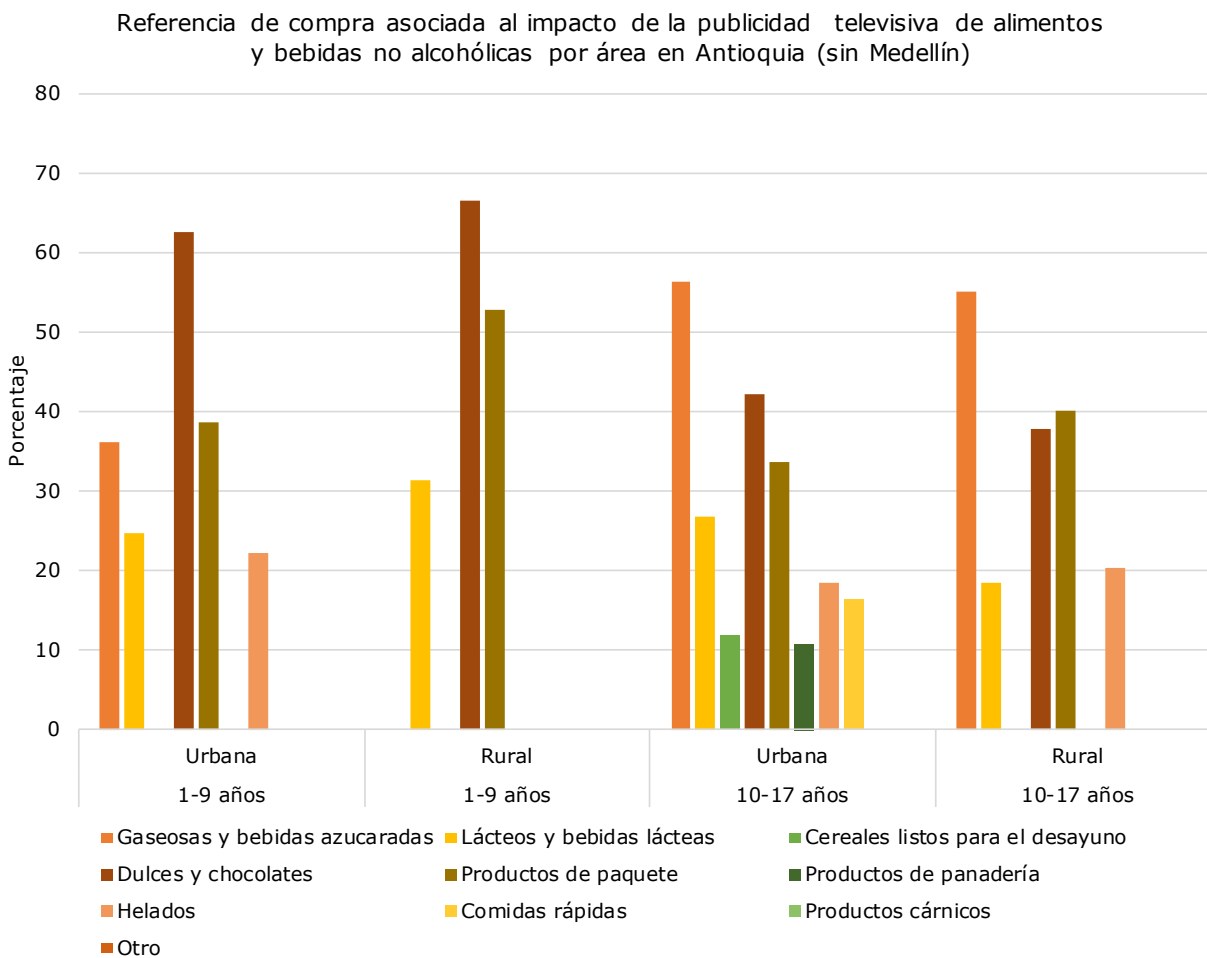
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)
 Nota: Los datos vacíos corresponden a una cantidad de muestra sin ponderar; el tamaño fue menor a 25 casos.

Gráfico 12. Razones de los niños, niñas y adolescentes para recordar la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas en Antioquia (sin Medellín), 2019.

- **Impacto**

El impacto de la publicidad televisiva sobre la población encuestada se midió teniendo en cuenta la solicitud de compra que estos hacen a sus padres o cuidadores de aquellos grupos de alimentos que se publicitan en la televisión y, además, preguntando sobre cuáles productos efectivamente compran, ya sea los padres o ellos mismos, de los alimentos o bebidas no alcohólicas publicitados. En el Gráfico 13 puede observarse la referencia de la compra efectiva, asociada a la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas; la información de solicitud y compra de Antioquia (sin Medellín) y subregiones, puede observarse en la Tabla 36.





RNota: Los datos vacíos corresponden a una cantidad de muestra (n) sin ponderar; el tamaño fue menor a 25 casos.

Gráfico 13. Referencia de compra, asociada al impacto de la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas, por sexo, edad y área. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En el departamento de Antioquia (sin Medellín), los productos más solicitados por los niños entre uno y nueve años son la leche y los productos lácteos, con un 44,1% (IC 95% 37,1-51,0) de solicitud en niños y un 35,1% (IC 95% 28,1-42,2) en las niñas; y en mayor proporción en el área urbana con un 41,1% (IC 95% 34,3-47,9) vs.el área rural con un 38,1% (IC 95% 31,0-45,1); sin embargo, estos no fueron los más adquiridos, dado que su compra efectiva se dio en un 27% (IC 95% 18,4-35,7) de los niños y en un 27,8% (IC 95% 16,1-39,6) de las niñas(Tabla 36).

En segundo lugar, encontramos los dulces y los chocolates que tuvieron una alta proporción de solicitud, 36,3% (IC 95% 28,5-44,1) en niños, 39,2% (IC 95% 31,1-47,3) en niñas; fue mayor en el área urbana con 41,2% (IC 95% 33,0-49,4) vs.el área rural con 32,5% (IC 95% 25,9-39,2). En este caso, la compra efectiva alcanzó un †*55,4% (IC 95% 42,8-68,0) en niños y †*73,5% (IC

95% 55,3-91,6) en niñas, con un comportamiento similar en el área rural y en el área urbana, con un †*66,6% (IC 95% 44,3-88,9) y 62,6% (IC 95% 50,2-75,1), respectivamente (Tabla 36).

Las gaseosas y bebidas azucaradas ocuparon el tercer lugar en solicitud de compra de los productos publicitados en TV, por aproximadamente una tercera parte de los encuestados, tanto por sexo, como por área (Tabla 36).

Los productos de paquete no estuvieron dentro de los más solicitados, sin embargo, después de los dulces y chocolates, son los productos referidos como más comprados, con un 40,2% (IC 95% 28,3-52,1) en niños, y †*48,7% (IC 95% 25,4-72,0) en niñas. La compra de estos productos también fue mayor en el área rural, con un †*52,7% (IC 95% 26,6-78,9), que en la urbana, con un 38,7% (IC 95% 26,9-50,5) (Tabla 36).

El impacto de la publicidad en adolescentes se refirió en mayor medida a las gaseosas y bebidas azucaradas; la solicitud de compra fue más alta en mujeres, 45,7% (IC 95% 34,5-56,8), que en hombres, 41,5% (IC 95% 29,4-53,5); no obstante, la compra efectiva fue mayor en hombres, 62,1% (IC 95% 52,2-71,9), que en mujeres, 48,9% (IC 95% 39,3-58,4). Los dulces y chocolates tuvieron una menor proporción de solicitud; sin embargo, ocuparon el segundo lugar en compra efectiva en adolescentes, siendo mayor en mujeres, 44,0% (IC 95% 34,2-53,9), que en hombres, 37,2% (IC 95% 29,3-45,2); con frecuencias un poco más altas en el área urbana, 42,2% (IC, 95% 34,5-49,9), que en la rural, 37,9% (IC 95% 27,1-48,7). En cuanto a los productos empaquetados, la solicitud de adquisición fue inferior a la compra efectiva, que alcanzó un 42% (IC 95% 30,6-53,4) en mujeres y 31,0% (IC 95% 24,6-37,4) en hombres, y que fue mayor en el área rural, con un †*40,2% (IC 95% 27,1-53,3), que en la urbana, con un 33,6% (IC 95% 27,4-39,9).

Aunque la respuesta “otro” no fue la prioritaria en la solicitud de compra, cabe destacar que los encuestados que contestaron esta opción hicieron alusión, en una tercera parte, a la solicitud de complementos y suplementos nutricionales, en ambos grupos de edad (datos no mostrados).

2.3. Discusión de resultados

2.3.1. Características demográficas y socioeconómicas de los hogares y sus integrantes.

- **Características demográficas y socioeconómicas de los hogares y sus integrantes.**

Los resultados del presente estudio permitieron evidenciar una pirámide con una pobla-
.....

*†)Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

ción infantil disminuida; por el contrario, un aumento de las personas en edades que se consideran económicamente activas, y de los adultos mayores de 65 años, lo cual ratifica el progresivo envejecimiento de la población. Este fenómeno también fue reportado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 para Colombia (7). Asimismo, según el Dane, Antioquia es uno de los departamentos donde se presenta mayor concentración de la población en edades potencialmente productivas (mayor al 68%), además, es uno de los departamentos donde se evidencia una alta proporción de población mayor de 65 años (que se encuentra, según DANE 2018, entre 8,1% y 10% de la población del departamento) (8).

Estos resultados deben considerarse al momento de diseñar políticas públicas, dado que estas deben contemplar los cambios de la estructura poblacional. Al respecto, el Consenso de Montevideo afirma que las dinámicas de la población influyen en las oportunidades para el desarrollo humano y son esenciales para la planificación del crecimiento económico y social, así como para el desarrollo sostenible. Pero así como estos cambios demográficos plantean posibilidades para el desarrollo humano y el crecimiento económico, también representan un importante desafío para los países que están experimentando estas transformaciones, porque las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas adquieren cada vez mayor importancia, a medida que disminuye la fecundidad y aumenta la población adulta mayor, lo cual tiene implicaciones en el incremento de la demanda por cuidados, que puede provocar situaciones de mayor vulnerabilidad y sobrecarga a las múltiples labores de índole reproductivas y productivas, que de por sí desarrollan las mujeres en los hogares (9), así como repercusiones a nivel de los sistemas de salud y demás sectores vinculados al desarrollo social de las naciones.

En cuanto a las características socioeconómicas, cabe destacar que el número de integrantes promedio de los hogares en el departamento de Antioquia (10,11) fue igual al promedio nacional reportado por el DANE en el Censo del año 2018 (8) y por la ENDS 2015. En Colombia, el tamaño del hogar ha disminuido en los últimos años, dado que en solo cinco años pasó de 4,1 personas por hogar, a 3,8 en 2010 (7). Estos resultados coinciden con los cambios observados en la estructura demográfica de la población, que indican una disminución en la fecundidad y natalidad, tanto en el departamento como para el resto del país, además del aumento en los hogares unipersonales.

Por otro lado, el hacinamiento es una situación indeseable para los hogares dado que pone en riesgo el estado de salud físico y mental de las personas que lo habitan. La carencia de espacio suficiente en una vivienda puede aumentar el riesgo de enfermedades infecciosas y promover situaciones de vulnerabilidad al verse limitada la privacidad, principalmente de los más pequeños. Los datos del presente estudio permiten establecer que el porcentaje de hogares con hacinamiento (9,3%) fue superior al porcentaje nacional reportado por la ENDS 2015 (7). Los mayores índices de hacinamiento en el departamento, sin considerar a Medellín, se observaron en los hogares rurales y en las subregiones de Bajo Cauca, Nordeste y Norte, las cuales también reportaron en el año 2017 un índice de calidad de vida de 54,1%, 60,1% y 63,7%, respectivamente (10).

El ingreso económico de los hogares está condicionado por la cantidad de personas que laboran y aportan dinero al hogar, al igual que por el nivel educativo de sus miembros y la calidad o estabilidad de los empleos a los que acceden. A su vez, este ingreso determina la capacidad de adquirir bienes y servicios que permitan satisfacer las necesidades básicas de los integrantes del hogar. En Antioquia (sin Medellín) hubo un alto porcentaje de hogares con ingresos inferiores a un SMMLV, no obstante, se observaron importantes brechas entre las subregiones, como fue el caso de Valle de Aburrá, donde se encontró el mayor porcentaje de hogares con ingresos superiores a un SMMLV, respecto al resto del departamento. Estas brechas se ratifican en estudios como la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2017, la cual reportó que Valle de Aburrá presentó un ingreso promedio de COP 1.222.332; mientras que en Urabá el promedio de ingresos fue de COP 618.128 (10).

La subregión Valle de Aburrá también tuvo índices de calidad de vida más altos, mejor nivel educativo, así como una dinámica económica más variada y que representa 72% de la estructura empresarial del departamento (11), lo que favorece el acceso a empleos de mejor calidad para sus habitantes. En contraste, subregiones como Occidente, Urabá y Bajo Cauca se encontraron dentro de las subregiones con los más bajos índices de calidad de vida (10) y, de acuerdo con los resultados de la presente investigación, también tuvieron la mayor proporción de hogares con ingresos inferiores a la mitad de un SMMLV, principalmente en el área rural. La economía de estas subregiones se basa en la agricultura, la ganadería, la pesca y la minería (11), actividades que pueden generar empleo, pero que en la mayoría de los casos no ofrecen las garantías legales para una vinculación laboral con la que se pueda acceder a la seguridad social, además de que dichos empleos (tipo jornalero) son poco estables y mal remunerados, lo cual incide en los ingresos económicos, la calidad de vida y la seguridad alimentaria de los hogares. La ECV 2017 reportó que Bajo Cauca y Occidente hacen parte de las subregiones con más altas tasas de empleo informal (69,5% y 79,7%, respectivamente) del departamento, en tanto, Valle de Aburrá presentó el menor porcentaje (43,3%) (10).

La cantidad de dinero que se destina para la compra de los alimentos en un hogar, al igual que la variedad y la calidad de los mismos, depende de los recursos económicos que ingresan, de las demás necesidades que tienen los miembros del hogar (arriendo, servicios públicos, educación, transporte, recreación, deudas) y de las decisiones que se tomen respecto a la distribución de ese dinero, entre otros aspectos. De acuerdo con los ingresos promedio de los hogares de Antioquia (COP 828.116 de 2019), el gasto mensual promedio en alimentos fue entre COP 207.029 y COP 414.058.

El promedio de gastos en alimentos (PGA) es un indicador de vulnerabilidad alimentaria; a mayor PGA, menor nivel de bienestar en un hogar (12), dado que mientras más bajo sea el ingreso económico, la proporción destinada a la compra de alimentos es mayor, lo que afecta el acceso a los alimentos en cantidad y calidad suficiente para satisfacer los requerimien-

tos nutricionales de todos los integrantes del hogar, sumado a que los ingresos restantes no alcanzan a cubrir los gastos correspondientes a los otros bienes y servicios necesarios para que los integrantes del hogar logren tener un nivel de calidad de vida aceptable. Según lo refiere la literatura, los hogares que tienen menos de 30% de PGA adquieren una alimentación suficiente y se consideran en seguridad alimentaria y nutricional (12). Para el caso de la presente investigación se observó que la subregión con más altos índices de calidad de vida fue la que reportó más hogares urbanos con un PGA inferior a 25%.

En Colombia, un tercio de los hogares son de tipología nucleada biparental (33,2%) y otro tercio está representado por las familias extensas (30%) (1). Este estudio mostró que en Antioquia (sin Medellín) hubo una proporción muy similar al comportamiento del país, además, se destaca la presencia de un porcentaje importante de hogares monoparentales (madre) similar al porcentaje nacional de hogares monoparentales (madre o padre) (12,6%) (7). Esta tendencia evidencia el cambio que ha presentado la estructura familiar de las familias antioqueñas y colombianas, al igual que en el resto de países de Latinoamérica, influenciada por los procesos de transición demográfica, modernización, revolución sexual, transformación educativa e inserción de la mujer en la fuerza laboral, entre otros (13).

La disminución en la estructura familiar tradicional (nucleada biparental) y el aumento de los hogares monoparentales, principalmente a cargo de la madre, pueden estar asociados al incremento en la maternidad precoz, el aumento de las uniones consensuales, de las rupturas conyugales y la viudez. A su vez, el comportamiento creciente de los hogares unipersonales puede estar vinculado con los fenómenos de migración a otros lugares por actividades laborales o educativas (13).

- **Características generales de la vivienda**

En el presente estudio se encontró un alto porcentaje de hogares pertenecientes a los estratos uno y dos. Según el DANE, la clasificación de una vivienda en cualquiera de los seis estratos es una aproximación a la diferencia socioeconómica jerarquizada, desde la pobreza a la riqueza o viceversa (14); es así como en Colombia, los estratos uno y dos (estrato bajo), tienen un mayor porcentaje de hogares que no disponen de los servicios públicos básicos, no cuentan con una estructura adecuada en sus viviendas y la tenencia de bienes necesarios para el hogar se ve limitada (15). Las subregiones donde hubo mayor proporción de hogares ubicados en estrato uno fueron Bajo Cauca y Urabá, principalmente en su área rural; estas subregiones, también fueron identificadas como las que presentaron menor índice de calidad de vida (ICV) en el 2017 (10).

La OMS plantea que una vivienda saludable y adecuada es la que brinda protección contra lesiones evitables, envenenamientos y exposiciones térmicas o de otro tipo que puedan generar enfermedades (16), y uno de los requisitos es la parte estructural. En Antioquia se encontró que la mayoría de los hogares viven en casas o apartamentos que pueden consi-

derarse viviendas adecuadas desde sus características estructurales, aunque Bajo Cauca y Urabá reportaron altos porcentajes de viviendas tipo rancho o vivienda de desechos, que, según el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), no cumplen los requisitos de estructura para ser consideradas adecuadas o saludables. Desde la salud pública es importante considerar el mejoramiento en las condiciones estructurales de las viviendas, como estrategia integral para mejorar la seguridad alimentaria de los hogares y disminuir el riesgo de contraer enfermedades crónicas o infecciosas que disminuyan su bienestar y calidad de vida.

La disponibilidad de servicios públicos básicos como el agua repercute directamente en la calidad de vida y en las condiciones de salud de las personas, además, es otra de las condiciones que plantea la OMS para determinar la calidad de las viviendas (16). Según la ENDS 2015, 81% de los hogares colombianos tenían acueducto (público, comunal o veredal) (7). La ECV 2017 reportó que en Antioquia (sin Medellín) fue de 91,9% (10) y en este estudio se encontró un porcentaje muy similar de hogares (96,7%) con servicio de agua en sus viviendas. Sin embargo, es necesario continuar implementando estrategias que garanticen a todos los hogares del departamento la disponibilidad de agua en óptimas condiciones para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación e higiene, además de promover en la población la adopción de medidas que permitan mejorar su calidad e inocuidad, especialmente en las subregiones Norte, Bajo Cauca y Urabá, que presentaron la mayor proporción de hogares rurales que no contaban con este servicio.

El porcentaje de hogares con conexión a alcantarillado en Antioquia fue inferior al nacional, en tanto que la conexión a pozo séptico tuvo una mayor frecuencia; Además, la principal diferencia observada en Antioquia, respecto a los datos nacionales, fue el porcentaje de hogares con sistemas menos óptimos para la disposición de excretas, tales como sanitarios sin conexión, letrinas, bajamar, o no tener sanitario, situación que afectó al 12,7% de los hogares antioqueños; mientras que en Colombia la proporción fue del 5% (7), destacándose con esta situación las subregiones de Norte, Nordeste y Suroeste, lo que evidencia que es necesario reforzar proyectos públicos que permitan mejorar las condiciones sanitarias en las viviendas del departamento, específicamente en estas subregiones y en las áreas rurales, teniendo en cuenta el riesgo que supone para la salud de las personas el contar con estos sistemas de disposición de excretas, poco higiénicos y altamente contaminantes.

- **Características demográficas y socioeconómicas de los jefes y jefas de hogar**

En Colombia, 36,4% de los hogares reportaron a una mujer como jefa de hogar, porcentaje que ha venido en aumento en los últimos años (ENDS 2005: 30,3%, ENDS 2010: 36,4%). En la región Centro del país se encuentra el mayor porcentaje de hogares encabezados por mujeres (7) y en Antioquia (sin Medellín), según el presente estudio, la proporción de mujeres jefas de hogar fue superior a la que se reporta en el país y en la región Centro. Como se men-

cionó anteriormente, el aumento de los hogares con mujeres como jefas está vinculado con el fenómeno de transformación familiar que se viene evidenciando, relacionado con la sobre mortalidad adulta masculina, el desplazamiento forzado, la maternidad a temprana edad y las rupturas conyugales. También cabe destacar la importancia que ha tomado el rol de la mujer dentro de los hogares con presencia masculina, teniendo en cuenta que 18,5% de los hogares que reportaron a una mujer como jefa, fueron nucleados biparentales.

De acuerdo con la ENSIN 2015, 69,2% de los jefes de hogar en Colombia se encontraban trabajando durante el mes inmediatamente anterior al estudio (17). El acceso a empleos de calidad, estables y bien remunerados permite la obtención de ingresos económicos que, a su vez, facilitan la adquisición de alimentos y de otros bienes y servicios necesarios para garantizar la seguridad alimentaria y la calidad de vida de un hogar. Aunque la mayoría de los jefes o jefas de hogar del departamento de Antioquia (sin Medellín), se encontraban trabajando en el mes inmediatamente anterior, el porcentaje fue inferior al nacional; además, el nivel educativo que determina en gran medida el acceso a buenos empleos, y los ingresos económicos mensuales reportados (menos de un SMMLV), fueron bajos, lo que evidencia una situación de riesgo y vulnerabilidad para la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares.

La vulnerabilidad aumenta en los hogares que dijeron tener a una mujer como jefa, dado que la principal ocupación de ellas en el mes inmediatamente anterior había sido realizar los oficios del hogar, en un porcentaje muy superior al reportado por la ENSIN 2015 a nivel nacional (33,1%) (17), donde el trabajo se mostraba en un segundo plano, no era de calidad, solía ser informal y, en muchos casos, no remunerado, lo que a su vez estuvo relacionado con el reporte de menores ingresos económicos (menos de la mitad de un SMMLV). Las mujeres jefas de hogar, además de tener la responsabilidad de sostener económicamente a sus familias, también ejercen el rol de cuidadoras, realizan el trabajo doméstico no remunerado con una evidente desigualdad de género, con escaso reconocimiento y valoración social (9) y con una carga emocional que repercute negativamente en su salud integral. En consecuencia, y de acuerdo con lo planteado en el Consenso de Montevideo, se hace imperativo “impulsar leyes, desarrollar y fortalecer políticas públicas de igualdad laboral que eliminen la discriminación y las asimetrías de género en materia de acceso a empleos decentes y permanencia en ellos, remuneraciones y toma de decisiones en el ámbito laboral, y que reconozcan el valor productivo del trabajo doméstico no remunerado y de cuidado” (9).

- **Aspectos demográficos y socioeconómicos de los integrantes del hogar**

Un mayor nivel educativo se asocia con la posibilidad de tener mejores oportunidades de empleos de calidad, mayores ingresos económicos y, en consecuencia, más calidad de vida y menor riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional en el hogar. En Colombia, según datos de la ENDS 2015, se evidenció una disminución en la proporción de personas sin estudios o

con primaria incompleta, pasando de 32,2% en el año 2010 a 26,8% en el 2015, y un aumento de las personas con estudios superiores que pasó de 13,7% en el 2010 a 20,5% en el 2015. Igualmente, para Antioquia (sin Medellín) la ENDS reportó 40,4% de personas sin estudios o con primaria incompleta en el 2015, en tanto que en el presente estudio este porcentaje fue de 27,5% (7). Las subregiones que presentaron más altos porcentajes de personas con educación superior fueron aquellas en las que hay más presencia de instituciones técnicas, tecnológicas y universitarias (Valle de Aburrá, Urabá y Oriente).

Tanto en Colombia como en Antioquia (sin Medellín), el nivel de escolaridad tiende a ser superior en las mujeres, lo que puede estar asociado con los procesos mencionados anteriormente, de transición demográfica, la diversificación en las actividades de la mujer y la mayor inserción de ellas en otros espacios (educativos y laborales). Igualmente, la escolaridad más baja se presenta en las áreas rurales, situación que refleja la dificultad en el acceso a la educación de los niños, niñas y jóvenes que viven en el campo, teniendo en cuenta aspectos económicos, estructurales o culturales.

Por otro lado, la asistencia escolar en las personas de diez a 24 años reportada en Antioquia (sin Medellín) fue inferior a la del país. La diferencia más marcada se presentó en los jóvenes de diez a 16 años, dado que en Colombia el porcentaje de asistencia a una institución educativa en este rango de edad, según la ENDS 2015, fue de 92,1% (7), y de acuerdo con la ENSIN 2015 fue de 72,3% en el grupo once a 14 años y 40,1% en el grupo de 15 a 16 años (17). Es importante analizar esta situación puesto que es una población que debería estar principalmente estudiando y, según los resultados, se está ocupando en otras actividades diferentes, posiblemente laborales.

La asistencia a programas de alimentación y nutrición, tales como los paquetes alimentarios de la mujer gestante y lactante; para el adulto mayor; y otros programas de alimentación locales, regionales y departamentales fue muy baja en todo el departamento de Antioquia. Aquellos dirigidos a la primera infancia y el restaurante escolar fueron los que presentaron una mayor cobertura, en especial en el rango de seis a diez años. Los programas de alimentación y nutrición son estrategias sociales que implementan los entes gubernamentales para afrontar las dificultades de acceso a los alimentos y el riesgo de inseguridad alimentaria en los hogares, con énfasis en la población más vulnerable por su nivel socioeconómico, o por tener mayores necesidades nutricionales. Es importante considerar, dentro de los planes de gobierno, regionales y locales, la destinación de recursos que fortalezcan estos programas, porque, según lo plantea el componente de prácticas y simbolismos alimentarios de la presente investigación, los subsidios alimentarios son una de las estrategias utilizadas en el hogar para el acceso a los alimentos en situaciones de escasez.

2.3.2. Seguridad Alimentaria en los hogares de Antioquia (sin Medellín) y las subregiones.

En el departamento de Antioquia, sin incluir a Medellín, se presentó una mayor prevalencia de ISAH y de ISAH leve y moderada, con respecto a la reportada en el Perfil de Seguridad Alimentaria de Medellín 2015; en esta ciudad, 53,6% de los hogares estaban en ISAH; 26,8% en ISAH leve; y 15,4% en ISAH moderada. La ISAH severa (11,4%) fue mayor en Medellín, no obstante, en Antioquia se presentó una alta proporción de hogares con ISAH severa (10,4%), lo cual implica que sus integrantes padecían hambre (18).

También, las prevalencias en Antioquia (sin Medellín) eran mayores a las reportadas en la ENSIN 2015, para Colombia (57,7%), para la región Central (57,2%) y para el departamento de Antioquia (49,2%), en el cual estaba incluida la ciudad de Medellín (19). Esto puede obedecer a la exclusión de Medellín del PANA 2019, ciudad donde es posible encontrar, para este mismo año, menor prevalencia de ISAH, por contar con mayor número de hogares en los estratos más altos. Además, la representatividad de las muestras de ambos estudios fue diferente; en el caso de PANA 2019, esta fue representativa por subregión y área urbana y rural.

Las grandes brechas en cuanto a pobreza y calidad de vida que se presentan en Antioquia contribuyen a explicar las altas prevalencias de ISAH halladas en el departamento y las subregiones; de manera especial en Bajo Cauca (87,6%) y Urabá (86,0%); y en los hogares que viven en el área rural. En Antioquia, según la última ECV, para el año 2013, el porcentaje de hogares que reportó al menos una necesidad básica insatisfecha o en condiciones de pobreza fue 15,1%, (urbanos 4,1%, rurales 45,0%), Valle de Aburrá muestra cifras bajas (3,5%; urbano 2,82%, rural 9,3%), mientras que cinco subregiones reportaron porcentajes superiores al 30%: Norte (31,7 %; urbano 4,4%, rural 54,0); Occidente (34,3%; urbano 5,1%, rural 47,9%); Nordeste (41,9%; urbano 8,2%, rural 70,8%); Urabá (44,9%; urbano 13,0%, rural 80,9%); y Bajo Cauca (49,4%; urbano 16,4%, rural 82,5%)(20).

En consonancia con la ECV de Antioquia 2013, la mayor prevalencia de ISAH (75,8%) en los hogares que viven en el área rural revela que estos tienen menor capacidad de garantizar la seguridad alimentaria a sus integrantes, con respecto a los urbanos, donde se presenta 61,7% de ISAH. Habitar estos territorios significa menor bienestar, menor acceso a bienes alimentarios y servicios básicos, trabajar en peores condiciones y obtener menores ingresos, situación que se puede sustentar mediante las cifras de pobreza multidimensional, las cuales fueron, en el 2018, de 11,8% en cabeceras del departamento de Antioquia, y 36,8% en los centros poblados y rural disperso (21).

La seguridad alimentaria de los hogares está determinada por el acceso a los alimentos, cuya obtención puede ser física y económica, bien sea mediante los ingresos, la producción de alimentos auto consumida, por el apoyo de políticas públicas como programas de trans-

ferencias condicionadas, asistencia alimentaria institucional y por solidaridad social (22).

El capítulo dos de este informe, en el subcomponente Ambientes Alimentarios, reporta que en Antioquia, un alto porcentaje de hogares usa exclusivamente los medios monetarios para la adquisición de alimentos, y quienes tienen acceso a los alimentos por otros medios, también adquieren alimentos mediante la compra. Esto indica que en la mayoría de los hogares que habitan el territorio antioqueño, el acceso a los alimentos depende de sus ingresos y del costo de la canasta básica de alimentos, variables que se comportan como determinantes de la ISAH.

El DANE plantea que en Colombia la disminución en el año 2018 del índice de Gini, de ingresos de centros poblados y para el área de lo rural disperso, con respecto al año 2017 (pasó de 0,46 a 0,45), se presentó por la caída generalizada del ingreso real per cápita de todos los quintiles de la distribución, aunque el ingreso del quintil cinco cayó en mayor proporción que los demás quintiles. Se presentó el caso contrario a nivel nacional (en las cabeceras municipales), donde el incremento del índice de Gini (pasó de 0,49 a 0,50) se explica por la caída de los ingresos del quintil más bajo y el aumento de los ingresos en el quintil más alto de la distribución (23). Lo anterior indica más homogenización de la pobreza monetaria en los pobladores rurales y mayor inequidad en el área urbana, situación que incide en el acceso a la cantidad y calidad de los alimentos que requieren los hogares que viven en áreas rurales y urbanas, y que están ubicados en los quintiles más bajos de ingresos, para garantizar la seguridad alimentaria de todos sus integrantes.

En Antioquia, la prevalencia de ISAH fue 4,4 veces en los hogares con ingresos menores o iguales a un SMMLV en 2019, vs. los hogares con ingresos superiores a cuatro SMMLV. Según la participación porcentual del gasto alimentario en ingresos monetarios de los hogares, las prevalencias de ISAH revelaron que los hogares pobres no lograron acceder a una canasta de alimentos saludables y, por ende, garantizar la seguridad alimentaria a sus integrantes, cuyo valor mensual estimado, para un hogar constituido por 3,3 personas en Antioquia para el año 2019, fue de COP \$ 1.211.286 (24). Los hogares pobres destinan una alta proporción de sus ingresos mensuales a la compra de alimentos, proporción que se incrementa durante el año debido al alza continua del precio de los alimentos y al estancamiento de sus ingresos (25). En Colombia, para agosto de 2019, los precios de los alimentos y bebidas no alcohólicas tuvieron una variación año corrido de 5,8% una contribución al IPC año corrido de 0,87 y una participación de 28,9% (26).

La Encuesta Nacional de Presupuestos en los Hogares (ENPH) 2016-2017 en Colombia, reportó que los hogares del país (compuestos por 3,3 personas) destinaron mensualmente 15,9% de sus ingresos a la compra de alimentos y bebidas no alcohólicas; 14% los que viven en las cabeceras y 17,2% quienes viven en centros poblados y rural disperso (27).

En Antioquia (sin Medellín), al analizar la ISAH, según la participación porcentual del gasto

alimentario en los ingresos de los hogares, se observa que en aquellos que invirtieron el 50% o más de sus ingresos a la compra de alimentos presentaron mayores prevalencias de ISAH y, de manera especial, de ISAH severa. En el Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015 se encontró el estrato socioeconómico de la vivienda como una de las variables diferenciadoras en el análisis del gasto alimentario; este análisis reportó que hogares de estratos socioeconómicos bajos presentaron una mayor tendencia a tener un gasto alimentario elevado, por encima del 50% de sus ingresos (12).

En el año 2018, la línea de pobreza monetaria per cápita nacional fue COP \$257.433 al mes, y en un hogar constituido por 4 personas COP 1.029.732. La línea de pobreza monetaria extrema per cápita nacional fue COP \$117.605 y para un hogar COP 470.420 al mes (28). El PANA 2019 reporta que los hogares en Antioquia están constituidos en promedio por 3,5 personas, lo que permite deducir que la pobreza monetaria en los hogares de Antioquia se ubica en COP 901.015 (1,1 SMMLV) y la pobreza monetaria extrema en \$411.617 (0,5 SMMLV). Al comparar las líneas de pobreza con el costo mensual de la canasta saludable de alimentos para Antioquia (1,5 SMMLV o \$1.211.286) y los ingresos de los hogares, se puede concluir de manera clara que la pobreza en el departamento y en las subregiones más postergadas es el principal determinante de la ISAH y, de manera especial, de la ISAH severa.

El presente Perfil reafirma que los hogares de Antioquia son mayoritariamente pobres; en 54,9% de ellos sus ingresos son menores o iguales a un SMMLV; 25,9% tienen ingresos entre uno y dos SMMLV; 10,1% entre dos y tres SMMLV; y solo 9,2% tiene ingresos por encima de este valor. Situación que no se ha logrado revertir, a pesar de múltiples estudios que han demostrado que el ingreso monetario es uno de los principales determinantes de la ISAH y que la pobreza, especialmente la pobreza crónica, se identifica como una de las causas fundamentales de desnutrición e inseguridad alimentaria (29).

En Antioquia (sin Medellín), se presenta un gradiente creciente de la ISAH a medida que se deterioran las condiciones socioeconómicas del jefe o la jefa de hogar, como resultado de las desigualdades, en la renta y la riqueza, sociales y demográficas, determinantes claves de la desigualdad en el acceso a los alimentos (29), situación que se profundiza en los hogares pobres encabezados por mujeres. En Colombia, los hogares con jefatura femenina tienen mayor incidencia de pobreza monetaria, tanto en cabeceras (27,6%) como en centros poblados y rurales dispersos (40,5%), con respecto a los hogares encabezados por hombres, 22,4% y 34,7%, respectivamente (28).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) plantea que en Antioquia, aunque las cifras muestran avances en la reducción de la pobreza y la pobreza extrema, persisten grandes desigualdades entre las subregiones, entre lo rural y lo urbano, entre hombres y mujeres y los grupos étnicos del departamento. Además, considera que uno de los indicadores para evaluar la desigualdad es el coeficiente de Gini de la tierra; al respecto,

en el departamento persisten factores regulares e irregulares de apropiación de la tierra, asociados al narcotráfico, a la acumulación de rentas institucionales y de valorización, al despojo violento de medianos y pequeños propietarios por el control del territorio de grupos alzados en armas, los cultivos ilícitos y la plantación de grandes proyectos de explotación asociados a la minería, la ganadería extensiva, los monocultivos e hidroenergéticos por parte de empresas nacionales e internacionales y expone que en Antioquia la propensión en la concentración de la tierra ha variado con tendencia general hacia el incremento. En el año 2011, el índice de Gini de la tierra hogares fue de 0.823, lo que incide directamente en la esfera política, económica y social, por comportarse como un detonante del deterioro de la producción y del acceso a bienes y servicios (30).

El PNUD plantea que Antioquia, para superar la pobreza y las inequidades, debe garantizar el acceso y distribución de la tierra de manera más equitativa para los campesinos y, a la vez, promover la producción agrícola, reducir los niveles de necesidades básicas insatisfechas de la población más vulnerable, ampliar las oportunidades de empleo formal y mejorar la distribución de los ingresos entre hombres y mujeres (30). Retos que de cumplirse contribuirían en gran medida a reducir las altas prevalencias de ISAH de Antioquia y, de manera especial, en los hogares de las subregiones más vulnerables.

Antioquia tiene como desafío reducir las altas prevalencias de ISAH, porque, más allá de las cifras, la inseguridad alimentaria en el hogar tiene implicaciones físicas, como el hambre, deterioro nutricional, enfermedad, bajo rendimiento laboral y escolar; ocasiona sufrimiento psicológico y perturbaciones sociofamiliares. Además, induce a que los hogares utilicen estrategias negativas para adquirir alimentos, como hurto, prostitución, trabajo de los niños, pedir limosna, buscar alimentos en la basura, ingreso a grupos armados, narcotráfico y bandas criminales, migración hacia los cordones de miseria de las cabeceras municipales o de las grandes ciudades y emigración ilegal hacia otros países (31,32).

2.3.3. Ambientes alimentarios

2.3.3.1. Adquisición de alimentos en los hogares antioqueños

Los lugares en que los hogares adquieren sus alimentos se constituyen en espacios de interacción con el sistema alimentario. Estos escenarios determinan la disponibilidad de alimentos en las comunidades y crean condiciones para la toma de decisiones en cuanto a la adquisición para el hogar.

En este sentido, es importante considerar que en los hogares del departamento de Antioquia, el suministro de los alimentos naturales que conforman una dieta saludable y sustentable

fueron provistos, en su mayoría, en formatos del modelo tradicional. Sin embargo, en subregiones como Valle de Aburrá tomó relevancia la distribución moderna, hecho que, según lo evidenciado en el componente de prácticas y simbolismos alimentarios, ocurre en municipios con mayor actividad comercial. Al respecto, la ENSIN 2015 documenta, entre los cambios percibidos en aspectos asociados al acceso y la disponibilidad de alimentos, los “cambios espaciales en los centros de comercialización por el crecimiento de supermercados de franquicia y debilitamiento de tiendas de barrio, plazas de mercado y ventas ambulantes de frutas y verduras” (33).

En Antioquia, en lo que respecta a plazas de mercado, se halló que son frecuentadas por 8,5% de los hogares para adquirir algunos alimentos naturales. El Perfil Alimentario y Nutricional de Medellín 2015 indicó que la plaza minorista era el lugar de compra de alimentos por parte de 7,3% de los hogares (34). Considerando que las plazas de mercado fueron creadas para desarrollar funciones públicas de abastecimiento y distribución de alimentos, es recomendable su fortalecimiento para lograr que, a través de ellas, un mayor número de familias accedan a alimentos naturales, ya sea de manera directa o a través de su rol abastecedor de otros formatos tradicionales como las tiendas. En este sentido, será importante que dentro de la planeación de los territorios se considere la integración de las plazas de mercado a las dinámicas de las poblaciones, de manera que atiendan sus necesidades en cuando a la adquisición de alimentos, debido a que algunos cambios, por ejemplo en su ubicación, han limitado la posibilidad de que los hogares adquieran alimentos, pues la cercanía es un factor decisivo al momento de elegir el lugar de adquisición de los alimentos.

Por su parte, a pesar de la evidencia del alto porcentaje de hogares que dependen de la compra para adquirir alimentos, se halló, como estrategia alternativa, el autoabastecimiento, esta práctica fue más común en hogares rurales que urbanos, aunque, como evidencia la ENSIN 2015, el autoconsumo aumenta a medida que la concentración de habitantes en las cabeceras municipales es menor (33).

En Antioquia, los grupos de alimentos disponibles por autoabastecimiento en mayor proporción fueron huevos, frutas, tubérculos y plátanos. La ENSIN 2015 indicó autoconsumo diario de frutas y verduras en 3,6% de los hogares. En Antioquia se halló autoabastecimiento de estos grupos de alimentos en 12,1% (IC 95% 10,1-14,2) y 6,5% (IC 95% 4,8-8,1) de los hogares, respectivamente (33). Con relación a la proteína animal proveniente del autoconsumo, la ENSIN reportó 6,4% en el caso de Antioquia. Con excepción de los huevos, que autoabastecieron a 11,6% (IC 95% 9,6-13,6) de hogares, los demás grupos fuente de proteína animal (leche, productos lácteos y carnes), indicaron porcentajes inferiores en Antioquia, con respecto al nacional (33).

En el componente de prácticas y simbolismos alimentarios se encontró el fomento del autoabastecimiento de alimentos, a través de proyectos de huertas familiares, escolares y comunitarias, liderados por gobiernos locales y organizaciones sociales. De lograr la

sostenibilidad de los mismos, se podría esperar a futuro un aumento en esta forma de acceder a los alimentos, pues la práctica ha disminuido con respecto a lo indicado en el Perfil Alimentario y Nutricional de los Hogares del Departamento de Antioquia de 2004, cuando el autoconsumo representó el 2,5% de los alimentos disponibles en los hogares urbanos y 19,4% rurales (35). En los actuales hallazgos, en ninguna de las áreas los grupos de alimentos alcanzan dichos porcentajes.

Por su parte, en los hogares de Antioquia se halló adquisición de dulces y productos de paquete que componen el grupo de productos alimenticios ultraprocesados que han sido asociados con la presencia de obesidad y enfermedades crónicas (36). La literatura muestra cómo estos productos cada día se involucran más en el sistema alimentario a nivel global, entre otros, por medio de vías tradicionalmente protegidas como lo son los hogares, cambiando la cultura, los patrones alimentarios y la salud del entorno familiar (37).

Un informe reciente de la Organización Panamericana de la Salud ha mostrado que en América Latina las ventas per cápita de bebidas y alimentos ultraprocesados crecieron en 8,3% entre el 2009 y 2014 y, aunque Colombia es uno de los países con menores ventas, registró también una tendencia preocupante al aumento (36). En Antioquia, uno de cada tres hogares adquirieron este tipo de productos; en mayor proporción en la área urbana, con diferencias marcadas entre las subregiones, llegando a cifras alarmantes en la subregión Valle de Aburrá, en la cual uno de cada dos hogares adquieren estos productos, y en otras subregiones con cifras un poco más alentadoras como es el caso de la subregión Occidente, en la cual uno de cada cuatro hogares adquiere estos productos. Los resultados en Antioquia también muestran que la principal entrada al hogar de estos productos ultraprocesados es la adquisición a través del modelo moderno y tradicional.

En síntesis, para lograr que los hogares de Antioquia dispongan de alimentos que les permitan tener una dieta saludable y sustentable, los hallazgos sobre adquisición de alimentos indican que se requerirían acciones tendientes a mejorar la disponibilidad y acceso a alimentos naturales. Los formatos de distribución que podrían potenciarse con este propósito son los que hacen parte del modelo tradicional, el cual fue el más frecuentado para adquirir frutas, verduras, tubérculos y plátanos. También es recomendable considerar estrategias para la inclusión de alimentos naturales en los programas de protección social que pretenden mejorar el acceso a los alimentos saludables y sustentables, así como seguir fortaleciendo los programas y proyectos que promocionan el autoabastecimiento y el mejoramiento de los ingresos en los hogares de Antioquia. Igualmente, es importante hacer esfuerzos para detener la propagación de los alimentos ultraprocesados y su consumo, y proteger los ambientes alimentarios del departamento, especialmente el hogar, como el entorno en el que se desarrollan y comparten la mayor parte de las actividades alimentarias en familia. Además, estos resultados sustentan y refuerzan la importancia de trabajar por la meta planteada en el Plan Decenal de Seguridad Alimentaria Y Nutricional

de Antioquia, de proteger ambientes alimentarios claves, reduciendo a menos del 10% la disponibilidad de productos alimenticios ultraprocesados en el hogar, las escuelas, los lugares de trabajo y hospitales, y fomentar patrones alimentarios basados en alimentos naturales o mínimamente procesados, por medio de formas de adquisición que sean social y ambientalmente sustentables y sostenibles.

2.3.3.2. Etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas (PAEBNA).

Los resultados encontrados sobre la percepción y el impacto del etiquetado nutricional en los PAEBNA comprados por los individuos encuestados en el departamento de Antioquia muestran cifras alarmantes. En primera instancia, la mayoría de las personas dijeron no tener conocimiento acerca de las calorías que deben consumir al día, siendo este uno de los parámetros de referencia en la información nutricional del etiquetado actual. Por otra parte, de los ciudadanos que sabían leer (>92,0%), solo la mitad reportó usar la información presente en el etiquetado; y de esta población, solo la mitad manifestó que la información era fácil de leer (es decir, una cuarta parte de la población).

En concordancia, solo el 27,7% de los adultos y el 16,4% de los adolescentes refieren que la etiqueta que leen les ayuda a elegir qué productos comprar, y entre los componentes presentes en el etiquetado, los más influyentes para decidir la compra fueron la fecha de vencimiento, la marca, el nombre del producto, el sabor y el contenido. Finalmente, casi todos los entrevistados (>93,8% en todas las subregiones) manifestaron estar de acuerdo en que sea implementado un mensaje de advertencia cuando el contenido de calorías, azúcar, sal o grasas resulte excesivo (asociado con riesgo de enfermedad).

La información presente en el etiquetado nutricional vigente en el país, referente a los porcentajes de valores diarios de nutrientes aportados por los PAEBNA, se basa en una dieta de dos mil calorías, según los numerales 26.2.8 y 26.2.9, del artículo 26, de la Resolución 333 de 2011 (38). Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de los encuestados tienen un desconocimiento acerca de las calorías que deben consumir al día (>78,0%), lo que sugiere una desarticulación entre las bases teóricas de la información presente en el etiquetado y el conocimiento previo que se requiere del ciudadano para entender la información presentada.

Por otra parte, en este estudio solo el 50% de la población refirió leer la información del etiquetado. Dato comparable con el reporte de la población mexicana, en el cual el 40,6% respondió que leía la etiqueta (39). Adicionalmente, según un estudio mixto realizado en Colombia en 2017, solo el 11,5% de los participantes lee las etiquetas de todos los alimentos que compra, mientras que el 88,5% solamente lee la etiqueta de algunos de los alimentos

comprados. Este mismo estudio reportó que las razones para no leer las etiquetas nutricionales están relacionadas con las prácticas de compra de las personas (compran alimentos tradicionales), con el tiempo que destinan para la realización de la compra (consideran que leerlas les tomaría más tiempo) y con limitaciones de la misma etiqueta nutricional (el tamaño pequeño de la letra de la etiqueta no les permite leerla) (40), algo que coincide con los resultados del presente estudio, dado que solo la mitad de las personas mencionaron que la etiqueta era fácil de leer.

Al evaluar la intención de compra, se encontraron cifras aún más alarmantes en Antioquia, en las cuales, en promedio, aproximadamente uno de cada cuatro adultos y uno de cada cinco adolescentes utilizó la información que lee en la etiqueta para comprar. De forma similar, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016 de México, aproximadamente 60% de la población dijo que nunca o casi nunca compra productos industrializados por la información que contienen los empaques (logotipos o leyendas de salud), en comparación con el 12% que siempre o casi siempre dijo haber comprado productos por estos datos (41).

Adicionalmente, aquellos que compraron en el departamento de Antioquia mencionaron que la información que más usaron incluye la fecha de vencimiento, la marca, el nombre del producto, sabor, y el contenido (41,1% en adolescentes y 62,5% en adultos). Por otro lado, aproximadamente uno de cada cuatro encuestados usaba la información nutricional (etiqueta o lista de ingredientes). De forma similar, según la ENSANUT 2016 de México, de la población que dijo leer el etiquetado nutrimental, 24% siempre o casi siempre compraba un alimento por la información nutrimental de la etiqueta o comparaba la información de la etiqueta nutrimental entre productos (41). Según el estudio realizado por Vital Strategies, en 2017, solo uno de cada tres adultos usó las etiquetas nutricionales para guiar las elecciones de dieta (42).

Los resultados en Antioquia mostraron tendencias interesantes y diferenciadas cuando se observaron por determinantes sociodemográficos. En el momento de compra, el uso de la etiqueta o rotulo nutricional aumentó de forma gradual a mayor estrato socioeconómico. Por el contrario, el uso de la información como la fecha de vencimiento, la marca, el nombre del producto, sabor, contenido, entre otros, es mayor en los estratos más bajos. En términos de grupo de edad, los adolescentes presentaron mayor interés en la lectura de la etiqueta o rotulo nutricional y los adultos en el uso de información como la fecha de vencimiento, la marca, el nombre del producto, sabor, contenido.

Otra información interesante es el resultado que muestra una gran aceptación, por la mayoría de los encuestados, con respecto a la inclusión de una señal de advertencia cuando el contenido de nutrientes relacionados con la presencia de obesidad o enfermedades crónicas es excesivo (contenido de calorías, azúcar, sal o grasas); lo que sugiere por parte de la población un deseo de mayor claridad en la información nutricional del etiquetado actual

en el departamento. Este resultado refuerza la importancia de las recomendaciones en este sentido por parte de organizaciones internacionales como la OPS y la OMS, que sugieren, para la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas, "elaborar y establecer normas para el etiquetado del frente del envase, que promuevan las elecciones saludables al permitir identificar los alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional de manera rápida y sencilla" (36,43,44). Países con realidades cercanas, como Chile, han implementado el etiquetado frontal de advertencia con buena aceptación por parte de la población (45).

Finalmente, estos resultados pueden tomarse como una línea base sobre la percepción e intención de compra, relacionada con el etiquetado en el departamento de Antioquia, para dar seguimiento a las metas planteadas en el Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Antioquia, de ambientes informativos saludables, y en vía de fortalecer el derecho a la alimentación.

2.3.3.3. Publicidad televisiva de los productos alimentarios y bebidas no alcohólicas.

La televisión constituye un medio de comunicación masivo de alto acceso, al encontrarse en más del 90% de los hogares de la población del departamento de Antioquia; además, hace parte del mobiliario de la habitación de los menores de 18 años en más del 40% de los encuestados. Estas facilidades de acceso favorecen la exposición a la publicidad televisiva, producto del alto número de horas dedicadas a ver la televisión (por encima de lo recomendado para las diferentes edades) en cualquier franja horaria, y sin suficiente control por gran parte de los padres o cuidadores. Se constituye así un escenario favorecedor de la efectividad de la publicidad de productos alimentarios y bebidas no alcohólicas, que, con estrategias como la música, la repetición y el uso de personajes famosos y mascotas publicitarias, consigue establecer recordación; evidenciada en más de la tercera parte de la población infantil y adolescente. Esto, a su vez, se tradujo en la solicitud a los padres de adquirir el producto, por parte de más de una tercera parte de los encuestados (para algunos comestibles incluso más), y la compra efectiva de los mismos, tales como dulces y chocolates, gaseosas y productos de paquete, comestibles que por sus características nutricionales pueden afectar de forma negativa la salud y comprometer la sostenibilidad, sustentabilidad y cultura alimentaria de las comunidades.

Los resultados sobre el acceso a la televisión en los hogares antioqueños evidenciaron que el 97,4% de los hogares del área urbana y 91,3% del área rural fueron similares a los reportados por el DANE en la Encuesta de Calidad de Vida de 2018, 94,4% para Antioquia y 90,7% para Colombia (46); lo cual confirma la alta penetración del medio en los hogares antioqueños.

La ENSIN 2015 evaluó el tiempo excesivo en pantallas (TV, computador, juegos de video,

tabletas o celular) en relación a la disponibilidad de TV en el cuarto, encontrando que aquellos niños, niñas y adolescentes que disponían de TV en el cuarto tenían una mayor prevalencia de tiempo excesivo frente a las pantallas (33); en Antioquia (sin Medellín) se encontró que 46,9% de los niños del área urbana tenían televisor en el cuarto, frente a un 38,6% en el área rural, por lo tanto, en el área urbana podría existir un mayor riesgo de exceso de tiempo frente a la pantalla del TV.

Con respecto al acceso a TV por cable se encontró que un 79,5% de los hogares del área urbana, y un 50,5% de los hogares del área rural, tenían acceso a este servicio, datos también cercanos a los reportados por el DANE, que reportó que el 74,5% de los hogares antioqueños tenía servicio de televisión por cable, satelital o televisión por protocolo de internet (Internet Protocol Television, IPTV) (46).

Con respecto a la exposición a la publicidad televisiva, se tuvo en cuenta la recomendación de la Academia Americana de Pediatría, que en el 2001 publicó el consenso sobre las recomendaciones de exposición a la televisión, de niños, niñas y adolescentes y, en el 2016, las actualizó para hablar del uso de medios de manera general. En estas recomendaciones ha sido consistente la recomendación de cero horas de exposición para niños y niñas hasta los dos años, menos de una hora diaria para niños y niñas de dos a cinco años, y menos de dos horas en escolares y adolescentes (47). Sin embargo, es importante anotar que esta última recomendación ha sido debatida dado el aumento sustancial del uso de medios y pantallas de diversos tipos, por tanto, en el consenso de 2016 no hay una recomendación específica de tiempo, pero sí de evitar que el consumo mediático desplace o interfiera con otras actividades como realizar actividad física, comer y dormir (48,49).

La recomendación de uso de pantallas, incluyendo a la TV, en niños y niñas menores de dos años debe ser de cero horas (33,46), sin embargo, el 75,6% de los padres de los niños y el 67,7% de los padres de las niñas estuvieron de acuerdo con que sus hijos vieran televisión. Así mismo, un 59,8% de los padres de los niños menores de 2 años y el 36,5% de los padres de las niñas, manifestó que le es indiferente el tiempo que los o las menores están frente al TV. Estas cifras muestran la necesidad de educar a los padres tanto en medios de comunicación masiva, como en la atención grupal, por ejemplo, en los controles de crecimiento y desarrollo, y en el nivel individual, sobre la importancia de restringir el uso de TV y pantallas antes de los dos años.

Otro asunto importante que se evidencia, es que, a medida que la edad aumenta, hay una mayor exposición a la televisión, y esta no se restringe a un horario específico. Los resultados mostraron que los niños, niñas y adolescentes veían TV a cualquier hora, tanto en semana como en fin de semana, y en adolescentes, el horario predilecto es el nocturno, por lo tanto, la población infantil está expuesta a contenidos no adecuados para su edad, incluyendo mensajes publicitarios.

En Colombia se considera que la franja infantil es solo aquella emitida los días de fin de semana o festivos entre las 6:00 am y 12:30 pm, es decir, la programación emitida en un horario diferente de días de fin de semana o festivos, y la programación emitida de lunes a viernes a cualquier hora, se considera como parte de la franja general (50), y es claro que los niños, niñas y adolescentes están expuestos a la TV en cualquier horario, sin importar la franja. A pesar de esto, es importante resaltar que algunos estudios, uno de ellos realizado en Colombia, muestran que la publicidad televisiva de alimentos y bebidas poco saludables es más alta en la franja infantil que en la general (51,52).

Aunque una cuarta parte de los padres de niños y niñas entre dos y cinco años piensan que estos deberían ver menos de una hora de TV al día, esto no es coherente con las horas de exposición a la TV referidas. Por su parte, los adolescentes consideraron que entre una y tres horas de TV al día sería una exposición adecuada, sin embargo, más de una tercera parte de los entrevistados manifestó ver más de tres horas de televisión al día, tanto en semana como en fin de semana.

Con respecto a la recordación de la publicidad televisiva, diferentes estudios muestran que las marcas pueden ser más reconocidas gracias al establecimiento de su recordación a través de los comerciales de TV (53,54), por esta razón, fue de interés para este estudio establecer si los niños y los adolescentes recordaban un comercial de TV y la razón por la cual lo recordaban, encontrando que por cada diez menores entre uno y nueve años, cuatro niños y tres niñas recordaron algún comercial emitido en la TV. La razón principal por la que los niños y niñas de esta edad recuerdan los comerciales es por la música, razón menos referida en estudios internacionales. En segundo lugar, se encontró la razón “otras”, entre las cuales sobresalió el gusto por el producto, la frecuencia de emisión del comercial y las características nutricionales. En tercer lugar apareció como razón “el personaje”; en este sentido se identificó que el personaje más recordado en la publicidad televisiva de alimentos y bebidas para el momento de la encuesta fue Manuel Turizo, cantante en tendencia, una estrategia usada de manera repetitiva por el mismo fabricante, Quala, en productos ultraprocesados, por ejemplo, Frutiño (mezcla en polvo para preparar bebida con sabor artificial), producto referido como el más recordado por esta razón. En segundo lugar están las mascotas o personajes animados como “el gato de Alpín”, “el elefante de choco Krispis” y “el muñequito de alpinito”; al respecto es importante anotar que varios estudios que miden el reconocimiento que tienen los niños de los personajes populares de los comerciales, han encontrado que este oscila entre el 60% y el 90% (55).

La recordación muestra el logro del principal objetivo de la publicidad a través de la música, los personajes, la repetición, entre otras estrategias publicitarias, razón por la cual se justifican recomendaciones dadas por organismos como la OMS y la OPS de controlarlas especialmente en alimentos con perfiles no saludables y en publicidad emitida en el horario infantil (4,56).

Con referencia al impacto, en niños menores de nueve años, se encontró que la publicidad que más logró impactar la intención de compra fue la leche y productos lácteos, la de dulces y chocolates, seguida por productos de paquete y gaseosas; la compra efectiva varía, pues la leche y los productos lácteos pasaron a un cuarto lugar después de dulces y chocolates, productos de paquete y gaseosas. En adolescentes, las gaseosas pasaron a un primer lugar, tanto en la solicitud, como en la compra efectiva, seguidas de dulces y chocolates y productos de paquete. A grandes rasgos, se evidencia que en Antioquia (sin Medellín), el impacto de la publicidad televisiva de grupos de alimentos con perfiles poco saludables tiene mayor incidencia en la compra, fin último de cualquier tipo de publicidad.

Lo anterior da cuenta de la necesidad de tomar medidas adecuadas que permitan el control de la publicidad de alimentos poco saludables, dirigidas a niños y adolescentes. Como referencia se pueden observar las regulaciones a la publicidad que se vienen implementando en Chile, de acuerdo al perfil nutricional de los productos publicitados; allí, las últimas evaluaciones han mostrado que con la implementación de la ley de etiquetado, en cuanto a la exposición a publicidad de alimentos en preescolares y adolescentes, en el horario entre las 6:00 y las 22:00, independiente de si dicha publicidad está dirigida a menores de 14 años o no, se ha reducido la exposición a la publicidad de alimentos, en promedio, entre 46%-62%, lo que en otros países de la región no se ha logrado con la autorregulación (57-59).

En Colombia continúa imponiéndose la autorregulación a la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niños (60), a pesar de la recomendación de la regulación de esta que hace la ley 1355 de 2009 (61) y de las recomendaciones de los organismos de salud (4,56). Se espera que esta evidencia generada en el departamento de Antioquia contribuya a repensar este mecanismo y a seguir el camino de otros países, como Chile, que muestran mejores resultados en pro de la alimentación saludable de los niños, niñas, y adolescentes.

2.4. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El desafío de la nutrición: soluciones desde los sistemas alimentarios; 2018.
2. Prosperidad Social, FAO. Estrategia de Ambientes Alimentarios Saludables. Bogotá; 2016. p. 40.
3. HLPE. La nutrición y los sistemas alimentarios. Roma; 2018. p. 171.
4. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas, dirigida a los niños en la Región de las Américas. Washington, D.C; 2011. p. 30.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud. Etiquetado de los Alimentos. Roma: FAO, OMS; 2007. p. 43.
6. Organización Panamericana de la Salud. El etiquetado y envasado; 2015.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo I. [Internet]; 2017. p. 1–430. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS TOMO I.pdf>
8. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda CNPV 2018 [Internet]. Bogotá; 2018. p. 1–27. Disponible en:
9. CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. [Internet]. 2013. p. 1–40. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>
10. Departamento de Planeación y Gobernación de Antioquia. Encuesta de Calidad de Vida (ECV) Antioquia 2017 [Internet]. 2017. Disponible en <http://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/encuesta-calidad-de-vida-planeacion>.
11. Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. Perfiles socioeconómicos de las subregiones de Antioquia. Medellín: Cámara de comercio de Medellín para Antioquia; 2019. p. 1–426.
12. Gil-Gil BE, Melgar-Quiñonez H, Álvarez-Uribe MC, Estrada-Restrepo A. Diferencias en el gasto alimentario según características socioeconómicas y de seguridad alimentaria y nutricional en hogares de Medellín. *Perspect en Nutr Humana* [Internet]. 2018;19(1):15–25. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v19n1/0124-4108-penh-19-01-00015.pdf>
13. Observatorio de Políticas de la Familia (OPF), Departamento Nacional de Planeación (DNP). Tipologías de Familias en Colombia: evolución 1993 – 2014 [Internet]. Bogotá; 2015. Disponible en: www.dnp.gov.co
14. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Conceptos de Estratificación DANE [Internet]. Bogotá: DANE; Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf
15. Suarez DF, Jiménez IF, Millán MF. Calidad de vida según la estratificación socioeconómica. *J Univ EAN* [Internet]. 2015;4–9. Disponible en: <file:///C:/Users/Daniela/AppData/Local/Temp/1576-Texto del artículo-5168-1-10-20170208.pdf>
16. Organización Panamericana de la Salud. Vivienda saludable. Calidad de las condiciones de la vivienda y calidad de vida. Posición OPS sobre Políticas Salud en la Vivienda. 2001;(82):16.
17. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>
18. Álvarez-Uribe MC, Gil B. Seguridad alimentaria de los hogares de Medellín y sus corregimientos. En: *Perfil de seguridad alimentaria y nutricional de Medellín y sus corregimientos 2015*. Primera edición. Medellín; 2015. p. 185–216.
19. Ministerio de Salud, Instituto Nacional De Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015. 2015.
20. Gobernación de Antioquia - Departamento Administrativo de Planeación, Dirección de Sistemas de Indicadores. Encuesta de Calidad de Vida 2013 [Internet]. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2014. Disponible en: https://antioquia.gov.co/planeacion/ECV_2007-2013/ECV_2013/ECV-2013.html

21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Pobreza Monetaria Antioquia - 2017 [Internet]. Vol. 24. Bogotá; 2018. p. 9. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2017/Antioquia_Pobreza_2017.pdf
22. FAO, OPS W y U. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. Desigualdad y sistemas alimentarios. Santiago; 2018. p. 133.
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia año 2017 [Internet]. Bogotá; 2017. p. 45. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_17.pdf
24. Gobernación de Antioquia y Universidad de Antioquia. Necesidades alimentarias para Antioquia desde una perspectiva nutricional. En: Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Antioquia 2020-2031. Medellín; 2019.
25. López-Salazar R. Pobreza y seguridad alimentaria: el caso de México. Rev CIS. 2015;(18):24-54.
26. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Boletín Técnico: índice de precios al consumidor. Bogotá: DANE; 2019. p. 1-12.
27. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Presupuestos de los Hogares (ENPH) 2016-2017 [Internet]. Bogotá; 2018. p. 32. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/enph/boletin-enph-2017.pdf>
28. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Boletín técnico: Pobreza Monetaria y Multidimensional [Internet]. DANE; 2019. p. 24. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/pobreza>
29. Guardiola J, González-Gómez F. La influencia de la desigualdad en la desnutrición de América Latina: una perspectiva desde la economía. NutrHospSupl. 2010;3(3):38-43.
30. PNUD. Antioquia, Retos y prioridades del departamento 2016-2019 [Internet]. 2015. p. 66. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/historia/minas/indice.htm>
31. Hamelin A, Habicht J, Beaudry M. Food insecurity: consequences for the household and broader social implications. J Nutr. 1999;129(2S Suppl):525S-8S.
32. Webb P, Coates J, Frongillo E, Rogers B, Swindale A, Bilinsky P. Measuring household food insecurity: why it's so important and yet so difficult to do. J Nutr. 2006;136(5):1404s-8s.
33. Universidad Nacional de Colombia, Instituto Nacional de Salud (INS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015. Solano J, editor. Bogotá; 2019.
34. Alcaldía de Medellín - Unidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Universidad de Antioquia- Escuela de Nutrición y Dietética. Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015. Primera edición: Medellín; 2015.
35. Dirección Seccional de Salud de Antioquia - Programa de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia (MANA), Universidad de Antioquia - Escuela de Nutrición y Dietética. Perfil Alimentario y Nutricional de los Hogares del Departamento de Antioquia 2004. Medellín; 2005. p. 236.
36. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones normativas. Washington, DC: OPS; 2019. p. 76.
37. Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M, Costa Louzada ML, Pereira Machado P. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the Nova classification system. Rome: FAO; 2019. p. 48.
38. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución número 333 de 2011 por la cual se establece el Reglamento Técnico sobre los Requisitos de Rotulado o Etiquetado Nutricional que deben cumplir los Alimentos Envasados para consumo humano. Bogotá DC; 2011.
39. Tolentino-Mayo L, Patiño SRG, Bahena-Espina L, Ríos V, Barquera S. Conocimiento y uso del etiquetado nutrimental de alimentos y bebidas industrializados en México. Salud Pública Mex. 2018;60(3):328-37.
40. Forero Y, Rodríguez S, Morales G, Hernández A, Guzmán C, Heredia P, y col. Conocimiento, percepciones, comprensión y uso de tres formatos de etiquetado nutricional. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2017. p. 1-62.
41. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016). Salud Pública de México. Ciudad de México; 2016. p. 149.

42. Vital Strategies, Red Papaz. Obesity Prevention Study - Labeling Report 2017. Bogotá DC; 2017. p. 1-19.
43. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Washington, D.C: OPS; 2014. p. 1-39.
44. OPS/OMS. Avanza el etiquetado frontal en las Américas.
45. Reyes M, Garmendia ML, Olivares S, Aqueveque C, Zacarías I, Corvalán C. Development of the Chilean front-of-package food warning label; 2019. p. 1-11.
46. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2018. 2018.
47. American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. Children, Adolescents, and Television. *Pediatrics*. 2001;107(2):423-6.
48. American Academy of Pediatrics. Media and young minds. *Pediatrics*. 2016;138(5):1-6.
49. American Academy of Pediatrics. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(5):1-6.
50. Rubiano-daza H, Argüello-guzmán LA. Recepción televisiva de la audiencia infantil con características de desplazamiento forzado. 2010;13(2):307-22.
51. Kelly B, Vandevijvere S, Ng S, Adams J, Allemandi L, Bahena-Espina L, y col. Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries. *Obes Rev*. 2019 Apr;1-13.
52. Mejía Díaz DM, Carmona Garcés IC, González Zapata L, Giraldo López PA. Contenido nutricional de alimentos y bebidas publicitados en la franja infantil de la televisión colombiana. *Nutr Hosp*. 2014;29(4):858-64.
53. Norman J, Kelly B, McMahon AT, Boyland E, Chapman K, King L. Remember Me? Exposure to Unfamiliar Food Brands in Television Advertising and Online Advergaming Drives Children's Brand Recognition, Attitudes, and Desire to Eat Foods: a Secondary Analysis from a Crossover Experimental-Control Study with Randomization at. *J Acad Nutr Diet*. 2019. p. 1-10.
54. Uribe R, Fuentes-García A. The effects of TV unhealthy food brand placement on children. Its separate and joint effect with advertising. *Appetite*. 2015;91:165-72.
55. Kraak VI, Story M. Influence of food companies' brand mascots and entertainment companies' cartoon media characters on children's diet and health: a systematic review and research needs. *Obes Rev*. 2015 Feb;16(2):107-26.
56. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. Ginebra: OMS; 2010. p. 1-16.
57. Chile. Ministerio de Salud de Chile. Informe de evaluación de la implementación de la ley sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Santiago de Chile; 2018. p. 20.
58. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). A tres años de Ley Etiquetado: cambio en la composición de productos y en los hábitos de compra: INTA; 2019.
59. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Ley De Etiquetado: cambios en composición de alimentos y de conductas tras su implementación: INTA; 2018.
60. Comisión Nacional de Autorregulación Publicitaria. Código Colombiano de Autorregulación Publicitaria. Bogotá: La Comisión; 2013.
61. Congreso de Colombia. Ley 1355 de 2009 por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Bogotá: El Congreso; 2009.

Tabla 14. Tamaño promedio de los hogares por subregiones y según área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Tamaño promedio del hogar	N	Área de residencia		Total
		Rural	Urbana	
Antioquia (sin Medellín)	1.254.995	3,5	3,5	3,5
Valle de Aburrá (sin Medellín)	425.295	3,8	3,4	3,4
Bajo Cauca	72.907	3,8	3,8	3,8
Magdalena Medio	34.723	3,2	3,4	3,3
Nordeste	66.148	3,5	3,3	3,4
Norte	83.257	3,5	3,1	3,3
Occidente	80.228	3,1	3,0	3,0
Oriente	221.048	3,6	4,2	3,9
Suroeste	129.481	3,1	3,3	3,2
Urabá	141.907	3,4	3,8	3,6

Tabla 15. Características socioeconómicas de los hogares, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características socioeconómicas de los hogares según subregión	N	Subregiones																				
		Antioquia (sin Medellín)			Valle de Aburrá (sin Medellín)		Bajo Cauca		Magdalena Medio		Nordeste		Norte		Occidente		Oriente		Suroeste		Urabá	
		Total	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Índice de hacinamiento (%)																						
Sin hacinamiento	1.119.947	89,2	84,5	92,1	87,1	97,2	65,0	83,5	82,5	90,6	79,0	90,2	82,0	95,7	84,1	91,7	86,8	84,0	94,0	88,5	83,2	87,4
Con hacinamiento	135.048	10,8	15,5	7,9	12,9	*	35,0	16,5	*	*	*	*	*	*	15,9	*	*	*	*	*	16,8	12,6
Ingreso económico mensual de los hogares en SMMLV (%)																						
< 0.5 SMMLV	278.484	22,2	34,0	15,0	*	5,9	40,6	24,4	27,6	21,3	32,9	*	39,9	24,5	44,3	21,2	*	*	26,5	25,2	43,9	29,7
0.5 - < 1 SMMLV	407.852	32,5	38,8	28,7	37,4	21,0	37,6	34,9	31,6	25,7	36,3	31,1	34,7	40,3	32,5	33,3	43,0	39,3	53,0	40,1	29,7	29,0
1 - < 2 SMMLV	325.160	25,9	21,0	28,9	40,7	32,1	*	28,5	35,3	34,6	*	30,3	*	23,5	19,8	28,4	11,4	23,1	*	20,5	22,6	29,7
2 - < 3 SMMLV	127.160	10,1	4,0	13,9	*	18,5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12,3	*	*	*	7,2
3 - < 4 SMMLV	55.679	4,4	*	6,4	*	9,4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
≥ 4 SMMLV	60.660	4,8	*	7,2	*	13,1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Participación porcentual del gasto alimentario en el total de ingresos (%)																						
< 25%	257.958	20,6	12,4	25,5	17,9	33,4	*	15,6	*	21,2	*	*	*	23,5	15,5	23,4	*	16,4	*	18,0	*	20,5
25% - < 50%	556.937	44,4	41,2	46,3	52,3	43,3	39,4	51,7	51,2	48,5	48,9	60,0	35,2	40,4	38,9	47,2	34,0	51,7	30,1	45,7	55,5	46,5
50% - < 75%	297.878	23,7	29,1	20,5	22,3	16,8	29,6	24,0	*	24,1	28,7	*	*	26,6	27,5	22,0	33,2	23,6	39,5	26,8	21,2	21,2
≥ 75%	122.814	9,8	15,5	6,3	*	5,1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11,1
Indeterminado	19.408	1,5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Tipología del hogar (%)																						
Nucleada biparental	404.175	32,2	34,3	31,0	45,5	34,9	33,3	20,5	25,7	*	*	29,7	*	33,7	30,4	20,8	37,8	37,8	46,5	30,8	22,4	15,3
Nucleada monoparental (madre)	155.482	12,4	10,8	13,3	13,9	12,6	*	13,9	*	13,8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19,8	15,5	16,0
Nucleada monoparental (padre)	16.836	1,3	*	1,3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nucleada pareja sin hijos	101.782	8,1	10,8	6,5	5,8	5,4	*	10,6	14,7	7,9	8,7	8,2	10,4	9,8	15,5	9,2	6,4	4,9	15,9	9,3	11,1	6,1
Superpuesta	39.935	3,2	3,4	3,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7,8
Extensa	292.496	23,3	21,4	24,4	17,4	21,3	*	27,2	*	26,2	*	*	29,6	19,4	15,6	21,7	32,1	34,1	*	20,7	22,8	31,8
Mixta	118.517	9,4	7,9	10,4	*	12,3	*	10,2	*	14,8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12,2
Unipersonal	124.244	9,9	10,0	9,9	*	10,6	*	*	*	15,1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9,4
Homoparental (Parejas del mismo sexo)	1.528	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total (N)	1.254.995		474.357	780.638	57.623	367.673	31.490	41.417	15.454	19.269	36.034	30.114	44.735	38.522	52.504	27.724	104.344	116.704	68.983	60.497	63.189	78.718

No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 16. Características generales de la vivienda, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019

Características generales de la vivienda, según subregión	N	Subregiones																				
		Antioquia (sin Medellín)			Valle de Aburrá (sin Medellín)		Bajo Cauca		Magdalena Medio		Nordeste		Norte		Occidente		Oriente		Suroeste		Urabá	
		Total	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Estrato socioeconómico (%)																						
1	428.798	34,2	55,9	21,0	20,5	*	86,3	71,5	58,4	58,4	76,6	39,1	56,4	*	73,0	32,8	*	*	36,6	27,2	85,6	63,1
2	523.272	41,7	37,9	44,0	74,1	46,7	*	22,9	41,6	35,7	*	46,3	37,1	47,2	24,1	50,4	40,0	43,8	59,2	57,6	*	29,5
3	264.719	21,1	5,9	30,3	*	44,0	*	*	*	*	*	*	*	36,3	*	*	15,0	29,5	*	15,2	*	7,2
4	37.244	3,0	*	4,6	*	8,3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	962	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Tipo de vivienda (%)																						
Casa	938.746	74,8	83,9	69,3	74,0	55,7	64,9	71,4	79,6	91,3	72,7	87,5	88,4	66,7	82,1	70,9	96,3	88,3	98,2	80,2	72,2	83,1
Apartamento	242.254	19,3	6,9	26,8	23,3	43,5	*	*	*	*	*	*	*	33,1	*	*	*	*	*	*	*	7,8
Inquilinato	2.145	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Cuarto	12.582	1,0	*	1,1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Rancho o vivienda de desechos	59.268	4,7	8,2	2,6	*	*	33,2	21,3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	25,9	8,3
Disponibilidad de agua (%)																						
Sí	1.213.717	96,7	93,2	98,9	99,1	99,8	72,5	98,1	97,2	98,3	94,5	97,2	88,9	100,0	98,5	100,0	99,8	99,7	100,0	100,0	76,4	92,7
No	41.278	3,3	6,8	1,1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	23,6	*
Eliminación de excretas (%)																						
Alcantarillado	854.606	68,1	32,5	89,7	76,4	99,2	23,2	48,9	49,5	94,3	*	83,6	*	99,4	29,8	96,4	33,8	86,4	*	89,5	27,7	66,3
Pozo séptico	241.030	19,2	41,2	5,8	18,7	*	52,4	37,7	*	*	42,1	*	14,6	*	44,3	*	61,4	*	40,7	*	43,5	21,8
Letrina/Inodoro sin conexión	135.092	10,8	22,2	3,8	*	*	*	*	21,7	*	46,9	*	61,6	*	24,0	*	*	*	*	35,7	*	10,7
Sin servicio sanitario	24.267	1,9	4,1	0,6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Lugar para la preparación de alimentos en el hogar (%)																						
Cuarto solo para cocinar/Sala comedor	1.169.586	93,2	91,6	94,1	96,9	97,0	72,7	81,5	88,9	93,3	94,1	95,0	85,2	92,2	89,9	89,9	93,2	91,3	99,0	94,6	90,8	94,0
Cuarto usado también para dormir	32.843	2,6	2,9	2,5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Al aire libre	49.488	3,9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
No preparan alimentos	3.077	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total (N)	1.254.995	474.357	780.638	57.623	367.673	31.490	41.417	15.454	19.269	36.034	30.114	44.735	38.522	52.504	27.724	104.344	116.704	68.983	60.497	63.189	78.718	

No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 17. Características demográficas y socioeconómicas del jefe o jefa de hogar, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características demográficas y socioeconómicas del jefe o jefa de hogar	N	Subregiones																				
		Antioquia (sin Medellín)			Valle de Aburrá (sin Medellín)		Bajo Cauca		Magdalena Medio		Nordeste		Norte		Occidente		Oriente		Suroeste		Urabá	
		Total	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Sexo (%)																						
Mujer	616.043	49,1	42,9	52,9	49,1	54,2	36,1	54,1	62,1	52,9	40,2	50,1	63,3	60,4	52,4	57,8	28,8	42,5	32,6	50,1	49,5	59,0
Hombre	638.952	50,9	57,1	47,1	50,9	45,8	63,9	45,9	37,9	47,1	59,8	49,9	36,7	39,6	47,6	42,2	71,2	57,5	67,4	49,9	50,5	41,0
Edad (%)																						
18-34 años	203.569	16,2	20,0	14,0	13,4	9,6	22,3	21,1	*	17,7	32,4	*	*	*	22,7	*	*	21,2	*	*	30,3	14,9
35-60 años	641.083	51,1	51,3	51,0	59,3	51,8	47,3	50,0	39,2	47,9	41,0	41,3	64,7	56,4	46,4	45,9	55,6	49,2	47,6	50,3	45,9	54,7
> 60 años	410.142	32,7	28,8	35,0	27,3	38,6	30,4	28,9	37,5	34,5	26,6	40,7	*	30,8	30,9	36,4	33,5	29,7	31,4	33,7	23,7	30,1
Nivel de escolaridad (%)																						
Sin estudios	368.470	29,4	41,6	21,9	*	11,0	49,0	32,9	59,9	36,6	75,8	46,6	50,8	42,1	55,1	33,9	*	16,4	66,4	39,0	47,3	34,9
Primaria completa	478.135	38,1	40,6	36,6	55,2	40,0	34,1	33,8	26,7	24,5	*	25,3	33,7	19,4	27,1	33,7	72,3	47,0	29,6	32,5	27,4	26,4
Secundaria completa	222.431	17,7	12,0	21,2	24,5	21,9	*	17,7	*	24,3	*	*	*	*	*	*	8,6	21,2	*	18,2	14,7	25,0
Estudios superiores	185.959	14,8	5,8	20,3	*	27,1	*	15,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15,5	*	*	*	13,7
Ocupación en el último mes (%)																						
Trabajando	700.772	55,8	61,6	52,4	54,5	49,0	59,8	61,3	48,7	55,8	79,0	51,2	41,8	50,7	58,3	62,0	68,4	53,7	75,3	56,4	52,4	55,5
Desempleado (a)	30.025	2,4	1,7	2,8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Estudiando	6.204	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Oficios del hogar	348.661	27,8	28,7	27,2	29,4	26,1	*	28,1	43,3	30,9	*	31,9	48,4	39,0	34,7	24,8	19,9	22,9	*	27,6	37,6	30,4
Jubilado (a) /Pensionado (a)	110.819	8,8	2,9	12,4	*	18,8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12,6	*	*	*	*
Incapacidad permanente para trabajar	13.417	1,1	*	0,9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Otra actividad	45.096	3,6	3,4	3,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Etnia con la que se identifica (%)																						
Blanco	145.530	11,6	12,2	11,2	*	11,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19,4	*	16,4	*	*
Indígena	17.326	1,4	1,7	1,2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Mestizo	484.163	38,6	32,0	42,6	52,2	53,4	*	30,1	*	30,2	33,4	32,7	48,5	56,6	32,0	36,5	26,9	28,7	29,6	47,1	22,2	18,0
Negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente	92.185	7,3	6,8	7,7	*	*	33,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	23,7	53,0
Ninguno	514.385	41,0	47,3	37,2	31,7	31,8	49,5	58,4	40,9	58,4	51,1	54,3	39,1	22,7	49,9	51,3	60,5	50,3	45,6	35,4	43,2	23,5
Raizal (sanandresano)	1.405	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total (N)	1.254.995		474.357	780.638	57.623	367.673	31.490	41.417	15.454	19.269	36.034	30.114	44.735	38.522	52.504	27.724	104.344	116.704	68.983	60.497	63.189	78.718

No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 18. Características socioeconómicas de las personas, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características socioeconómicas de las personas, según subregión	N	Subregiones																				
		Antioquia (sin Medellín)			Valle de Aburrá (sin Medellín)		Bajo Cauca		Magdalena Medio		Nordeste		Norte		Occidente		Oriente		Suroeste		Urabá	
		Total	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Nivel de escolaridad (%)																						
Sin estudios**																						
Mujeres	567.829	14,3	18,9	11,5	6,4	7,0	23,5	17,6	26,6	17,7	26,8	19,5	22,8	19,5	23,3	17,0	12,2	9,7	27,0	17,6	20,2	17,9
Hombres	527.529	13,3	18,9	9,9	6,2	5,6	28,3	16,5	22,8	13,9	35,8	18,2	23,2	14,0	22,3	14,3	8,4	9,5	26,7	18,1	20,8	14,0
Primaria completa																						
Mujeres	806.907	20,3	21,0	19,8	23,9	20,4	15,6	21,3	13,6	14,6	15,3	17,3	20,0	15,5	19,5	19,6	31,3	21,9	15,5	20,0	15,8	17,0
Hombres	718.052	18,0	20,5	16,6	22,0	16,1	20,2	18,0	17,5	13,5	11,3	17,6	16,0	12,8	20,0	17,4	27,5	19,1	19,7	16,6	17,5	15,8
Secundaria completa																						
Mujeres	471.163	11,8	9,2	13,4	14,3	14,2	4,9	8,3	11,0	14,1	*	14,3	*	14,0	8,3	11,4	9,3	13,6	*	11,1	12,2	13,7
Hombres	347.775	8,7	6,0	10,4	12,6	12,2	4,7	7,5	*	12,8	*	*	*	7,5	*	*	5,7	10,4	*	8,3	5,5	8,4
Estudios superiores																						
Mujeres	312.379	7,9	3,5	10,5	7,8	13,5	*	7,6	*	9,0	*	*	*	10,5	*	8,6	3,8	8,3	*	*	4,5	8,9
Hombres	216.157	5,4	1,8	7,6	5,0	10,7	*	3,2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6,9	*	*	*	4,1
Asistencia escolar entre los 10 y 24 años (%)																						
Mujeres	311.845	29,6	26,3	31,8	27,4	32,8	31,5	31,4	*	27,1	25,5	29,7	29,5	36,3	33,7	35,3	28,6	27,2	19,2	29,3	22,6	36,0
10-16 años	217.710	20,7	21,2	20,3	20,9	16,4	28,4	25,9	*	17,4	*	23,4	*	*	28,0	25,6	*	19,0	*	*	17,3	27,2
17-20 años	72.574	6,9	4,0	8,8	*	12,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7,1
21-24 años	21.561	2,0	*	2,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Hombres	319.777	30,4	32,1	29,2	23,8	27,8	50,6	31,0	*	32,3	30,0	32,4	28,5	25,5	35,1	27,7	*	31,8	33,8	29,7	30,4	29,0
10-16 años	241.065	22,9	26,2	20,7	16,8	16,9	44,4	25,4	24,5	26,4	30,0	28,9	23,2	19,7	25,5	23,1	18,9	21,1	32,6	25,3	27,2	22,9
17-20 años	64.107	6,1	5,4	6,5	*	7,8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
21-24 años	14.605	1,4	*	2,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total Asistencia escolar	631.622	60,0	58,4	61,0	51,2	60,5	82,1	62,4	41,5	59,4	55,5	62,2	58,0	61,7	68,8	62,9	60,7	59,0	53,0	59,0	53,0	65,0
Total 10-16 años	458.775	43,6	47,5	41,0	37,7	33,3	72,7	51,3	36,3	43,8	49,3	52,3	45,4	45,1	53,5	48,7	44,8	40,1	47,0	46,2	44,4	50,1
Total 17-20 años	136.681	13,0	9,4	15,4	*	20,5	*	8,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12,2
Total 21-24 años	36.166	3,4	*	4,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total (N)	4.341.708		1.630.145	2.711.563	218.456	1.215.246	119.078	156.584	49.396	64.828	122.137	99.001	157.275	116.242	160.626	80.761	379.318	488.496	209.930	189.968	213.927	300.437

No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

** Se calculó con base en la población mayor de seis años de edad.

Tabla 19. Asistencia a programas de alimentación y nutrición, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Asistencia a programas de alimentación y nutrición, según subregión (%)	N	Personas que participan en programas de alimentación y nutrición		Paquete alimentario para la mujer gestante y lactante**		Programas de alimentación para la primera infancia***		Restaurante escolar****		Paquete alimentario para el adulto mayor*****		Otros programas de alimentación locales, regionales y nacionales	
		Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Antioquia (sin Medellín)		6,2	6,1	*	*	14,7	17,8	16,8	17,9	*	*	0,7	0,4
Valle de Aburrá (sin Medellín)	1.433.702	1,7	4,4	*	*	*	*	6,3	17,6	*	*	*	*
Bajo Cauca	275.662	7,7	8,2	*	*	*	32,6	15,0	15,3	*	*	*	*
Magdalena Medio	114.225	5,0	2,6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nordeste	221.138	13,1	3,3	*	*	*	*	31,1	9,9	*	*	*	*
Norte	273.517	9,8	6,6	*	*	*	*	27,1	16,1	*	*	*	*
Occidente	241.388	9,9	4,1	*	*	*	*	28,6	10,0	*	*	*	*
Oriente	867.814	8,2	8,8	*	*	*	*	15,4	27,9	*	*	*	*
Suroeste	399.899	7,8	5,6	*	*	*	*	22,8	13,7	*	*	*	*
Urabá	514.364	6,7	8,0	*	*	18,4	13,4	16,8	19,8	*	*	*	0,9
Total (N)	4.341.708	267.696	264.950	7.828	2.509	45.189	54.647	161.967	172.222	4.814	2.428	31.824	16.879

No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Calculado con base en el número de gestantes y lactantes del departamento y de cada subregión (**)

Calculado con base en el número de niños menores de cinco años, del departamento y de cada subregión (***)

Calculado con base en el número de niños y adolescentes de seis a 18 años, del departamento y de cada subregión (****)

Calculado con base en el número de adultos mayores de 65 años, del departamento y de cada subregión (*****)

Tabla 20. Asistencia al restaurante escolar por parte de niños (as) y adolescentes entre los seis y los 18 años, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Asistencia al restaurante escolar (%)	N	Niños (as) 6-10 años		Niños (as) 11-18 años	
		Rural	Urbana	Rural	Urbana
Antioquia (sin Medellín)		30,1	30,0	10,3	11,2
Valle de Aburrá (sin Medellín)	219.945	9,7	26,3	4,8	13,0
Bajo Cauca	80.817	22,6	29,6	*	*
Magdalena Medio	23.523	*	*	*	*
Nordeste	56.975	46,1	*	*	*
Norte	71.155	*	*	*	*
Occidente	62.259	46,7	*	19,6	*
Oriente	168.269	*	*	*	21,6
Suroeste	89.356	*	*	*	*
Urabá	133.019	33,7	36,0	9,5	11,5
Total	961.778	93.125	92.828	61.138	66.930

No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 21. Características sociodemográficas de las mujeres jefas de hogar, según subregión y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características sociodemográficas de las mujeres jefas de hogar	N	Subregiones																				
		Antioquia (sin Medellín)			Valle de Aburrá (sin Medellín)		Bajo Cauca		Magdalena Medio		Nordeste		Norte		Occidente		Oriente		Suroeste		Urabá	
		Total	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Edad																						
18-34 años	96.629	15,7	22,7	12,3	*	8,8	*	23,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	29,7	14,6
35-60 años	319.221	51,8	50,5	52,5	60,0	53,1	*	51,3	*	44,1	*	*	70,3	58,0	40,1	48,2	58,8	56,2	*	48,9	49,4	53,5
> 60 años	199.992	32,5	26,8	35,2	25,4	38,0	*	25,7	*	35,8	*	*	*	*	33,6	36,9	*	30,6	*	39,3	*	31,5
Nivel de escolaridad																						
Sin estudios	172.167	27,9	39,7	22,2	*	10,9	*	29,0	62,4	41,6	*	42,7	52,4	40,8	49,4	38,3	*	*	*	37,9	42,2	39,7
Primaria completa	226.332	36,7	38,1	36,1	57,2	39,2	*	33,2	*	25,5	*	*	*	*	25,1	*	*	54,0	*	*	*	24,1
Secundaria completa	118.591	19,3	14,4	21,6	25,5	23,3	*	17,2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	22,8
Estudios superiores	98.953	16,1	7,9	20,1	*	26,6	*	20,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13,3
Ocupación en el último mes																						
Trabajando	216.332	35,1	31,1	37,1	34,6	38,0	*	43,3	*	38,4	*	*	*	*	28,2	53,7	*	*	*	*	*	40,8
Desempleada	11.340	1,8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Estudiando	4.498	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Oficios del hogar	316.886	51,4	61,3	46,6	54,5	43,7	*	44,8	60,9	53,4	*	54,0	73,1	58,4	61,9	37,4	*	49,5	*	51,5	68,4	47,2
Jubilada/Pensionada	45.339	7,4	*	9,9	*	13,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Incapacidad permanente para trabajar	4.013	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Otra actividad	17.634	2,9	*	3,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Ingreso económico mensual en SMMLV (%)																						
< 0.5 SMMLV	220.531	35,8	46,1	30,7	26,2	23,8	*	44,1	*	38,9	*	41,1	*	31,5	46,0	33,5	*	*	*	41,2	50,0	48,7
0.5 - < 1 SMMLV	111.696	18,1	13,2	20,5	23,7	17,6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	16,7
1 - < 2 SMMLV	57.712	9,4	6,1	11,0	*	13,5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2 - < 3 SMMLV	22.047	3,6	*	5,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3 - < 4 SMMLV	11.541	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
≥ 4 SMMLV	8.266	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Tipología del hogar																						
Extensa	174.098	28,3	26,9	28,9	*	25,3	*	30,8	*	25,9	*	*	*	*	*	*	*	40,8	*	*	33,9	39,0
Homoparental	551	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Mixta	68.672	11,1	10,4	11,5	*	12,6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13,0
Nucleada biparental	113.741	18,5	19,2	18,1	28,1	22,1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nucleada monoparental (madre)	146.136	23,7	23,6	23,8	23,7	21,8	*	24,7	*	26,1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	38,2	25,8
Nucleada monoparental (padre)	2.657	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nucleada pareja sin hijos	24.050	3,9	5,9	2,9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Superpuesta	12.715	2,1	*	2,0	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Unipersonal	73.422	11,9	11,7	12,0	*	12,8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10,9
Total (N)	616.043		203.440	412.602	28.277	199.286	11.376	22.394	9.594	10.199	14.484	15.095	28.303	23.272	27.533	16.017	30.101	49.627	22.486	30.286	31.286	46.427

No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 22. Seguridad alimentaria en el hogar, según área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria				Inseguridad alimentaria				Leve						Grado de inseguridad alimentaria					
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		Moderada		Severa					
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	1.237.916	408.023	33,0	30,9	35,0	829.893	67,0	64,7	69,4	470.849	38,0	35,6	40,4	228.709	18,5	16,5	20,5	130.335	10,5	9,1	12,0
Urbano	768.363	294.576	38,3	35,7	41,0	473.787	61,7	59,1	64,3	271.451	35,3	32,7	37,9	124.301	16,2	14,3	18,1	78.035	10,2	8,6	11,7
Rural	469.553	113.447	24,2	21,0	27,3	356.106	75,8	71,8	79,9	199.398	42,5	37,9	47,1	104.409	22,2	18,1	26,4	52.299	11,1	8,3	14,0
Subregiones																					
Valle de Aburrá (sin Medellín)	418.095	209.185	50,0	46,2	53,9	208.910	50,0	46,2	53,8	133.042	31,8	28,3	35,4	56.036	13,4	10,8	16,0	19.832	4,7	3,1	6,4
Urbano	360.862	183.655	50,9	46,6	55,2	177.207	49,1	44,8	53,4	113.738	31,5	27,5	35,5	46.731	12,9	10,1	15,8	16.738	*	*	*
Rural	57.233	25.531	44,6	38,1	51,1	31.702	55,4	48,9	61,9	19.303	33,7	27,5	39,9	9.305	16,3	11,4	21,1	3.094	*	*	*
Bajo Cauca	72.907	9.030	12,4	8,0	16,8	63.877	87,6	82,5	92,8	27.661	37,9	30,6	45,2	18.132	24,9	18,0	31,7	18.084	24,8	17,8	31,8
Urbano	41.417	6.484	15,7	10,6	20,7	34.933	84,3	79,0	89,7	16.436	39,7	32,7	46,7	9.813	23,7	17,6	29,7	8.684	21,0	14,5	27,4
Rural	31.490	2.546	*	*	*	28.944	91,9	83,7	100,0	11.225	†35,6	21,3	50,0	8.319	†26,4	12,8	40,0	9.400	†29,8	16,3	43,4
Magdalena Medio	34.666	9.201	26,5	20,7	32,4	25.465	73,5	67,1	79,9	13.799	39,8	32,8	46,8	5.599	16,2	11,2	21,1	6.067	17,5	11,6	23,4
Urbano	19.212	6.552	34,1	26,3	41,9	12.660	65,9	58,5	73,3	7.209	37,5	29,8	45,2	3.232	16,8	11,0	22,6	2.219	11,6	6,7	16,5
Rural	15.454	2.649	17,1	8,4	25,8	12.805	82,9	73,4	92,4	6.590	42,6	30,3	55,0	2.367	*	*	*	3.848	*	*	*
Nordeste	64.479	18.931	29,4	22,9	35,8	45.548	70,6	63,8	77,5	26.121	40,5	33,1	48,0	13.894	21,5	15,7	27,4	5.534	*	*	*
Urbano	29.681	12.293	41,4	31,7	51,1	17.388	58,6	48,8	68,4	8.575	28,9	20,1	37,7	6.661	22,4	14,3	30,6	2.152	*	*	*
Rural	34.798	6.638	*	*	*	28.160	80,9	72,5	89,4	17.546	50,4	39,5	61,4	7.233	*	*	*	3.381	*	*	*
Norte	82.200	21.469	26,1	19,7	32,5	60.731	73,9	67,5	80,3	37.992	46,2	39,0	53,4	16.902	20,6	14,5	26,7	5.837	*	*	*
Urbano	37.835	10.642	28,1	19,2	37,0	27.193	71,9	63,0	80,7	19.688	52,0	42,2	61,9	5.197	*	*	*	2.307	*	*	*
Rural	44.365	10.827	*	*	*	33.538	75,6	66,5	84,7	18.303	41,3	30,9	51,6	11.705	*	*	*	3.530	*	*	*
Occidente	79.086	21.716	27,5	21,4	33,5	57.370	72,5	67,0	78,1	34.972	44,2	38,1	50,3	17.133	21,7	16,4	26,9	5.266	*	*	*
Urbano	27.103	7.167	26,4	18,4	34,5	19.936	73,6	65,6	81,5	11.932	44,0	35,1	53,0	5.058	18,7	11,9	25,5	2.946	*	*	*
Rural	51.983	14.549	28,0	19,8	36,2	37.434	72,0	64,6	79,4	23.040	44,3	36,3	52,4	12.075	23,2	16,1	30,3	2.320	*	*	*
Oriente	220.123	58.422	26,5	20,5	32,6	161.701	73,5	65,1	81,9	98.169	44,6	35,6	53,6	41.170	18,7	10,6	26,8	22.363	*	*	*
Urbano	115.918	34.799	30,0	22,4	37,6	81.119	70,0	61,3	78,7	51.646	44,6	35,3	53,8	15.392	*	*	*	14.081	*	*	*
Rural	104.205	23.623	22,7	13,0	32,3	80.582	†77,3	63,3	91,4	46.523	†44,6	28,6	60,7	25.778	*	*	*	8.282	*	*	*
Suroeste	124.993	40.342	32,3	26,2	38,3	84.651	67,7	61,5	73,9	56.407	45,1	38,4	51,9	22.082	17,7	12,7	22,6	6.162	*	*	*
Urbano	57.833	20.789	35,9	28,2	43,7	37.044	64,1	56,1	72,0	20.283	35,1	27,2	43,0	12.723	22,0	15,1	28,9	4.037	*	*	*
Rural	67.160	19.552	29,1	20,0	38,2	47.608	70,9	61,8	80,0	36.124	53,8	43,8	63,8	9.358	*	*	*	2.126	*	*	*
Urabá	141.367	19.728	14,0	10,8	17,1	121.639	86,0	82,5	89,6	42.686	30,2	25,3	35,1	37.763	26,7	22,1	31,3	41.190	29,1	24,6	33,7
Urbano	78.502	12.195	15,5	12,1	19,0	66.307	84,5	81,0	87,9	21.943	28,0	23,7	32,2	19.493	24,8	20,7	28,9	24.871	31,7	27,2	36,2
Rural	62.865	7.533	*	*	*	55.332	88,0	81,6	94,5	20.743	33,0	23,4	42,6	18.270	29,1	20,2	37,9	16.319	26,0	17,3	34,6

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

†: Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%.

Tabla 23. Seguridad alimentaria en el hogar, según composición, número de personas y tipología del hogar en Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria					Inseguridad alimentaria				Grado de inseguridad alimentaria										
				IC 95%					IC 95%		Leve		Moderada				Severa				
		N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)																					
Composición del hogar																					
Integrado por adultos	556.876	217.881	39,1	36,1	42,1	338.994	60,9	57,4	64,4	196.973	35,4	31,8	38,9	99.837	17,9	15,2	20,7	42.185	7,6	6,1	9,1
Integrado por adultos y niños	681.040	190.142	27,9	25,1	30,7	490.898	72,1	69,0	75,2	273.876	40,2	36,9	43,5	128.872	18,9	16,1	21,7	88.150	12,9	10,6	15,3
Número de personas que integran el hogar																					
1-3	645.030	245.835	38,1	35,2	41,0	399.195	61,9	58,8	65,0	229.365	35,6	32,4	38,8	114.785	17,8	15,3	20,3	55.045	8,5	7,1	10,0
4-5	452.260	129.871	28,7	25,4	32,1	322.389	71,3	67,3	75,2	189.715	41,9	37,8	46,1	87.581	19,4	15,6	23,1	45.093	10,0	7,4	12,5
6 y más	140.626	32.318	23,0	17,6	28,4	108.308	77,0	70,5	83,5	51.769	36,8	29,2	44,4	26.343	18,7	13,6	23,9	30.196	21,5	14,5	28,4
Tipología de hogar																					
Extensa	287.598	82.247	28,6	24,7	32,5	205.351	71,4	66,3	76,5	102.259	35,6	30,3	40,8	57.019	19,8	15,4	24,2	46.072	16,0	11,5	20,5
monoparental (madre o padre)	170.151	50.187	29,5	23,5	35,5	119.964	70,5	65,6	75,5	70.227	41,3	35,6	46,9	29.774	17,5	13,7	21,3	19.963	11,7	8,5	14,9
Nucleada biparental	399.778	146.509	36,6	32,8	40,5	253.269	63,4	58,9	67,8	163.719	41,0	36,6	45,3	69.203	17,3	13,4	21,3	20.347	5,1	3,4	6,8
Unipersonal	122.871	45.572	37,1	30,7	43,4	77.299	62,9	55,2	70,6	42.661	34,7	27,0	42,4	21.909	17,8	11,0	24,7	12.730	10,4	7,1	13,7
Otras	257.517	83.508	32,4	28,2	36,6	174.009	67,6	62,8	72,3	91.982	35,7	30,4	41,0	50.804	19,7	16,2	23,2	31.223	12,1	9,2	15,1
Valle Aburrá (sin Medellín)																					
Composición del hogar																					
Integrado por adultos	241.288	129.718	53,8	48,7	58,8	111.570	46,2	41,2	51,3	73.433	30,4	25,7	35,1	31.779	13,2	9,8	16,6	6.357	*	*	*
Integrado por adultos y niños	176.807	79.468	44,9	39,1	50,8	97.340	55,1	49,4	60,7	59.609	33,7	28,3	39,1	24.257	13,7	9,8	17,6	13.474	*	*	*
Número de personas que integran el hogar																					
1-3	223.175	129.214	57,9	52,6	63,2	93.961	42,1	36,9	47,3	57.388	25,7	21,1	30,3	28.303	12,7	9,2	16,2	8.270	*	*	*
4-5	154.254	61.819	40,1	34,0	46,1	92.436	59,9	53,8	66,0	61.220	39,7	33,6	45,8	22.955	14,9	10,5	19,3	8.261	*	*	*
6 y más	40.665	18.153	44,6	32,5	56,7	22.513	55,4	43,4	67,3	14.434	35,5	23,9	47,1	4.777	*	*	*	3.301	*	*	*
Tipología de hogar																					
Extensa	84.472	40.360	47,8	39,1	56,4	44.112	52,2	43,8	60,7	25.748	30,5	22,7	38,2	11.135	*	*	*	7.228	*	*	*
monoparental (madre o padre)	57.831	22.920	39,6	29,6	49,7	34.911	60,4	50,3	70,4	22.119	38,2	28,2	48,3	10.365	*	*	*	2.427	*	*	*
Nucleada biparental	153.931	76.573	49,7	43,5	56,0	77.358	50,3	44,1	56,5	54.082	35,1	29,2	41,1	20.341	13,2	9,0	17,4	2.936	*	*	*
Unipersonal	40.775	26.038	63,9	51,8	75,9	14.737	*	*	*	8.628	*	*	*	4.709	*	*	*	1.399	*	*	*
Otras	81.086	43.294	53,4	44,7	62,1	37.792	46,6	38,0	55,2	22.464	27,7	20,0	35,4	9.486	*	*	*	5.842	*	*	*
Bajo Cauca																					
Composición del hogar																					
Integrado por adultos	23.904	4.881	*	*	*	19.023	79,6	69,4	89,8	7.741	32,4	21,4	43,4	6.194	25,9	14,6	37,2	5.088	*	*	*
Integrado por adultos y niños	49.003	4.149	8,5	5,1	11,8	44.854	91,5	86,1	97,0	19.920	40,7	31,3	50,0	11.938	24,4	15,8	32,9	12.996	26,5	17,6	35,4
Número de personas que integran el hogar																					
1-3	36.304	6.923	19,1	10,9	27,2	29.381	80,9	72,6	89,2	13.468	37,1	27,3	46,9	9.153	25,2	15,4	35,0	6.760	18,6	10,6	26,6
4-5	26.653	1.897	*	*	*	24.757	92,9	85,6	100,0	11.813	+44,3	30,9	57,7	6.250	+23,5	10,9	36,0	6.694	+25,1	12,4	37,8
6 y más	9.950	211	*	*	*	9.739	97,9	92,5	100,0	2.381	*	*	*	2.728	*	*	*	4.630	*	*	*
Tipología de hogar																					
Extensa	15.635	1.885	*	*	*	13.750	87,9	79,0	96,9	6.518	41,7	29,9	53,4	3.517	*	*	*	3.716	*	*	*
monoparental (madre o padre)	8.939	876	*	*	*	8.062	90,2	78,5	100,0	3.502	*	*	*	2.283	*	*	*	2.278	*	*	*
Nucleada biparental	18.978	1.692	*	*	*	17.286	91,1	81,4	100,0	8.190	+43,2	27,4	58,9	4.095	*	*	*	5.001	*	*	*
Unipersonal	4.802	1.681	*	*	*	3.121	*	*	*	1.447	*	*	*	421	*	*	*	1.252	*	*	*
Otras	24.554	2.896	*	*	*	21.658	88,2	78,7	97,7	8.004	+32,6	19,3	45,9	7.816	+31,8	16,8	46,9	5.838	23,8	12,5	35,1
Magdalena Medio																					
Composición del hogar																					
Integrado por adultos	15.753	3.707	23,5	15,4	31,7	12.046	76,5	67,3	85,7	5.577	35,4	25,3	45,5	2.680	17,0	10,1	23,9	3.789	*	*	*
Integrado por adultos y niños	18.913	5.494	29,1	20,8	37,3	13.419	70,9	62,1	79,8	8.222	43,5	33,8	53,2	2.918	*	*	*	2.278	*	*	*
Número de personas que integran el hogar																					
1-3	19.788	5.247	26,5	18,8	34,2	14.542	73,5	64,8	82,2	6.913	34,9	25,8	44,1	3.760	19,0	11,9	26,1	3.869	*	*	*
4-5	11.943	2.899	24,3	15,0	33,5	9.044	75,7	65,1	86,3	5.591	46,8	34,3	59,3	1.707	*	*	*	1.747	*	*	*
6 y más	2.935	1.055	*	*	*	1.879	*	*	*	1.295	*	*	*	133	*	*	*	452	*	*	*
Tipología de hogar																					
Extensa	8.782	2.244	*	*	*	6.538	+74,4	61,3	87,5	3.858	+43,9	29,4	58,4	1.398	*	*	*	1.282	*	*	*
monoparental (madre o padre)	5.035	1.741	*	*	*	3.293	+65,4	46,5	84,3	1.599	*	*	*	521	*	*	*	1.173	*	*	*
Nucleada biparental	6.260	1.898	*	*	*	4.362	+69,7	54,6	84,8	2.778	*	*	*	1.319	*	*	*	265	*	*	*
Unipersonal	4.740	1.389	*	*	*	3.351	+70,7	53,3	88,1	1.230	*	*	*	856	*	*	*	1.265	*	*	*
Otras	9.849	1.927	*	*	*	7.922	80,4	69,9	91,0	4.334	+44,0	30,6	57,4	1.506	*	*	*	2.081	*	*	*
Nordeste																					
Composición del hogar																					
Integrado por adultos	25.155	10.794	42,9	31,3	54,5	14.361	57,1	45,2	69,0	8.924	35,5	23,8	47,2	3.091	*	*	*	2.346	*	*	*
Integrado por adultos y niños	39.324	8.137	20,7	13,8	27,6	31.187	79,3	71,5	87,1	17.197	43,7	34,1	53,3	10.803	27,5	19,1	35,9	3.188	*	*	*
Número de personas que integran el hogar																					
1-3	33.798	12.425	36,8	27,1	46,4	21.373	63,2	53,1	73,4	13.614	40,3	29,8	50,8	5.974	*	*	*	1.785	*	*	*
4-5	25.011	6.078	*	*	*	18.933	75,7	65,5	85,9	9.092	36,4	25,0	47,7	7.267	*	*	*	2.574	*	*	*
6 y más	5.670	428	*	*	*	5.242	*	*	*	3.415	*	*	*	653	*	*	*	1.174	*	*	*
Tipología de hogar																					
Extensa	12.337	2.111	*	*	*	10.226	+82,9	69,4	96,3	4.396	*	*	*	4.130	*	*	*	1.700	*	*	*
monoparental (madre o padre)	11.465	2.347	*	*	*	9.119	+79,5	65,5	93,6	5.381	*	*	*	3.737	*	*	*	1.437	*	*	*
Nucleada biparental	17.883	6.007	*	*	*	11.876	+66,4	53,0	79,8	8.304	+46,4	32,2	60,6	2.135	*	*	*	1.437	*	*	*
Unipersonal	7.849	2.856	*	*	*	4.993	*	*	*	3.256	*	*	*	598	*	*	*	1.139	*	*	*
Otras	14.944	5.610	*	*	*	9.334	+62,5	47,9	77,0	4.785	*	*	*	3.293	*	*	*	1.257	*	*	*
Norte																					
Composición del hogar																					
Integrado por adultos	33.664	10.017	29,8	19,5	40,0	23.647	70,2	60,1	80,4	13.438	39,9	29,2	50,6	7.246	*	*	*	2.964	*	*	*
Integrado por adultos y niños	48.536	11.452	23,6	15,4	31,8	37.084	76,4	68,2	84,6	24.554	50,6	41,0	60,1	9.656	*	*	*	2.874	*	*	*
Número de personas que integran el hogar																					
1-3	50.093	12.777	25,5	17,4	33,6	37.316	74,5	66,4	82,6	24.138	48,2	38,9	57,4	9.711	19,4	11,8	26,9	3.467	*	*	*
4-5	22.423	5.607	*	*	*	16.816	75,0	62,8	87,2	10.737	+47,9	34,1	61,7	5.667	*	*	*	412	*	*	*
6 y más	9.684	3.085	*	*	*	6.599	*	*	*	3.116	*	*	*	1.525	*	*	*	1.958	*	*	*
Tipología de hogar																					
Extensa																					

Continuación Tabla 23. Seguridad alimentaria en el hogar, según composición, número de personas y tipología del hogar en Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria				Inseguridad alimentaria				Grado de inseguridad alimentaria											
				IC 95%				IC 95%		Leve		Moderada				Severa					
		N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Oriente																					
Composición del hogar																					
Integrado por adultos	70.838	20.873	29,5	22,7	36,2	49.965	†70,5	55,3	85,8	36.018	†50,8	34,4	67,3	12.461	*	*	*	1.487	*	*	*
Integrado por adultos y niños	149.285	37.549	25,2	16,8	33,5	111.736	74,8	64,8	84,9	62.151	41,6	30,9	52,4	28.709	19,2	9,3	29,2	20.876	*	*	*
Número de personas que integran el hogar																					
1-3	80.362	25.132	31,3	20,9	41,7	55.230	†68,7	54,4	83,1	40.835	†50,8	35,7	65,9	12.293	*	*	*	2.102	*	*	*
4-5	100.497	28.572	28,4	19,2	37,7	71.925	†71,6	58,3	84,8	39.388	†39,2	25,8	52,6	22.650	*	*	*	9.887	*	*	*
6 y más	39.264	4.718	*	*	*	34.546	†88	74,2	100,0	17.945	*	*	*	6.227	*	*	*	10.374	*	*	*
Tipología de hogar																					
Extensa	73.885	15.455	20,9	13,1	28,7	58.430	†79,1	65,2	93,0	30.770	†41,6	25,9	57,4	13.140	*	*	*	14.521	*	*	*
monoparental (madre o padre)	18.630	6.864	*	*	*	11.765	†63,2	42,5	83,8	8.869	*	*	*	615	*	*	*	2.281	*	*	*
Nucleada biparental	82.770	27.920	33,7	22,8	44,7	54.850	†66,3	51,4	81,2	30.776	†37,2	22,6	51,8	22.409	*	*	*	1.665	*	*	*
Unipersonal	17.155	3.710	*	*	*	13.444	*	*	*	8.682	*	*	*	4.019	*	*	*	743	*	*	*
Otras	27.683	4.472	*	*	*	23.211	†83,8	65,3	100,0	19.072	†68,9	44,3	93,5	987	*	*	*	3.152	*	*	*
Suroeste																					
Composición del hogar																					
Integrado por adultos	58.642	19.492	33,2	24,5	42,0	39.150	66,8	57,8	75,7	23.555	40,2	30,7	49,6	12.571	21,4	13,6	29,3	3.024	*	*	*
Integrado por adultos y niños	66.351	20.850	31,4	23,0	39,8	45.501	68,6	60,0	77,2	32.852	49,5	40,1	58,9	9.511	*	*	*	3.138	*	*	*
Número de personas que integran el hogar																					
1-3	72.542	24.453	33,7	25,6	41,8	48.089	66,3	58,1	74,5	30.432	42,0	33,4	50,5	13.150	18,1	11,5	24,8	4.507	*	*	*
4-5	46.201	13.633	29,5	20,0	39,0	32.568	70,5	60,3	80,6	24.489	53,0	41,6	64,4	6.424	*	*	*	1.655	*	*	*
6 y más	6.250	2.256	*	*	*	3.994	*	*	*	1.486	*	*	*	2.508	*	*	*		*	*	*
Tipología de hogar																					
Extensa	18.627	5.642	*	*	*	12.985	†69,7	54,6	84,8	6.866	*	*	*	5.469	*	*	*	650	*	*	*
monoparental (madre o padre)	20.098	7.224	*	*	*	12.874	†64,1	48,4	79,8	8.760	*	*	*	2.302	*	*	*	1.811	*	*	*
Nucleada biparental	49.005	16.500	33,7	23,5	43,9	32.505	66,3	56,0	76,6	25.884	52,8	41,7	63,9	4.576	*	*	*	2.046	*	*	*
Unipersonal	13.953	4.066	*	*	*	9.888	*	*	*	6.136	*	*	*	2.422	*	*	*	1.330	*	*	*
Otras	23.310	6.910	*	*	*	16.400	†70,4	56,1	84,6	8.762	*	*	*	7.312	*	*	*	325	*	*	*
Urabá																					
Composición del hogar																					
Integrado por adultos	50.237	7.705	15,3	9,5	21,2	42.533	84,7	78,2	91,1	11.530	23,0	16,6	29,3	16.471	32,8	24,1	41,5	14.531	28,9	20,3	37,6
Integrado por adultos y niños	91.130	12.023	13,2	9,5	16,9	79.106	86,8	82,5	91,1	31.156	34,2	27,5	40,9	21.292	23,4	18,2	28,5	26.659	29,3	24,1	34,4
Número de personas que integran el hogar																					
1-3	73.298	11.494	15,7	10,7	20,6	61.804	84,3	78,8	89,8	18.804	25,7	19,0	32,3	22.082	30,1	23,1	37,1	20.918	28,5	21,8	35,3
4-5	47.576	6.615	13,9	8,8	19,0	40.962	86,1	80,2	92,0	18.360	38,6	29,7	47,5	10.467	22,0	15,2	28,8	12.135	25,5	18,8	32,2
6 y más	20.493	1.619	*	*	*	18.874	92,1	85,5	98,7	5.522	*	*	*	5.214	25,4	15,2	35,7	8.138	39,7	27,8	51,6
Tipología de hogar																					
Extensa	39.312	4.211	*	*	*	35.101	89,3	83,8	94,8	10.733	27,3	19,9	34,7	10.853	27,6	19,5	35,7	13.515	34,4	25,8	43,0
monoparental (madre o padre)	24.770	3.284	*	*	*	21.486	86,7	78,1	95,4	8.728	†35,2	20,9	49,5	5.255	*	*	*	7.504	30,3	21,0	39,6
Nucleada biparental	26.096	5.234	*	*	*	20.862	79,9	70,9	89,0	9.922	38,0	27,2	48,8	6.128	23,5	14,0	33,0	4.811	*	*	*
Unipersonal	13.683	2.159	*	*	*	11.523	84,2	73,1	95,3	2.398	*	*	*	5.352	*	*	*	3.773	*	*	*
Otras	37.507	4.839	*	*	*	32.668	87,1	79,5	94,7	10.905	29,1	18,5	39,7	10.175	27,1	17,1	37,2	11.587	30,9	20,5	41,3

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

†: Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%.

Tabla 24. Seguridad alimentaria en el hogar, según características demográficas, Sisbén y afiliación al Sistema General de Salud del jefe o jefa del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria						Inseguridad alimentaria						Grado de inseguridad alimentaria							
				IC 95%						IC 95%				Leve		Moderada		Severa			
		N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	604.993	191.889	31,7	28,7	34,8	413.105	68,3	65,4	71,2	223.531	36,9	34,0	39,9	111.372	18,4	16,0	20,8	78.202	12,9	10,8	15,1
Hombre	632.923	216.135	34,1	31,4	36,9	416.788	65,9	62,2	69,5	247.318	39,1	35,3	42,8	117.337	18,5	15,4	21,6	52.133	8,2	6,2	10,2
Parentesco del jefe o jefa del hogar																					
Madre	519.586	169.489	32,6	29,1	36,1	350.097	67,4	63,9	70,9	208.135	40,1	36,4	43,7	82.426	15,9	13,5	18,2	59.536	11,5	8,8	14,1
Padre	301.286	97.381	32,3	28,5	36,1	203.905	67,7	62,5	72,8	118.714	39,4	34,3	44,5	61.199	20,3	15,1	25,5	23.992	8,0	5,7	10,2
Familiar cercano	176.120	52.526	29,8	24,9	34,7	123.594	70,2	64,4	76,0	63.696	36,2	30,1	42,2	37.876	21,5	16,0	27,0	22.022	12,5	8,7	16,3
Otro	240.924	88.628	36,8	32,3	41,3	152.296	63,2	57,9	68,5	80.304	33,3	27,9	38,8	47.207	19,6	15,2	24,0	24.785	10,3	7,6	13,0
Sisbén																					
Sí	1.071.193	325.312	30,4	28,2	32,6	745.881	69,6	67,1	72,1	415.525	38,8	36,2	41,4	210.072	19,6	17,4	21,8	120.284	11,2	9,6	12,8
No	166.723	82.711	49,6	43,7	55,5	84.012	50,4	44,5	56,3	55.324	33,2	27,5	38,8	18.637	11,2	7,7	14,7	10.051	6,0	3,0	9,0
Régimen de salud																					
EPS contributiva	535.300	270.263	50,5	47,2	53,7	265.037	49,5	46,2	52,8	168.463	31,5	28,5	34,4	67.389	12,6	10,2	15,0	29.184	5,5	4,1	6,8
EPS subsidiada	665.010	121.338	18,2	16,0	20,5	543.672	81,8	79,0	84,6	290.288	43,7	40,0	47,3	155.858	23,4	20,4	26,5	97.526	14,7	12,3	17,1
No afiliado	22.311	6.036	*	*	*	16.275	+72,9	59,6	86,3	8.507	*	*	*	4.290	*	*	*	3.478	*	*	*
Regímenes especiales																					
No sabe	3.660	1.885	*	*	*	1.775	*	*	*	1.629	*	*	*					146	*	*	*
Tipo de afiliación																					
Cotizante	368.501	198.068	53,7	49,8	57,7	170.433	46,3	42,3	50,2	106.384	28,9	25,5	32,3	43.923	11,9	9,0	14,8	20.126	5,5	3,8	7,1
Beneficiario	843.700	202.290	24,0	21,6	26,3	641.410	76,0	73,4	78,7	354.329	42,0	38,9	45,1	180.496	21,4	18,8	24,0	106.585	12,6	10,7	14,6
No aplica	25.715	7.666	*	*	*	18.050	70,2	57,7	82,7	10.136	+39,4	26,6	52,2	4.290	*	*	*	3.624	*	*	*
Valle de Aburrá (sin Medellín)																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	222.882	104.640	46,9	41,7	52,2	118.242	53,1	47,8	58,3	76.281	34,2	29,2	39,2	28.555	12,8	9,3	16,3	13.406	*	*	*
Hombre	195.213	104.545	53,6	47,9	59,2	90.668	46,4	41,0	51,9	56.761	29,1	24,1	34,1	27.481	14,1	10,3	17,9	6.426	*	*	*
Parentesco del jefe (a) del hogar																					
Madre	189.390	84.582	44,7	39,1	50,3	104.808	55,3	49,8	60,9	71.538	37,8	32,3	43,3	23.544	12,4	8,8	16,1	9.727	*	*	*
Padre	92.262	47.996	52,0	43,8	60,2	44.266	48,0	39,8	56,1	29.910	32,4	24,8	40,0	11.495	*	*	*	2.862	*	*	*
Familiar cercano	68.456	31.199	45,6	36,0	55,2	37.258	54,4	45,0	63,8	17.998	26,3	18,1	34,5	14.375	21,0	13,3	28,7	4.885	*	*	*
Otro	67.986	45.409	66,8	57,7	75,9	22.577	33,2	24,2	42,2	13.595	*	*	*	6.624	*	*	*	2.359	*	*	*
Sisbén																					
Sí	301.819	143.209	47,4	42,9	52,0	158.609	52,6	48,1	57,0	98.970	32,8	28,6	37,0	44.755	14,8	11,7	18,0	14.885	4,9	3,0	6,9
No	116.276	65.976	56,7	49,5	64,0	50.300	43,3	36,1	50,5	34.072	29,3	22,7	35,9	11.282	*	*	*	4.947	*	*	*
Régimen de salud																					
EPS contributiva	312.328	178.911	57,3	52,8	61,7	133.417	42,7	38,4	47,1	89.836	28,8	24,8	32,8	32.018	10,3	7,6	12,9	11.564	*	*	*
EPS subsidiada	90.453	24.170	26,7	19,9	33,5	66.282	73,3	66,0	80,5	37.733	41,7	33,6	49,8	21.236	23,5	16,5	30,4	7.313	*	*	*
No afiliado	9.919	2.356	*	*	*	7.563	*	*	*	4.521	*	*	*	2.087	*	*	*	955	*	*	*
Regímenes especiales																					
No sabe	951	951	*	*	*																
Tipo de afiliación																					
Cotizante	213.200	130.613	61,3	56,0	66,6	82.587	38,7	33,5	43,9	56.479	26,5	21,7	31,2	19.231	9,0	6,0	12,0	6.877	*	*	*
Beneficiario	194.280	75.520	38,9	33,5	44,3	118.760	61,1	55,7	66,6	72.041	37,1	31,7	42,5	34.718	17,9	13,6	22,1	12.000	*	*	*
No aplica	10.615	3.052	*	*	*	7.563	*	*	*	4.521	*	*	*	2.087	*	*	*	955	*	*	*
Bajo Cauca																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	33.770	3.024	*	*	*	30.745	91,0	84,9	97,2	13.217	39,1	28,8	49,5	9.571	28,3	18,1	38,6	7.957	23,6	14,8	32,3
Hombre	39.137	6.006	15,3	8,2	22,5	33.131	84,7	76,5	92,8	14.444	36,9	26,6	47,2	8.560	21,9	12,7	31,0	10.127	25,9	15,2	36,5
Parentesco del jefe (a) del hogar																					
Madre	25.123	1.448	*	*	*	23.675	94,2	88,3	100,0	10.054	40,0	28,7	51,3	6.776	+27,0	14,0	40,0	6.844	27,2	16,1	38,4
Padre	25.781	2.806	*	*	*	22.975	89,1	80,3	97,9	10.631	+41,2	27,3	55,2	5.875	22,8	12,2	33,4	6.469	*	*	*
Familiar cercano	5.604	1.027	*	*	*	4.577	+81,7	67,1	96,2	1.873	*	*	*	1.828	*	*	*	876	*	*	*
Otro	16.399	3.749	*	*	*	12.650	+77,1	62,7	91,5	5.103	+31,1	16,1	46,1	3.653	*	*	*	3.895	*	*	*
Sisbén																					
Sí	70.451	8.154	11,6	7,1	16,0	62.297	88,4	83,3	93,6	26.653	37,8	30,3	45,4	18.026	25,6	18,5	32,6	17.618	25,0	17,8	32,2
No	2.456	876	*	*	*	1.580	*	*	*	1.008	*	*	*	105	*	*	*	466	*	*	*
Régimen de salud																					
EPS contributiva	12.080	4.573	*	*	*	7.507	+62,1	46,3	77,9	3.795	31,4	21,4	41,4	2.505	*	*	*	1.207	*	*	*
EPS subsidiada	60.180	4.352	7,2	4,2	10,3	55.828	92,8	88,2	97,3	23.536	39,1	30,6	47,6	15.416	25,6	18,2	33,0	16.877	28,0	19,8	36,3
No afiliado	211	105	*	*	*	105	*	*	*					105	*	*	*				
Regímenes especiales																					
No sabe	331					331	*	*	*	331	*	*	*								
Tipo de afiliación																					
Cotizante	10.135	4.151	*	*	*	5.984	+59,0	40,5	77,6	2.587	*	*	*	2.294	*	*	*	1.102	*	*	*
Beneficiario	62.230	4.773	7,7	4,7	10,7	57.457	92,3	87,8	96,9	24.743	39,8	31,5	48,1	15.732	25,3	18,1	32,5	16.982	27,3	19,3	35,3
No aplica	542	105	*	*	*	436	*	*	*	331	*	*	*	105	*	*	*				
Magdalena Medio																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	19.762	4.614	23,3	15,5	31,2	15.148	76,7	68,2	85,1	7.576	38,3	28,7	48,0	2.678	*	*	*	4.894	24,8	15,6	33,9
Hombre	14.904	4.587	30,8	22,0	39,5	10.317	69,2	59,7	78,8	6.223	41,8	31,6	51,9	2.921	19,6	11,5	27,7	1.174	*	*	*
Parentesco del jefe (a) del hogar																					
Madre	11.688	2.837	*	*	*	8.851	75,7	64,8	86,6	4.867	+41,6	28,8	54,4	1.800	*	*	*	2.184	*	*	*
Padre	9.013	3.249	36,1	24,1	48,0	5.764	+63,9	51,1	76,8	3.699	+41,0	28,3	53,8	1.450	*	*	*	615	*	*	*
Familiar cercano	4.836	1.056	*	*	*	3.780	+78,2	61,8	94,6	2.405	*	*	*	614	*	*	*	761	*	*	*
Otro	9.129	2.059	*	*	*	7.070	77,4	65,5	89,4	2.828	*	*	*	1.734	*	*	*	2.508	*	*	*
Sisbén																					
Sí	31.942	8.146	25,5	19,6	31,4	23.797	74,5	67,9	81,1	12.650	39,6	32,3	46,9	5.599	17,5	12,2	22,9	5.547	17,4	11,2	23,5
No	2.724	1.055	*	*	*	1.668	*	*	*	1.149	*	*	*					520	*	*	*
Régimen de salud																					
EPS contributiva	10.537	4.837	45,9	34,5	57,3	5.699	54														

Continuación Tabla 24. Seguridad alimentaria en el hogar, según características demográficas, Sisbén y afiliación al Sistema General de Salud del jefe o jefa del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria						Inseguridad alimentaria						Grado de inseguridad alimentaria							
				IC 95%						IC 95%				Leve		Moderada		Severa			
		N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Nordeste																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	28.911	8.384	29,0	19,5	38,5	20.527	71,0	61,0	81,0	11.783	40,8	29,5	52,0	7.079	24,5	15,7	33,3	1.665	*	*	*
Hombre	35.568	10.546	29,7	21,0	38,3	25.021	70,3	61,0	79,7	14.338	40,3	30,4	50,3	6.815	*	*	*	3.869	*	*	*
Parentesco del jefe (a) del hogar																					
Madre	25.823	6.270	*	*	*	19.553	75,7	65,8	85,6	10.873	42,1	30,6	53,6	6.943	*	*	*	1.737	*	*	*
Padre	16.595	4.357	*	*	*	12.238	†73,7	60,5	87,0	6.559	*	*	*	4.385	*	*	*	1.294	*	*	*
Familiar cercano	8.313	2.128	*	*	*	6.184	*	*	*	4.094	*	*	*	1.216	*	*	*	874	*	*	*
Otro	13.748	6.176	*	*	*	7.572	*	*	*	4.594	*	*	*	1.349	*	*	*	1.629	*	*	*
Sisbén																					
Sí	64.051	18.702	29,2	22,8	35,6	45.349	70,8	64,0	77,6	25.921	40,5	33,0	48,0	13.894	21,7	15,8	27,6	5.534	*	*	*
No	428	228	*	*	*	199	*	*	*	199	*	*	*								
Régimen de salud																					
EPS contributiva	9.367	4.269	*	*	*	5.098	*	*	*	2.727	*	*	*	2.370	*	*	*				
EPS subsidiada	53.311	13.578	25,5	18,6	32,3	39.733	74,5	67,3	81,8	22.904	43,0	34,7	51,3	11.523	21,6	15,0	28,2	5.305	*	*	*
No afiliado	1.312	594	*	*	*	717	*	*	*	489	*	*	*					228	*	*	*
Regímenes especiales																					
No sabe																					
Tipo de afiliación																					
Cotizante	7.065	2.721	*	*	*	4.344	*	*	*	2.271	*	*	*	2.073	*	*	*				
Beneficiario	56.102	15.615	27,8	21,1	34,6	40.487	72,2	64,9	79,4	23.361	41,6	33,6	49,7	11.821	21,1	14,7	27,5	5.305	*	*	*
No aplica	1.312	594	*	*	*	717	*	*	*	489	*	*	*					228	*	*	*
Norte																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	50.911	11.722	23,0	15,1	30,9	39.189	77,0	69,1	84,8	24.663	48,4	39,2	57,7	10.213	20,1	12,4	27,7	4.312	*	*	*
Hombre	31.289	9.747	31,2	20,4	41,9	21.542	68,8	57,9	79,8	13.329	42,6	31,2	54,0	6.689	*	*	*	1.525	*	*	*
Parentesco del jefe (a) del hogar																					
Madre	40.474	10.116	*	*	*	30.357	75,0	66,0	84,1	20.372	50,3	40,0	60,7	7.553	*	*	*	2.431	*	*	*
Padre	15.687	4.477	*	*	*	11.210	†71,5	56,1	86,8	6.970	*	*	*	3.416	*	*	*	824	*	*	*
Familiar cercano	6.893	2.004	*	*	*	4.889	*	*	*	3.086	*	*	*	901	*	*	*	901	*	*	*
Otro	19.147	4.872	*	*	*	14.275	†74,6	61,6	87,6	7.563	*	*	*	5.031	*	*	*	1.681	*	*	*
Sisbén																					
Sí	76.379	19.176	25,1	18,5	31,7	57.203	74,9	68,3	81,5	35.777	46,8	39,4	54,3	15.589	20,4	14,1	26,7	5.837	*	*	*
No	5.821	2.293	*	*	*	3.528	*	*	*	2.215	*	*	*	1.313	*	*	*				
Régimen de salud																					
EPS contributiva	19.234	9.347	†48,6	34,2	63,0	9.887	†51,4	37,2	65,6	7.489	*	*	*	1.987	*	*	*	412	*	*	*
EPS subsidiada	61.775	12.122	19,6	12,7	26,5	49.652	80,4	73,6	87,2	30.013	48,6	40,2	57,0	14.915	24,1	16,6	31,7	4.724	*	*	*
No afiliado	1.191					1.191	*	*	*	490	*	*	*					701	*	*	*
Regímenes especiales																					
No sabe																					
Tipo de afiliación																					
Cotizante	12.664	7.652	*	*	*	5.012	*	*	*	4.111	*	*	*	490	*	*	*	412	*	*	*
Beneficiario	68.345	13.817	20,2	13,6	26,8	54.528	79,8	73,3	86,3	33.391	48,9	40,9	56,8	16.412	24,0	17,0	31,1	4.724	*	*	*
No aplica	1.191					1.191	*	*	*	490	*	*	*					701	*	*	*
Occidente																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	42.912	10.680	24,9	16,7	33,1	32.232	75,1	67,9	82,3	18.577	43,3	35,0	51,6	10.339	24,1	17,0	31,2	3.317	*	*	*
Hombre	36.174	11.035	30,5	21,6	39,4	25.138	69,5	60,9	78,1	16.395	45,3	36,3	54,4	6.794	*	*	*	1.949	*	*	*
Parentesco del jefe (a) del hogar																					
Madre	26.758	6.473	*	*	*	20.284	75,8	67,0	84,7	11.484	42,9	32,5	53,3	6.721	25,1	16,1	34,1	2.079	*	*	*
Padre	16.617	4.721	*	*	*	11.896	71,6	59,2	84,0	7.323	44,1	31,8	56,3	3.707	*	*	*	865	*	*	*
Familiar cercano	13.873	4.844	*	*	*	9.029	†65,1	51,4	78,8	5.584	*	*	*	2.139	*	*	*	1.305	*	*	*
Otro	21.839	5.677	*	*	*	16.161	74,0	63,1	84,9	10.580	†48,4	35,9	61,0	4.565	*	*	*	1.017	*	*	*
Sisbén																					
Sí	73.850	19.936	27,0	20,8	33,2	53.914	73,0	67,3	78,7	32.309	43,7	37,4	50,1	16.565	22,4	16,9	27,9	5.039	*	*	*
No	5.236	1.780	*	*	*	3.457	*	*	*	2.663	*	*	*	567	*	*	*	226	*	*	*
Régimen de salud																					
EPS contributiva	19.553	10.748	†55,0	41,1	68,8	8.805	45,0	33,1	56,9	6.483	33,2	22,2	44,1	1.362	*	*	*	959	*	*	*
EPS subsidiada	58.056	10.425	18,0	12,0	23,9	47.631	82,0	76,5	87,6	28.148	48,5	41,2	55,8	15.771	27,2	20,6	33,7	3.712	*	*	*
No afiliado	865	271	*	*	*	594	*	*	*									594	*	*	*
Regímenes especiales																					
No sabe	612	271	*	*	*	341	*	*	*	341	*	*	*								
Tipo de afiliación																					
Cotizante	14.334	8.690	†60,6	45,0	76,3	5.644	*	*	*	3.820	*	*	*	1.136	*	*	*	688	*	*	*
Beneficiario	63.275	12.484	19,7	13,7	25,8	50.791	80,3	74,7	85,8	30.811	48,7	41,7	55,7	15.997	25,3	19,2	31,4	3.983	*	*	*
No aplica	1.477	542	*	*	*	935	*	*	*	341	*	*	*					594	*	*	*
Oriente																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	77.346	25.008	†32,3	19,4	45,3	52.339	†67,7	54,7	80,6	30.191	39,0	27,3	50,8	10.286	*	*	*	11.861	*	*	*
Hombre	142.777	33.414	23,4	17,5	29,3	109.363	76,6	66,0	87,2	67.977	47,6	35,4	59,8	30.883	21,6	10,7	32,6	10.502	*	*	*
Parentesco del jefe (a) del hogar																					
Madre	102.119	35.471	34,7	23,5	46,0	66.648	†65,3	52,7	77,8	42.519	†41,6	29,0	54,3	9.109	*	*	*	15.021	*	*	*
Padre	57.021	11.564	20,3	13,5	27,1	45.457	†79,7	63,1	96,4	23.320	†40,9	21,8	60,0	19.856	*	*	*	2.281	*	*	*
Familiar cercano	30.711	4.064	*	*	*	26.647	†86,8	71,2	100,0	15.130	†49,3	27,7	70,8	7.571	*	*	*	3.946	*	*	*
Otro	30.272	7.323	*	*	*	22.949	†75,8	52,8	98,8	17.199	*	*	*	4.634	*	*	*	1.115	*	*	*
Sisbén																					
Sí	201.662	52.682	26,1	19,6	32,6	148.979	73,9	64,9	82,8	89.458	44,4	34,7	54,0	38.824	19,3	10,4	28,1	20.697	*	*	*
No	18.461	5.739	*	*	*	12.722	†68,9	49,1	88,7	8.711	*	*	*	2.346	*	*	*	1.665	*	*	*
Régimen de salud																					
EPS contributiva	87.049	36.379	41,8	33,6	50,0	50.671	58,2	48,3	68,1	34.346	39,5	31,1	47,8	12.313	*	*	*	4.011	*	*	*
EPS subsidiada	125.222	16.421	13,1	5,8	20,4	108.801	86,9	77,3	96,5	62.336	†49,8	35,6	63,9	28.113	*	*	*	18.352	*	*	*
No afiliado	1.359	615	*	*	*	743	*	*	*	372	*	*	*	372	*	*	*				
Regímenes especiales																					
No sabe	1.115	372	*	*	*	743	*	*	*	743	*	*	*								
Tipo de afiliación																					
Cotizante	55.945	25.690	45,9	35,7	56,2	30.254	†54,1	40,9	67,3	18.404	32,9	23,1	42,7	8.582	*	*	*	3.268	*	*	*
Beneficiario	161.705	31.744	19,6	12,2	27,1	129.961	80,4	71,0	89,7	78.650	48,6	37,2	60,1	32.216	*	*	*	19.095	*	*	*
No aplica	2.474	987	*	*	*	1.487	*	*	*	1.115	*	*	*	372	*	*	*				

Continuación Tabla 24. Seguridad alimentaria en el hogar, según características demográficas, Sisbén y afiliación al Sistema General de Salud del jefe o jefa del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria						Inseguridad alimentaria						Grado de inseguridad alimentaria							
				IC 95%						IC 95%				Leve		Moderada		Severa			
		N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Suroeste																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	51.102	14.638	28,6	19,8	37,5	36.464	71,4	62,2	80,5	20.779	40,7	30,6	50,7	11.206	*	*	*	4.479	*	*	*
Hombre	73.891	25.704	34,8	26,6	42,9	48.187	65,2	56,8	73,6	35.628	48,2	39,2	57,2	10.875	*	*	*	1.684	*	*	*
Parentesco del jefe (a) del hogar																					
Madre	48.438	16.668	34,4	24,6	44,2	31.770	65,6	55,6	75,6	20.929	43,2	32,6	53,8	7.663	*	*	*	3.178	*	*	*
Padre	32.996	12.332	*	*	*	20.664	†62,6	49,5	75,8	17.505	†53,1	39,2	66,9	2.479	*	*	*	679	*	*	*
Familiar cercano	11.386	3.013	*	*	*	8.373	*	*	*	4.730	*	*	*	2.993	*	*	*	650	*	*	*
Otro	32.173	8.328	*	*	*	23.845	74,1	62,5	85,7	13.243	†41,2	28,2	54,1	8.947	*	*	*	1.655	*	*	*
Sisbén																					
Sí	118.123	37.802	32,0	25,8	38,2	80.320	68,0	61,6	74,4	53.888	45,6	38,7	52,5	20.920	17,7	12,6	22,8	5.512	*	*	*
No	6.870	2.540	*	*	*	4.331	*	*	*	2.519	*	*	*	1.161	*	*	*	650	*	*	*
Régimen de salud																					
EPS contributiva	23.655	11.949	†50,5	36,9	64,1	11.706	†49,5	35,1	63,9	7.403	*	*	*	3.977	*	*	*	325	*	*	*
EPS subsidiada	97.530	26.533	27,2	20,4	34,0	70.997	72,8	66,0	79,6	47.823	49,0	41,3	56,8	17.337	17,8	12,1	23,4	5.837	*	*	*
No afiliado	3.415	1.467	*	*	*	1.948	*	*	*	1.181	*	*	*	767	*	*	*				
Regímenes especiales																					
No sabe																					
Tipo de afiliación																					
Cotizante	14.610	8.240	*	*	*	6.370	*	*	*	4.578	*	*	*	1.792	*	*	*				
Beneficiario	106.968	30.635	28,6	22,1	35,1	76.332	71,4	64,8	77,9	50.648	47,3	40,0	54,7	19.522	18,3	12,8	23,7	6.162	*	*	*
No aplica	3.415	1.467	*	*	*	1.948	*	*	*	1.181	*	*	*	767	*	*	*				
Urabá																					
Sexo del jefe del hogar																					
Mujer	77.397	9.178	11,9	7,8	15,9	68.219	88,1	83,9	92,4	20.463	26,4	20,0	32,8	21.444	27,7	21,8	33,6	26.312	34,0	28,4	39,6
Hombre	63.970	10.550	16,5	11,5	21,5	53.420	83,5	77,4	89,6	22.223	34,7	27,1	42,3	16.318	25,5	18,4	32,7	14.878	23,3	15,9	30,7
Parentesco del jefe (a) del hogar																					
Madre	49.774	5.623	11,3	6,2	16,4	44.151	88,7	83,4	94,0	15.498	31,1	22,4	39,9	12.317	24,7	17,7	31,8	16.336	32,8	25,9	39,8
Padre	35.315	5.879	16,6	10,3	23,0	29.436	83,4	76,3	90,4	12.795	36,2	27,5	44,9	8.536	24,2	15,9	32,4	8.105	22,9	14,6	31,3
Familiar cercano	26.048	3.191	*	*	*	22.857	87,7	79,7	95,8	8.795	†33,8	20,0	47,5	6.240	24,0	15,3	32,6	7.822	30,0	20,2	39,9
Otro	30.230	5.034	*	*	*	25.196	83,3	73,8	92,9	5.598	18,5	10,2	26,8	10.670	†35,3	22,5	48,1	8.927	29,5	17,3	41,8
Sisbén																					
Sí	132.917	17.505	13,2	10,0	16,3	115.413	86,8	83,2	90,5	39.899	30,0	24,9	35,1	35.900	27,0	22,2	31,8	39.613	29,8	25,1	34,5
No	8.450	2.223	*	*	*	6.226	†73,7	56,0	91,3	2.787	*	*	*	1.863	*	*	*	1.576	*	*	*
Régimen de salud																					
EPS contributiva	41.497	9.251	22,3	15,4	29,1	32.246	77,7	70,7	84,7	12.509	30,1	22,5	37,8	9.460	22,8	15,8	29,8	10.278	24,8	17,5	32,0
EPS subsidiada	95.969	10.039	10,5	6,9	14,0	85.929	89,5	85,5	93,6	28.724	29,9	23,6	36,3	27.344	28,5	22,6	34,4	29.861	31,1	25,4	36,9
No afiliado	2.851	146	*	*	*	2.705	*	*	*	841	*	*	*	959	*	*	*	905	*	*	*
Regímenes especiales																					
No sabe																					
Tipo de afiliación																					
Cotizante	33.252	6.897	20,7	13,2	28,3	26.355	79,3	71,7	86,8	11.113	33,4	24,6	42,2	7.649	23,0	15,5	30,5	7.593	22,8	14,7	30,9
Beneficiario	104.612	12.393	11,8	8,3	15,3	92.219	88,2	84,1	92,2	30.519	29,2	23,2	35,1	29.155	27,9	22,3	33,5	32.546	31,1	25,7	36,5
No aplica	3.502	438	*	*	*	3.065	*	*	*	1.055	*	*	*	959	*	*	*	1.051	*	*	*

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

†: Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%.

Tabla 25. Seguridad alimentaria en el hogar, según nivel educativo y ocupación del jefe o jefa del hogar en Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria						Inseguridad alimentaria						Grado de inseguridad alimentaria							
				Leve		Moderada		Severa				Leve		Moderada		Severa					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Antioquia (sin Medellín)																					
Nivel de escolaridad del jefe (a) del hogar																					
Estudios superiores	182.132	108.592	59,6	53,6	65,7	73.540	40,4	34,9	45,8	47.680	26,2	21,1	31,2	18.772	10,3	7,3	13,3	7.088	3,9	1,7	6,1
Secundaria completa	220.510	89.446	40,6	35,6	45,5	131.064	59,4	55,0	63,9	75.750	34,4	30,2	38,6	36.880	16,7	13,0	20,5	18.433	8,4	6,1	10,7
Primaria completa	470.998	136.687	29,0	25,7	32,3	334.310	71,0	66,6	75,3	192.888	41,0	36,4	45,5	92.000	19,5	15,4	23,7	49.423	10,5	7,6	13,4
Preescolar / Sin estudios	363.790	73.298	20,1	17,3	23,0	290.491	79,9	76,6	83,1	154.270	42,4	38,1	46,7	80.831	22,2	19,2	25,2	55.391	15,2	12,6	17,9
No sabe	487					487	*	*	*	261	*	*	*	226	*	*	*				
Sin respuesta																					
Ocupación del jefe (a) del hogar en el último mes																					
Trabajando	692.133	225.580	32,6	30,0	35,2	466.553	67,4	64,1	70,7	271.623	39,2	35,9	42,6	131.202	19,0	15,9	22,0	63.728	9,2	7,3	11,1
Buscando trabajo	29.927	2.502	*	*	*	27.426	91,6	83,9	99,4	9.843	32,9	20,5	45,3	7.078	*	*	*	10.505	+35,1	21,5	48,7
Jubilado (a) / Pensionado (a) / Incapacidad permanente	122.861	68.382	55,7	48,8	62,5	54.479	44,3	36,6	52,1	36.668	29,8	22,0	37,7	11.981	9,8	6,2	13,3	5.831	*	*	*
Oficios del hogar	342.050	95.345	27,9	23,6	32,2	246.705	72,1	68,4	75,9	136.123	39,8	35,7	43,9	68.103	19,9	16,8	23,0	42.479	12,4	9,4	15,4
Otros	50.944	16.214	31,8	23,3	40,3	34.730	68,2	55,9	80,4	16.592	+32,6	18,5	46,6	10.345	20,3	12,1	28,5	7.792	*	*	*
Valle de Aburrá (sin Medellín)																					
Nivel de escolaridad del jefe (a) del hogar																					
Estudios superiores	101.599	69.413	68,3	60,8	75,8	32.186	31,7	24,3	39,0	21.984	21,6	15,1	28,2	8.980	*	*	*	1.222	*	*	*
Secundaria completa	94.460	51.055	54,0	46,0	62,1	43.404	46,0	38,1	53,8	26.101	27,6	20,6	34,7	11.905	*	*	*	5.398	*	*	*
Primaria completa	176.009	72.335	41,1	35,4	46,8	103.674	58,9	53,2	64,6	64.120	36,4	30,9	42,0	29.652	16,8	12,4	21,3	9.902	*	*	*
Preescolar / Sin estudios	45.766	16.382	35,8	24,9	46,7	29.384	64,2	53,0	75,4	20.574	45,0	33,1	56,8	5.499	*	*	*	3.311	*	*	*
No sabe	261					261	*	*	*	261	*	*	*								
Sin respuesta																					
Ocupación del jefe (a) del hogar en el último mes																					
Trabajando	207.101	102.305	49,4	43,9	54,9	104.796	50,6	45,2	56,0	65.147	31,5	26,4	36,5	29.472	14,2	10,5	17,9	10.177	*	*	*
Buscando trabajo	9.408	1.655	*	*	*	7.753	*	*	*	4.961	*	*	*	700	*	*	*	2.092	*	*	*
Jubilado (a) / Pensionado (a) / Incapacidad permanente	73.989	48.474	65,5	56,7	74,4	25.515	34,5	25,7	43,3	17.330	23,4	15,6	31,3	5.402	*	*	*	2.783	*	*	*
Oficios del hogar	111.237	49.618	44,6	37,3	51,9	61.620	55,4	48,1	62,7	41.340	37,2	30,0	44,3	16.460	14,8	9,5	20,1	3.819	*	*	*
Otros	16.360	7.134	*	*	*	9.226	*	*	*	4.263	*	*	*	4.002	*	*	*	961	*	*	*
Bajo Cauca																					
Nivel de escolaridad del jefe (a) del hogar																					
Estudios superiores	7.857	2.903	*	*	*	4.954	+63,1	48,2	77,9	2.595	*	*	*	1.298	*	*	*	1.061	*	*	*
Secundaria completa	11.252	2.580	*	*	*	8.672	+77,1	62,2	91,9	4.365	*	*	*	3.355	*	*	*	951	*	*	*
Primaria completa	24.723	1.644	*	*	*	23.079	93,4	86,5	100,0	10.843	+43,9	29,4	58,4	6.284	25,4	14,4	36,5	5.953	24,1	12,9	35,2
Preescolar / Sin estudios	29.075	1.904	*	*	*	27.172	93,5	86,9	100,0	9.858	33,9	22,3	45,5	7.195	24,7	13,3	36,2	10.119	+34,8	21,5	48,1
No sabe																					
Sin respuesta																					
Ocupación del jefe (a) del hogar en el último mes																					
Trabajando	44.208	6.266	14,2	9,6	18,8	37.942	85,8	79,0	92,7	16.701	37,8	28,6	47,0	11.177	25,3	16,8	33,8	10.064	22,8	14,1	31,4
Buscando trabajo	1.434					1.434	*	*	*					572	*	*	*	862	*	*	*
Jubilado (a) / Pensionado (a) / Incapacidad permanente	2.628	1.222	*	*	*	1.406	*	*	*	880	*	*	*	421	*	*	*	105	*	*	*
Oficios del hogar	20.273	1.087	*	*	*	19.186	94,6	87,4	100,0	8.507	+42,0	26,6	57,3	5.389	*	*	*	5.289	*	*	*
Otros	4.364	455	*	*	*	3.909	*	*	*	1.573	*	*	*	572	*	*	*	1.763	*	*	*
Magdalena Medio																					
Nivel de escolaridad del jefe (a) del hogar																					
Estudios superiores	2.797	1.538	*	*	*	1.259	*	*	*	816	*	*	*	295	*	*	*	148	*	*	*
Secundaria completa	6.757	2.581	*	*	*	4.176	+61,8	45,8	77,8	3.042	*	*	*	482	*	*	*	653	*	*	*
Primaria completa	8.825	2.167	*	*	*	6.658	75,4	63,8	87,1	4.218	+47,8	33,7	61,9	1.265	*	*	*	1.175	*	*	*
Preescolar / Sin estudios	16.287	2.915	*	*	*	13.372	82,1	73,7	90,5	5.723	35,1	25,3	44,9	3.557	21,8	13,1	30,6	4.092	25,1	14,5	35,7
No sabe																					
Sin respuesta																					
Ocupación del jefe (a) del hogar en el último mes																					
Trabajando	18.239	5.831	32,0	23,7	40,3	12.408	68,0	58,9	77,1	7.211	39,5	30,0	49,0	2.960	16,2	9,4	23,1	2.237	*	*	*
Buscando trabajo	762					762	*	*	*	133	*	*	*					629	*	*	*
Jubilado (a) / Pensionado (a) / Incapacidad permanente	1.647	591	*	*	*	1.056	*	*	*	629	*	*	*	240	*	*	*	188	*	*	*
Oficios del hogar	12.630	2.020	*	*	*	10.610	84,0	74,8	93,2	5.292	41,9	29,5	54,3	2.399	*	*	*	2.919	*	*	*
Otros	1.388	760	*	*	*	629	*	*	*	535	*	*	*					94	*	*	*
Nordeste																					
Nivel de escolaridad del jefe (a) del hogar																					
Estudios superiores	3.429	1.799	*	*	*	1.631	*	*	*	720	*	*	*	754	*	*	*	157	*	*	*
Secundaria completa	9.841	3.482	*	*	*	6.358	*	*	*	2.984	*	*	*	2.885	*	*	*	489	*	*	*
Primaria completa	10.988	4.788	*	*	*	6.200	*	*	*	4.470	*	*	*	1.501	*	*	*	228	*	*	*
Preescolar / Sin estudios	40.222	8.862	22,0	14,6	29,5	31.360	78,0	70,0	85,9	17.947	44,6	34,9	54,3	8.753	21,8	14,3	29,2	4.659	*	*	*
No sabe																					
Sin respuesta																					
Ocupación del jefe (a) del hogar en el último mes																					
Trabajando	42.745	10.303	24,1	16,8	31,4	32.442	75,9	67,9	83,9	19.615	45,9	36,5	55,3	8.730	20,4	13,2	27,6	4.096	*	*	*
Buscando trabajo	911	385	*	*	*	526	*	*	*					297	*	*	*	228	*	*	*
Jubilado (a) / Pensionado (a) / Incapacidad permanente	3.859	2.384	*	*	*	1.475	*	*	*	1.475	*	*	*								
Oficios del hogar	15.344	4.238	*	*	*	11.106	+72,4	59,2	85,5	5.031	*	*	*	4.867	*	*	*	1.209	*	*	*
Otros	1.620	1.620	*	*	*																
Norte																					
Nivel de escolaridad del jefe (a) del hogar																					
Estudios superiores	9.114	5.571	*	*	*	3.542	*	*	*	3.039	*	*	*	504	*	*	*				
Secundaria completa	12.324	3.008	*	*	*	9.316	*	*	*	7.168	*	*	*	2.148	*	*	*				
Primaria completa	22.213	5.420	*	*	*	16.793	75,6	63,1	88,1	12.370	+55,7	41,4	70,0	3.920	*	*	*	504	*	*	*
Preescolar / Sin estudios	38.549	7.470	*	*	*	31.079	80,6	72,3	89,0	15.415	40,0	29,9	50,1	10.331	26,8	17,3	36,3	5.334	*	*	*
No sabe																					
Sin respuesta																					
Ocupación del jefe (a) del hogar en el último mes																					
Trabajando	37.783	14.614	38,7	28,4	49,0	23.169	61,3	50,9	71,7	16.445	43,5	33,1	54,0	5.333	*	*	*	1.391	*	*	*
Buscando trabajo	2.240					2.240	*	*	*	490	*	*	*	623	*	*	*	1.127	*	*	*
Jubilado (a) / Pensionado (a) / Incapacidad permanente	3.348	1.333	*	*	*	2.015	*	*	*	490	*	*	*	1.035	*	*	*	490	*	*	*
Oficios del hogar																					

Continuación Tabla 26. Seguridad alimentaria en el hogar, según ingreso, gasto alimentario y participación porcentual del gasto alimentario del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria						Inseguridad alimentaria						Grado de inseguridad alimentaria							
				IC 95%						IC 95%				Leve		Moderada		Severa			
		N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Norte																					
Ingreso del hogar																					
< 0.5 SMMLV	26.931	2.565	*	*	*	24.366	90,5	82,9	98,1	11.077	41,1	28,7	53,6	9.254	*	*	*	4.035	*	*	*
0.5 - < 1 SMMLV	30.678	7.058	*	*	*	23.619	77,0	67,0	87,0	17.729	57,8	46,0	69,6	5.066	*	*	*	824	*	*	*
1 - < 2 SMMLV	18.188	7.736	*	*	*	10.453	†57,5	42,2	72,8	7.382	*	*	*	2.581	*	*	*	490	*	*	*
2 - < 3 SMMLV	4.521	3.131	*	*	*	1.391	*	*	*	901	*	*	*					490	*	*	*
3 - < 4 SMMLV	980	490	*	*	*	490	*	*	*	490	*	*	*								
≥ 4 SMMLV	902	490	*	*	*	412	*	*	*	412	*	*	*								
Gasto alimentario																					
< 0.5 SMMLV	62.813	14.460	23,0	16,0	30,1	48.353	77,0	69,9	84,1	27.082	43,1	34,9	51,3	15.923	25,3	17,9	32,8	5.348	*	*	*
0.5 - < 1 SMMLV	17.506	6.441	*	*	*	11.065	†63,2	48,2	78,2	10.086	†57,6	42,4	72,9	979	*	*	*				
1 - < 2 SMMLV	1.803	490	*	*	*	1.313	*	*	*	824	*	*	*					490	*	*	*
2 - < 3 SMMLV	78	78	*	*	*																
3 - < 4 SMMLV																					
≥ 4 SMMLV																					
Participación porcentual del gasto alimentario																					
< 25%	14.662	6.180	*	*	*	8.481	*	*	*	4.096	*	*	*	2.994	*	*	*	1.391	*	*	*
25% - < 50%	30.908	9.302	30,1	19,5	40,7	21.606	69,9	59,1	80,7	15.663	50,7	38,9	62,5	4.505	*	*	*	1.438	*	*	*
50% - < 75%	21.854	3.973	*	*	*	17.882	81,8	70,9	92,7	11.936	†54,6	40,6	68,6	5.364	*	*	*	582	*	*	*
≥ 75%	11.938	1.602	*	*	*	10.336	*	*	*	6.296	*	*	*	2.927	*	*	*	1.113	*	*	*
Indeterminado	2.838	412	*	*	*	2.426	*	*	*					1.113	*	*	*	1.313	*	*	*
Occidente																					
Ingreso del hogar																					
< 0.5 SMMLV	28.818	2.807	*	*	*	26.010	90,3	84,0	96,6	13.958	48,4	37,8	59,1	10.018	34,8	24,3	45,2	2.034	*	*	*
0.5 - < 1 SMMLV	25.937	5.873	*	*	*	20.063	77,4	68,3	86,4	13.319	51,4	40,6	62,1	4.920	*	*	*	1.825	*	*	*
1 - < 2 SMMLV	17.982	7.938	†44,1	29,7	58,6	10.044	55,9	43,7	68,0	6.612	36,8	25,3	48,2	2.025	*	*	*	1.407	*	*	*
2 - < 3 SMMLV	4.340	3.257	*	*	*	1.084	*	*	*	1.084	*	*	*								
3 - < 4 SMMLV	1.298	1.129	*	*	*	169	*	*	*					169	*	*	*				
≥ 4 SMMLV	711	711	*	*	*																
Gasto alimentario																					
< 0.5 SMMLV	65.557	14.618	22,3	16,0	28,6	50.939	77,7	71,9	83,5	29.568	45,1	38,3	51,9	16.692	25,5	19,4	31,6	4.679	*	*	*
0.5 - < 1 SMMLV	12.153	5.722	*	*	*	6.431	†52,9	38,9	66,9	5.404	*	*	*	440	*	*	*	587	*	*	*
1 - < 2 SMMLV	1.376	1.376	*	*	*																
2 - < 3 SMMLV																					
3 - < 4 SMMLV																					
≥ 4 SMMLV																					
Participación porcentual del gasto alimentario																					
< 25%	14.379	5.611	*	*	*	8.768	†61,0	47,5	74,5	4.042	*	*	*	3.540	*	*	*	1.186	*	*	*
25% - < 50%	33.019	9.425	28,5	18,9	38,2	23.594	71,5	62,7	80,2	14.693	44,5	34,9	54,1	6.548	19,8	12,4	27,2	2.352	*	*	*
50% - < 75%	20.279	4.098	*	*	*	16.181	79,8	70,4	89,2	11.387	56,2	44,5	67,8	3.981	*	*	*	813	*	*	*
≥ 75%	9.288	2.435	*	*	*	6.854	*	*	*	3.758	*	*	*	2.723	*	*	*	373	*	*	*
Indeterminado	2.121	147	*	*	*	1.974	*	*	*	1.091	*	*	*	341	*	*	*	542	*	*	*
Oriente																					
Ingreso del hogar																					
< 0.5 SMMLV	60.230	3.296	*	*	*	56.934	94,5	84,6	100,0	30.037	*	*	*	17.382	*	*	*	9.515	*	*	*
0.5 - < 1 SMMLV	90.460	19.364	*	*	*	71.095	78,6	66,4	90,8	45.778	†50,6	36,1	65,1	16.353	*	*	*	8.965	*	*	*
1 - < 2 SMMLV	38.818	18.800	†48,4	35,3	61,5	20.018	51,6	39,2	63,9	11.905	30,7	22,1	39,3	4.718	*	*	*	3.396	*	*	*
2 - < 3 SMMLV	18.698	9.120	*	*	*	9.577	*	*	*	7.231	*	*	*	2.102	*	*	*	244	*	*	*
3 - < 4 SMMLV	8.639	4.935	*	*	*	3.704	*	*	*	2.845	*	*	*	615	*	*	*	244	*	*	*
≥ 4 SMMLV	3.278	2.906	*	*	*	372	*	*	*	372	*	*	*								
Gasto alimentario																					
< 0.5 SMMLV	156.583	28.255	18,0	10,2	25,9	128.328	82,0	72,5	91,4	72.167	46,1	34,0	58,1	35.772	*	*	*	20.389	*	*	*
0.5 - < 1 SMMLV	51.708	23.269	45,0	35,0	55,0	28.438	55,0	44,7	65,3	21.925	42,4	32,0	52,8	4.782	*	*	*	1.730	*	*	*
1 - < 2 SMMLV	11.588	6.653	*	*	*	4.935	*	*	*	4.076	*	*	*	615	*	*	*	244	*	*	*
2 - < 3 SMMLV	244	244	*	*	*																
3 - < 4 SMMLV																					
≥ 4 SMMLV																					
Participación porcentual del gasto alimentario																					
< 25%	31.135	9.047	*	*	*	22.087	†70,9	48,7	93,2	14.301	*	*	*	1.231	*	*	*	6.556	*	*	*
25% - < 50%	95.378	31.261	32,8	21,6	43,9	64.117	67,2	55,6	78,8	38.182	40,0	29,1	50,9	17.056	*	*	*	8.880	*	*	*
50% - < 75%	62.825	14.330	22,8	13,2	32,5	48.495	†77,2	61,1	93,3	29.502	†47,0	28,3	65,6	14.102	*	*	*	4.890	*	*	*
≥ 75%	23.986	3.168	*	*	*	20.818	*	*	*	15.441	*	*	*	5.006	*	*	*	372	*	*	*
Indeterminado	6.799	615	*	*	*	6.184	*	*	*	743	*	*	*	3.775	*	*	*	1.665	*	*	*
Suroeste																					
Ingreso del hogar																					
< 0.5 SMMLV	32.619	2.097	*	*	*	30.522	93,6	87,2	99,9	17.121	†52,5	39,3	65,7	9.700	*	*	*	3.700	*	*	*
0.5 - < 1 SMMLV	58.606	17.483	29,8	21,0	38,7	41.123	70,2	61,2	79,1	29.578	50,5	40,6	60,4	9.083	*	*	*	2.462	*	*	*
1 - < 2 SMMLV	23.409	12.480	*	*	*	10.929	*	*	*	9.029	*	*	*	1.900	*	*	*				
2 - < 3 SMMLV	5.741	4.342	*	*	*	1.398	*	*	*					1.398	*	*	*				
3 - < 4 SMMLV	2.154	2.154	*	*	*																
≥ 4 SMMLV	2.464	1.785	*	*	*	679	*	*	*	679	*	*	*								
Gasto alimentario																					
< 0.5 SMMLV	84.916	18.783	22,1	15,7	28,5	66.132	77,9	71,2	84,5	41.674	49,1	40,9	57,2	18.296	*	*	*	6.162	*	*	*
0.5 - < 1 SMMLV	37.992	19.798	52,1	40,1	64,1	18.194	†47,9	35,3	60,4	14.734	38,8	26,5	51,0	3.460	*	*	*				
1 - < 2 SMMLV	1.692	1.366	*	*	*	325	*	*	*					325	*	*	*				
2 - < 3 SMMLV																					
3 - < 4 SMMLV	394	394	*	*	*																
≥ 4 SMMLV																					
Participación porcentual del gasto alimentario																					
< 25%	15.847	6.284	*	*	*	9.563	*	*	*	5.152	*	*	*	4.017	*	*	*	394	*	*	*
25% - < 50%	46.612	15.662	33,6	23,7	43,5	30.950	66,4	56,5	76,3	17.889	38,4	28,0	48,7	9.663	*	*	*	3.398	*	*	*
50% - < 75%	42.125	13.819	32,8	22,1	43,5	28.306	67,2	56,1	78,3	19.510	46,3	34,4	58,2	7.429	*	*	*	1.366	*	*	*
≥ 75%	19.316	4.251	*	*	*	15.065	†78,0	63,3	92,6	13.088	*	*	*	973	*	*	*	1.004	*	*	*
Indeterminado	1.093	325	*	*	*																

Tabla 27. Seguridad alimentaria en el hogar, según algunas características del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria						Inseguridad alimentaria						Grado de inseguridad alimentaria							
				IC 95%						IC 95%				Leve		Moderada		Severa			
		N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)																					
Estrato de la vivienda																					
1	427.197	71.222	16,7	13,5	19,8	355.976	83,3	80,0	86,6	156.845	36,7	32,7	40,8	115.689	27,1	22,7	31,4	83.441	19,5	16,1	22,9
2	513.600	168.689	32,8	29,7	36,0	344.911	67,2	63,5	70,8	224.020	43,6	39,6	47,7	81.318	15,8	13,3	18,4	39.573	7,7	6,0	9,4
3	259.533	138.954	53,5	48,9	58,1	120.579	46,5	41,9	51,0	84.638	32,6	28,4	36,9	29.236	11,3	8,4	14,1	6.705	*	*	*
4	36.642	28.458	77,7	66,8	88,5	8.183	*	*	*	5.345	*	*	*	2.467	*	*	*	372	*	*	*
5	943	700	*	*	*	244	*	*	*									244	*	*	*
Acceso a servicios públicos																					
Agua																					
No	41.071	2.198	*	*	*	38.873	94,6	88,6	100,0	11.951	29,1	16,7	41,5	15.112	†36,8	23,9	49,7	11.811	28,8	16,8	40,7
Sí	1.196.845	405.825	33,9	31,8	36,0	791.020	66,1	63,7	68,5	458.898	38,3	35,9	40,8	213.598	17,8	15,8	19,8	118.524	9,9	8,5	11,3
Energía																					
No	9.423	564	*	*	*	8.859	94,0	83,3	100,0	2.805	*	*	*	3.740	*	*	*	2.314	*	*	*
Sí	1.228.493	407.459	33,2	31,1	35,2	821.034	66,8	64,5	69,2	468.043	38,1	35,7	40,5	224.970	18,3	16,3	20,3	128.021	10,4	9,0	11,9
Recolección de basuras																					
No	191.663	31.067	16,2	12,2	20,2	160.596	83,8	77,8	89,8	99.040	51,7	43,2	60,1	41.399	21,6	15,8	27,4	20.158	10,5	5,4	15,6
Sí	1.046.253	376.956	36,0	33,7	38,3	669.297	64,0	61,6	66,4	371.809	35,5	33,2	37,8	187.311	17,9	15,8	20,0	110.177	10,5	9,1	12,0
Tipo de servicio sanitario																					
Inodoro conectado al alcantarillado	842.200	332.384	39,5	36,9	42,1	509.816	60,5	57,8	63,3	291.824	34,7	32,0	37,3	139.178	16,5	14,4	18,6	78.815	9,4	7,5	11,2
Inodoro conectado a pozo séptico	239.268	50.371	21,1	16,8	25,3	188.897	78,9	73,4	84,5	108.733	45,4	38,6	52,3	50.459	21,1	14,7	27,4	29.705	12,4	9,7	15,2
Inodoro sin conexión	118.164	23.604	20,0	15,2	24,8	94.561	80,0	74,3	85,7	56.138	47,5	39,8	55,2	27.868	23,6	18,1	29,1	10.555	8,9	5,8	12,1
Letrina	14.111	861	*	*	*	13.250	93,9	83,5	100,0	7.915	*	*	*	2.688	*	*	*	2.647	*	*	*
No tiene servicio sanitario	24.172	804	*	*	*	23.369	96,7	90,6	100,0	6.239	*	*	*	8.516	*	*	*	8.613	*	*	*
Valle de aburrá (sin Medellín)																					
Estrato de la vivienda																					
1	14.639	4.377	*	*	*	10.261	†70,1	55,7	84,5	6.462	*	*	*	3.283	*	*	*	517	*	*	*
2	211.143	85.373	40,4	35,3	45,6	125.770	59,6	54,4	64,8	78.357	37,1	32,0	42,2	33.238	15,7	11,9	19,6	14.174	6,7	4,0	9,4
3	161.560	94.966	58,8	52,5	65,1	66.593	41,2	34,9	47,5	44.032	27,3	21,6	33,0	17.420	10,8	6,8	14,8	5.141	*	*	*
4	30.054	23.769	79,1	66,9	91,2	6.285	*	*	*	4.190	*	*	*	2.095	*	*	*				
5	700	700	*	*	*																
Acceso a servicios públicos																					
Agua																					
No	1.211	256	*	*	*	955	*	*	*	256	*	*	*	700	*	*	*				
Sí	416.884	208.930	50,1	46,3	54,0	207.954	*	*	*	132.786	31,9	28,3	35,4	55.337	13,3	10,7	15,8	19.832	4,8	3,1	6,4
Energía																					
No	517					517	*	*	*	517	*	*	*								
Sí	417.578	209.185	50,1	46,2	53,9	208.393	49,9	46,1	53,7	132.525	31,7	28,2	35,3	56.036	13,4	10,8	16,0	19.832	4,7	3,1	6,4
Recolección de basuras																					
No	1.022	767	*	*	*	256	*	*	*	256	*	*	*								
Sí	417.073	208.419	50,0	46,1	53,8	208.654	50,0	46,2	53,8	132.786	31,8	28,3	35,4	56.036	13,4	10,9	16,0	19.832	4,8	3,1	6,4
Tipo de servicio sanitario																					
Inodoro conectado al alcantarillado	401.723	202.781	50,5	46,5	54,4	198.942	49,5	45,6	53,4	128.069	31,9	28,2	35,5	51.813	12,9	10,3	15,5	19.060	4,7	3,1	6,4
Inodoro conectado a pozo séptico	10.770	5.638	*	*	*	5.133	*	*	*	2.555	*	*	*	1.805	*	*	*	772	*	*	*
Inodoro sin conexión	4.391	767	*	*	*	3.624	*	*	*	1.906	*	*	*	1.718	*	*	*				
Letrina	955					955	*	*	*	256	*	*	*	700	*	*	*				
No tiene servicio sanitario	256					256	*	*	*	256	*	*	*								
Bajo Cauca																					
Estrato de la vivienda																					
1	56.806	6.322	11,1	5,7	16,5	50.484	88,9	83,1	94,6	19.779	34,8	26,3	43,4	15.062	26,5	18,0	35,0	15.643	27,5	19,5	35,5
2	13.784	1.760	*	*	*	12.024	87,2	76,6	97,8	6.934	†50,3	34,8	65,9	2.754	20,0	12,9	27,1	2.336	*	*	*
3	2.107	737	*	*	*	1.369	*	*	*	948	*	*	*	316	*	*	*	105	*	*	*
4	211	211	*	*	*																
5																					
Acceso a servicios públicos																					
Agua																					
No	9.460					9.460	*	*	*	1.553	*	*	*	4.602	*	*	*	3.305	*	*	*
Sí	63.447	9.030	14,2	9,2	19,2	54.417	85,8	80,5	91,0	26.108	41,1	33,5	48,8	13.529	21,3	15,9	26,8	14.779	23,3	16,7	29,9
Energía																					
No	151					151	*	*	*					151	*	*	*				
Sí	72.756	9.030	12,4	8,0	16,8	63.726	87,6	82,4	92,8	27.661	38,0	30,7	45,3	17.981	24,7	17,8	31,6	18.084	24,9	17,8	31,9
Recolección de basuras																					
No	21.805	2.035	*	*	*	19.770	90,7	78,4	100,0	8.265	*	*	*	5.880	*	*	*	5.625	*	*	*
Sí	51.102	6.996	13,7	9,4	18,0	44.107	86,3	81,9	90,7	19.397	38,0	31,9	44,0	12.251	24,0	18,6	29,3	12.459	24,4	18,6	30,2
Tipo de servicio sanitario																					
Inodoro conectado al alcantarillado	27.565	4.198	15,2	10,7	19,7	23.367	84,8	80,0	89,6	11.559	41,9	35,4	48,5	6.740	24,5	18,9	30,0	5.068	18,4	13,0	23,8
Inodoro conectado a pozo séptico	32.109	4.200	*	*	*	27.910	86,9	77,1	96,7	13.029	40,6	26,0	55,2	7.702	*	*	*	7.179	*	*	*
Inodoro sin conexión	4.113	633	*	*	*	3.481	*	*	*	1.863	*	*	*	436	*	*	*	1.181	*	*	*
Letrina	1.343					1.343	*	*	*	180	*	*	*	302	*	*	*	861	*	*	*
No tiene servicio sanitario	7.777					7.777	*	*	*	1.030	*	*	*	2.952	*	*	*	3.794	*	*	*
Magdalena Medio																					
Estrato de la vivienda																					
1	20.260	4.416	21,8	14,7	28,9	15.844	78,2	70,8	85,6	8.219	40,6	32,1	49,0	3.312	16,3	10,4	22,3	4.313	21,3	13,0	29,6
2	13.280	3.807	28,7	18,8	38,5	9.474	71,3	59,8	82,9	5.580	†42,0	29,3	54,7	2.140	*	*	*	1.754	*	*	*
3	1.126	978	*	*	*	148	*	*	*					148	*	*	*				
4																					
5																					
Acceso a servicios públicos																					
Agua																					
No	762					762	*	*	*	148	*	*	*	187	*	*	*	428	*	*	*
Sí	33.904	9.201	27,1	21,2	33,1	24.703	72,9	66,4	79,4	13.651	40,3	33,1	47,4	5.412	16,0	10,9	21,0	5.640	16,6	10,8	22,5
Energía																					
No	560	94	*	*	*	466	*	*	*					39	*	*	*	428	*	*	*
Sí	34.106	9.107	26,7	20,8	32,6	24.999	73,3	66,9	79,7	13.799	40,5	33,4	47,6	5.560	16,3	11,2	21,4	5.640	16,5	10,7	22,3
Recolección de basuras																					
No	2.758	657	*	*	*	2.101	*	*	*	1.234	*	*	*	602	*	*	*	265	*	*	*
Sí	31.908	8.544	26,8	20,6	33,0	23.364	73,2	66,4	80,1	12.565	39,4	31,9	46,8	4.997	15,7	10,4	20,9	5.802	18,2	11,8	24,6
Tipo de servicio sanitario																					
Inodoro conectado al alcantarillado	25.764	7.112	27,6	20,9	34,4	18.652	72,4	65,0	79,8	10.813	42,0										

Continuación Tabla 27. Seguridad alimentaria en el hogar, según algunas características del hogar. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	Clasificación																			
		Seguridad alimentaria						Inseguridad alimentaria						Grado de inseguridad alimentaria							
				IC 95%						IC 95%				Leve		Moderada		Severa			
		N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Norte																					
Estrato de la vivienda																					
1	30.332	5.353	*	*	24.980	82,4	72,7	92,0	11.012	36,3	24,3	48,3	10.159	*	*	*	3.809	*	*	*	
2	34.340	9.522	27,7	17,8	24.818	72,3	62,4	82,1	18.674	54,4	43,4	65,4	4.116	*	*	*	2.029	*	*	*	
3	16.704	6.183	*	*	10.521	†63,0	48,1	77,9	7.894	*	*	*	2.627	*	*	*					
4	824	412	*	*	412	*	*	*	412	*	*	*									
5																					
Acceso a servicios públicos																					
Aqua																					
No	4.879				4.879	*	*	*	1.438	*	*	*	2.359	*	*	*	1.082	*	*	*	
Sí	77.321	21.469	27,8	21,0	55.852	72,2	65,5	78,9	36.553	47,3	39,9	54,7	14.543	18,8	12,8	24,8	4.755	*	*	*	
Energía																					
No	2.849				2.849	*	*	*					1.736	*	*	*	1.113	*	*	*	
Sí	79.351	21.469	27,1	20,5	57.882	72,9	66,4	79,5	37.992	47,9	40,5	55,2	15.166	19,1	13,2	25,1	4.725	6,0	2,5	9,4	
Recolección de basuras																					
No	16.952	4.092	*	*	12.860	*	*	*	6.704	*	*	*	4.718	*	*	*	1.438	*	*	*	
Sí	65.248	17.377	26,6	19,5	47.871	73,4	66,3	80,4	31.288	48,0	40,0	55,9	12.184	18,7	12,4	25,0	4.399	*	*	*	
Tipo de servicio sanitario																					
Inodoro conectado al alcantarillado	45.803	12.656	27,6	19,3	33.147	72,4	64,1	80,6	24.197	52,8	43,6	62,0	6.643	*	*	*	2.307	*	*	*	
Inodoro conectado a pozo séptico	6.577	3.161	*	*	3.416	*	*	*	2.225	*	*	*	1.191	*	*	*					
Inodoro sin conexión	27.460	5.652	*	*	21.808	79,4	68,6	90,2	11.569	*	*	*	7.333	*	*	*	2.907	*	*	*	
Letrina																					
No tiene servicio sanitario	2.359				2.359	*	*	*					1.736	*	*	*	623	*	*	*	
Occidente																					
Estrato de la vivienda																					
1	46.767	12.699	27,2	18,7	34.068	72,8	65,5	80,2	20.408	43,6	35,5	51,8	10.438	22,3	15,5	29,2	3.222	*	*	*	
2	26.305	6.058	*	*	20.247	77,0	68,2	85,7	12.373	47,0	36,6	57,5	5.830	*	*	*	2.044	*	*	*	
3	5.246	2.190	*	*	3.056	*	*	*	2.191	*	*	*	865	*	*	*					
4	768	768	*	*																	
5																					
Acceso a servicios públicos																					
Aqua																					
No	794				794	*	*	*	226	*	*	*	567	*	*	*					
Sí	78.292	21.716	27,7	21,6	56.577	72,3	66,7	77,9	34.746	44,4	38,2	50,5	16.565	21,2	15,9	26,4	5.266	*	*	*	
Energía																					
No	908	226	*	*	682	*	*	*	341	*	*	*	341	*	*	*					
Sí	78.178	21.489	27,5	21,4	56.688	72,5	66,9	78,1	34.631	44,3	38,1	50,4	16.792	21,5	16,2	26,7	5.266	*	*	*	
Recolección de basuras																					
No	31.701	5.228	*	*	26.473	83,5	75,6	91,4	16.725	52,8	42,4	63,1	9.296	29,3	19,2	39,5	453	*	*	*	
Sí	47.385	16.488	34,8	26,5	30.897	65,2	58,1	72,3	18.247	38,5	31,3	45,8	7.837	16,5	11,4	21,7	4.813	*	*	*	
Tipo de servicio sanitario																					
Inodoro conectado al alcantarillado	41.603	13.585	32,7	23,7	28.017	67,3	59,8	74,9	15.959	38,4	30,6	46,1	7.697	18,5	12,3	24,7	4.361	*	*	*	
Inodoro conectado a pozo séptico	22.966	4.583	*	*	18.383	80,0	70,2	89,9	12.042	52,4	40,3	64,6	5.436	*	*	*	905	*	*	*	
Inodoro sin conexión	13.153	3.547	*	*	9.606	†73,0	59,2	86,9	6.289	*	*	*	3.317	*	*	*					
Letrina	341				341	*	*	*					341	*	*	*					
No tiene servicio sanitario	1.023				1.023	*	*	*	682	*	*	*	341	*	*	*					
Oriente																					
Estrato de la vivienda																					
1	75.729	10.520	*	*	65.209	†86,1	73,0	99,2	23.971	*	*	*	26.282	*	*	*	14.956	*	*	*	
2	90.917	22.331	24,6	15,7	68.586	†75,4	62,9	88,0	51.842	†57,0	42,0	72,0	10.196	*	*	*	6.548	*	*	*	
3	49.273	23.097	46,9	38,8	26.176	53,1	43,7	62,6	21.613	43,9	34,2	53,5	4.320	*	*	*	244	*	*	*	
4	3.960	2.474	*	*	1.487	*	*	*	743	*	*	*	372	*	*	*	372	*	*	*	
5	244				244	*	*	*					244	*	*	*	244	*	*	*	
Acceso a servicios públicos																					
Aqua																					
No	615	244	*	*	372	*	*	*	372	*	*	*									
Sí	219.508	58.178	26,5	20,4	161.330	73,5	65,1	81,9	97.797	44,6	35,5	53,6	41.170	18,8	10,6	26,9	22.363	*	*	*	
Energía																					
No	244	244	*	*																	
Sí	219.879	58.178	26,5	20,4	161.701	73,5	65,1	81,9	98.169	44,6	35,6	53,7	41.170	18,7	10,6	26,9	22.363	*	*	*	
Recolección de basuras																					
No	36.576	244	*	*	36.332	*	*	*	27.116	*	*	*	5.441	*	*	*	3.775	*	*	*	
Sí	183.547	58.178	31,7	24,7	125.369	68,3	59,7	76,9	71.053	38,7	31,0	46,5	35.729	19,5	10,6	28,3	18.587	*	*	*	
Tipo de servicio sanitario																					
Inodoro conectado al alcantarillado	136.532	42.650	31,2	23,3	93.882	68,8	58,5	79,0	52.484	38,4	28,6	48,2	20.522	*	*	*	20.876	*	*	*	
Inodoro conectado a pozo séptico	74.330	14.913	20,1	10,2	59.417	†79,9	65,3	94,6	37.898	†51,0	33,2	68,8	20.032	*	*	*	1.487	*	*	*	
Inodoro sin conexión	8.773	615	*	*	8.158	*	*	*	7.786	*	*	*	372	*	*	*					
Letrina	244				244	*	*	*					244	*	*	*					
No tiene servicio sanitario	244	244	*	*																	
Suroeste																					
Estrato de la vivienda																					
1	40.619	7.199	*	*	33.420	82,3	72,9	91,7	19.710	48,5	36,1	61,0	10.504	*	*	*	3.207	*	*	*	
2	72.841	26.535	36,4	28,1	46.306	63,6	55,4	71,8	33.793	46,4	37,7	55,1	9.883	*	*	*	2.631	*	*	*	
3	10.853	5.929	*	*	4.924	*	*	*	2.905	*	*	*	1.695	*	*	*	325	*	*	*	
4	679	679	*	*																	
5																					
Acceso a servicios públicos																					
Aqua																					
No	124.993	40.342	32,3	26,2	84.651	67,7	61,5	73,9	56.407	45,1	38,4	51,9	22.082	17,7	12,7	22,6	6.162	*	*	*	
Sí																					
Energía																					
No	1.860				1.860	*	*	*	1.093	*	*	*	767	*	*	*					
Sí	123.133	40.342	32,8	26,6	82.791	67,2	61,0	73,5	55.315	44,9	38,1	51,7	21.314	17,3	12,4	22,2	6.162	*	*	*	
Recolección de basuras																					
No	45.559	13.283	*	*	32.276	70,8	59,6	82,1	22.830	50,1	37,7	62,5	7.320	*	*	*	2.126	*	*	*	
Sí	79.434	27.059	34,1	27,1	52.375	65,9	58,7	73,2	33.577	42,3	34,6	50,0	14.761	18,6	12,8	24,4	4.037	*	*	*	
Tipo de servicio sanitario																					
Inodoro conectado al alcantarillado	67.106	25.497	38,0	30,2	41.609	62,0	54,2	69,8	23.073	34,4	26,7	42,1	14.468	21,6	14,9	28,2	4.069	*	*	*	
Inodoro conectado a pozo séptico	28.330	9.948	*	*	18.383	†64,9	49,9	79,8	14.546	*	*	*	3.069	*	*	*	767	*	*	*	
Inodoro sin conexión	23.093	4.130	*	*	18.963	†82,1	69,5	94,7	13.859	*	*	*	3.777	*	*	*	1.327	*	*	*	
Letrina	6.464	767	*	*	5.696	*	*	*	4.929	*	*	*	767	*	*	*					
No tiene servicio sanitario																					
Urabá																					
Estrato de la vivienda																					
1	103.386	11.035	10,7	7,3	92.351	89,3	85,4	93,3	31.195	30,2	23,9	36,4	27.882	27,0	21,4	32,5	33.274	32,2	26,5	37,9	
2	32.219	6.529	20,3	12,2	25.690	79,7	72,6	86,9	9.420	29,2	21,6	36,9	9.244	28,7	19,6	37,8	7.027	21,8	15,3	28,3	
3	5.616	2.018	*	*	3.598	*	*	*	2.071												

Tabla 29. Lugares de adquisición de alimentos de los hogares. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Lugares de adquisición	Lugares de adquisición																			
	Tienda				Plaza de mercado				Supermercado				Tienda de conveniencia				Ventas ambulantes			
	Grupos de alimentos	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%
Inf.				Sup.	Inf.			Sup.	Inf.			Sup.	Inf.			Sup.	Inf.			Sup.
Leche	533.173	43,1	40,6	45,6	3.325	*	*	*	404.809	32,7	30,8	34,6	254.033	20,5	18,9	22,1	33.835	2,7	2,0	3,4
Carnes	904.178	73,0	70,8	75,2	48.829	3,9	3,1	4,7	290.472	23,5	21,6	25,3	34.300	2,8	2,1	3,4	7.129	0,6	0,3	0,8
Huevos	571.549	46,2	43,6	48,7	9.843	0,8	0,5	1,1	403.793	32,6	30,7	34,5	143.248	11,6	10,3	12,8	16.691	1,3	0,8	1,8
Leguminosas	453.412	36,6	33,9	39,3	26.452	2,1	1,3	2,9	590.012	47,7	45,6	49,7	144.584	11,7	10,4	12,9	1.297	*	*	*
Cereales (granos y harinas)	493.078	39,8	37,0	42,6	20.710	1,7	1,1	2,2	637.097	51,5	49,4	53,5	165.571	13,4	12,0	14,7	350	*	*	*
Tubérculos y plátanos	678.618	54,8	52,4	57,2	119.346	9,6	8,4	10,9	367.753	29,7	27,8	31,6	25.848	2,1	1,5	2,6	30.890	2,5	1,9	3,1
Frutas (frescas)	479.272	38,7	36,4	41,0	109.976	8,9	7,7	10,1	325.879	26,3	24,5	28,2	18.512	1,5	1,0	2,0	32.258	2,6	2,0	3,2
Verduras (frescas)	668.284	54,0	51,5	56,4	122.249	9,9	8,6	11,1	388.480	31,4	29,4	33,3	16.508	1,3	0,9	1,8	31.934	2,6	2,0	3,2
Azúcares	495.179	40,0	37,2	42,8	17.929	1,4	0,9	2,0	601.310	48,6	46,5	50,6	150.794	12,2	10,9	13,5	999	*	*	*
Grasas	476.821	38,5	35,7	41,3	14.467	1,2	0,7	1,6	616.561	49,8	47,7	51,8	172.998	14,0	12,6	15,3	1.078	*	*	*
Arepas	666.232	53,8	51,4	56,3	4.180	*	*	*	262.273	21,2	19,5	22,8	61.917	5,0	4,2	5,8	34.286	2,8	2,2	3,4
Productos lácteos	492.093	39,7	37,2	42,3	4.752	*	*	*	380.185	30,7	28,8	32,6	199.559	16,1	14,6	17,6	37.401	3,0	2,3	3,7
Productos cármicos	328.580	26,5	24,1	29,0	4.859	*	*	*	405.634	32,8	30,8	34,7	134.043	10,8	9,6	12,1	6.923	0,6	0,3	0,8
Productos de panadería	601.018	48,5	45,9	51,2	8.321	*	*	*	494.542	39,9	37,9	42,0	155.804	12,6	11,3	13,9	4.602	*	*	*
Dulces	258.564	20,9	19,0	22,8	2.360	*	*	*	142.483	11,5	10,2	12,8	34.780	2,8	2,2	3,4	1.251	*	*	*
Productos de paquete	191.082	15,4	13,5	17,3	4.408	*	*	*	207.656	16,8	15,1	18,4	61.560	5,0	4,1	5,8	2.295	*	*	*

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

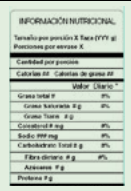


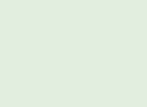
Lugares de adquisición	Lugares de adquisición																			
	Programa Social				Autoabastecimiento				Trueque				Regalo o donación				Otro			
	Grupos de alimentos	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%
Inf.				Sup.	Inf.			Sup.	Inf.			Sup.	Inf.			Sup.	Inf.			Sup.
Leche	14.630	1,2	0,7	1,6	57.562	4,6	3,2	6,1	490	*	*	*	72.339	5,8	4,5	7,2	45.765	3,7	2,5	4,9
Carnes	1.646	*	*	*	29.216	2,4	1,3	3,4	305	*	*	*	48.484	3,9	2,9	4,9	19.666	1,6	1,1	2,1
Huevos	15.118	1,2	0,5	1,9	143.311	11,6	9,6	13,6	199	*	*	*	43.445	3,5	2,7	4,3	88.348	7,1	5,8	8,5
Leguminosas	20.371	1,6	0,9	2,4	38.426	3,1	1,6	4,6	199	*	*	*	59.040	4,8	3,7	5,8	2.213	*	*	*
Cereales (granos y harinas)	18.008	1,5	0,7	2,2	10.390	*	*	*	199	*	*	*	53.163	4,3	3,3	5,3	68	*	*	*
Tubérculos y plátanos	697	*	*	*	170.540	13,8	11,4	16,1	1.109	*	*	*	139.916	11,3	9,5	13,1	12.195	1,0	0,6	1,3
Frutas (frescas)	1.069	*	*	*	150.275	12,1	10,1	14,2					83.308	6,7	5,3	8,1	1.693	*	*	*
Verduras (frescas)	372	*	*	*	80.382	6,5	4,8	8,1	199	*	*	*	55.843	4,5	3,4	5,6	3.105	*	*	*
Azúcares	7.231	*	*	*	6.255	*	*	*	199	*	*	*	46.104	3,7	2,9	4,5	9.093	*	*	*
Grasas	7.325	*	*	*	759	*	*	*	199	*	*	*	41.663	3,4	2,4	4,3	835	*	*	*
Arepas					98.993	8,0	6,1	9,9	647	*	*	*	26.424	2,1	1,5	2,7	45.283	3,7	2,9	4,4
Productos lácteos	1.665	*	*	*	27.756	2,2	1,3	3,2	490	*	*	*	38.781	3,1	2,2	4,0	25.392	2,1	1,5	2,6
Productos cármicos	1.330	*	*	*	1.222	*	*	*	199	*	*	*	12.472	1,0	0,6	1,4	2.009	*	*	*
Productos de panadería	7.715	*	*	*	2.703	*	*	*	199	*	*	*	34.615	2,8	1,9	3,7	4.501	*	*	*
Dulces					638	*	*	*					8.356	0,7	0,4	1,0	3.247	*	*	*
Productos de paquete	623	*	*	*	560	*	*	*					7.019	*	*	*	518	*	*	*

Tabla 30. Descripción porcentual del etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

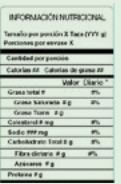

Área geográfica	Antioquia (sin Medellín)																						Valle de Aburrá (sin Medellín)						Bajo Cauca						Magdalena Medio						Nordeste					
	Edad		10-17 años				18 años o más				10-17 años		18 años o más		10-17 años		18 años o más		10-17 años		18 años o más		10-17 años		18 años o más																					
	Características		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%																					
					Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.																				
¿Cuántas calorías considera usted que debe consumir, en promedio, al día?																																														
Menos de 500 calorías																																														
De 500 a 1,000 calorías																																														
De 1,001 a 1,500 calorías																																														
De 1,501 a 2,000 calorías																																														
De 2,001 a 3,000 calorías																																														
De 3,001 a 4,000 calorías																																														
Más de 4,000 calorías																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														
¿Sabe leer y escribir más de un párrafo?																																														
Sí																																														
No																																														
¿Usted sabe si los productos alimentarios empacados y bebidas embotelladas tienen información sobre nutrición en el empaque?																																														
Sí																																														
No																																														
¿Usted lee la información que hay en el empaque de los productos alimentarios empacados y bebidas embotelladas que compra?																																														
Sí																																														
No																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														
¿Cuál es la etiqueta que usted lee?																																														
Rotulado o etiquetado nutricional																																														
Lista de ingredientes																																														
Declaración de propiedades nutricionales																																														
Declaración de propiedades de salud																																														
Otra información																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														
¿Cuántas etiquetas lee?																																														
Una opción																																														
Dos opciones																																														
Tres opciones																																														
Cuatro opciones																																														
Total																																														
¿Qué tan fácil de entender le resulta la información de los productos alimentarios empacados y bebidas embotelladas que compra?																																														
Muy difícil de entender																																														
Difícil de entender																																														
Ni difícil ni fácil																																														
Fácil de entender																																														
Muy fácil de entender																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														
¿Con qué frecuencia utiliza la etiqueta nutricional que usted lee, cuando se trata de decidir si un producto es más saludable que otro?																																														
Nunca																																														
A veces																																														
Casi siempre																																														
Siempre																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														
¿Señala la etiqueta que usted señaló al elegir un producto es más saludable que otro?																																														
¿Con qué frecuencia se entiende esa etiqueta nutricional?																																														
Nunca																																														
Casi nunca																																														
A veces																																														
Casi siempre																																														
Siempre																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														
¿Con qué frecuencia le es confiable esa etiqueta nutricional?																																														
Nunca																																														
Casi nunca																																														
A veces																																														
Casi siempre																																														
Siempre																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														
¿Con qué frecuencia considera que esa etiqueta nutricional tiene demasiada información?																																														
Nunca																																														
Casi nunca																																														
A veces																																														
Casi siempre																																														
Siempre																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														
¿Con qué frecuencia esa etiqueta nutricional le ayuda a elegir qué comprar?																																														
Nunca																																														
Casi nunca																																														
A veces																																														
Casi siempre																																														
Siempre																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														
¿Cómo tiempo destina para observar el etiquetado de un producto alimentario empacado y/o bebida embotellada?																																														
No lo veo																																														
Menos de 30 segundos																																														
De 30 a 59 segundos																																														
Más de 1 minuto																																														
No sabe																																														
Total																																														
¿Cuál de los siguientes componentes del empaque de un producto usa / le ha servido para elegir los alimentos y bebidas que compra?																																														
Rotulado o etiquetado nutricional																																														
Lista de ingredientes																																														
Declaración de propiedades nutricionales																																														
Declaración de propiedades de salud																																														
Ninguno																																														
No sabe/No responde																																														
Otra información																																														
¿Cuáles componentes del empaque de un producto, usa / le ha servido para elegir los alimentos y bebidas que compra?																																														
Una opción																																														
Dos opciones																																														
Tres opciones																																														
Cuatro opciones																																														
Cinco opciones																																														
Total																																														
El contenido de calorías, azúcar, sal o grasas fuera excesivo (asociado con riesgo de enfermedad), en un producto alimentario empacado y/o bebida embotellada, ¿le gustaría que la información del empaque tuviera un mensaje de advertencia?																																														
Sí																																														
No																																														
No sabe/No responde																																														
Total																																														

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
*Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

Continuación Tabla 31. Características del etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas, según algunas características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Rotulado o etiqueta				Lista de ingredientes				Declaración de propiedades nutricionales				Declaración de propiedades de salud				Otra información				Ninguno			
					Ingredientes: Agua, azúcar, pulpa de fruta, acidulante (ácido cítrico), sabor idéntico al natural, estabilizante (pectina), regulador de la acidez (citrato de sodio) y colorantes artificiales (rojo 5, azul 1 y negro brillante).				SIN XXXX AÑADIDO				DIETAS BAJAS EN XXXX PUEDEN REDUCIR EL RIESGO DE ZZZZ, UNA ENFERMEDAD ASOCIADA CON MUCHOS FACTORES. ESTE ALIMENTO ES BAJO EN XXXX.				Consumir preferiblemente antes de: vence 000 mar 0000 L/C0000000000   							
	Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar	
N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	
Nordeste																								
Sexo																								
Hombre	8.167	155,2	40,7	69,8	7.115	20,5	12,9	28,0	3.553	*	*	*	3.026	*	*	*	399	*	*	*	399	*	*	*
Mujer	14.820	44,9	34,8	54,9	14.776	25,9	19,1	32,7	8.255	25,0	16,3	33,7	8.227	13,2	8,4	18,1	1.381	*	*	*	1.381	*	*	*
Área de residencia																								
Urbana	11.177	53,8	42,3	65,3	10.721	25,0	18,0	31,9	5.683	*	*	*	5.821	12,9	8,1	17,7	797	*	*	*	797	*	*	*
Rural	11.809	43,7	31,9	55,4	11.170	22,8	15,4	30,2	6.125	*	*	*	5.432	*	*	*	983	*	*	*	983	*	*	*
Estrato socioeconómico																								
1	12.991	42,7	31,6	53,8	12.123	21,5	14,7	28,3	6.399	*	*	*	5.783	*	*	*	983	*	*	*	983	*	*	*
2	7.023	152,8	38,6	66,9	6.795	26,7	17,6	35,8	2.879	*	*	*	2.950	*	*	*	598	*	*	*	598	*	*	*
3	2.973	*	*	*	2.973	*	*	*	2.530	*	*	*	2.520	*	*	*	199	*	*	*	199	*	*	*
Edad																								
10-17 años	10.576	157,2	43,6	70,8	9.981	28,4	19,5	37,3	6.565	*	*	*	5.889	*	*	*	399	*	*	*	399	*	*	*
18 años o más	12.411	42,3	32,2	52,5	11.910	21,0	14,9	27,2	5.243	*	*	*	5.364	*	*	*	1.381	*	*	*	1.381	*	*	*
Nivel educativo																								
Prescolar/Sin estudios	5.761	*	*	*	6.024	*	*	*	2.642	*	*	*	2.842	*	*	*	399	*	*	*	399	*	*	*
Primaria completa	11.251	48,9	37,2	60,6	10.427	25,6	18,0	33,1	6.346	*	*	*	5.670	*	*	*	199	*	*	*	199	*	*	*
Secundaria completa	3.722	*	*	*	3.186	*	*	*	1.978	*	*	*	1.899	*	*	*	691	*	*	*	691	*	*	*
Estudios superiores	2.254	*	*	*	2.254	*	*	*	842	*	*	*	842	*	*	*	491	*	*	*	491	*	*	*
Occidente																								
Sexo																								
Hombre	6.749	*	*	*	8.770	*	*	*	9.610	*	*	*	6.698	*	*	*	1.280	*	*	*	1.726	*	*	*
Mujer	16.814	42,4	31,8	52,9	12.172	15,2	9,9	20,5	17.917	45,1	34,4	55,9	12.774	14,4	9,3	19,6	2.854	*	*	*	3.242	*	*	*
Área de residencia																								
Urbana	11.789	42,2	30,5	53,8	10.848	21,2	14,1	28,3	14.184	50,7	38,7	62,8	11.007	20,1	13,2	27,0	2.559	*	*	*	3.393	*	*	*
Rural	11.775	*	*	*	10.094	*	*	*	13.343	148,6	34,8	62,3	8.465	*	*	*	1.574	*	*	*	1.574	*	*	*
Estrato socioeconómico																								
1	6.555	*	*	*	7.567	*	*	*	7.700	*	*	*	4.959	*	*	*	1.396	*	*	*	1.396	*	*	*
2	10.964	148,8	34,5	63,1	8.580	*	*	*	9.517	*	*	*	7.401	*	*	*	1.488	*	*	*	1.531	*	*	*
3	5.628	*	*	*	4.378	*	*	*	8.933	*	*	*	7.112	*	*	*	834	*	*	*	417	*	*	*
4	417	*	*	*	417	*	*	*	417	*	*	*	417	*	*	*	417	*	*	*	417	*	*	*
Edad																								
10-17 años	10.858	*	*	*	9.221	*	*	*	10.319	*	*	*	10.003	*	*	*	1.488	*	*	*	1.488	*	*	*
18 años o más	12.706	35,9	25,4	46,4	11.721	16,3	10,6	22,0	17.208	48,6	37,5	59,8	9.468	*	*	*	2.646	*	*	*	3.480	*	*	*
Nivel educativo																								
Prescolar/Sin estudios	3.348	*	*	*	3.706	*	*	*	5.573	*	*	*	2.335	*	*	*	979	*	*	*	906	*	*	*
Primaria completa	13.667	150,7	37,1	64,4	11.527	19,8	12,4	27,2	15.110	156,1	42,7	69,5	11.960	20,5	13,1	28,0	1.488	*	*	*	1.531	*	*	*
Secundaria completa	2.966	*	*	*	2.132	*	*	*	3.092	*	*	*	2.676	*	*	*	417	*	*	*	490	*	*	*
Estudios superiores	3.583	*	*	*	3.577	*	*	*	3.751	*	*	*	2.501	*	*	*	1.250	*	*	*	1.667	*	*	*
Oriente																								
Sexo																								
Hombre	7.160	37,5	25,3	49,7	6.213	*	*	*	5.610	*	*	*	5.284	*	*	*	1.743	*	*	*	1.855	*	*	*
Mujer	14.225	36,3	27,2	45,3	12.289	17,7	12,2	23,3	14.064	35,9	26,6	45,1	12.837	16,9	11,6	22,2	2.949	*	*	*	2.907	*	*	*
Área de residencia																								
Urbana	5.615	33,0	22,9	43,1	4.116	*	*	*	6.193	36,4	25,8	47,0	5.108	13,0	8,3	17,8	1.258	*	*	*	987	*	*	*
Rural	15.770	38,2	28,9	47,5	14.385	19,2	13,5	24,9	13.480	32,6	23,3	42,0	13.013	15,9	10,6	21,1	3.434	*	*	*	3.775	*	*	*
Estrato socioeconómico																								
1	13.382	37,0	27,5	46,5	11.727	16,6	11,2	22,0	11.992	33,2	23,3	43,0	11.365	14,8	9,6	20,0	3.788	*	*	*	4.087	*	*	*
2	5.815	*	*	*	4.939	*	*	*	6.567	37,9	25,5	50,2	5.641	*	*	*	675	*	*	*	675	*	*	*
3	2.187	*	*	*	1.835	*	*	*	885	*	*	*	885	*	*	*	885	*	*	*	349	*	*	*
4									229	*	*	*	229	*	*	*	229	*	*	*	229	*	*	*
Edad																								
10-17 años	8.769	42,9	30,5	55,2	7.235	*	*	*	7.015	*	*	*	5.642	*	*	*	2.307	*	*	*	2.036	*	*	*
18 años o más	12.616	33,3	24,4	42,3	11.266	16,1	10,9	21,3	12.659	33,4	24,4	42,5	12.479	15,8	11,0	20,6	2.385	*	*	*	2.726	*	*	*
Nivel educativo																								
Prescolar/Sin estudios	4.485	*	*	*	3.902	*	*	*	2.709	*	*	*	2.639	*	*	*	682	*	*	*	341	*	*	*
Primaria completa	9.498	37,9	27,2	48,5	7.873	14,6	9,1	20,0	9.292	37,0	26,1	48,0	8.351	15,2	9,6	20,9	3.176	*	*	*	682	*	*	*
Secundaria completa	4.422	*	*	*	4.193	*	*	*	5.018	*	*	*	4.747	*	*	*	1.245	*	*	*	174	*	*	*
Estudios superiores	2.979	*	*	*	2.534	*	*	*	2.655	*	*	*	2.384	*	*	*	271	*	*	*	349	*	*	*
Occidente																								
Sexo																								
Hombre	25.981	160,0	38,1	81,9	29.792	128,9	16,2	41,7	23.111	153,4	31,7	75,1	23.138	22,0	10,3	33,7	4.414	*	*	*	688	*	*	*
Mujer	52.355	149,2	36,5	61,8	45.001	21,7	14,4	28,9	47.415	144,5	30,7	58,3	45.704	21,8	13,6	29,9	6.840	*	*	*	8.883	*	*	*
Área de residencia																								
Urbana	33.610	44,4	34,3	54,5	34.686	20,3	14,7	25,9	34.935	46,2	34,0	58,3	32.842	18,8	12,5	25,1	6.169	*	*	*	9.659	*	*	*
Rural	44.725	160,4	41,8	78,9	40.107	28,6	16,4	40,9	35.592	148,0	28,1	68,0	36.000	125,7	13,0	38,3	5.086	*	*	*	4.397	*	*	*
Estrato socioeconómico																								
1	17.042	*	*	*	16.288	*	*	*	15.257	*	*	*	13.592	*	*	*	23.327	*	*	*	63.994	164,2	48,1	80,3
2	42.511	151,5	35,8	67,3	39.348	27,3	17,2	37,4	42.821	151,9	35,2	68,6	43.668	29,9	18,4	41,4	6.934	*	*	*	1.665	*	*	*
3	17.140	53,8	43,4	64,2	17.762	28,9	21,3	36,6	10.678	33,5	23,7	43,3	10.252	16,2	10,8	21,6	3.944	*	*	*	1.691	*	*	*
4	1.065	*	*	*	1.065	*	*	*	1.442	*	*	*	1.002	*	*	*	377	*	*	*	1.442	*	*	*
5	577	*	*	*	328	*	*	*	328	*	*	*	328	*	*	*	248	*	*	*	248	*	*	*
Edad																								
10-17 años	22.332	156,7	34,6	78,8	23.011	24,2	11,8	36,5	25.780	165,4	41,0	89,8	25.557	126,9	12,2	41,5	1.473	*	*	*	2.920	*	*	*
18 años o más	56.003	150,8	38,0	63,6	51.781	24,0	16,5	31,6	44.747	40,6	28,2	52,9	43.285	19,7	12,6	26,8	9.782	*	*	*	11.136	5,1	2,7	7,4
Nivel educativo																								
Prescolar/Sin estudios	1.282	*	*	*	905	*	*	*	3.214	*	*	*	2.965	*	*	*	377	*	*	*	3.590	*	*	*
Primaria completa	47.497	148,7	33,2	64,1	42.837	19,7	11,6	27,7	39.443	140,4	24,7	56,2	40.791	18,7	10,5	27,0	5.150	*	*	*	6.597	*	*	*
Secundaria completa	22.058</																							

Continuación Tabla 31. Características del etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas, según algunas características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Rotulado o etiqueta				Lista de ingredientes				Declaración de propiedades nutricionales				Declaración de propiedades de salud				Otra información				Ninguno																										
					Ingredientes: Agua, azúcar, pulpa de fruta, acidulante (ácido cítrico), sabor idéntico al natural, estabilizante (pectina), regulador de la acidez (citrato de sodio) y colorantes artificiales (rojo 5, azul 1 y negro brillante).				SIN XXXX AÑADIDO				DIETAS BAJAS EN XXXX PUEDEN REDUCIR EL RIESGO DE ZZZZ, UNA ENFERMEDAD ASOCIADA CON MUCHOS FACTORES. ESTE ALIMENTO ES BAJO EN XXXX.				Consumir preferiblemente antes de: vence 000 mar 0000 L/C0000000000 																														
	Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar		Lee		Usa para comprar																								
N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.																								
Suroeste																																															
Sexo																																															
Hombre	14.221	142,3	29,3	55,3	12.193	*	*	*	12.909	*	*	*	11.172	*	*	*	1.625	*	*	*	2.437	*	*	*	812	*	*	*	25.936	77,1	65,9	88,4	36.186	55,8	46,5	65,1	19.528	28,5	20,1	36,8							
Mujer	22.184	31,6	23,7	39,5	21.397	20,1	14,5	25,6	28.028	39,9	30,9	48,9	28.918	25,4	19,2	31,7	4.121	*	*	*	4.563	*	*	*	1.323	*	*	*	929	*	*	*	61.924	88,1	82,4	93,9	74.376	69,8	63,2	76,3	23.294	20,5	14,9	26,1			
Área de residencia																																															
Urbana	19.298	41,8	32,4	51,1	17.469	22,2	16,2	28,2	15.450	33,4	24,5	42,4	16.017	19,4	13,9	24,9	2.586	*	*	*	2.261	*	*	*	1.044	*	*	*	650	*	*	*	38.196	82,6	75,7	89,6	53.132	67,5	61,0	74,1	17.315	21,0	15,1	26,9			
Rural	17.107	29,7	19,8	39,5	16.121	*	*	*	25.487	44,2	33,1	55,3	24.072	24,1	16,8	31,4	3.159	*	*	*	4.739	*	*	*	1.091	*	*	*	279	*	*	*	49.664	86,1	78,5	93,7	57.430	61,9	53,5	70,4	25.508	25,5	18,4	32,6			
Estrato socioeconómico																																															
1	12.202	*	*	*	11.275	*	*	*	15.217	*	*	*	14.570	*	*	*	1.224	*	*	*	2.804	*	*	*	1.742	*	*	*	929	*	*	*	33.889	86,1	77,2	95,0	37.673	67,6	57,7	77,5	11.774	*	*	*			
2	20.688	36,3	27,1	45,5	19.194	19,2	13,5	24,9	22.256	39,0	29,2	48,8	22.763	21,3	15,4	27,2	4.522	*	*	*	4.197	*	*	*	394	*	*	*	394	*	*	*	47.145	82,7	75,3	90,0	61.897	61,9	54,8	68,9	27.112	25,4	19,0	31,8			
3	3.515	*	*	*	3.121	*	*	*	3.464	*	*	*	2.757	*	*	*																6.146	*	*	*	10.312	168,9	54,3	83,6	3.937	*	*	*				
4																																															
Edad																																															
10-17 años	17.399	46,0	34,0	58,1	15.766	28,1	19,2	37,0	20.009	152,9	40,1	65,7	17.535	30,6	21,0	40,2	2.773	*	*	*	3.261	*	*	*	1.091	*	*	*	279	*	*	*	27.084	71,6	60,3	83,0	32.741	58,4	48,4	68,4	13.014	*	*	*			
18 años o más	19.005	28,8	20,7	36,8	17.824	15,5	10,6	20,4	20.928	31,7	22,9	40,4	22.554	18,0	12,9	23,2	2.973	*	*	*	3.740	*	*	*	1.044	*	*	*	650	*	*	*	60.776	92,0	87,0	96,9	77.820	67,5	61,1	73,8	29.809	23,8	18,2	29,5			
Nivel educativo																																															
Prescolar/Sin estudios	3.804	*	*	*	3.525	*	*	*	4.339	*	*	*	5.383	*	*	*	325	*	*	*	1.093	*	*	*	325	*	*	*	325	*	*	*	22.252	95,8	89,5	100,0	28.699	54,6	44,3	64,9	21.096	33,2	24,2	42,2			
Primaria completa	23.029	39,2	29,8	48,6	20.887	23,9	17,2	30,7	24.524	41,8	31,7	51,8	22.700	26,0	18,7	33,3	3.934	*	*	*	4.028	*	*	*	1.416	*	*	*	604	*	*	*	48.037	81,8	74,1	89,5	59.046	67,6	60,1	75,1	17.317	19,8	13,3	26,4			
Secundaria completa	6.165	*	*	*	5.771	*	*	*	8.805	*	*	*	8.411	*	*	*	1.093	*	*	*	1.486	*	*	*									12.978	180,3	65,3	95,2	16.363	168,5	54,5	82,4	4.410	*	*	*			
Estudios superiores	3.407	*	*	*	3.407	*	*	*	3.270	*	*	*	3.595	*	*	*	394	*	*	*	394	*	*	*									4.593	*	*	*	6.453	*	*	*							
Urabá																																															
Sexo																																															
Hombre	15.289	62,7	51,6	73,8	13.334	21,8	15,8	27,9	6.922	28,4	18,4	38,4	7.010	9,5	5,7	13,3	721	*	*	*	868	*	*	*	483	*	*	*	483	*	*	*	16.759	68,7	58,3	79,2	21.366	35,0	28,1	41,9	30.560	41,5	34,6	48,3			
Mujer	29.408	44,3	37,6	51,0	22.568	15,9	12,5	19,3	26.627	40,1	32,2	48,0	25.111	16,0	12,1	19,9	1.457	*	*	*	1.108	*	*	*	1.186	*	*	*	1.040	*	*	*	56.109	84,5	79,2	89,8	78.031	55,0	50,1	59,9	48.752	31,0	27,2	34,9			
Área de residencia																																															
Urbana	27.202	52,9	46,9	59,0	21.796	18,6	15,4	21,8	16.653	32,4	26,7	38,1	15.438	12,0	9,5	14,5	1.772	*	*	*	1.773	*	*	*	1.466	*	*	*	1.320	*	*	*	40.278	78,4	73,5	83,3	55.607	47,5	43,6	51,5	46.615	36,2	32,6	39,8			
Rural	17.496	44,4	33,3	55,6	14.107	16,4	10,8	22,1	16.897	42,9	30,6	55,2	16.684	16,3	10,6	22,1	407	*	*	*	203	*	*	*	203	*	*	*	203	*	*	*	32.590	82,7	73,8	91,6	43.790	51,0	43,0	58,9	32.697	32,0	25,6	38,4			
Estrato socioeconómico																																															
1	31.365	48,0	40,8	55,1	25.374	16,8	13,2	20,4	23.483	35,9	28,0	43,8	21.639	12,4	9,0	15,8	1.739	*	*	*	1.536	*	*	*	829	*	*	*	829	*	*	*	52.617	80,4	74,4	86,5	70.069	46,4	41,5	51,4	62.733	36,0	31,7	40,2			
2	10.579	49,9	38,8	61,0	7.988	18,1	12,1	24,1	8.390	39,6	27,6	51,5	8.658	17,8	11,4	24,1	440	*	*	*	294	*	*	*	640	*	*	*	640	*	*	*	17.031	80,3	71,7	89,0	25.561	57,9	50,2	65,7	13.492	27,7	22,6	32,9			
3	2.754	*	*	*	2.541	*	*	*	1.677	*	*	*	1.824	*	*	*																															
4																																															
Edad																																															
10-17 años	20.652	56,7	47,4	66,0	14.265	16,7	12,2	21,2	13.685	37,6	28,5	46,7	12.181	13,6	9,5	17,7	1.429	*	*	*	1.440	*	*	*	855	*	*	*	855	*	*	*	25.394	69,7	61,0	78,4	30.246	35,4	29,6	41,2	41.892	46,8	40,7	52,8			
18 años o más	24.046	44,2	36,8	51,6	21.637	18,4	14,4	22,5	19.865	36,6	27,7	45,4	19.940	14,1	10,1	18,1	750	*	*	*	536	*	*	*	814	*	*	*	669	*	*	*	47.474	87,4	82,0	92,7	69.151	58,8	53,5	64,2	37.420	26,5	22,6	30,3			
Nivel educativo																																															
Prescolar/Sin estudios	4.462	*	*	*	3.526	*	*	*	2.838	*	*	*	2.691	*	*	*	280	*	*	*	213	*	*	*	200	*	*	*	200	*	*	*	8.934	77,2	64,8	89,7	17.811	38,4	29,3	47,6	24.402	33,3	26,7	39,9			
Primaria completa	20.808	45,0	36,7	53,2	15.368	15,8	11,6	20,0	16.084	34,8	25,0	44,5	15.231	15,5	10,3	20,7	1.416	*	*	*	1.428	*	*	*	1.068	*	*	*	922	*	*	*	35.444	76,6	68,8	84,5	42.137	43,3	37,4	49,2	40.204	40,9	35,6	46,2			
Secundaria completa	10.619	52,2	40,1	64,3	9.252	23,7	16,3	31,1	8.323	40,9	28,5	53,2	8.187	20,9	13,4	28,5	68	*	*	*	68	*	*	*									18.006	88,5	80,6	96,3	25.137	64,3	55,5	73,0	11.028	28,2	20,7	35,7			
Estudios superiores	8.809	170,0	55,7	84,4	7.757	38,3	25,9	50,7	6.304	*	*	*	6.012	*	*	*	414	*	*	*	268	*	*	*	401	*	*	*	401	*	*	*	10.484	83,4	72,1	94,6	14.312	70,6	60,1	81,1	3.678	*	*	*			

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
 *Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

Tabla 32. Descripción del acceso a la publicidad televisiva, según variables de interés. Antioquia (sin Medellín), 2019

Característica	TV en el hogar																								Número TV en Hogar															
	Sí						No						Total		1		2		3		4		5		6		7													
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%													
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.													
Antioquia (sin Medellín)																																								
Área de residencia																																								
Urbana	623.777	97,4	96,3	98,5	16.848	2,6	1,9	3,3	640.625	57,3	54,7	59,8	245.084	39,3	36,1	42,4	239.750	38,4	34,8	42,0	109.078	17,5	14,8	20,1	25.789	4,1	2,9	5,4	734	*	*	*	1.657	*	*	*				
Rural	436.314	91,3	88,5	94,1	41.650	8,7	6,8	10,7	477.964	42,7	39,6	45,9	332.798	76,3	71,6	80,9	82.728	19,0	15,9	22,0	17.686	4,1	1,9	6,2	2.521	*	*	*	582	*	*	*	1.684	*	*	*				
Sexo																																								
Hombre	535.474	94,5	92,8	96,3	30.917	5,5	4,1	6,8	566.390	50,6	47,9	53,4	291.719	54,5	50,3	58,7	162.247	30,3	26,6	34,0	64.246	12,0	9,7	14,3	14.574	2,7	1,6	3,9	582	*	*	*	421	*	*	*	1.684	*	*	*
Mujer	524.618	95,0	93,2	96,8	27.581	5,0	3,7	6,3	552.199	49,4	46,5	52,3	286.163	54,5	50,0	59,1	160.230	30,5	27,1	34,0	62.518	11,9	9,1	14,7	13.736	2,6	1,6	3,7	734	*	*	*	1.236	*	*	*	1.684	*	*	*
Edad																																								
1-9 años	521.340	94,9	93,0	96,8	28.020	5,1	3,8	6,4	549.360	49,1	46,1	52,1	288.249	55,3	50,5	60,0	167.087	32,0	28,3	35,8	54.866	10,5	8,2	12,8	7.797	*	*	*	1.657	*	*	*	1.684	*	*	*	1.684	*	*	*
10-17 años	538.751	94,6	92,9	96,3	30.478	5,4	4,0	6,7	569.230	50,9	48,2	53,6	289.633	53,8	49,8	57,7	155.391	28,8	25,5	32,2	71.897	13,3	10,5	16,1	20.513	3,8	2,5	5,1	1.316	*	*	*	1.657	*	*	*	1.684	*	*	*
Valle de Aburrá (sin Medellín)																																								
Área de residencia																																								
Urbana	202.514	99,2	98,1	100,0	1.630	*	*	*	204.145	80,5	76,1	85,0	40.704	20,1	15,1	25,1	86.072	42,5	36,3	48,7	54.916	27,1	21,6	32,6	18.324	*	*	*	815	*	*	*	1.684	*	*	*	1.684	*	*	*
Rural	48.531	98,4	96,4	100,0	782	*	*	*	49.312	19,5	16,6	22,3	19.295	39,8	31,8	47,7	21.826	45,0	36,8	53,1	5.197	*	*	*	1.900	*	*	*	312	*	*	*	815	*	*	*	1.684	*	*	*
Sexo																																								
Hombre	117.575	99,7	98,8	100,0	370	*	*	*	117.945	46,5	41,3	51,7	26.254	22,3	16,2	28,4	46.566	39,6	32,2	47,0	31.247	26,6	19,6	33,6	11.512	*	*	*	312	*	*	*	1.684	*	*	*	1.684	*	*	*
Mujer	133.470	98,5	96,7	100,0	2.042	*	*	*	135.512	53,5	48,2	58,7	33.744	25,3	19,3	31,3	61.332	46,0	38,6	53,3	28.867	21,6	15,5	27,8	8.712	*	*	*	815	*	*	*	1.684	*	*	*	1.684	*	*	*
Edad																																								
1-9 años	117.487	99,0	97,4	100,0	1.227	*	*	*	118.714	46,8	41,4	52,3	25.257	21,5	15,3	27,7	61.698	52,5	44,5	60,6	22.699	19,3	12,9	25,8	5.334	*	*	*	815	*	*	*	1.684	*	*	*	1.684	*	*	*
10-17 años	133.558	99,1	97,8	100,0	1.185	*	*	*	134.743	53,2	48,1	58,2	34.741	26,0	20,1	31,9	46.199	34,6	28,0	41,1	37.415	28,0	21,4	34,6	14.890	*	*	*	312	*	*	*	1.684	*	*	*	1.684	*	*	*
Bajo Cauca																																								
Área de residencia																																								
Urbana	46.172	86,1	81,5	90,7	7.460	13,9	8,6	19,2	53.632	53,7	48,8	58,7	32.717	70,9	64,3	77,4	10.696	23,2	16,9	29,4	2.122	*	*	*	638	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Rural	37.817	81,9	72,5	91,3	8.338	*	*	*	46.156	46,3	37,7	54,8	35.057	92,7	85,5	99,9	2.760	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Sexo																																								
Hombre	44.731	86,6	80,0	93,1	6.929	*	*	*	51.661	51,8	44,7	58,8	36.645	81,9	73,5	90,4	6.600	14,8	9,8	19,8	1.164	*	*	*	322	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Mujer	39.258	81,6	74,6	88,6	8.868	18,4	9,4	27,4	48.127	48,2	41,6	54,9	31.129	79,3	70,7	87,8	6.856	17,5	11,4	23,6	957	*	*	*	316	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Edad																																								
1-9 años	39.190	83,9	77,4	90,4	7.538	*	*	*	46.728	46,8	40,5	53,2	31.815	81,2	73,3	89,1	5.795	14,8	9,2	20,4	1.264	*	*	*	316	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
10-17 años	44.799	84,4	77,4	91,5	8.260	15,6	7,5	23,7	53.059	53,2	45,9	60,4	33.958	80,3	71,3	89,3	7.661	17,1	11,7	22,5	858	*	*	*	322	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Medellana Medio																																								
Área de residencia																																								
Urbana	17.032	95,2	91,6	98,8	860	*	*	*	17.892	57,8	51,5	64,1	8.864	52,0	43,6	60,5	5.989	35,2	26,8	43,5	1.990	*	*	*	42	*	*	*	148	*	*	*		*	*	*		*	*	*
Rural	12.239	93,7	87,3	100,0	827	*	*	*	13.066	42,2	33,9	50,6	8.641	70,6	59,0	82,2	3.598	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Sexo																																								
Hombre	16.951	96,0	92,0	100,0	710	*	*	*	17.661	57,0	49,5	64,6	10.219	60,3	50,3	70,2	5.791	34,2	23,7	44,6	941	*	*	*	42	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Mujer	12.320	92,7	87,2	98,1	977	*	*	*	13.297	43,0	36,1	49,8	7.285	59,1	48,7	69,6	3.796	30,8	20,3	41,3	1.049	*	*	*	42	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Edad																																								
1-9 años	16.045	96,9	93,3	100,0	519	*	*	*	16.564	53,5	46,1	60,9	10.569	65,9	55,8	75,9	3.993	24,9	15,8	34,0	1.442	*	*	*	42	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
10-17 años	13.225	91,9	86,2	97,6	1.168	*	*	*	14.394	46,5	39,3	53,6	6.936	52,4	42,5	62,4	5.993	42,3	30,3	54,3	548	*	*	*	148	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Nordeste																																								
Área de residencia																																								
Urbana	26.374	96,9	93,4	100,0	855	*	*	*	27.229	38,6	32,6	44,6	11.333	43,0	33,4	52,5	9.383	35,6	25,3	45,8	4.803	*	*	*	855	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Rural	37.624	86,8	80,1	93,5	5.737	*	*	*	43.361	61,4	53,9	69,0	33.614	89,3	82,7	96,0	1.086	*	*	*	2.925	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Sexo																																								
Hombre	34.230	88,1	81,7	94,5	4.626	*	*	*	38.857	55,0	47,7	62,4	25.392	74,2	64,6	83,8	5.430	*	*	*	2.980	*	*	*	428	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Mujer	29.768	93,8	88,8	98,8	1.966	*	*	*	31.733	45,0	38,0	51,9	19.555	65,7	55,3	76,1	5.038	*	*	*	4.747	*	*	*	428	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Edad																																								
1-9 años	29.973	85,4	78,3	92,4	5.142	*	*	*	35.114	49,7	42,5	56,9	21.433	71,5	61,4	81,6	5.064	*	*	*	3.277	*	*	*	199	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
10-17 años	34.025	95,9	91,9	99,9	1.451	*	*	*	35.476	50,3	43,1	57,4	23.515	69,1	59,1	79,1	5.404	*	*	*	4.450	*	*	*	656	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Norte																																								
Área de residencia																																								
Urbana	28.696	98,4	95,1	100,0	456	*	*	*	29.152	35,2	27,6	42,9	9.377	132,7	20,1	45,3	11.350	139,6	26,3	52,8	7.969	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Rural	50.657	94,6	89,5	99,7	2.893	*	*	*	53.550	64,8	56,0	73,5	36.245	71,6	61,0	82,1	14.411	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Sexo																																								
Hombre	39.616	93,2	87,1	99,3	2.893	*	*	*	42.509	51,4	42,7	60,1	25.261	63,8	51,3	76,2	10.729	*	*	*	3.626	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
Mujer	39.736	98,9	96,2	100,0	456	*	*	*	40.192	48,6	39,8	57,4	20.361	151,2	38,4	64,1	15.032	37,8	25,6	50,1	4.343	*	*	*		*	*	*		*	*	*								

Continuación Tabla 32. Descripción del acceso a la publicidad televisiva, según variables de interés. Antioquia (sin Medellín), 2019

		TV por cable																TV en el cuarto															
Total		Sí				No				Total		Sí				No				Total													
N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%											
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.										
623.777	58,8	56,2	61,4	495.722	79,5	76,7	82,3	128.055	20,5	17,7	23,3	623.777	58,8	56,2	61,4	292.386	46,9	43,3	50,4	331.391	53,1	49,8	56,5										
436.314	41,2	37,9	44,4	220.505	50,5	46,5	54,6	215.810	49,5	43,3	55,6	436.314	41,2	37,9	44,4	168.314	38,6	33,1	44,0	268.000	61,4	56,7	66,2										
535.474	50,5	47,6	53,4	371.093	69,3	66,0	72,6	164.380	30,7	26,1	35,3	535.474	50,5	47,6	53,4	245.451	45,8	41,3	50,4	290.022	54,2	50,7	57,7										
524.618	49,5	46,5	52,5	345.134	65,8	62,1	69,5	179.484	34,2	29,5	38,9	524.618	49,5	46,5	52,5	215.248	41,0	37,1	45,0	309.370	59,0	54,6	63,4										
521.340	49,2	46,1	52,3	356.792	68,4	64,9	72,0	164.548	31,6	26,5	36,7	521.340	49,2	46,1	52,3	239.196	45,9	41,3	50,5	282.144	54,1	49,9	58,4										
538.751	50,8	48,0	53,6	359.435	66,7	63,3	70,1	179.317	33,3	29,1	37,5	538.751	50,8	48,0	53,6	221.503	41,1	37,2	45,1	317.248	58,9	55,1	62,6										
202.514	80,7	76,2	85,1	191.840	94,7	91,9	97,5	10.674	*	*	*	202.514	80,7	76,2	85,1	106.467	52,6	46,3	58,8	96.047	47,4	41,2	53,7										
48.531	19,3	16,5	22,1	31.856	65,6	58,0	73,3	16.675	34,4	26,6	42,1	48.531	19,3	16,5	22,1	29.919	61,6	53,7	69,5	18.612	38,4	30,5	46,2										
117.575	46,8	41,6	52,1	107.776	91,7	87,4	96,0	9.799	8,3	5,1	11,5	117.575	46,8	41,6	52,1	66.255	56,4	48,9	63,8	51.320	43,6	35,9	51,4										
133.470	53,2	47,9	58,5	115.920	86,9	81,9	91,8	17.550	13,1	8,7	17,6	133.470	53,2	47,9	58,5	70.130	52,5	45,3	59,8	63.339	47,5	40,2	54,7										
117.487	46,8	41,4	52,2	106.284	90,5	85,7	95,2	11.204	9,5	5,5	13,6	117.487	46,8	41,4	52,2	62.693	53,4	45,5	61,2	54.794	46,6	38,6	54,7										
133.558	53,2	48,1	58,3	117.412	87,9	83,3	92,6	16.145	12,1	8,2	16,0	133.558	53,2	48,1	58,3	73.692	55,2	48,2	62,1	59.865	44,8	37,8	51,8										
46.172	55,0	49,7	60,3	29.770	64,5	57,7	71,3	16.402	35,5	28,6	42,4	46.172	55,0	49,7	60,3	8.847	19,2	14,0	24,3	37.325	80,8	75,1	86,6										
37.817	45,0	36,0	54,0	27.892	73,8	61,8	85,7	9.925	26,2	14,6	37,9	37.817	45,0	36,0	54,0	5.401	14,3	9,5	19,0	32.417	85,7	75,7	95,7										
44.731	53,3	45,7	60,8	30.896	69,1	59,5	78,7	13.835	30,9	21,5	40,4	44.731	53,3	45,7	60,8	6.153	13,8	9,2	18,3	38.578	86,2	78,8	93,7										
39.258	46,7	39,9	53,6	26.766	68,2	58,5	77,9	12.493	31,8	23,3	40,3	39.258	46,7	39,9	53,6	8.094	20,6	15,1	26,1	31.164	79,4	70,7	88,0										
39.190	46,7	40,1	53,2	29.033	74,1	65,0	83,2	10.158	25,9	19,6	32,2	39.190	46,7	40,1	53,2	7.503	19,1	13,6	24,7	31.687	80,9	72,8	88,9										
44.799	53,3	45,6	61,1	28.630	63,9	53,8	74,0	16.170	36,1	25,7	46,5	44.799	53,3	45,6	61,1	6.744	15,1	10,5	19,6	38.055	84,9	76,9	92,9										
17.032	58,2	51,7	64,7	12.228	71,8	64,0	79,6	4.803	28,2	20,4	36,0	17.032	58,2	51,7	64,7	7.625	44,8	35,8	53,7	9.406	55,2	46,9	63,6										
12.239	41,8	33,2	50,4	5.266	143,0	29,7	56,4	6.973	157,0	43,6	70,4	12.239	41,8	33,2	50,4	4.623	*	*	*	7.616	62,2	49,7	74,7										
16.951	57,9	50,1	65,7	9.753	57,5	47,6	67,4	7.198	42,5	31,7	53,3	16.951	57,9	50,1	65,7	7.573	44,7	33,7	55,6	9.378	55,3	45,5	65,2										
12.320	42,1	35,1	49,0	7.741	62,8	52,6	73,0	4.579	37,2	26,2	48,1	12.320	42,1	35,1	49,0	4.676	38,0	27,5	48,4	7.644	62,0	51,5	72,6										
16.045	54,8	47,1	62,5	10.285	64,1	54,3	73,9	5.761	35,9	25,5	46,3	16.045	54,8	47,1	62,5	6.905	43,0	32,1	54,0	9.140	57,0	47,1	66,8										
13.225	45,2	37,9	52,5	7.209	54,5	44,3	64,7	6.016	45,5	33,8	57,2	13.225	45,2	37,9	52,5	5.343	40,4	29,4	51,4	7.883	59,6	49,0	70,2										
26.374	41,2	34,8	47,6	18.518	70,2	61,7	78,7	7.856	*	*	*	26.374	41,2	34,8	47,6	15.516	58,8	49,0	68,7	10.858	41,2	31,2	51,2										
37.624	58,8	50,8	66,8	25.446	67,6	57,6	77,7	12.178	32,4	22,8	41,9	37.624	58,8	50,8	66,8	12.292	32,7	22,8	42,5	25.332	67,3	57,4	77,3										
34.230	53,5	45,8	61,1	25.030	73,1	63,9	82,4	9.200	26,9	17,5	36,3	34.230	53,5	45,8	61,1	13.718	40,1	30,3	49,8	20.512	59,9	49,3	70,5										
29.768	46,5	39,3	53,8	18.934	63,6	53,7	73,5	10.834	36,4	25,6	47,2	29.768	46,5	39,3	53,8	14.090	47,3	36,9	57,8	15.678	52,7	41,8	63,5										
29.973	46,8	39,5	54,2	22.002	73,4	63,9	82,9	7.971	26,6	17,0	36,2	29.973	46,8	39,5	54,2	14.959	49,9	39,5	60,3	15.014	50,1	38,9	61,3										
34.025	53,2	45,6	60,7	21.962	64,5	54,9	74,2	12.063	35,5	25,1	45,8	34.025	53,2	45,6	60,7	12.849	37,8	28,1	47,5	21.176	62,2	51,9	72,5										
28.696	36,2	28,3	44,0	20.207	70,4	58,4	82,5	8.489	*	*	*	28.696	36,2	28,3	44,0	20.160	70,3	57,9	82,6	8.536	*	*	*										
50.657	63,8	54,9	72,8	9.341	*	*	*	41.316	81,6	72,5	90,6	50.657	63,8	54,9	72,8	22.340	44,1	32,6	55,6	28.316	55,9	44,2	67,6										
39.616	49,9	41,1	58,8	18.170	45,9	34,1	57,6	21.446	154,1	41,1	67,2	39.616	49,9	41,1	58,8	20.433	51,6	39,4	63,7	19.183	148,4	35,5	61,3										
39.736	50,1	41,1	59,1	11.377	*	*	*	28.358	71,4	59,7	83,1	39.736	50,1	41,1	59,1	22.067	55,5	43,1	68,0	17.669	144,5	31,6	57,3										
33.396	42,1	34,0	50,2	15.175	45,4	33,7	57,2	18.221	154,6	41,3	67,8	33.396	42,1	34,0	50,2	19.184	57,4	45,3	69,6	14.212	142,6	29,7	55,4										
45.956	57,9	48,6	67,2	14.372	31,3	20,1	42,5	31.584	68,7	57,1	80,3	45.956	57,9	48,6	67,2	23.316	50,7	38,5	63,0	22.640	149,3	36,7	61,8										
20.061	30,9	25,6	36,2	9.515	47,4	37,0	57,8	10.546	52,6	42,5	62,6	20.061	30,9	25,6	36,2	8.941	44,6	34,4	54,7	11.119	55,4	45,2	65,6										
44.850	69,1	61,9	76,3	18.972	42,3	33,3	51,3	25.878	57,7	48,3	67,1	44.850	69,1	61,9	76,3	16.089	35,9	26,9	44,8	28.761	64,1	55,1	73,1										
34.235	52,7	45,6	59,9	16.370	47,8	38,2	57,4	17.865	52,2	42,0	62,3	34.235	52,7	45,6	59,9	13.006	38,0	28,4	47,6	21.230	62,0	52,4	71,6										
30.676	47,3	40,1	54,5	12.117	39,5	29,3	49,7	18.559	60,5	50,2	70,8	30.676	47,3	40,1	54,5	12.025	39,2	29,3	49,1	18.651	60,8	50,3	71,3										
27.757	42,8	35,8	49,7	13.514	48,7	38,2	59,1	14.243	51,3	40,4	62,3	27.757	42,8	35,8	49,7	11.455	41,3	30,7	51,8	16.302	58,7	48,2	69,3										
37.154	57,2	50,0	64,5	14.973	40,3	30,9	49,7	22.181	59,7	50,1	69,3	37.154	57,2	50,0	64,5	13.575	36,5	27,5	45,6	23.579	63,5	54,0	72,9										
145.490	62,3	54,4	70,2	109.442	75,2	66,4	84,0	36.048	24,8	15,3	34,3	145.490	62,3	54,4	70,2	73.312	50,4	40,3	60,4	72.179	49,6	38,9	60,3										
88.021	37,7	25,6	49,8	30.839	135,0	21,2	48,9	57.183	*	*	*	88.021	37,7	25,6	49,8	46.727	153,1	32,5	73,6	41.294	146,9	26,9	66,9										
114.111	48,9	39,1	58,6	68.498	60,0	49,2	70,8	45.613	*	*	*	114.111	48,9	39,1	58,6	72.402	163,4	48,9	78,0	41.709	36,6	25,2	47,9										
119.400	51,1	40,9	61,4	71.783	60,1	48,2	72,0	47.618	139,9	23,1	56,7	119.400	51,1	40,9	61,4	47.637	139,9	27,3	52,5	71.764	160,1	45,1	75,1										

Tabla 33. Descripción de la exposición a la publicidad televisiva, según variables de interés. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Table with 44 columns (Characteristic, Sí, No, Menos de 1 hora, Entre 1 y 2:59 horas, Entre 3 y 4:59 horas, 5 horas diarias o más, Me es indiferente, En la mañana, En la tarde, En la noche, A cualquier hora) and multiple rows for different regions and demographics in Antioquia.

Continuación Tabla 33. Descripción de la exposición a la publicidad televisiva, según variables de interés. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Ve Televisión						Control del tiempo frente a la televisión												Tiempo máximo en horas que debería ver de televisión al día												Horario en el que ve televisión habitualmente																					
	Sí			No			Sí			No			Menos de 1 hora			Entre 1 y 2:59 horas			Entre 3 y 4:59 horas			5 horas diarias o más			Me es indiferente			En la mañana			En la tarde			En la noche			A cualquier hora															
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%													
			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.			Inf. Sup.													
Suroeste																																																				
Menor a 2 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	2.618	*	*	*	650	*	*	*				2.618	*	*	*	325	*	*	*	1.530	*	*	*				763	*	*	*	325	*	*	*	437	*	*	*	325	*	*	*	1.530	*	*	*						
Mujer					437	*	*	*																																												
Área de residencia																																																				
Urbana	1.851	*	*	*	1.088	*	*	*				1.851	*	*	*	325	*	*	*	763	*	*	*				763	*	*	*	325	*	*	*	437	*	*	*	325	*	*	*	763	*	*	*						
Rural					767	*	*	*																																												
2-5 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	9.422	*	*	*	1.330	*	*	*	2.559	*	*	*	6.864	*	*	*	2.075	*	*	*	2.285	*	*	*	1.415	*	*	*	3.648	*	*	*	3.211	*	*	*	1.004	*	*	*	1.642	*	*	*	3.565	*	*	*				
Mujer	9.381	*	*	*	763	*	*	*	4.716	*	*	*	4.665	*	*	*	679	*	*	*	6.488	*	*	*	767	*	*	*	1.446	*	*	*	4.042	*	*	*	3.897	*	*	*	763	*	*	*	679	*	*	*				
Área de residencia																																																				
Urbana	6.953	*	*	*	1.413	*	*	*	2.936	*	*	*	4.017	*	*	*	437	*	*	*	4.346	*	*	*	647	*	*	*	1.522	*	*	*	2.057	*	*	*	650	*	*	*	1.638	*	*	*	2.607	*	*	*				
Rural	11.851	*	*	*	679	*	*	*	4.339	*	*	*	7.511	*	*	*	2.316	*	*	*	4.428	*	*	*	1.535	*	*	*	3.572	*	*	*	5.195	*	*	*	4.251	*	*	*	767	*	*	*	1.637	*	*	*				
6-12 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	21.592	93,9	86,3	100,0	1.415	*	*	*	8.739	*	*	*	12.853	*	*	*	2.209	*	*	*	10.294	*	*	*	3.357	*	*	*	5.732	*	*	*	325	*	*	*	8.766	*	*	*	5.942	*	*	*	6.559	*	*	*				
Mujer	17.313	88,1	77,5	98,7	2.347	*	*	*	7.430	*	*	*	9.883	*	*	*	1.500	*	*	*	10.710	*	*	*	1.504	*	*	*	2.948	*	*	*	767	*	*	*	8.202	*	*	*	3.787	*	*	*	4.556	*	*	*				
Área de residencia																																																				
Urbana	19.579	96,8	91,7	100,0	647	*	*	*	8.306	*	*	*	11.273	157,6	42,9	72,3	2.262	*	*	*	8.197	*	*	*	650	*	*	*	5.790	*	*	*	325	*	*	*	6.784	*	*	*	8.064	*	*	*	4.406	*	*	*				
Rural	19.326	86,1	74,1	98,2	3.114	*	*	*	7.863	*	*	*	11.463	*	*	*	1.446	*	*	*	12.808	*	*	*	2.182	*	*	*	2.890	*	*	*	767	*	*	*	10.184	*	*	*	1.665	*	*	*	6.709	*	*	*				
13-17 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	23.606	92,9	84,9	100,0	1.810	*	*	*	5.832	*	*	*	17.774	175,3	61,7	88,9	1.355	*	*	*	10.975	*	*	*	5.998	*	*	*	2.332	*	*	*	2.946	*	*	*	2.327	*	*	*	6.565	*	*	*	8.654	*	*	*	6.059	*	*	*
Mujer	12.107	*	*	*	1.503	*	*	*	3.995	*	*	*	8.111	*	*	*				5.136	*	*	*	3.289	*	*	*	647	*	*	*	3.034	*	*	*	3.185	*	*	*	5.794	*	*	*	3.128	*	*	*					
Área de residencia																																																				
Urbana	13.702	91,7	82,4	100,0	1.235	*	*	*	2.446	*	*	*	11.256	182,1	68,6	95,7	647	*	*	*	4.809	*	*	*	5.540	*	*	*	647	*	*	*	2.058	*	*	*	1.620	*	*	*	2.858	*	*	*	7.103	*	*	*	2.121	*	*	*
Rural	22.010	91,4	81,7	100,0	2.078	*	*	*	7.381	*	*	*	14.629	*	*	*	707	*	*	*	11.302	*	*	*	3.747	*	*	*	2.332	*	*	*	3.921	*	*	*	707	*	*	*	6.892	*	*	*	7.345	*	*	*	7.066	*	*	*
Urabá																																																				
Menor a 2 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	2.862	*	*	*	1.547	*	*	*	754	*	*	*	2.108	*	*	*	696	*	*	*	1.045	*	*	*	146	*	*	*	976	*	*	*	830	*	*	*	338	*	*	*	1.548	*	*	*								
Mujer	4.914	*	*	*	1.178	*	*	*	1.111	*	*	*	3.803	*	*	*	1.972	*	*	*	1.639	*	*	*	202	*	*	*	1.100	*	*	*	2.444	*	*	*	202	*	*	*	762	*	*	*	1.505	*	*	*				
Área de residencia																																																				
Urbana	3.449	*	*	*	842	*	*	*	1.101	*	*	*	2.348	*	*	*	292	*	*	*	2.056	*	*	*	146	*	*	*	753	*	*	*	899	*	*	*	405	*	*	*	348	*	*	*	1.798	*	*	*				
Rural	4.326	*	*	*	1.883	*	*	*	763	*	*	*	3.563	*	*	*	2.375	*	*	*	628	*	*	*				1.323	*	*	*	2.375	*	*	*	136	*	*	*	560	*	*	*	1.255	*	*	*					
2-5 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	13.286	93,3	86,8	99,8	956	*	*	*	7.112	53,5	41,7	65,3	6.174	146,5	31,5	61,5	1.573	*	*	*	6.428	48,4	36,3	60,5	764	*	*	*	4.375	*	*	*	1.654	*	*	*	4.819	136,3	22,9	49,6	1.202	*	*	*	5.612	142,2	28,1	56,3				
Mujer	18.685	92,2	84,7	99,7	1.584	*	*	*	8.192	43,8	31,5	56,2	10.493	156,2	40,2	72,1	2.708	*	*	*	12.225	165,4	49,6	81,3	1.101	*	*	*	2.651	*	*	*	5.713	*	*	*	4.776	*	*	*	6.959	37,2	25,2	49,2								
Área de residencia																																																				
Urbana	20.980	93,3	88,9	97,7	1.506	*	*	*	10.860	51,8	42,8	60,7	10.120	48,2	38,9	57,6	4.009	*	*	*	10.445	49,8	40,5	59,1	1.798	*	*	*	4.583	21,8	14,3	29,4	4.673	22,3	14,8	29,8	5.829	27,8	19,3	36,3	2.235	*	*	*	8.244	39,3	30,5	48,1				
Rural	10.991	91,4	78,5	100,0	1.034	*	*	*	4.444	*	*	*	6.546	*	*	*	271	*	*	*	8.209	174,7	52,8	96,6	68	*	*	*	2.443	*	*	*	2.695	*	*	*	3.766	*	*	*	203	*	*	*	4.326	*	*	*				
6-12 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	32.398	93,5	88,3	98,8	2.246	*	*	*	10.960	33,8	24,5	43,2	21.438	66,2	55,3	77,1	5.483	*	*	*	15.703	48,5	36,5	60,4	4.607	*	*	*	4.571	14,1	8,4	19,8	5.022	15,5	9,0	22,0	7.239	22,3	13,6	31,1	3.429	*	*	*	16.708	51,6	39,4	63,7				
Mujer	31.021	94,5	89,2	99,7	1.818	*	*	*	10.217	32,9	24,7	41,2	20.804	67,1	54,8	79,3	1.408	*	*	*	17.374	156,0	43,2	68,8	2.436	*	*	*	7.937	25,6	15,9	35,2	4.585	*	*	*	7.847	25,3	16,0	34,6	5.334	17,2	11,1	23,3	13.256	42,7	30,5	55,0				
Área de residencia																																																				
Urbana	35.091	94,5	91,3	97,8	2.036	*	*	*	13.258	37,8	31,1	44,4	21.833	62,2	54,8	69,6	3.222	*	*	*	18.479	52,7	45,2	60,1	3.944	*	*	*	6.821	19,4	13,8	25,1	6.411	18,3	12,6	24,0	7.294	20,8	14,7	26,8	7.082	20,2	14,5	25,8	14.304	40,8	33,4	48,1				
Rural	28.328	93,3	85,8	100,0	2.028	*	*	*	7.919	28,0	16,4	39,5	20.409	172,0	57,3	86,8	3.669	*	*	*	14.598	151,5	34,1	69,0	3.099	*	*	*	1.274	*	*	*	3.196	*	*	*	7.792	*	*	*	1.681	*	*	*	15.659	155,3	39,3	71,3				
13-17 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	27.017	89,4	82,8	96,0	3.210	*	*	*	4.435	*	*	*	22.583	83,6	75,2	92,0	2.003	*	*	*	9.395	34,8	24,3	45,3	6.047	22,4	13,7	31,1	587	*	*	*	8.985	33,3	21,3	45,2	1.850	*	*	*	7.019	26,0	15,4	36,5	8.171	30,2	20,2	40,3	9.977	36,9	26,2	47,6
Mujer	24.420	93,9	88,9	99,0	1.575	*	*	*	2.964	*	*	*	21.456	87,9	80,7	95,0	3.221	*	*	*	11.741	48,1	37,7	58,5	4.686	*	*	*	4.274	*	*	*	993	*	*	*	8.667	35,5	25,0	46,0	6.265	25,7	16,9	34,4	8.495	34,8	23,9	45,7				
Área de residencia																																																				
Urbana	29.975	93,3	89,4	97,1	2.168	*	*	*	4.145	13,8	8,7	18,9	25.830	86,2	80,6	91,8	2.811	*	*	*	13.489	45,0	37,3	52,7	7.208	24,0	16,7	31,4	949	*	*	*	5.517	18,4	12,3	24,6	1.366	*	*	*	8.745	29,2	21,5	36,8	9.473	31,6	24,5	38,8	10.391	34,7	27,1	42,2
Rural	21.462	89,1	80,2	98,1	2.617	*	*	*	3.254	*	*	*	18.208	84,8	73,9	95,8	2.413	*	*	*	7.647	*	*	*	3.525	*	*	*	7.742	*	*	*	1.478	*	*	*	6.942	*	*	*	4.962	*	*	*	8.080	*	*	*				

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
 † Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

Tabla 34. Exposición a la publicidad televisiva en día se semana y fin de semana, según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Horas de televisión durante los días de semana															Horas de televisión durante los días de fin de semana																																				
	Menos de 1 hora			Entre 1 y 2:59 horas			Entre 3 y 4:59 horas			5 horas diarias o más			Me es indiferente			Total			Menos de 1 hora			Entre 1 y 2:59 horas			Entre 3 y 4:59 horas			5 horas diarias o más			Me es indiferente			Total																		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%													
Antioquia (sin Medellín)																																																				
Menor a 2 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	5.291	*	*	*	3.510	*	*	*	842	*	*	*	146	*	*	*	15.343	161,1	31,6	90,5	25.131	162,0	42,1	81,9	4.832	*	*	*	3.618	*	*	*	1.193	*	*	*	146	*	*	*	15.343	161,1	31,6	90,5	25.131	162,0	42,1	81,9				
Mujer	4.134	*	*	*	1.038	*	*	*	1.018	*	*	*	*	*	*	*	9.206	159,8	38,3	81,3	15.396	38,0	25,5	50,5	3.510	*	*	*	2.680	*	*	*	*	*	*	*	9.206	159,8	38,3	81,3	15.396	38,0	25,5	50,5								
Área de residencia																																																				
Urbana	6.392	*	*	*	3.305	*	*	*	1.860	*	*	*	146	*	*	*	12.462	151,6	32,9	70,3	24.165	159,6	45,7	73,6	5.310	*	*	*	5.406	*	*	*	842	*	*	*	146	*	*	*	12.462	151,6	32,9	70,3	24.165	159,6	45,7	73,6				
Rural	3.033	*	*	*	1.243	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12.087	*	*	*	16.362	140,4	18,4	62,4	3.033	*	*	*	892	*	*	*	351	*	*	*	*	*	*	*	12.087	*	*	*	16.362	140,4	18,4	62,4					
2-5 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	20.889	19,6	9,2	30,0	27.131	25,4	18,6	32,3	6.744	*	*	*	1.066	*	*	*	50.796	47,6	37,4	57,8	106.625	47,2	40,3	54,2	16.575	15,5	10,0	21,1	20.225	19,0	8,7	29,2	12.404	11,6	7,0	16,3	6.625	*	*	*	50.796	47,6	37,4	57,8	106.625	47,2	40,3	54,2				
Mujer	23.761	20,0	9,6	30,3	43.166	36,3	26,0	46,6	8.513	*	*	*	97	*	*	*	43.509	36,5	27,1	46,0	119.045	52,8	45,0	60,5	26.486	22,2	12,2	32,3	33.100	27,8	17,2	38,4	11.987	10,1	5,5	14,6	3.963	*	*	*	43.509	36,5	27,1	46,0	119.045	52,8	45,0	60,5				
Área de residencia																																																				
Urbana	23.679	18,3	11,3	25,2	44.657	34,4	26,6	42,3	11.313	8,7	5,1	12,4	1.066	*	*	*	48.935	37,7	30,9	44,6	129.651	57,5	51,6	63,3	23.887	18,4	12,0	24,9	30.740	23,7	16,3	31,1	16.994	13,1	8,1	18,1	9.095	7,0	3,2	10,8	48.935	37,7	30,9	44,6	129.651	57,5	51,6	63,3				
Rural	20.972	121,8	7,5	36,2	25.639	26,7	15,8	37,6	3.943	*	*	*	97	*	*	*	45.369	147,2	34,1	60,4	96.020	42,5	33,7	51,4	19.175	20,0	8,9	31,0	22.586	123,5	9,2	37,8	7.397	*	*	*	1.494	*	*	*	45.369	147,2	34,1	60,4	96.020	42,5	33,7	51,4				
6-12 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	24.098	11,4	6,9	15,9	83.073	39,2	33,5	44,8	27.850	13,1	9,3	17,0	15.831	7,5	2,7	12,2	61.249	28,9	24,2	33,5	212.100	50,8	46,5	55,2	32.142	15,2	9,3	21,0	45.279	21,4	16,7	26,1	37.163	17,6	13,3	21,8	35.528	16,8	12,0	21,6	61.576	29,1	24,5	33,7	211.688	50,8	46,5	55,1				
Mujer	28.139	13,7	6,9	20,5	78.926	38,5	32,4	44,6	25.059	12,2	8,6	15,8	6.249	*	*	*	66.754	32,5	27,5	37,6	205.127	49,2	44,6	53,7	28.727	14,0	8,7	19,3	49.805	24,3	17,1	31,4	35.308	17,2	13,2	21,3	23.084	11,3	8,1	14,4	68.201	33,2	28,1	38,4	205.127	49,2	44,6	53,8				
Área de residencia																																																				
Urbana	27.852	11,4	7,3	15,6	93.411	38,4	32,9	43,8	34.275	14,1	10,4	17,8	12.679	5,2	2,8	7,6	75.330	30,9	26,4	35,5	243.548	58,4	54,3	62,5	33.232	13,6	9,4	17,9	56.639	23,3	18,5	28,0	41.865	17,2	13,1	21,3	37.292	15,3	11,3	19,4	74.520	30,6	26,0	35,1	243.548	58,4	54,3	62,5				
Rural	24.385	14,0	6,2	21,9	68.587	39,5	33,1	45,9	18.633	10,7	7,0	14,4	9.401	*	*	*	52.672	30,3	25,1	35,6	173.679	41,6	36,9	46,4	27.637	16,0	8,5	23,4	38.445	22,2	14,3	30,0	30.607	17,7	13,7	21,7	21.321	12,3	8,2	16,4	55.257	31,9	26,6	37,2	173.679	41,6	36,8	46,3				
13-17 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	19.581	11,8	6,0	17,7	81.574	49,4	43,1	55,6	32.634	19,7	15,1	24,4	15.643	9,5	6,2	12,7	15.834	9,6	6,6	12,5	165.265	50,6	46,1	55,2	32.463	19,6	14,5	24,8	54.233	32,8	26,1	39,6	35.209	21,5	16,5	26,5	28.521	17,3	12,9	21,6	14.520	7,8	6,0	11,5	165.265	50,7	46,1	55,2				
Mujer	23.727	14,7	8,6	20,8	72.018	44,7	37,4	51,9	38.574	23,9	18,4	29,4	16.363	10,1	7,0	13,3	10.581	6,6	4,4	8,7	161.262	49,4	44,5	54,6	40.297	25,0	18,7	31,4	53.924	33,5	27,4	39,6	24.205	15,0	9,0	16,5	21,1	30.740	19,1	13,7	24,5	11.726	8,3	4,7	9,8	160.892	49,3	44,4	54,3			
Área de residencia																																																				
Urbana	23.269	12,9	9,2	16,6	89.156	49,4	43,1	55,6	38.937	21,6	16,7	26,4	16.533	9,2	6,5	11,8	12.740	7,1	5,0	9,1	180.634	55,3	51,0	59,6	46.723	25,9	20,8	31,0	62.832	34,8	29,1	40,5	29.285	16,2	12,1	20,3	30.339	16,8	12,1	21,5	11.455	6,3	4,6	8,1	180.634	55,4	51,1	59,7				
Rural	20.039	13,7	5,5	22,0	64.436	44,2	36,8	51,5	32.270	22,1	16,7	27,5	15.473	10,6	6,7	14,5	13.675	9,4	6,1	12,7	145.893	44,7	39,5	49,9	26.037	17,9	11,2	24,6	45.324	31,1	23,8	38,5	30.449	20,9	13,9	28,0	28.923	19,9	14,7	25,0	14.791	10,2	6,6	13,8	145.523	44,6	39,4	49,8				
Valle de Aburrá (sin Medellín)																																																				
Menor a 2 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	815	*	*	*	1.684	*	*	*	842	*	*	*	*	*	*	307	*	*	*	2.833	*	*	*	842	*	*	*	842	*	*	*	842	*	*	*	307	*	*	*	2.833	*	*	*	842	*	*	*	2.833	*	*	*	
Mujer	1.018	*	*	*	1.018	*	*	*	1.018	*	*	*	1.018	*	*	*	1.325	*	*	*	3.158	*	*	*	815	*	*	*	1.018	*	*	*	1.018	*	*	*	1.325	*	*	*	1.018	*	*	*	3.158	*	*	*	1.018	*	*	*
Área de residencia																																																				
Urbana	815	*	*	*	1.684	*	*	*	1.684	*	*	*	1.684	*	*	*	1.018	*	*	*	5.378	*	*	*	815	*	*	*	1.657	*	*	*	1.657	*	*	*	1.018	*	*	*	5.378	*	*	*	1.018	*	*	*				
Rural	1.018	*	*	*	1.018	*	*	*	1.018	*	*	*	1.018	*	*	*	613	*	*	*	613	*	*	*	1.018	*	*	*	1.657	*	*	*	1.657	*	*	*	613	*	*	*	613	*	*	*	613	*	*	*				
2-5 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	2.861	*	*	*	6.279	*	*	*	2.676	*	*	*	2.676	*	*	*	8.356	*	*	*	20.171	146,5	33,8	59,3	2.273	*	*	*	2.253	*	*	*	6.447	*	*	*	842	*	*	*	8.356	*	*	*	20.171	146,5	33,8	59,3				
Mujer	3.678	*	*	*	10.179	*	*	*	2.958	*	*	*	2.958	*	*	*	6.357	*	*	*	23.171	153,5	40,3	66,6	3.675	*	*	*	9.773	*	*	*	2.244	*	*	*	1.122	*	*	*	6.357	*	*	*	23.171	153,5	40,3	66,6				
Área de residencia																																																				
Urbana	4.482	*	*	*	12.766	*	*	*	5.324	*	*	*	5.324	*	*	*	10.296	*	*	*	32.868	75,8	63,8	87,9	4.509	*	*	*	9.248	*	*	*	7.158	*	*	*	1.657	*	*	*	10.296	*	*	*	32.868	75,8	63,8	87,9				
Rural	2.056	*	*	*	3.692	*	*	*	309	*	*	*	309	*	*	*	4.417	*	*	*	10.474	24,2	16,7	31,6	1.439	*	*	*	2.779	*	*	*	1.533	*	*	*	307	*	*	*	4.417	*	*	*	10.474	24,2	16,7	31,6				
6-12 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	4.604	*	*	*	21.549	43,6	31,9	55,2	10.028	*	*	*	3.317	*	*	*	9.975	*	*	*	49.473	47,8	39,7	56,0	5.472	*	*	*	12.685	*	*	*	10.110	*	*	*	10.871	*	*	*	9.924	*	*	*	49.062	47,6	39,5	55,8				
Mujer	9.260	*	*	*	18.769	34,8	24,0	45,6	6.501	*	*	*	772	*	*	*	18.622	*	*	*	53.923	52,2	43,7	60,6	5.535	*	*	*	11.614	*	*	*	12.658	*	*	*	4.755	*	*	*	19.362	35,9	24,2	47,6	53.923	52,4	43,9	60,8				
Área de residencia																																																				
Urbana	9.640	*	*	*	31.935	37,5	28,2	46,9	14.278	*	*	*	3.186	*	*	*	26.028	30,6	21,4	39,8	85.066	82,3	75,6	89,0	8.822	*	*	*	19.679	*	*	*	17.553	*	*	*	13.715	*	*	*	25.297	29,7	20,6	38,8	85.066	82,6	75,9	89,3				
Rural	4.224	*	*	*	8.383	145,7	32,7	58,8	2.251	*	*	*	903	*	*	*	2.570	*	*	*	18.331	17,7	13,5	22,0	2.184	*	*	*	4.620	*	*	*	5.216	*	*	*	1.911	*	*	*	3.989	*	*	*	17.919	17,4	13,2	21,6				
13-17 años																																																				
Sexo																																																				
Hombre	7.180	*	*	*	18.427	155,1	41,1	69,2	5.031	*	*	*	1.279	*	*	*	1.502	*	*	*	33.419	42,9	33,8	52,0	7.487	*	*	*	13.067	*	*	*	6.631	*	*	*	4.504	*	*	*	730	*	*	*	33.419	43,1	33,9	52,2				
Mujer	7.675	*	*	*	21.438	48,2	36,0	60,3	11.156	*	*	*	3.929	*	*	*	312	*	*	*	44.509	57,1	48,1	66,1	11.022	*	*	*	20.193	45,7	33,7	57,8	7.631	*	*	*	7.046	*	*	*	937	*	*	*	44.139	56,9	47,9	65,9				

Continuación Tabla 34. Exposición a la publicidad televisiva en día se semana y fin de semana, según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Horas de televisión durante los días de semana														Horas de televisión durante los días de fin de semana																									
	Menos de 1 hora				Entre 1 y 2:59 horas				Entre 3 y 4:59 horas				5 horas diarias o más				Me es indiferente		Total		Menos de 1 hora				Entre 1 y 2:59 horas				Entre 3 y 4:59 horas				5 horas diarias o más				Me es indiferente		Total	
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	N	%	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	N	%	IC 95%			
Urabá																																								
Menor a 2 años																																								
Sexo																																								
Hombre	338	*	*	*	270	*	*	*	146	*	*	*	2.108	*	*	*	2.862	*	*	*	136	*	*	*	472	*	*	*	146	*	*	*	2.108	*	*	*	2.862	*	*	*
Mujer	908	*	*	*	202	*	*	*				3.803	*	*	*	4.914	*	*	*	706	*	*	*	405	*	*	*				3.803	*	*	*	4.914	*	*	*		
Área de residencia																																								
Urbana	551	*	*	*	405	*	*	*	146	*	*	*	2.348	*	*	*	3.449	*	*	*	146	*	*	*	809	*	*	*	146	*	*	*	2.348	*	*	*	3.449	*	*	*
Rural	696	*	*	*	68	*	*	*				3.563	*	*	*	4.326	*	*	*	696	*	*	*	68	*	*	*				3.563	*	*	*	4.326	*	*	*		
2-5 años																																								
Sexo																																								
Hombre	1.686	*	*	*	3.696	*	*	*	1.237	*	*	*	494	*	*	*	6.174	146,5	31,5	61,5	13.286	41,6	33,0	50,1	2.807	*	*	*	2.371	*	*	*	1.575	*	*	*	359	*	*	*
Mujer	3.345	*	*	*	3.523	*	*	*	1.324	*	*	*				10.493	156,2	40,2	72,1	18.685	58,4	47,4	69,4	3.549	*	*	*	1.973	*	*	*	1.816	*	*	*	854	*	*	*	
Área de residencia																																								
Urbana	3.571	*	*	*	4.997	23,8	16,3	31,3	1.798	*	*	*	494	*	*	*	10.120	48,2	38,9	57,6	20.980	65,6	58,6	72,7	4.762	22,7	15,2	30,2	3.021	*	*	*	2.000	*	*	*	1.077	*	*	*
Rural	1.459	*	*	*	2.222	*	*	*	763	*	*	*				6.546	*	*	*	10.991	134,4	21,0	47,7	1.594	*	*	*	1.323	*	*	*	1.391	*	*	*	136	*	*	*	
6-12 años																																								
Sexo																																								
Hombre	1.696	*	*	*	13.741	42,4	30,3	54,5	2.535	*	*	*	914	*	*	*	13.512	41,7	31,7	51,7	32.398	51,1	43,2	58,9	5.719	17,7	7,1	28,2	4.523	*	*	*	5.308	*	*	*	3.335	*	*	*
Mujer	1.657	*	*	*	9.743	31,4	22,7	40,1	3.781	*	*	*	1.100	*	*	*	14.740	147,5	33,3	61,7	31.021	48,9	40,7	57,2	2.580	*	*	*	7.403	23,9	15,4	32,3	3.493	*	*	*	2.806	*	*	*
Área de residencia																																								
Urbana	2.513	*	*	*	12.901	36,8	29,8	43,8	4.540	*	*	*	1.811	*	*	*	13.326	38,0	30,7	45,3	35.091	55,3	49,9	60,8	5.188	14,8	9,4	20,2	6.636	18,9	13,5	24,3	5.431	15,5	10,5	20,5	4.442	*	*	*
Rural	841	*	*	*	10.583	137,4	22,6	52,1	1.776	*	*	*	203	*	*	*	14.926	152,7	36,5	68,9	28.328	44,7	34,3	55,0	3.111	*	*	*	5.290	*	*	*	3.370	*	*	*	1.699	*	*	*
13-17 años																																								
Sexo																																								
Hombre	3.289	*	*	*	11.644	43,1	31,3	54,9	3.601	*	*	*	4.495	*	*	*	3.988	*	*	*	27.017	52,5	44,3	60,8	6.381	23,6	14,1	33,1	7.514	27,8	17,0	38,6	5.017	*	*	*	3.969	*	*	*
Mujer	1.287	*	*	*	9.327	38,2	26,8	49,5	5.866	24,0	15,4	32,7	3.714	*	*	*	4.226	*	*	*	24.420	47,5	40,0	54,9	8.464	34,7	23,7	45,6	5.794	23,7	15,7	31,7	2.230	*	*	*	4.276	*	*	*
Área de residencia																																								
Urbana	2.597	*	*	*	9.338	31,2	24,1	38,2	6.986	23,3	16,8	29,8	6.460	21,6	14,4	28,8	4.594	*	*	*	29.975	58,3	52,3	64,3	8.175	27,3	20,4	34,1	7.776	25,9	19,1	32,7	3.925	*	*	*	5.358	17,9	11,2	24,5
Rural	1.979	*	*	*	11.633	154,2	38,8	69,6	2.481	*	*	*	1.749	*	*	*	3.620	*	*	*	21.462	41,7	32,0	51,4	6.670	*	*	*	5.532	*	*	*	3.322	*	*	*	2.888	*	*	*

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
† Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

Tabla 35. Razones para recordar la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Canta, baila o recuerda algún comercial de productos alimentarios que ve en televisión				Motivo por el cual recuerda comercial de productos alimentarios que ve en televisión																			
	N	%	IC 95%		Por la música		Por el personaje que aparece				Porque es cómico				Por el regalo que publicitan				Otro					
			Inf.	Sup.	N	%	IC 95%	Inf.	Sup.	N	%	IC 95%	Inf.	Sup.	N	%	IC 95%	Inf.	Sup.					
Antioquia (sin Medellín)																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	104.811	44,1	36,4	51,7	59.321	56,6	48,6	64,6	22.080	21,1	10,0	32,1	4.459	*	*	*	5.335	*	*	*	29.347	+28,0	14,6	41,4
Mujer	86.880	33,4	27,5	39,3	55.770	64,2	55,7	72,7	14.743	17,0	8,8	25,1	6.183	*	*	*	3.815	*	*	*	27.650	+31,8	19,0	44,7
Área de residencia																								
Urbana	115.520	39,3	34,1	44,6	79.274	68,6	61,0	76,3	19.853	17,2	9,3	25,0	9.121	*	*	*	6.784	*	*	*	27.237	23,6	16,5	30,7
Rural	76.171	37,3	28,2	46,4	35.817	47,0	39,3	54,8	16.969	+22,3	9,0	35,6	1.521	*	*	*	2.365	*	*	*	29.761	+39,1	19,4	58,7
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	125.366	46,0	40,7	51,4	37.564	30,0	23,0	36,9	21.651	17,3	11,6	23,0	7.162	5,7	3,0	8,4	2.246	*	*	*	72.185	57,6	49,2	65,9
Mujer	126.263	52,5	46,2	58,7	45.598	36,1	27,9	44,3	22.544	17,9	11,6	24,1	12.231	9,7	4,9	14,5	3.192	*	*	*	61.526	48,7	39,9	57,6
Área de residencia																								
Urbana	150.180	52,7	47,8	57,5	55.379	36,9	30,3	43,4	30.218	20,1	13,9	26,3	14.735	9,8	5,5	14,1	4.048	*	*	*	71.105	47,3	40,9	53,8
Rural	101.449	44,5	37,5	51,6	27.783	27,4	18,2	36,6	13.977	13,8	8,7	18,8	4.657	*	*	*	1.390	*	*	*	62.606	61,7	50,8	72,6
Valle de Aburrá (sin Medellín)																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	25.933	+56,3	43,8	68,8	16.335	+63,0	46,6	79,3	5.880	+22,7	9,5	35,8	1.457	*	*	*	4.614	*	*	*	3.314	*	*	*
Mujer	23.332	36,6	26,2	46,9	16.036	+68,7	52,1	85,3	4.187	*	*	*	3.773	*	*	*					6.500	*	*	*
Área de residencia																								
Urbana	37.458	42,2	32,5	51,9	24.459	+65,3	50,7	79,9	5.554	*	*	*	3.897	*	*	*	3.694	*	*	*	9.508	*	*	*
Rural	11.807	55,8	43,4	68,2	7.911	*	*	*	4.513	*	*	*	1.334	*	*	*	920	*	*	*	307	*	*	*
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	28.608	47,0	36,7	57,4	8.733	*	*	*	5.839	*	*	*	3.267	*	*	*	1.502	*	*	*	11.167	*	*	*
Mujer	38.440	63,1	53,2	73,0	16.060	+41,8	29,0	54,6	5.749	*	*	*	5.684	*	*	*	1.498	*	*	*	16.447	+42,8	29,8	55,8
Área de residencia																								
Urbana	52.953	54,5	45,8	63,2	20.640	39,0	27,5	50,5	8.492	*	*	*	6.990	*	*	*	2.317	*	*	*	22.191	41,9	30,3	53,5
Rural	14.095	57,3	46,2	68,5	4.153	*	*	*	3.096	*	*	*	1.961	*	*	*	682	*	*	*	5.423	*	*	*
Bajo Cauca																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	7.378	+39,9	25,8	54,0	6.199	+84,0	66,7	100,0	625	*	*	*	504	*	*	*					2.765	*	*	*
Mujer	8.080	+37,7	22,8	52,6	5.679	*	*	*	675	*	*	*	105	*	*	*	105	*	*	*	2.457	*	*	*
Área de residencia																								
Urbana	7.900	32,3	22,9	41,8	6.692	+84,7	71,6	97,9	835	*	*	*	421	*	*	*	105	*	*	*	1.782	*	*	*
Rural	7.558	+48,8	28,3	69,4	5.185	*	*	*	465	*	*	*	188	*	*	*					3.439	*	*	*
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	12.284	44,1	32,0	56,2	3.523	*	*	*	3.542	*	*	*	1.076	*	*	*					5.656	+46,0	27,6	64,5
Mujer	9.086	+49,0	35,2	62,8	3.484	*	*	*	3.051	*	*	*	800	*	*	*	107	*	*	*	3.834	+42,2	28,9	55,5
Área de residencia																								
Urbana	12.395	53,1	42,9	63,4	4.153	*	*	*	3.460	*	*	*	1.508	*	*	*	107	*	*	*	5.004	+40,4	27,9	52,9
Rural	8.975	+38,9	23,4	54,4	2.854	*	*	*	3.133	*	*	*	368	*	*	*					4.486	*	*	*
Magdalena Medio																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	2.768	*	*	*	2.187	*	*	*	581	*	*	*												
Mujer	1.574	*	*	*	1.277	*	*	*	97	*	*	*									298	*	*	*
Área de residencia																								
Urbana	1.901	*	*	*	1.646	*	*	*	151	*	*	*									104	*	*	*
Rural	2.441	*	*	*	1.818	*	*	*	527	*	*	*									193	*	*	*
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	3.079	*	*	*	1.376	*	*	*	42	*	*	*	148	*	*	*	148	*	*	*	1.597	*	*	*
Mujer	1.497	*	*	*	480	*	*	*					42	*	*	*					1.017	*	*	*
Área de residencia																								
Urbana	2.863	38,6	26,3	51,0	1.116	*	*	*	42	*	*	*	189	*	*	*	148	*	*	*	1.642	*	*	*
Rural	1.713	*	*	*	740	*	*	*													972	*	*	*

Continúa en la siguiente página

Continuación Tabla 35. Razones para recordar la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Canta, baila o recuerda algún comercial de productos alimentarios que ve en televisión				Motivo por el cual recuerda comercial de productos alimentarios que ve en televisión																			
	N	%	IC 95%		Por la música				Por el personaje que aparece				Porque es cómico				Por el regalo que publicitan				Otro			
			Inf.	Sup.	N	%	IC 95%	Inf.	Sup.	N	%	IC 95%	Inf.	Sup.	N	%	IC 95%	Inf.	Sup.	N	%	IC 95%	Inf.	Sup.
Nordeste																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	4.138	*	*	*	3.015	*	*	*	807	*	*	*								1.123	*	*	*	
Mujer	5.648	*	*	*	4.612	*	*	*	2.144	*	*	*	199	*	*	*	688	*	*	720	*	*	*	
Área de residencia																								
Urbana	3.138	*	*	*	2.910	*	*	*	688	*	*	*	199	*	*	*	688	*	*	228	*	*	*	
Rural	6.647	*	*	*	4.717	*	*	*	2.262	*	*	*							1.614	*	*	*		
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	7.982	†43,8	29,8	57,8	2.503	*	*	*	1.277	*	*	*	199	*	*	*			5.323	*	*	*		
Mujer	5.837	*	*	*	2.169	*	*	*	526	*	*	*							4.356	*	*	*		
Área de residencia																								
Urbana	7.125	†51,1	36,1	66,0	1.972	*	*	*	228	*	*	*	199	*	*	*			5.841	*	*	*		
Rural	6.694	*	*	*	2.700	*	*	*	1.575	*	*	*							3.837	*	*	*		
Norte																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	4.233	*	*	*	4.233	*	*	*									78	*	*	779	*	*	*	
Mujer	4.281	*	*	*	3.008	*	*	*											2.185	*	*	*		
Área de residencia																								
Urbana	4.093	*	*	*	4.093	*	*	*									78	*	*	912	*	*	*	
Rural	4.420	*	*	*	3.147	*	*	*											2.052	*	*	*		
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	8.404	*	*	*	1.858	*	*	*	816	*	*	*	137	*	*	*			5.593	*	*	*		
Mujer	7.262	*	*	*	3.593	*	*	*	1.441	*	*	*							2.228	*	*	*		
Área de residencia																								
Urbana	5.193	*	*	*	2.484	*	*	*	1.441	*	*	*	137	*	*	*			1.131	*	*	*		
Rural	10.473	*	*	*	2.967	*	*	*	816	*	*	*							6.690	*	*	*		
Occidente																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	6.936	*	*	*	4.874	*	*	*	271	*	*	*					643	*	*	1.520	*	*	*	
Mujer	4.306	*	*	*	2.365	*	*	*									372	*	*	2.119	*	*	*	
Área de residencia																								
Urbana	3.860	*	*	*	3.140	*	*	*	271	*	*	*					271	*	*	356	*	*	*	
Rural	7.382	*	*	*	4.099	*	*	*									744	*	*	3.283	*	*	*	
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	7.221	36,5	24,3	48,7	2.737	*	*	*	813	*	*	*	226	*	*	*	271	*	*	3.942	*	*	*	
Mujer	9.290	†46,6	33,8	59,4	2.413	*	*	*	2.194	*	*	*	626	*	*	*			5.799	*	*	*		
Área de residencia																								
Urbana	5.212	†44,2	31,2	57,2	2.405	*	*	*	1.355	*	*	*					271	*	*	2.265	*	*	*	
Rural	11.298	40,5	29,0	51,9	2.745	*	*	*	1.652	*	*	*	852	*	*	*			7.475	*	*	*		
Oriente																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	35.662	*	*	*	12.329	*	*	*	9.328	*	*	*	1.948	*	*	*			15.199	*	*	*		
Mujer	25.794	†37,7	20,4	55,0	12.203	*	*	*	7.316	*	*	*	1.263	*	*	*	2.649	*	*	9.749	*	*	*	
Área de residencia																								
Urbana	35.517	†45,2	31,2	59,2	21.726	*	*	*	10.159	*	*	*	3.211	*	*	*	1.948	*	*	7.948	*	*	*	
Rural	25.940	*	*	*	2.806	*	*	*	6.485	*	*	*					701	*	*	17.000	*	*	*	
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	24.653	†60,6	39,2	82,1	7.663	*	*	*	4.584	*	*	*	270	*	*	*			17.820	*	*	*		
Mujer	27.469	†67,3	43,5	91,0	9.662	*	*	*	7.479	*	*	*	2.725	*	*	*	880	*	*	12.187	*	*	*	
Área de residencia																								
Urbana	29.694	†63,4	46,3	80,6	12.111	*	*	*	11.254	*	*	*	2.725	*	*	*	880	*	*	13.063	*	*	*	
Rural	22.428	*	*	*	5.214	*	*	*	809	*	*	*	270	*	*	*			16.945	*	*	*		

Continúa en la siguiente página

Continuación Tabla 35. Razones para recordar la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Canta, baila o recuerda algún comercial de productos alimentarios que ve en televisión				Motivo por el cual recuerda comercial de productos alimentarios que ve en televisión																			
	N		IC 95%		Por la música				Por el personaje que aparece				Porque es cómico				Por el regalo que publicitan				Otro			
	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.	N	%	Inf.	Sup.
Suroeste																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	9.044	*	*	*	4.768	*	*	*	4.239	*	*	*					1.591	*	*	*				
Mujer	2.831	*	*	*	2.506	*	*	*	325	*	*	*					325	*	*	*				
Área de residencia																								
Urbana	5.986	*	*	*	3.701	*	*	*	1.848	*	*	*					1.638	*	*	*				
Rural	5.888	*	*	*	3.572	*	*	*	2.717	*	*	*					279	*	*	*				
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	12.940	*	*	*	5.440	*	*	*	3.593	*	*	*	412	*	*	*	325	*	*	*	5.839	*	*	*
Mujer	8.621	*	*	*	2.536	*	*	*	737	*	*	*	976	*	*	*	707	*	*	*	4.316	*	*	*
Área de residencia																								
Urbana	10.784	†47,4	34,1	60,7	4.657	*	*	*	2.207	*	*	*	1.387	*	*	*	325	*	*	*	4.006	*	*	*
Rural	10.777	*	*	*	3.319	*	*	*	2.122	*	*	*					707	*	*	*	6.149	*	*	*
Urabá																								
1-9 años																								
Sexo																								
Hombre	8.719	27,8	20,7	34,9	5.383	†61,7	47,7	75,8	348	*	*	*	551	*	*	*				3.056	*	*	*	
Mujer	11.035	27,9	20,8	35,0	8.084	†73,3	60,1	86,4					842	*	*	*				3.299	*	*	*	
Área de residencia																								
Urbana	15.666	37,5	31,1	43,9	10.906	69,6	59,7	79,5	348	*	*	*	1.393	*	*	*				4.760	30,4	20,3	40,4	
Rural	4.088	*	*	*	2.561	*	*	*												1.594	*	*	*	
10-17 años																								
Sexo																								
Hombre	20.194	45,7	37,0	54,4	3.732	*	*	*	1.146	*	*	*	1.427	*	*	*				15.249	75,5	64,6	86,4	
Mujer	18.761	47,5	39,0	55,9	5.201	27,7	17,6	37,9	1.366	*	*	*	1.378	*	*	*				11.342	60,5	48,1	72,8	
Área de residencia																								
Urbana	23.960	50,2	43,8	56,7	5.842	24,4	15,9	32,8	1.739	*	*	*	1.599	*	*	*				15.962	66,6	58,3	75,0	
Rural	14.995	41,6	30,2	53,1	3.091	*	*	*	773	*	*	*	1.207	*	*	*				10.629	†70,9	54,3	87,5	

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
 †Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25%

Tabla 36. Referencia de compra asociada al impacto de la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Gaseosas y bebidas azucaradas						Lácteos y bebidas lácteas						Cereales listos para el desayuno						Dulces y chocolates													
	Solicita			Compra			Solicita			Compra			Solicita			Compra			Solicita			Compra										
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%					
Antioquia (sin Medellín)																																
1-9 años																																
Sexo																																
Hombre	36.338	32,2	24,9	39,5	19.976	†37,9	25,1	50,6	49.695	44,1	37,1	51,0	14.261	27,0	18,4	35,7	22.359	19,8	12,9	26,7	7.677	*	*	*	40.971	36,3	28,5	44,1	29.250	†55,4	42,8	68,0
Mujer	29.433	29,4	18,4	40,4	10.790	21,5	13,2	29,7	35.153	35,1	28,1	42,2	13.974	27,8	16,1	39,6	14.275	14,3	9,2	19,4	4.145	*	*	*	39.233	39,2	31,1	47,3	36.901	†73,5	55,3	91,6
Área de residencia																																
Urbana	41.854	33,3	26,0	40,6	22.264	36,1	24,6	47,6	51.696	41,1	34,3	47,9	15.326	24,8	14,6	35,1	22.745	18,1	11,5	24,7	6.814	*	*	*	51.874	41,2	33,0	49,4	38.639	62,6	50,2	75,1
Rural	23.916	27,5	15,7	39,3	8.501	*	*	*	33.152	38,1	31,0	45,1	12.909	31,3	21,6	40,9	13.888	15,9	10,9	20,9	5.008	*	*	*	28.329	32,5	25,9	39,2	27.513	†66,6	44,3	88,9
10-17 años																																
Sexo																																
Hombre	35.938	41,5	29,4	53,5	66.178	62,1	52,2	71,9	28.131	32,5	21,1	43,8	21.273	19,9	13,1	26,8	14.179	16,4	6,1	26,6	10.259	*	*	*	23.191	26,8	15,8	37,7	39.698	37,2	29,3	45,2
Mujer	34.834	45,7	34,5	56,8	47.746	48,9	39,3	58,4	20.197	26,5	19,8	33,2	26.443	27,1	20,4	33,7	10.923	14,3	8,9	19,7	10.978	11,2	6,5	16,0	22.978	30,1	18,1	42,2	42.996	44,0	34,2	53,9
Área de residencia																																
Urbana	39.125	42,1	33,3	51,0	68.775	56,3	49,0	63,5	24.129	26,0	18,7	33,3	32.586	26,7	19,8	33,5	12.213	13,2	8,2	18,2	14.376	11,8	7,2	16,3	21.089	22,7	15,7	29,7	51.580	42,2	34,5	49,9
Rural	31.647	†45,1	30,1	60,2	45.149	†55,0	41,3	68,7	24.199	†34,5	22,0	47,0	15.130	18,4	12,5	24,3	12.889	*	*	*	6.861	*	*	*	25.080	†35,8	20,1	51,5	31.114	37,9	27,1	48,7
Valle de Aburrá (sin Medellín)																																
1-9 años																																
Sexo																																
Hombre	9.622	*	*	*	5.586	*	*	*	14.737	†53,0	37,4	68,6	5.366	*	*	*	6.516	*	*	*	1.972	*	*	*	9.732	*	*	*	7.386	*	*	*
Mujer	6.787	*	*	*	3.185	*	*	*	11.781	*	*	*	3.814	*	*	*	7.952	*	*	*	2.283	*	*	*	17.794	†61,3	45,6	77,0	9.779	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	13.431	*	*	*	8.053	*	*	*	18.403	*	*	*	5.175	*	*	*	8.922	*	*	*	1.684	*	*	*	20.440	*	*	*	12.440	*	*	*
Rural	2.978	*	*	*	718	*	*	*	8.115	*	*	*	4.005	*	*	*	5.547	*	*	*	2.571	*	*	*	7.086	*	*	*	4.725	*	*	*
10-17 años																																
Sexo																																
Hombre	3.559	*	*	*	14.799	*	*	*	5.254	*	*	*	5.924	*	*	*	4.586	*	*	*	6.186	*	*	*	5.102	*	*	*	12.126	*	*	*
Mujer	8.627	*	*	*	14.230	*	*	*	7.544	*	*	*	8.952	*	*	*	4.124	*	*	*	5.331	*	*	*	5.150	*	*	*	14.445	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	9.911	*	*	*	24.711	†52,5	40,0	65,0	8.620	*	*	*	11.750	*	*	*	6.007	*	*	*	10.122	*	*	*	7.550	*	*	*	22.734	†48,3	35,7	60,9
Rural	2.274	*	*	*	4.318	*	*	*	4.178	*	*	*	3.126	*	*	*	2.702	*	*	*	1.394	*	*	*	2.701	*	*	*	3.836	*	*	*
Bajo Cauca																																
1-9 años																																
Sexo																																
Hombre	3.788	*	*	*	421	*	*	*	3.730	†39,4	26,1	52,7	316	*	*	*	919	*	*	*	105	*	*	*	1.843	*	*	*	316	*	*	*
Mujer	3.795	*	*	*	868	*	*	*	4.244	*	*	*	553	*	*	*	737	*	*	*	1.601	*	*	*	1.601	*	*	*	1.007	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	5.023	†49,7	34,1	65,2	1.102	*	*	*	4.043	†40,0	27,4	52,6	527	*	*	*	1.159	*	*	*	105	*	*	*	2.261	*	*	*	948	*	*	*
Rural	2.560	*	*	*	188	*	*	*	3.931	*	*	*	343	*	*	*	498	*	*	*	1.183	*	*	*	1.183	*	*	*	375	*	*	*
10-17 años																																
Sexo																																
Hombre	4.806	*	*	*	4.741	*	*	*	3.616	*	*	*	1.858	*	*	*	797	*	*	*	322	*	*	*	4.309	*	*	*	2.072	*	*	*
Mujer	3.645	*	*	*	2.849	*	*	*	1.065	*	*	*	751	*	*	*	421	*	*	*	322	*	*	*	1.543	*	*	*	1.065	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	4.096	*	*	*	4.575	†63,9	47,5	80,4	1.501	*	*	*	1.179	*	*	*	643	*	*	*	322	*	*	*	1.129	*	*	*	1.179	*	*	*
Rural	4.355	*	*	*	3.015	*	*	*	3.179	*	*	*	1.429	*	*	*	575	*	*	*	1.129	*	*	*	4.723	*	*	*	1.957	*	*	*
Magdalena Medio																																
1-9 años																																
Sexo																																
Hombre	1.629	*	*	*	1.172	*	*	*	2.656	*	*	*	925	*	*	*	871	*	*	*	97	*	*	*	1.502	*	*	*	1.107	*	*	*
Mujer	343	*	*	*	375	*	*	*	1.482	*	*	*	406	*	*	*	472	*	*	*	1.893	*	*	*	893	*	*	*	782	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	1.349	*	*	*	687	*	*	*	1.890	*	*	*	708	*	*	*	193	*	*	*	1.244	*	*	*	1.244	*	*	*	791	*	*	*
Rural	624	*	*	*	861	*	*	*	2.248	*	*	*	624	*	*	*	1.150	*	*	*	97	*	*	*	1.150	*	*	*	1.098	*	*	*
10-17 años																																
Sexo																																
Hombre	1.271	*	*	*	915	*	*	*	545	*	*	*	834	*	*	*	295	*	*	*	231	*	*	*	148	*	*	*	1.232	*	*	*
Mujer	476	*	*	*	999	*	*	*	544	*	*	*	818	*	*	*	253	*	*	*	628	*	*	*	628	*	*	*	924	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	673	*	*	*	1.072	*	*	*	885	*	*	*	1.116	*	*	*	548	*	*	*	231	*	*	*	674	*	*	*	1.285	*	*	*
Rural	1.074	*	*	*	842	*	*	*	203	*	*	*	537	*	*	*	295	*	*	*	102	*	*	*	102	*	*	*	871	*	*	*
Nordeste																																
1-9 años																																
Sexo																																
Hombre	2.293	*	*	*	2.393	*	*	*	2.842	*	*	*	1.182	*	*	*	1.211	*	*	*	491	*	*	*	4.463	*	*	*	3.283	*	*	*
Mujer	2.282	*	*	*	2.217	*	*	*	3.531	*	*	*	1.211	*	*	*	491	*	*	*	491	*	*	*	3.376	*	*	*	2.666	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	2.174	*	*	*	855	*	*	*	3.287	*	*	*	428	*	*	*	228	*	*	*	3.120	*	*	*	3.120	*	*	*	1.055	*	*	*
Rural	2.400	*	*	*	3.755	*	*	*	3.086	*	*	*	1.965	*	*	*	1.474	*	*	*	983	*	*	*	4.719	*	*	*	4.895	*	*	*
10-17 años																																
Sexo																																
Hombre	1.490	*	*	*	8.016	*	*	*	1.749	*	*	*	1.539	*	*	*	1.052	*	*	*	983	*	*	*	497	*	*	*	4.425	*	*	*
Mujer	1.600	*	*	*	3.264	*	*	*	954	*	*	*	2.950	*	*	*	526	*	*	*	1.542	*	*	*	1.153	*	*	*	4.219	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	1.515	*	*	*	3.287	*	*	*	826	*	*	*	1.772	*	*	*	228	*	*	*	946	*	*	*	826	*	*	*	2.001	*	*	*
Rural	1.575	*	*	*	7.993	*	*	*	1.876	*	*	*	2.717	*	*	*	1.350	*	*	*	1.579	*	*	*	824	*	*	*	6.643	*	*	*
Noche																																
1-9 años																																
Sexo																																
Hombre	728	*	*	*	*	*	*	*	1.783	*	*	*	92	*	*	*	1.184	*	*	*	*	*	*	2.079	*	*	*	1.535	*	*	*	
Mujer	456	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	456	*	*	*	*	*	*	1.827	*	*	*	728	*	*	*	
Área de residencia																																
Urbana	548	*	*	*	*	*	*	*	1.004	*	*	*	92	*	*	*	1.004	*	*	*	*	*	*	1.538	*	*	*	354	*	*	*	
Rural	636	*	*	*	*	*	*	*	779	*	*	*	*	*	*	*	636	*	*	*	*	*	*	2.368	*	*	*	1.909	*	*	*	
10-17 años																																
Sexo																																
Hombre	1.697	*	*	*	1.578	*	*	*	322	*	*	*	137	*	*	*	721	*	*	*	137	*	*	*	1.632	*	*	*	816	*	*	*
Mujer	858	*	*	*	721	*	*	*	1.388	*	*	*	*	*	*	*	421	*	*	*	421	*	*	*	1.180	*	*	*	816	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	1.739	*	*	*	2.299	*	*	*	1.042	*	*	*	137	*	*	*	721	*	*	*	137	*	*	*	721	*	*	*	1.632	*	*	*
Rural	816	*	*	*	*	*	*	*	668	*	*	*	*	*	*	*	421	*	*	*	421	*	*	*	2.091	*	*	*	*	*	*	*
Occidente																																
1-9 años																																
Sexo																																
Hombre	3.205	*	*	*	176	*	*	*	2.131	*	*	*	*	*	*	*	1.148	*	*	*	*	*	*	2.709	*	*	*	712	*	*	*	
Mujer	1.548	*	*	*	226	*	*	*	3.153	*	*	*	768	*	*	*	271	*	*	*	271	*	*	*	1.649	*	*	*	857	*	*	*
Área de residencia																																
Urbana	1.700	*	*	*	176	*	*	*	2.151	*	*	*	542	*	*	*	449	*	*	*	271	*	*	*	627	*	*	*	890	*	*	*
Rural	3.052	*	*	*	226	*	*	*	3.133	*	*	*	226	*	*	*	970	*	*	*	449	*	*	*	3.731	*	*	*	679	*	*	*
10-17 años																																
Sexo																																
Hombre	1.764	*	*	*	3.254	*	*	*	271	*	*	*	3																			

Continuación Tabla 36. Referencia de compra asociada al impacto de la publicidad televisiva de alimentos y bebidas no alcohólicas según edad, sexo y área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

N	Productos de paquete						Productos de panadería						Helados						Comidas rápidas						Productos cárnicos						Otro																
	Solicita			Compra			Solicita			Compra			Solicita			Compra			Solicita			Compra			Solicita			Compra			Solicita			Compra													
	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	N	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.																
22.325	19,8	14,0	25,6	21.212	40,2	28,3	52,1	8.313	*	*	*	3.532	*	*	*	17.413	15,4	9,0	21,9	12.097	*	*	*	9.104	*	*	*	5.322	*	*	*	491	*	*	*	11.368	*	*	*	2.649	*	*	*				
13.108	13,1	8,3	17,8	24.441	148,7	25,4	72,0	12.050	*	*	*	4.951	*	*	*	22.842	22,8	11,6	34,1	6.639	*	*	*	14.751	14,7	4,1	25,4	1.621	*	*	*	776	*	*	*	5.451	*	*	*	202	*	*	*				
22.651	18,0	12,6	23,4	23.875	38,7	26,9	50,5	8.061	*	*	*	1.738	*	*	*	24.514	19,5	12,5	26,5	13.762	22,3	11,2	33,4	13.085	10,4	6,2	14,6	4.105	*	*	*	5.332	*	*	*	7.941	*	*	*	2.150	*	*	*				
12.782	14,7	9,6	19,7	21.779	152,7	26,6	78,9	12.302	*	*	*	2.289	*	*	*	15.742	18,1	6,2	29,9	4.974	*	*	*	10.770	*	*	*	2.048	*	*	*	1.267	*	*	*	8.878	*	*	*	701	*	*	*				
16.333	18,8	8,6	29,1	33.061	31,0	24,6	37,4	1.811	*	*	*	9.592	*	*	*	9.984	*	*	*	17.701	16,6	10,4	22,8	19.079	22,0	10,9	33,2	17.363	16,3	10,2	22,4	3.635	*	*	*	10.179	*	*	*	3.388	*	*	*	1.029	*	*	*
16.520	21,7	13,6	29,7	41.017	42,0	30,6	53,4	5.614	*	*	*	8.931	9,1	5,0	13,3	8.228	10,8	6,3	15,3	21.452	22,0	11,9	32,0	12.022	22,0	10,9	33,2	12.044	16,3	10,2	22,4	4.347	*	*	*	1.723	*	*	*	3.984	*	*	*	1.854	*	*	*
17.650	19,0	12,1	25,9	41.101	33,6	27,4	39,9	3.426	*	*	*	13.254	10,8	6,6	15,0	10.133	*	*	*	22.528	18,4	11,8	25,1	14.843	16,0	9,6	22,3	19.997	16,4	10,7	22,0	4.303	*	*	*	4.368	*	*	*	5.614	*	*	*	2.176	*	*	*
15.203	21,7	9,4	34,0	32.976	140,2	27,1	53,3	4.000	*	*	*	5.269	*	*	*	8.079	*	*	*	16.624	20,3	9,6	30,9	16.258	*	*	*	9.409	*	*	*	3.679	*	*	*	7.534	*	*	*	1.758	*	*	*	707	*	*	*
5.666	*	*	*	7.964	*	*	*	4.307	*	*	*	842	*	*	*	2.606	*	*	*	1.455	*	*	*	4.263	*	*	*	1.860	*	*	*	1.018	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
5.367	*	*	*	5.132	*	*	*	2.684	*	*	*		*	*	*	8.423	*	*	*	4.084	*	*	*	4.084	*	*	*	1.018	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
8.053	*	*	*	9.914	*	*	*	5.351	*	*	*	842	*	*	*	8.257	*	*	*	2.879	*	*	*	6.599	*	*	*	2.879	*	*	*	1.018	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
2.980	*	*	*	3.182	*	*	*	1.640	*	*	*		*	*	*	2.772	*	*	*	2.157	*	*	*	1.747	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
3.329	*	*	*	12.144	*	*	*	312	*	*	*	5.195	*	*	*	2.642	*	*	*	6.546	*	*	*	4.614	*	*	*	9.578	*	*	*	312	*	*	*	2.358	*	*	*		*	*	*		*	*	*
3.013	*	*	*	14.180	*	*	*	2.201	*	*	*	4.603	*	*	*	2.478	*	*	*	3.829	*	*	*	3.829	*	*	*	2.714	*	*	*	1.425	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
5.318	*	*	*	21.834	146,4	33,8	59,0	1.461	*	*	*	7.808	*	*	*	3.130	*	*	*	10.935	*	*	*	6.823	*	*	*	11.668	*	*	*	772	*	*	*	2.358	*	*	*		*	*	*		*	*	*
1.024	*	*	*	4.490	*	*	*	1.052	*	*	*	1.990	*	*	*	1.990	*	*	*	1.990	*	*	*	1.620	*	*	*	625	*	*	*	966	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
2.572	*	*	*	843	*	*	*	105	*	*	*		*	*	*	521	*	*	*	155	*	*	*		*	*	*		*	*	*	155	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
1.284	*	*	*	527	*	*	*	105	*	*	*	293	*	*	*	730	*	*	*	105	*	*	*		*	*	*		*	*	*	105	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
2.828	*	*	*	1.369	*	*	*	211	*	*	*	105	*	*	*	786	*	*	*	105	*	*	*		*	*	*		*	*	*	105	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
1.028	*	*	*		*	*	*	188	*	*	*		*	*	*	465	*	*	*	155	*	*	*		*	*	*		*	*	*	155	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
1.554	*	*	*	2.187	*	*	*	107	*	*	*	1.436	*	*	*	161	*	*	*	322	*	*	*	268	*	*	*		*	*	*	268	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
1.275	*	*	*	2.251	*	*	*	161	*	*	*	268	*	*	*	107	*	*	*	107	*	*	*	107	*	*	*	107	*	*	*	161	*	*	*	268	*	*	*		*	*	*		*	*	*
1.887	*	*	*	3.174	*	*	*	107	*	*	*	322	*	*	*	214	*	*	*	107	*	*	*	107	*	*	*	107	*	*	*	107	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
942	*	*	*	1.264	*	*	*	161	*	*	*	1.383	*	*	*	322	*	*	*	322	*	*	*	322	*	*	*	322	*	*	*	161	*	*	*	322	*	*	*		*	*	*		*	*	*
1.034	*	*	*	289	*	*	*		*	*	*	151	*	*	*	732	*	*	*	375	*	*	*	151	*	*	*		*	*	*	302	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
302	*	*	*	334	*	*	*		*	*	*	138	*	*	*	83	*	*	*	97	*	*	*	97	*	*	*		*	*	*	193	*	*	*	97	*	*	*		*	*	*		*	*	*
906	*	*	*	193	*	*	*		*	*	*	151	*	*	*	343	*	*	*	125	*	*	*	151	*	*	*		*	*	*	302	*	*	*	97	*	*	*		*	*	*		*	*	*
430	*	*	*	430	*	*	*		*	*	*	527	*	*	*	334	*	*	*	334	*	*	*	97	*	*	*		*	*	*	193	*	*	*	97	*	*	*		*	*	*		*	*	*
731	*	*	*	1.254	*	*	*	42	*	*	*	148	*	*	*	334	*	*	*	667	*	*	*		*	*	*		*	*	*	189	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
401	*	*	*	920	*	*	*	42	*	*	*	42	*	*	*	541	*	*	*	730	*	*	*		*	*	*	105	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
696	*	*	*	969	*	*	*	83	*	*	*	189	*	*	*	105	*	*	*	295	*	*	*		*	*	*	105	*	*	*	189	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
435	*	*	*	1.204	*	*	*		*	*	*	769	*	*	*	1.103	*	*	*	1.103	*	*	*		*	*	*	105	*	*	*	189	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
2.364	*	*	*	2.509	*	*	*	1.614	*	*	*	1.474	*	*	*	1.030	*	*	*	919	*	*	*		*	*	*		*	*	*	691	*	*	*	491	*	*	*		*	*	*		*	*	*
717	*	*	*	847	*	*	*	805	*	*	*		*	*	*	356	*	*	*	1.006	*	*	*	1.233	*	*	*	457	*	*	*	316	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
1.116	*	*	*	428	*	*	*	489	*	*	*		*	*	*	598	*	*	*	627	*	*	*	917	*	*	*	457	*	*	*	199	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
1.965	*	*	*	2.929	*	*	*	1.930	*	*	*	1.474	*	*	*	788	*	*	*	1.298	*	*	*	316	*	*	*		*	*	*	807	*	*	*	491	*	*	*		*	*	*		*	*	*
497	*	*	*	4.011	*	*	*	1.350	*	*	*	199	*	*	*	725	*	*	*	2.333	*	*	*	497	*	*	*	1.222	*	*	*	1.313	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
912	*	*	*	2.454	*	*	*	228	*	*	*	755	*	*	*	428	*	*	*	3.222	*	*	*	228	*	*	*	1.281	*	*	*	526	*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*
428	*	*	*	1.116	*	*	*	228	*	*	*	428																																			



Capítulo 3

Resultados del componente de evaluación del estado nutricional, según curso de vida

3.1. Presentación

Evaluar el estado nutricional de las poblaciones se hace necesario, dado que permite reconocer la situación alimentaria y nutricional de la comunidad, lo cual redundará en una planeación contextualizada a la situación encontrada. Una de las maneras de acercarse a conocer el estado nutricional de la población es la evaluación antropométrica, que permite determinar, de una manera ágil y precisa, la condición nutricional de la comunidad.

Para la determinación del estado nutricional por antropometría en el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia se aplicaron las medidas, indicadores y puntos de corte, definidos para Colombia en la Resolución 2465 de 2016 (1), para los niños, niñas, adolescentes y adultos de 18 a 59 años. Adicionalmente, se evaluó el perímetro de cintura en adolescentes y se valoró el estado nutricional de las mujeres gestantes y lactantes (resultados mostrados en el capítulo del subcomponente materno-infantil), al igual que el de los adultos mayores (resultados mostrados en el capítulo correspondiente).

En este capítulo encontrará los resultados de la evaluación de la actividad física y la identificación de comportamientos sedentarios en la población antioqueña, evaluación del consumo de alimentos y la evaluación de los indicadores antropométricos.

Los determinantes sociales juegan un rol crítico en la seguridad alimentaria y el estado nutricional del grupo materno-infantil, donde se conjugan el macroambiente socioeconómico, que tiene como principal determinante el ingreso y su distribución equitativa; el mesoambiente, que incluye factores como redes, normas y realidades sociales que posibilitan la cohesión y la capacidad de las instituciones para responder a las necesidades humanas cambiantes; y el microambiente, que involucra los determinantes individuales de la salud (2).

Aunado a lo anterior, la evidencia sustenta la importancia de la alimentación y nutrición de la mujer en la preconcepción, durante la gestación y la lactancia, y sus implicaciones en el metabolismo de la madre y el feto, los mecanismos epigenéticos del origen temprano de salud y enfermedad y su impacto durante los primeros mil días de vida en el desarrollo del capital humano (3–5), lo que da cuenta del complejo entramado en el que se circunscribe la situación alimentaria y nutricional de este grupo poblacional.

Es así como el Informe del Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo 2019 (6) y el Reporte Global de Nutrición 2017 (7), destacan como problemas del grupo materno-infantil: la malnutrición; el déficit de micronutrientes clave, como el hierro; y el incremento del sobrepeso y la obesidad, especialmente en las mujeres y los niños (8,9), lo que contribuye a la morbilidad y al costo de la atención prenatal y ginecobstétrica.

Teniendo en cuenta lo anterior, el componente materno-infantil presenta los resultados y el

análisis de la situación alimentaria y nutricional de los grupos implicados en los mil días de vida: mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de 24 meses del departamento de Antioquia.

Las personas de sesenta años y más constituyen un grupo relevante para el país y para Antioquia en particular, dado que es uno de los departamentos de Colombia con mayor porcentaje de población adulta mayor, según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (10). El incremento de personas de esta franja etaria hace más complejo el perfil epidemiológico, planteando retos, no solo en las demandas de atención en salud, sino también en lo económico y social. Este subcomponente del Perfil Alimentario y Nutricional del departamento de Antioquia aporta a las líneas de acción de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024 (11), en torno a la seguridad alimentaria y nutricional y desarrollo de proyectos que incentiven la investigación sobre envejecimiento humano y vejez.

En este capítulo se presenta la situación alimentaria y nutricional de la población adulta mayor del departamento de Antioquia. Inicialmente se describen los aspectos socioeconómicos, demográficos, perfil de morbilidad, anemia, deficiencia de vitamina D y consumo de medicamentos; luego, se caracteriza la actividad física y se detalla el estado nutricional, tanto por indicadores antropométricos, como por una escala de valoración nutricional geriátrica; y finalmente se hace referencia a los síndromes geriátricos de fragilidad y sarcopenia, así como a las limitaciones para el acceso o el consumo de alimentos.

3.2. Resultados

3.2.1. Subcomponente de evaluación del estado nutricional por indicadores antropométricos. Antioquia (sin Medellín), 2019.

3.2.1.1. Promedio de peso, estatura y perímetro cefálico de los niños respecto al patrón de referencia.

El peso promedio de los niños y niñas menores de 24 meses fue similar al de los patrones de referencia de la OMS, observándose un valor levemente superior durante el primer mes, en los hombres, igualándose a la referencia a los seis meses, hasta llegar a los dos años. En las niñas, durante los dos primeros años, el peso promedio fue similar a la referencia. Desde los dos hasta los seis años, en las niñas fue similar al patrón de referencia, a partir de los seis años se observó una tendencia a pesos superiores, alcanzando diferencias entre 1,3 kg y 1,7 kg, entre los siete y los diez años, respecto al patrón de referencia (Gráfico 14). En los niños, el peso también fue similar al patrón de referencia entre los dos y los cinco años y medio, a

partir de dicha edad, el promedio de peso de los niños antioqueños fue superior al patrón, sin embargo, las diferencias no alcanzaron a ser mayores de 1 kg. Entre los nueve y los diez años, los valores fueron nuevamente similares al patrón de referencia (Gráfico 14).

El promedio de la longitud fue igual a la referencia, tanto en niños, como en niñas menores de dos años, aunque se observaron valores levemente inferiores en los evaluados, a medida que avanzaban en edad. La estatura desde los dos años, y hasta terminar el proceso de crecimiento a los 18 años, tendió a ser inferior al promedio de los patrones de referencia, con diferencias que se amplían a medida que avanzan en edad en ambos sexos. A los dos años, los valores son similares, sin diferencias mayores, sin embargo, a los 18 años las mujeres midieron 6,2 cm menos que el patrón de la OMS, y los hombres, 1,9 cm (Gráfico 14).

Con respecto al perímetro cefálico, en el caso de las niñas, desde el nacimiento hasta los quince meses fue similar al patrón de referencia, momento en el cual el promedio en las niñas del departamento estuvo por debajo del patrón y se mantuvo así hasta los 24 meses, observándose una diferencia aproximada de 1 cm, y así se mantuvo hasta llegar a los tres años (Gráfico 15). Los niños presentaron valores levemente superiores al patrón durante los primeros tres meses, posteriormente, los valores fueron similares y luego inferiores, llegando también a diferencias de 1,6 cm con respecto al patrón de referencia, a los tres años (Gráfico 15).

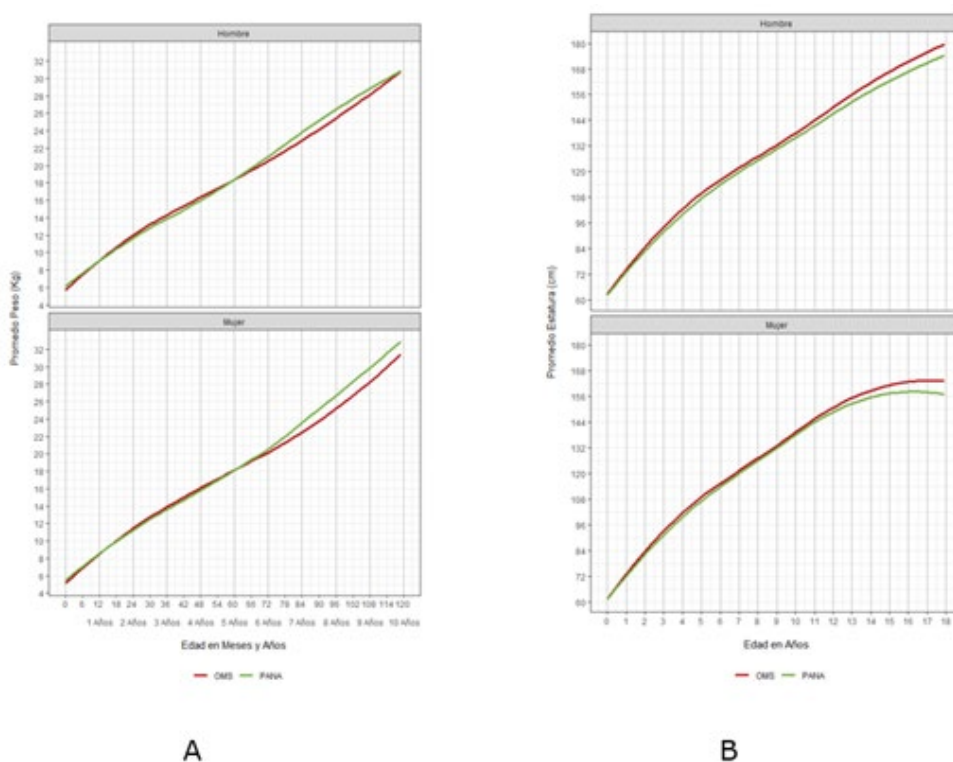


Gráfico 14. Comparación del promedio de peso (A) y estatura (B) de los niños, niñas y adolescentes, respecto al patrón de referencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

3.2.1.2. Estado nutricional en niños y niñas menores de cinco años, por indicadores de peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico para la edad.

De los evaluados, 17,6% era menor de un año; 22,1% tenía un año; 16,5%, dos años; 18,2%, tres años y 25,6%, cuatro años.

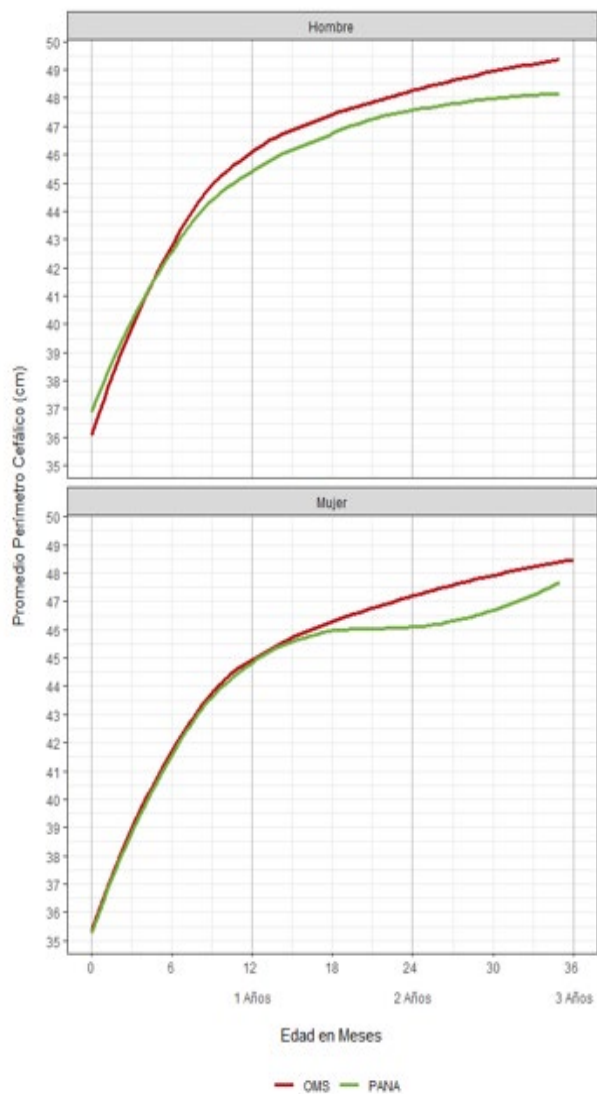


Gráfico 15. Comparación del promedio de perímetro cefálico de los niños y niñas, respecto al patrón de referencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

- **Peso para la edad**

En Antioquia, 67,5% (IC 95% 58,4-76,7) de los niños y niñas evaluados tuvieron un peso adecuado para la edad, 18,9% (IC 95% 14,1-23,8) presentó riesgo de desnutrición global. Los porcentajes de riesgo de desnutrición global fueron similares en el área rural y urbana (Tabla 37). Al analizar por edad, los niños y niñas menores de un año presentaron una prevalencia mayor a la encontrada en el departamento, 24,1% (IC 95% 5,4-42,9), al igual que los de dos años, 20,7% (IC 95% 12,2-29,3). Además, los de género masculino, los niños y niñas de estrato uno y los que asistían a programas de alimentación, también presentaron porcentajes superiores de riesgo de desnutrición global a lo encontrado en Antioquia (Tabla 38).

- **Estatura para la edad**

De los niños y niñas del departamento, 60,9% (IC 95% 55,9-66,0) tuvo una estatura adecuada; 10% (IC 95% 6,6-13,4), retraso en talla, y 29,1% (IC 95% 22,6-35,5), riesgo de retraso en talla. Los residentes del área urbana presentaron una prevalencia mayor de retraso en talla, 11,2% (IC 95% 6,1-16,3) (Tabla 37); los niños y niñas cuya vivienda era de estrato uno, 12,7% (IC 95% 7,3-18,2), al igual que los evaluados de género femenino 10,7%, (IC 95% 5,6-15,9) (Tabla 38).

El riesgo de retraso en talla en los del área rural fue mayor, 35,4% (IC 95% 22,4-48,3), y en los del área urbana, menor, 24,8% (IC 95% 19,0-30,7) a los resultados departamentales. Por otra parte, los niños y niñas de las subregiones de Bajo Cauca y Urabá tuvieron una proporción inferior a lo observado en el departamento (Tabla 37), sin embargo, al analizar los porcentajes de los evaluados que se clasificaron en adecuación para este indicador, los de estas dos subregiones presentaron porcentajes menores a lo encontrado en el departamento (datos no mostrados).

Por otra parte, el riesgo de retraso en talla en los que tenían tres años fue mayor, 37,2% (IC 95% 26,3-48,0) y en los de dos años, menor, 19,9% (IC 95% 12,8-27,0), en relación con lo encontrado en Antioquia. Los del género masculino y los que asistieron a programas de alimentación presentaron un porcentaje mayor de riesgo de retraso en talla, al compararlo con la prevalencia departamental (Tabla 38).

- **Peso para la estatura**

La mayor proporción de niños y niñas presentó peso adecuado para la estatura, 71,2% (IC 95% 66,0-76,3). En riesgo de desnutrición aguda estuvo 7,1% (IC 95% 4,7-9,4) de los niños y niñas de este grupo, con un porcentaje menor en los residentes del área urbana (Tabla 37); mayor en los de género masculino y en los evaluados cuya vivienda pertenecía al estrato uno (Tabla 38). En 17,4% (IC 95% 12,0-22,9) de los encuestados se encontró riesgo de sobrepeso, observándose una proporción mayor en los que vivían en el área rural, y menor en los evaluados de la subregión Urabá (Tabla 37). Además, la prevalencia de riesgo de sobrepeso fue mayor en los niños y niñas menores de un año, en el género masculino, en los de estrato uno y en quienes asistían a programas de alimentación (Tabla 38).

- **Perímetro cefálico para la edad**

El promedio de perímetro cefálico de los niños y niñas de Antioquia fue de 45,4±3,3 cm, con un promedio superior al departamental en los evaluados de género masculino, por el resto de características, los promedios fueron similares al promedio del departamento (Anexo 46). Con respecto a la clasificación de este indicador, 12,8% (IC 95% 6,0-19,7) de los menores presentaron riesgo para el neurodesarrollo, con un porcentaje inferior en los que residían en el área urbana (Tabla 37), y superior en los que indicaron no asistir a programas de alimentación (Tabla 38).

3.2.1.3. Estado nutricional en niños y niñas mayores de cinco años y adolescentes, por talla e IMC para la edad y comportamiento del perímetro de cintura.

De los encuestados, 35,1% estaban entre cinco y nueve años; 32,9%, entre diez y 13 años, y 32%, entre 14 y 17 años.

- **Talla para la edad**

Del total de evaluados, 5,4% (IC 95% 4,2-6,6) presentaron retraso en talla, con una prevalencia mayor a la departamental en los residentes del área rural, en los de la subregión Urabá (Tabla 39), los de género masculino, los de estrato uno y los que asistían a programas de alimentación (Tabla 40). Los adolescentes de 14 a 17 años presentaron una prevalencia mayor de retraso en talla, 7,2% (IC 95% 4,7-9,6), y los niños de cinco a nueve años, menor, 3,9% (IC 95% 1,9-6,0), con respecto a lo encontrado en Antioquia (sin Medellín).

Por otra parte, el riesgo de retraso en talla se dio en 21,6% (IC 95% 19,2-23,9) de sujetos de este grupo, con una prevalencia superior en los habitantes del área rural. Al observar el comportamiento por subregiones, Valle de Aburrá y Suroeste tuvieron una menor prevalencia de riesgo de retraso en talla; las subregiones Oriente y Urabá presentaron una prevalencia similar a la del departamento, y el resto de subregiones, proporciones superiores (Tabla 39). Además, fue superior en los de mayor edad, en las mujeres, en los de estrato uno y en los que asistían a programas de alimentación (Tabla 40).

- **Índice de masa corporal para la edad**

Se encontró en delgadez al 2,7% (IC 95% 1,7-3,6) de niños y adolescentes de Antioquia, con un porcentaje mayor en los que residían en el área urbana (Tabla 39). Los hombres presentaron una prevalencia mayor a la observada en el departamento, 3,5% (IC 95% 1,9-5,0), al igual que los de estrato uno, 3,1% (IC 95% 1,4-4,8) (Tabla 40).

En cuanto al riesgo de delgadez, 10,9% (IC 95% 9,0-12,9) se clasificó en este rango, siendo la subregión Urabá la que presentó una prevalencia mayor a la departamental, 16,7% (IC 95% 12,8-20,6) (Tabla 39). Los niños, niñas y adolescentes de diez a 17 años tuvieron un porcentaje mayor, y los de cinco a nueve años, menor al de Antioquia (Tabla 40). Por su parte, las mujeres tuvieron un porcentaje menor, 10,5% (IC 95% 7,2-13,7); y los hombres, mayor, 11,4% (IC 95% 9,1-13,7), a lo hallado en el departamento. Los de estrato uno tuvieron una prevalencia superior, 12,1% (IC 95% 8,7-15,5) (Tabla 40).

Con relación al exceso de peso, 17,6% (IC 95% 14,9-20,2) presentó sobrepeso y 6,4% (IC 95% 5,3-7,6), obesidad. La prevalencia de sobrepeso fue similar por área de residencia, sin embargo, las subregiones de Occidente, Oriente, Suroeste y Valle de Aburrá tuvieron un porcentaje mayor de población con sobrepeso (Tabla 39). Los adolescentes de diez a 13 años presentaron prevalencia superior a la departamental, 20,4% (IC 95% 14,7-26,2); asimismo, las mujeres, los pertenecientes a estratos dos y tres, y los que no asistían a programas de alimentación (Tabla 40).

Con respecto a la obesidad, los residentes del área urbana ostentaron un porcentaje superior, al igual que los habitantes del Valle de Aburrá (Tabla 39). Por su parte, en los niños y niñas de cinco a nueve años, en los de género masculino, en los de estrato dos y en quienes no asistían a programas de alimentación se presentó una prevalencia mayor de obesidad (Tabla 40). El Anexo 48 muestra los resultados para cada una de las subregiones.

- **Perímetro de cintura**

El perímetro de cintura se evaluó en los mayores de diez años. El valor promedio de cintura fue de 70,1±9,2 cm, con valores similares por área de residencia y subregiones, excepto en Urabá, en la cual el promedio fue inferior (67,9±8,3 cm) (Tabla 39). El promedio de cintura en los hombres fue mayor al de las mujeres (70,3±9,7 cm y 69,7±8,6 cm, respectivamente); la media encontrada en los adolescentes de los diferentes estratos fue similar, con un valor superior únicamente en los de estrato tres, por otro lado, los que refirieron hacer parte de los programas de alimentación, presentaron un promedio menor al departamental (Tabla 40). En el Anexo 49, se encuentra la distribución percentilar de esta medida, diferenciada por diferentes características sociodemográficas.

3.2.1.4. Estado nutricional por IMC y perímetro de cintura en la población de 18 a 59 años.

- **Índice de masa corporal**

De los adultos de 18 a 59 años, 31,3% estaban entre los 18 y 29 años; 33,8% entre los 30 y 44

años. y 34,9% entre 45 y 59 años. De los evaluados, 2,1% (IC 95% 1,6-2,6) presentó delgadez; 36,6% (IC 95% 34,6-38,5), sobrepeso, y 22,1% (IC 95% 20,5-23,7), obesidad. La prevalencia de delgadez fue menor entre los residentes del área rural. Por subregiones, el número de casos con delgadez fue poco, solamente en las subregiones de Urabá y Valle de Aburrá se identificó un número de casos representativo, encontrándose una prevalencia mayor a lo hallado en el departamento (Tabla 41).

Los adultos de 18 a 29 años presentaron un porcentaje de delgadez superior a lo encontrado en el departamento, 5% (IC 95% 3,7-6,3). Los hombres tuvieron una proporción levemente mayor a las mujeres. Los pertenecientes a estratos uno y dos exhibieron valores similares al comportamiento departamental (Tabla 42).

El porcentaje de personas con sobrepeso fue mayor entre los residentes del área rural, 38,3% (IC 95% 34,4-42,3), y en las subregiones de Valle de Aburrá, Nordeste, Occidente y Oriente. En Bajo Cauca, Norte, Suroeste y Urabá, los porcentajes fueron menores a lo encontrado en Antioquia (Tabla 41). La prevalencia fue mayor a medida que se avanzó en edad, con un porcentaje de 41,6% (IC 95%, 38,4-44,9) en los adultos de 45 a 59 años; asimismo, el porcentaje de personas con sobrepeso en el estrato cuatro fue superior a lo encontrado en el departamento, 60% (IC 95% 49,2-70,9); por otra parte, los hombres también mostraron una prevalencia mayor a lo reportado para el departamento, 37,2% (IC 95% 34,1-40,3) (Tabla 42).

Con respecto a la obesidad, los del área rural tuvieron una prevalencia inferior, 21% (IC 95% 17,8-24,1), y por subregiones, Bajo Cauca, Magdalena Medio, Occidente, Suroeste y Urabá presentaron mayores prevalencias a las del departamento (Tabla 41). Además, fue superior en los de mayor edad (45 a 59 años), en las mujeres y en los de estrato más bajo (Tabla 42). En el Anexo 50, se encuentran los resultados, según las diferentes características sociodemográficas por subregiones.

♦ **Obesidad abdominal**

El promedio de perímetro de cintura de la población antioqueña fue de 87,9±12,6 cm. A medida que se avanzó en edad, el promedio de perímetro de cintura aumentó, con una diferencia de 11,5 cm entre el grupo de edad de 18 y 30 años con respecto a los de 45 a 59 años; por otra parte, los hombres tuvieron un promedio superior al de las mujeres, con una diferencia de 2,3 cm. De acuerdo al estrato socioeconómico no se observa tendencia, sin embargo, los pertenecientes al estrato cuatro exhibieron el valor más alto, con respecto al promedio departamental (88,7±12,5 cm) (Anexo 51).

Se identificó obesidad abdominal en 58,4% (IC 95% 56,4-60,3) de los encuestados. La prevalencia según área de residencia fue inferior en los del área rural, 57,4% (IC 95% 53,4-61,3). Las subregiones Norte, Oriente y Suroeste tuvieron una prevalencia menor y en el resto fue mayor, excepto en Valle de Aburrá, en la cual fue igual a la prevalencia del departamento (Tabla 41).

Por otra parte, la prevalencia fue mayor a medida que se avanzó en edad, llegando a ser de 76,2% (IC 95% 73,6-78,9) en el grupo de 45 a 59 años, mientras que, en el grupo de 18 a 29 años, fue de 33,3% (IC 95% 30,2-36,4). Entre las mujeres, la proporción fue mayor a la de la población de Antioquia, y en los hombres, menor. Los de estrato cuatro también presentaron un porcentaje superior al departamental (Tabla 42).

3.2.2. Subcomponente de actividad física y comportamientos sedentarios. Antioquia (sin Medellín), 2019.

La encuesta sobre actividad física (AF) y comportamientos sedentarios, así como la medición de la fuerza prensil máxima, se realizó en niños de cinco a doce años, adolescentes de 13 a 17 años y adultos de 18 a 64 años. La madre o el cuidador fueron los informantes idóneos en los niños; los adolescentes y adultos respondieron ellos mismos las encuestas. A continuación, se describe el porcentaje de personas que cumplieron las recomendaciones de AF de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que participaban en programas de AF y que utilizaban la bicicleta. Finalmente, se describe el tiempo excesivo frente a pantallas en niños y adolescentes, y las horas de comportamiento sedentario en los adultos. En los grupos poblacionales donde la variable de interés se presentó en menos de 25 personas, no se describe su resultado.

3.2.2.1. Niños y adolescentes que cumplen las recomendaciones de actividad física (AF) de la OMS, participan en programas de AF y utilizan la bicicleta.

- **Cumplimiento de las recomendaciones de actividad física**

- **◆ Niños de cinco a doce años**

En Antioquia (sin Medellín), el presente estudio determinó que el 29% (IC 95% 25,0-32,9) de los niños cumplieron las recomendaciones de actividad física (AF) de la OMS, que para niños y adolescentes consistían en acumular un mínimo de sesenta minutos diarios de AF de intensidad moderada a vigorosa (101). El porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones fue mayor en el área rural, 32,6% (IC 95% 25,9-39,3) que urbana, 26,2% (IC 95% 21,5-30,8) (Gráfico 16). El porcentaje mayor de niños que cumplieron las recomendaciones de AF se encontró en las subregiones Nordeste, 49% (IC 95% 38,0-60,1) y Oriente, 43,8% (IC 95% 29,6-58,1) del departamento de Antioquia (Tabla 43).

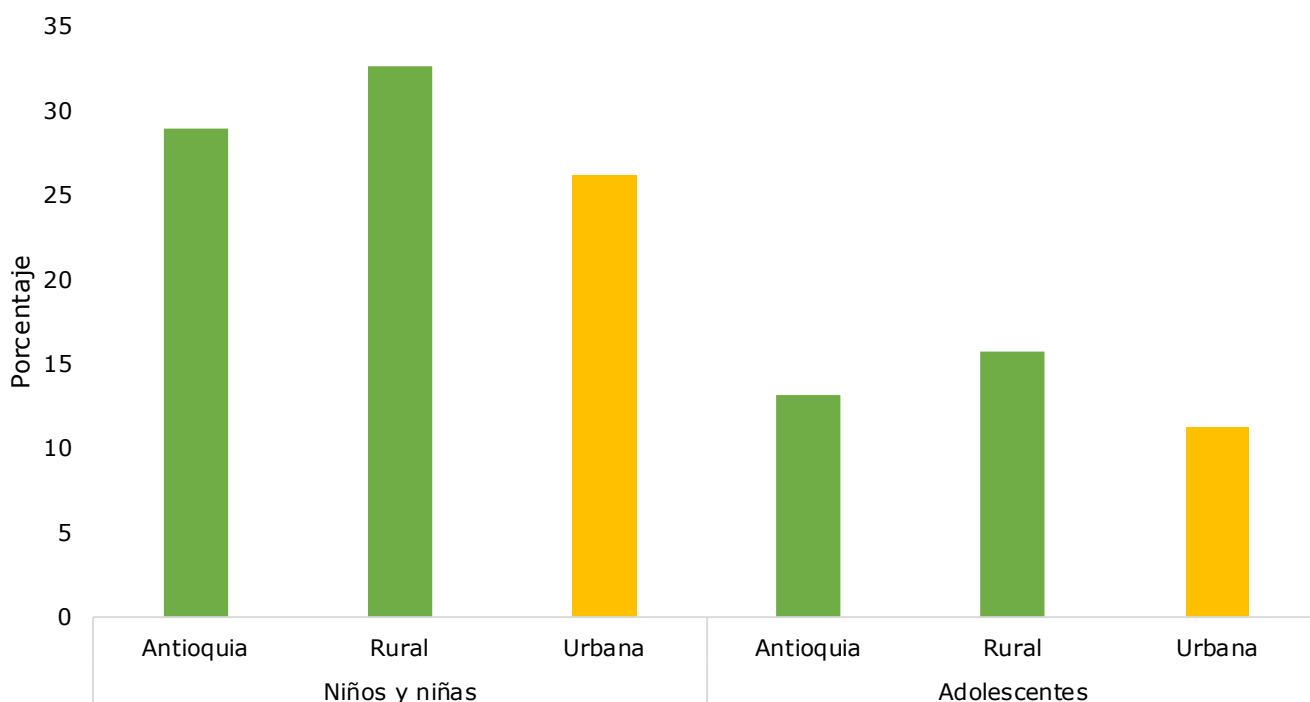


Gráfico 16. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que cumplen las recomendaciones de actividad física de la OMS, según área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Un porcentaje mayor de niños, 33,7% (IC 95% 27,9-39,5), que de niñas, 23,8% (IC 95% 18,6-29,0), cumplió las recomendaciones de AF. Asimismo, el cumplimiento de las recomendaciones fue mayor en niños del estrato uno, 40,8% (IC 95% 34,0-47,7), que del dos, 19,8% (IC 95% 15,1-24,5), y en niños que asistían a los programas de alimentación y nutrición, 35,1% (IC 95% 29,6-40,7), que en los que no asistían a los programas, 21,9% (IC 95% 16,4-27,4) (Tabla 43).

En algunas subregiones de Antioquia se encontró que la cantidad de niños que cumplían las recomendaciones de AF era muy bajo, por lo que no se pudo calcular su porcentaje de cumplimiento. Para realizar la comparación entre las subregiones, se presentan a continuación los porcentajes de niños que no cumplieron las recomendaciones: Valle de Aburrá (sin Medellín), 89,4% (IC 95% 84,5-94,3); Bajo Cauca, 57,2% (IC 95% 48,4-66,0); Magdalena Medio, 81,4% (IC 95% 72,9-89,9); Nordeste, 51% (IC 95% 41,4-60,5); Norte, 85,3% (IC 95% 75,8-94,8); Occidente, 81,1% (IC 95% 73,0-89,2); Oriente, 56,1% (IC 95% 40,7-71,6); Suroeste, 81,4% (IC 95% 72,9-90,0), y Urabá, 60,7% (IC 95% 53,3-68,0) (Tabla 43).

◆ **Adolescentes**

En Antioquia (sin Medellín), el 13,2% (IC 95% 9,4-17,1) de los adolescentes cumplió las

recomendaciones de AF, con un porcentaje mayor de adolescentes del estrato uno, 16,% (IC 95% 10,7-21,3), que del dos, 11% (IC 95% 3,8-18,2). Los adolescentes del área rural, 15,7% (IC 95% 8,9-22,5) cumplieron las recomendaciones en una mayor proporción que los del área urbana, 11,3% (IC 95% 7,0-15,5) (Gráfico 16).

El 12,5% (IC 95% 8,3-16,8) de los adolescentes que, según el estudio, no asistían a los programas de alimentación y nutrición, y el 21,1% (IC 95% 14,3-27,9) de los adolescentes varones, cumplieron las recomendaciones de AF. En los adolescentes que asistían a los programas de alimentación y nutrición, y en las adolescentes, en general, no se calculó el porcentaje debido al bajo número que cumplió las recomendaciones de AF.

Debido al bajo número de adolescentes que cumplía las recomendaciones de AF en algunas subregiones del departamento de Antioquia (sin Medellín), no se pudo calcular su porcentaje de cumplimiento. Para realizar la comparación entre las subregiones, se presentan a continuación los porcentajes de adolescentes, que al momento del estudio, no cumplían las recomendaciones: Valle de Aburrá, 89,5% (IC 95% 84,1-95,0); Bajo Cauca, 81,5% (IC 95% 72,0-91,1); Magdalena Medio, 92,9% (IC 95% 85,9-99,9); Nordeste, 76% (IC 95% 65,4-86,5); Norte, 91,5% (IC 95% 83,1-99,9); Occidente, 92,3% (IC 95% 86,3-98,4); Oriente, 75,1% (IC 95% 58,5-91,8); Suroeste, 93,3% (IC 95% 86,9-99,6), y Urabá, 89,8% (IC 95% 85,2-94,3) (Tabla 43).

- **Participación en programas de actividad física**

- ◆ **Niños de cinco a doce años**

En Antioquia (sin Medellín), el 66,1% (IC 95% 62,6-69,7) de los niños participó por lo menos una vez a la semana en programas de AF en la escuela o colegio, programas de AF dirigida, escuelas deportivas, grupos organizados o ciclovías. El porcentaje de participación en programas de AF fue mayor en los niños del área urbana (72% IC 95% 67,4-76,6) que rural (58,4% IC 95% 52,9-63,9). El porcentaje mayor de niños que participaban en programas de AF se observó en las regiones de Norte, 88,4% (IC 95% 79,7-97,2) y Suroeste, 74,7% (IC 95% 65,2-84,3); los porcentajes más bajos de participación se encontraron en Bajo Cauca, 40% (IC 95% 31,2-48,9) y Occidente, 53,8% (IC 95% 43,9-63,6) (Tabla 43).

Se encontró un porcentaje de participación en programas de AF mayor en niños, 70,4% (IC 95% 65,3-75,5), que en niñas, 61,6% (IC 95% 56,7-66,5) y en los que asisten a los programas de alimentación y nutrición, 67,9% (IC 95% 62,8-73,1), que en los que no asisten a estos programas, 64,1% (IC 95% 59,1-69,1) (Tabla 43). La participación de los niños en programas de AF fue del 65% (IC 95% 59,6-70,4) en el estrato uno, 65,4% (IC 95% 59,7-71,1) en el estrato dos y 70,6% (IC 95% 60,8-80,3) en el estrato tres. De los niños que no participaban en programas de AF, el 39,6% respondió que no conocía la oferta de los mismos.

◆ **Adolescentes de 13 a 17 años**

En Antioquia (sin Medellín), el 59% (IC 95% 55,0-63,1) de los adolescentes participaba por lo menos una vez a la semana en programas de AF. La participación en estos programas fue ligeramente mayor en los adolescentes del área urbana, 60,8% (IC 95% 55,2-66,5), que rural, 56,8% (IC 95% 51,0-62,6). Se observó un porcentaje mayor de adolescentes que participaban en programas de AF en las subregiones de Occidente, 71,5% (IC 95% 61,3-81,7) y Suroeste, 68,8% (IC 95% 57,2-80,4). Los menores porcentajes se encontraron en Bajo Cauca, 40,6% (IC 95% 28,5-52,7) y Oriente, 49,8% (IC 95% 34,2-65,4) (Tabla 43).

El porcentaje de participación en programas de AF fue mayor en adolescentes que asistían a los programas de alimentación y nutrición, 70,9%(IC 95% 61,6-80,1) que en los que no asistían a estos programas, 56,1%(IC 95% 51,7-60,5). Asimismo, la participación fue mayor en adolescentes varones, 66,3%(IC 95% 60,8-71,8), que en adolescentes mujeres, 51,2%(IC 95% 45,4-57,1). La participación de los adolescentes en programas de AF fue del 58,7% (IC 95% 52,4-64,9) en el estrato uno, 60% (IC 95% 53,8-66,3) en el estrato dos y 57,2% (IC 95% 46,0-68,4) en el estrato tres. De los adolescentes que no participaron en los programas de AF, el 35,9% respondió que no conocía la oferta de los mismos.

• **Uso de la bicicleta**

◆ **Niños de cinco a doce años**

En Antioquia (sin Medellín), el 35,6% (IC 95% 31,3-39,8) de los niños respondió que había utilizado la bicicleta durante la semana previa a la encuesta. Un porcentaje mayor de niños del área rural, 40,2% (IC 95% 32,8-47,6), que de la urbana, 32%(IC 95% 27,3-36,8), dijo haber utilizado la bicicleta. Se observó un porcentaje mayor de niños que habían utilizado la bicicleta en las regiones de Suroeste, 53,8%(IC 95% 42,8-64,7), y Oriente, 48,9%(IC 95% 33,8-64,2). Los menores porcentajes se encontraron en Valle de Aburrá, 17,1%(IC 95% 11,3-23,0), y Occidente, 28,3%(IC 95% 20,2-36,5) (Tabla 43).

El uso de la bicicleta fue ligeramente superior en niños que asistían a los programas de alimentación y nutrición, 36,9%(IC 95% 31,0-42,9), que en los que no asistían a estos programas, 34%(IC 95% 28,0-40,0). Asimismo, un porcentaje mayor de niños, 40,3%(IC 95% 34,6-46,0), que de niñas, 30,4%(IC 95% 24,1-36,7), habían utilizado la bicicleta. En cuanto al estrato socioeconómico, el porcentaje de uso de la bicicleta en niños del estrato uno fue de 35% (IC 95% 29,3-40,6), en estrato dos fue de 38,4% (IC 95% 30,7-46,1) y en estrato tres fue de 34,6% (IC 95% 24,7-44,5).

♦ **Adolescentes 13 a 17 años**

En Antioquia (sin Medellín), el 25,1% (IC 95% 21,6-28,6) de los adolescentes respondió que había utilizado la bicicleta durante la semana previa a la encuesta. Un porcentaje ligeramente superior de adolescentes del área rural, 27,2%(IC 95% 21,9-32,5), que de la urbana, 23,4%(IC 95% 18,8-28,0), había utilizado la bicicleta. Los porcentajes mayores de uso de la bicicleta se observaron en las regiones de Suroeste, 36,8%(IC 95% 24,8-48,9), y Magdalena Medio, 36,6%(IC 95% 24,5-48,6). Los menores porcentajes se encontraron en Bajo Cauca, 26,9%(IC 95% 15,6-38,2), y Urabá, 27,8%(IC 95% 21,3-34,4) (Tabla 43).

En los adolescentes, se observó un mayor uso de la bicicleta en los varones, 35%(IC 95% 29,5-40,5), que en las mujeres, 14,4%(IC 95% 10,8-18,0), y en los adolescentes del estrato uno, 29,9%(IC 95% 24,3-35,5), que del estrato dos, 23,1%(IC 95% 17,8-28,3). El uso de la bicicleta fue similar en adolescentes que asistían a los programas de alimentación y nutrición, 24,7%(IC 95% 15,8-33,7), que en los que no asistían a estos programas, 25,2%(IC 95% 21,5-28,9).

- **Fuerza prensil en niños y adolescentes**

♦ **Niños de cinco a doce años**

En Antioquia (sin Medellín), el promedio de fuerza prensil en menores fue de 13,7 kg, con un promedio de 14 kg en niños y de 13,3 kg en niñas. Los promedios de fuerza prensil fueron similares en niños del área rural (13,8 kg) y urbana (13,6 kg). No se observaron diferencias grandes en el promedio de fuerza prensil en los niños del departamento, por estrato socioeconómico o asistencia a los programas de alimentación y nutrición (Anexo 52).

- **Adolescentes de 13 a 17 años**

En Antioquia (sin Medellín), el promedio de fuerza prensil en adolescentes fue de 28,6 kg, con un promedio de fuerza mayor en varones (32,7 kg) que en mujeres (24,1 kg). Los promedios de fuerza prensil fueron de 29,9 kg en los adolescentes del área rural y 27,6 kg en los del área urbana. No se observaron diferencias grandes en el promedio de fuerza prensil en los adolescentes del departamento, por estrato socioeconómico o asistencia a los programas de alimentación y nutrición (Anexo 52).

- **Tiempo excesivo frente a pantallas en niños y adolescentes**

- ◊ **Niños de cinco a doce años**

En Antioquia (sin Medellín), el 68,2% (IC 95% 64,9-71,6) de los niños presentaron un tiempo excesivo frente a pantallas, es decir, pasaron en promedio dos o más horas diarias frente a pantallas de televisor, computador, videojuegos, celulares, etc., en actividades no relacionadas con las tareas escolares. El porcentaje de niños con tiempo excesivo frente a pantallas fue mayor en el área urbana, 76,8%(IC 95% 72,8-80,8), que rural, 57,1%(IC 95% 51,7-62,6) (Gráfico 17). Se observó un porcentaje mayor de niños con tiempo excesivo frente a pantallas en las regiones de Valle de Aburrá,84,1%(IC 95% 78,3-89,9), y Occidente,79%(IC 95% 70,7-87,2). Los menores porcentajes se encontraron en Norte,58,1%(IC 95% 44,9-71,4), y Oriente,43,8%(IC 95%31,8-55,8) (Tabla 44).

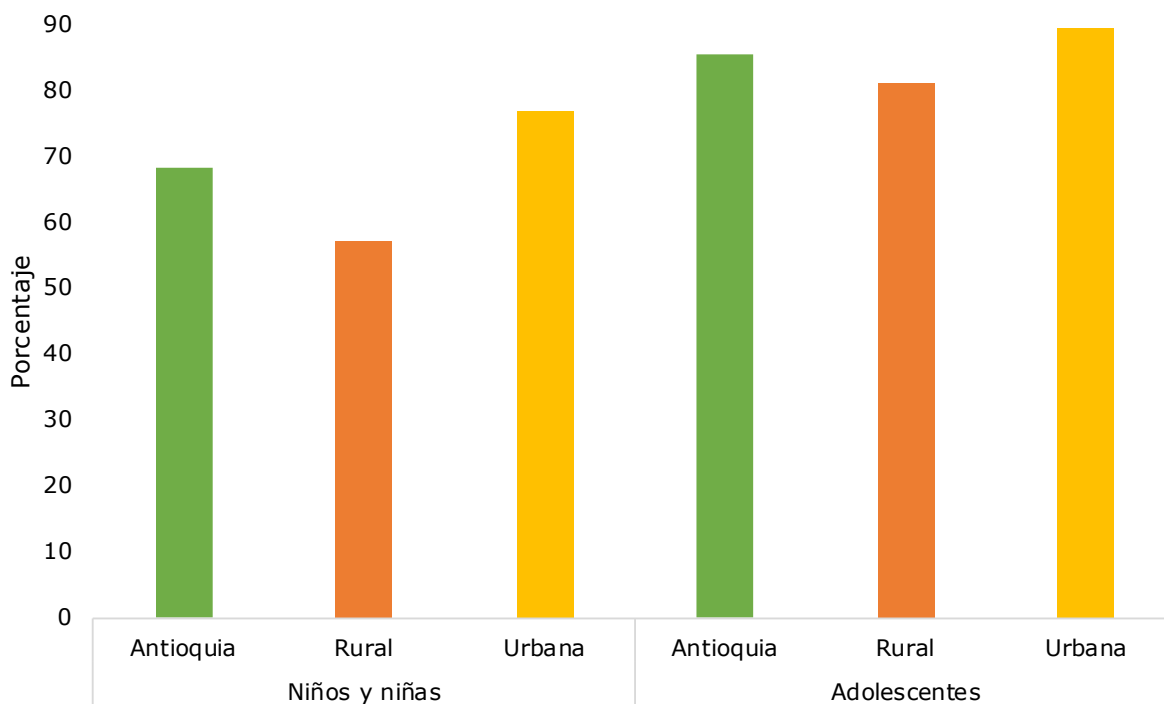


Gráfico 17. Porcentaje de niños y adolescentes que presentan tiempo excesivo frente a pantallas, según área de residencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En los menores se observó un porcentaje mayor de tiempo excesivo frente a pantallas: en niños, 71,4%(IC 95% 66,6-76,2), que en niñas,64,9%(IC 95% 60,3-69,5); en niños del estrato tres,83,9%(IC 95% 76,2-91,5), que dos, 70,3%(IC 95% 65,1-75,5), y uno,62%(IC 95% 56,8-67,1); y en niños que no asistían a los programas de alimentación y nutrición, 76,5%(IC 95% 72,1-80,9), que en los que asistían a estos programas,61,2%(IC 95% 56,2-66,1) (Tabla 44).

♦ **Adolescentes de 13 a 17 años**

En Antioquia (sin Medellín), el 85,8% (IC 95% 82,8-88,9) de los adolescentes presentaron un tiempo excesivo frente a pantallas, es decir, pasaron en promedio dos o más horas diarias frente a pantallas de televisor, computador, videojuegos, celulares, etc., en actividades no relacionadas con las tareas escolares. El porcentaje de tiempo excesivo frente a pantallas fue mayor en adolescentes del área urbana, 89,5%(IC 95% 86,3-92,8), que rural, 81,2%(IC 95% 75,4-87,0) (Gráfico 17). Se observó un porcentaje mayor de adolescentes con tiempo excesivo frente a pantallas en las regiones de Suroeste, 94%(IC 95% 88,1-100), y Occidente, 91,1% (IC 95% 84,8-99,4). Los menores porcentajes se encontraron en Oriente, 75,8%(IC 95% 59,3-92,3), y Norte, 75,4%(IC 95% 62,7-88,2) (Tabla 44).

En los adolescentes, el 83,3% (IC 95% 79,3-87,3) de los varones y el 88,5% (IC 95% 84,1-93,0) de las mujeres presentaron tiempo excesivo frente a pantallas. El porcentaje de adolescentes con tiempo excesivo frente a pantallas fue mayor en el estrato tres, 93,9%(IC 95% 88,5-99,3), que en el dos, 86,4%(IC 95% 81,4-91,4), y en el uno, 82,7%(IC 95% 77,8-87,6). Asimismo, fue mayor el porcentaje de tiempo excesivo frente a pantallas en adolescentes que no asistían a los programas de alimentación y nutrición, 87%(IC 95% 83,6-90,3), que en los que asistían a estos programas, 81,2%(IC 95% 74,1-88,3) (Tabla 44).

3.2.2.2. Adultos que cumplen las recomendaciones de actividad física (AF) de la OMS, participan en programas de AF y utilizan la bicicleta.

♦ **Cumplimiento de las recomendaciones de actividad física**

En Antioquia (sin Medellín), el estudio arrojó que el 53,2% (IC 95% 50,8-55,6) de los adultos cumplían las recomendaciones de AF de la OMS (101), en actividades durante el tiempo libre y los desplazamientos (caminar, montar bicicleta). Las recomendaciones de la OMS consisten en acumular a la semana al menos 150 minutos de AF de intensidad moderada, 75 minutos de AF de intensidad vigorosa o una combinación equivalente de AF de intensidad moderada y vigorosa. Los adultos del área urbana, 56,1%(IC 95% 53,1-59,1), cumplían en mayor proporción las recomendaciones de AF que los del área rural, 48,2%(IC 95% 44,2-52,1). El porcentaje mayor de adultos que cumplían las recomendaciones de AF se observó en las regiones de Valle de Aburrá, 59,1%(IC 95% 54,9-63,2), y Oriente, 54,9%(IC 95% 46,3-63,5). Los menores porcentajes se encontraron en Urabá, 42%(IC 95% 37,2-46,7), y Bajo Cauca, 48,4%(IC 95% 40,1-56,7) (Gráfico 18).

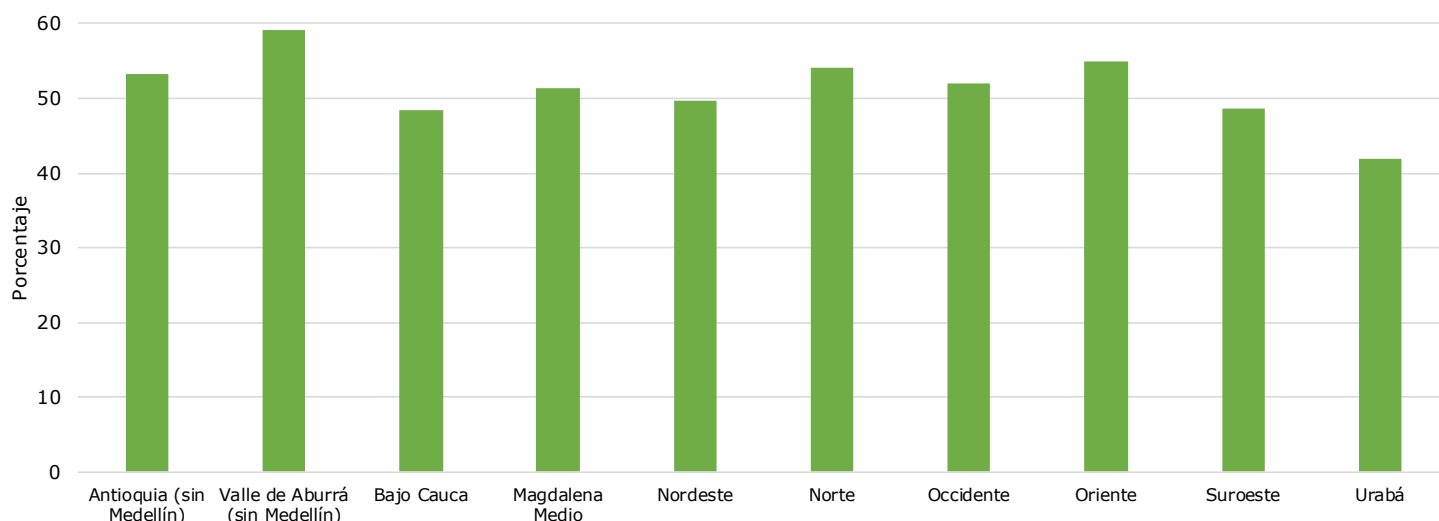


Gráfico 18. Porcentaje de adultos que cumplen el número mínimo de desplazamientos diarios y las recomendaciones de actividad física durante el tiempo libre. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En Antioquia (sin Medellín), el porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones de AF fue mayor en hombres, 60,8%(IC 95% 57,3-64,4), que en mujeres, 48%(IC 95% 44,9-51,2); y en adultos de 18 a 29 años, 66,8%(IC 95% 61,6-71,9), que en los de 30 a 49 años, 49,4%(IC 95% 45,7-53,0), y 50 a 64 años, 49,1%(IC 95% 45,4-52,8) (Tabla 45).

Se observó una tendencia a un mayor cumplimiento de las recomendaciones de AF con el aumento del nivel de educación: preescolar o sin estudios, 45,2%(IC 95% 40,2-50,2), primaria, 50,6%(IC 95% 46,2-55,1), secundaria, 55,9%(IC 95% 51,6-60,3), estudios superiores, 63,1%(IC 95% 57,9-68,3); el aumento del estrato socioeconómico: estrato uno, 47,2%(IC 95% 43,1-51,4), dos, 52,4%(IC 95% 48,8-56,1), y tres, 62,1%(IC 95% 57,1-67,1) (Tabla 45).

- ### Participación en programas de actividad física

En Antioquia (sin Medellín), el 16,7% (IC 95% 14,8-18,6) de los adultos participó por lo menos una vez al mes en programas de AF, en los cuales se incluyó la AF dirigida, los deportes en equipo y las ciclovías. Se observó mayor participación en programas de AF por parte de los adultos del área urbana, 18%(IC 95% 15,6-20,3), que rural, 14,5%(IC 95% 11,1-17,9). El porcentaje de participación en programas de AF fue mayor en las regiones de Valle de Aburrá, 20,8%(IC 95% 17,3-24,3), y Oriente, 19%(IC 95% 10,6-27,4). Los menores porcentajes se encontraron en Bajo Cauca, 8%(IC 95% 5,2-10,8) y Occidente, 12,6%(IC 95% 8,0-17,2) (Gráfico 19).

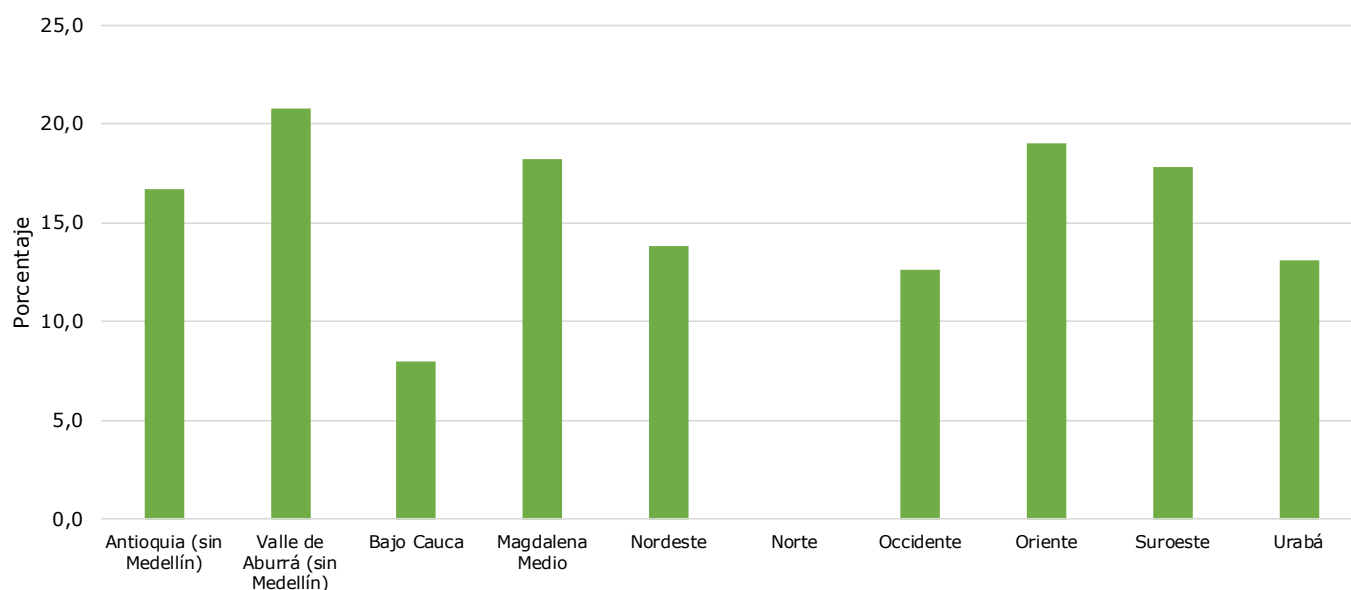


Gráfico 19. Porcentaje de adultos que participan en programas de actividad física en el departamento y subregiones. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En Antioquia (sin Medellín), el porcentaje de participación en programas de AF fue mayor en hombres, 19,7%(IC 95% 16,8-22,5), que en mujeres, 14,7%(IC 95% 12,0-17,3); y en adultos de 18 a 29 años,32,4%(IC 95% 26,7-38,1), que en adultos de 30 a 49 años,14,2%(IC 95% 11,6-16,8), y de 50 a 64 años, 9,9%(IC 95% 7,7-12,1) (Tabla 45). Se observó una tendencia a aumentar la participación en programas de AF con el aumento en el nivel educativo: preescolar o sin estudios,6,1%(IC 95% 3,9-8,2), primaria, 14,8%(IC 95% 10,9-18,8), secundaria, 19,9%(IC 95% 16,2-23,6), estudios superiores,28%(IC 95% 23,0-32,9);el aumento del estrato socioeconómico: estrato uno, 13,7%(IC 95% 10,1-17,3), dos,15,6%(IC 95% 13,0-18,2), y tres, 23%(IC 95% 18,4-27,5) (Tabla 45). De los adultos que no habían participado en los programas de AF, el 40,1% (IC 95% 37,4-42,8) respondió que no conocía la oferta de los programas.

- **Uso de la bicicleta**

En Antioquia (sin Medellín), el 10,2% (IC 95% 8,9-11,6) de los adultos respondió que había utilizado la bicicleta durante la semana previa a la encuesta. Un porcentaje ligeramente superior de adultos del área urbana, 11,4%(IC 95% 9,5-13,2), que rural,8,3%(IC 95% 6,4-10,1), dijo haber utilizado la bicicleta. Se observó un porcentaje mayor de adultos que habían utilizado la bicicleta en las regiones de Urabá, 15,1%(IC 95% 11,4-18,8), y Magdalena Medio, 14,9% (IC 95% 10,4-19,3). Los menores porcentajes se encontraron en Valle de Aburrá, 8,7% (IC 95% 6,3-11,1), y Bajo Cauca, 10% (IC 95% 6,2-13,8) (Tabla 45).

En Antioquia (sin Medellín), el porcentaje de uso de la bicicleta fue mayor en hombres, 16,9% (IC 95% 14,3-19,5), que en mujeres, 5,7% (IC 95% 4,4-7,1); y en adultos de 18 a 29 años, 15,3% (IC 95% 11,9-18,8), que en los de 30 a 49 años, 11,7% (IC 95% 9,3-14,0), y 50 a 64 años, 5,8% (IC 95% 4,3-7,3). Se observó una ligera tendencia al aumento del uso de la bicicleta con el incremento del nivel educativo: preescolar o sin estudios, 7,3% (IC 95% 4,7-9,8), primaria, 8,4% (IC 95% 6,3-10,5), secundaria, 11,8% (IC 95% 9,1-14,5), estudios superiores, 14,6% (IC 95% 10,9-18,3). El uso de la bicicleta fue similar en adultos de los estratos uno, dos y tres (Tabla 45).

- **Fuerza prensil en adultos**

En Antioquia, el promedio de fuerza prensil en adultos fue de 30,9 kg, con un promedio de 40,2 kg en hombres y 24,4 kg en mujeres. Los promedios de fuerza prensil fueron similares en adultos del área rural (31,8 kg) y urbana (30,4 kg). No se observaron diferencias grandes en el promedio de fuerza prensil en los adultos del departamento, por estrato socioeconómico o nivel de educación (Anexo 53).

- **Comportamiento sedentario en adultos**

En Antioquia, el 50% (mediana) de los adultos presentaron 4 horas o más de comportamiento sedentario en un día típico, sumando el tiempo que pasan las personas sentadas o recostadas en el trabajo, en la casa, en los desplazamientos o en las actividades con amigos. La mediana de tiempo sedentario fue de 4 horas en el área urbana y de 3,5 horas en el área rural. La mediana de tiempo sedentario fue mayor en Urabá (5 horas), y fue menor en Oriente y Suroeste (3 horas). No se observaron diferencias en la mediana de tiempo sedentario entre hombres y mujeres, ni entre los grupos de edad analizados (Anexo 54).

3.2.3. Subcomponente de evaluación nutricional por indicadores bioquímicos en la población de Antioquia (sin Medellín), 2019.

Se evaluaron en total 615 niños y niñas de edades entre los seis meses y los cinco años; 211 niños y niñas de seis a diez años; 200 niños y niñas de once a 18 años; 233 adultos mayores; 58 mujeres gestantes, y 138 madres lactantes. Por disposiciones metodológicas (ver Capítulo 1), en las tablas de resultados se reportan los tamaños muestrales ponderados (N).

3.2.3.1. Anemia y deficiencia de hierro

La Tabla 46 y la Tabla 47 muestran la distribución de hemoglobina (Hb) y prevalencia de

anemia; la distribución de ferritina sérica (FS), la proporción de anemia por deficiencia de hierro y de deficiencia de hierro sin anemia en los grupos de estudio, respectivamente; desagregado por algunas variables sociodemográficas de interés. En el caso de los niños y niñas de seis meses a cinco años, 55,5% (IC 95% 38,4-72,7) de las anemias corresponde a anemia por deficiencia de hierro (anémicos con ferritina baja), además, 43,3% (IC 95% 36,5-50,1) de los individuos presentaron deficiencia de hierro, sin anemia (ferritina baja en individuos no anémicos). Debido a los asuntos propios de la expansión utilizada en el estudio, no es posible reportar el porcentaje de anemias que corresponden a deficiencia de hierro, ni de deficientes de hierro sin anemia en los otros grupos de edad. Sin embargo, por sexos, la proporción de individuos con deficiencia de hierro sin anemia fue del 36,5% (IC 95% 29,5-43,5) en hombres y 35,1% (IC 95% 29,1-41,1) en mujeres. De otro lado, el 43,3% (IC 95% 30,3-56,4) de los hombres presentaron anemia por deficiencia de hierro, proporción muy cercana a la obtenida en mujeres, 46,5% (IC 95% 33,8-59,4). Es importante tener en cuenta que en las mujeres gestantes y madres lactantes (grupos en los cuales el estudio es exploratorio; ver Capítulo 1, los datos muestran una proporción de mujeres con anemia de 48,4% (IC 95% 30,8-66,1) y 21,7% (IC 95% 14,0-29,5), respectivamente.

3.2.3.2. Presencia temprana de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la alimentación y la nutrición.

En los niños y niñas de once a 18 años, la proporción de individuos con valores aceptables en variables del perfil lipídico fue: CT 65% (IC 95% 54-76), cHDL 53% (IC 95% 44-62), cLDL 72% (IC 95% 61-82), TG 59% (IC 95% 51-68) y glucosa en suero 95% (IC 95% 90-100). En la Tabla 48 se muestran los índices e indicadores de riesgo cardiovascular desagregados por sexo y algunas variables sociodemográficas de interés; se evidencia que según el índice de riesgo evaluado entre 16% (índice TG/cHDL) y 52% (índice TG/cLDL) de los niños y niñas, presentaron valores de riesgo metabólico.

3.2.3.3. Deterioro en el estado de la capacidad física de los adultos mayores.

La Tabla 46 muestra la prevalencia de anemia reportada para los adultos mayores y la Tabla 49, la distribución de la vitamina D en suero y las proporciones de individuos que presentan valores deficientes, insuficientes y adecuados; en ambos casos, desagregados por algunas variables sociodemográficas de interés. Ninguno de los individuos evaluados

presentó valores que lo clasificaran dentro de la categoría de toxicidad por vitamina D. En relación con las variables sociodemográficas, se encontró mayor proporción de individuos en la categoría de insuficiente de sexo masculino, residente en área rural y habitante de un hogar con inseguridad alimentaria.

3.2.4. Subcomponente de evaluación de consumo de alimentos. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Para este subcomponente se entrevistaron 4.382 antioqueños, distribuidos en todos los grupos de edad y estados fisiológicos, a lo largo de los siete días de la semana para permitir estimar la variabilidad interindividual. Adicionalmente, del total de los encuestados se seleccionaron 1.215 (28%) para un segundo recordatorio de 24 horas, distribuidos en los grupos de edad, realizados en días no consecutivos y con un espacio intermedio no mayor a siete días para ajustar la variabilidad intraindividual (13).

3.2.4.1. Frecuencia y cantidad promedio de los alimentos ingeridos

A partir de los alimentos reportados en el primer recordatorio se obtuvo una frecuencia simple, donde se ordenaron de mayor a menor y se presentaron en porcentaje de individuos y cantidad promedio de consumo los primeros 50 alimentos.

Dentro de los alimentos más consumidos estuvieron, en primer lugar, el aceite vegetal (90,9%), aunque es de destacar que la cantidad promedio ingerida es poca y corresponde a una cuchara postrera (3,8 g); el arroz ocupó el segundo lugar (88,3%, promedio 83 g); el agua, el tercero (65,1%, promedio 492,1 cc); la panela, el cuarto (62,1%, promedio 25,5 g); el azúcar, el quinto (57,1%, promedio 7,4 g); los huevos, el sexto (54,3%, promedio 48,1 g), y el plátano, el séptimo (50,7%, promedio 102 g), siendo en términos generales estos alimentos muy similares por área, sexo y grupos poblacionales (Tabla 50).

El 23,6% de los individuos reportó el consumo de algún complemento o suplemento, siendo mayor en las mujeres en periodo de gestación, donde 67,7% reportó el consumo de suplementos. Sin embargo, solo 12,9% de las mujeres en periodo de lactancia manifestó su consumo.

Las bebidas azucaradas se encontraron en el puesto 16, consumidas por 27,9% de los individuos, en un promedio de 197,6 cc. En los jóvenes de 14 a 18 años estas bebidas ascendieron al puesto diez dentro de los alimentos más consumidos (promedio 233,9 cc). Por otro lado, las bebidas alcohólicas fueron reportadas por 2,8% de los individuos (promedio

706 cc) y estuvo presente a partir de los 14 años.

Los principales alimentos fuentes de proteína que consumieron los antioqueños fueron huevo; leche líquida en el puesto diez (43,7%, promedio 125,3 cc); carne de res, puesto 13 (32,7%, promedio 36,7 g); queso, en el puesto 15 (29,8%, promedio 33,5 g); pollo en el 18 (23,6%, promedio 49,1 g), y fríjol, en el puesto número veinte (21,5%, promedio 81,8 g) (Tabla 50).

Dentro de los alimentos fuente de grasa reportados estuvo el aceite en los primeros lugares, seguido de la grasa vegetal (23,3%, promedio 3,3 g) y la grasa de origen animal (8,4%, promedio 3,6 g) (Tabla 50).

En el consumo de frutas y verduras, se encontró el primer alimento en el puesto número 21, tomate, el cual fue consumido por 20,2% de los individuos (promedio 30,2 g), seguido de la cebolla cabezona (15,8%, promedio 17,7 g), y la zanahoria (15,5% promedio 18,4g). La primera fruta reportada aparece en el puesto 24 y es el limón (16,7%, promedio 14,1 g), seguido del tomate de árbol (10,9%, promedio 45,4 g), el mango (9,8%, promedio 75,9 g), la guayaba (7,5%, promedio 59,4 g) y el banano (7,3%, promedio 70,1 g) (Tabla 50).

Con relación a los tiempos de comida, se observó que aproximadamente el 93% de la población realizó las tres comidas principales, y un porcentaje importante de individuos consumió “entrecomidas”. A la pregunta que indagaba si los alimentos registrados en el recordatorio correspondían a su ingesta habitual, 86% de las personas contestaron que sí; además, 27,9% aseguraron ser beneficiarios de algún programa gubernamental y 7,2% de los individuos dijo adicionarle sal a los alimentos al momento de ingerirlos.

3.2.4.2. Distribución de la ingesta de energía (cal) y macronutrientes y su adecuación por total de la población, área, sexo, grupos poblacionales y estado fisiológico.

- **Energía**

La energía constituye el insumo necesario para que el ser humano desarrolle sus procesos biológicos con normalidad, esta proviene de los carbohidratos, la grasa, la proteína y el alcohol. Un exceso o un déficit en el consumo se reconoce como malnutrición y, aunque no se puede establecer una relación directa, esto se ve reflejado en un déficit o exceso de peso corporal, donde también intervienen factores ambientales, genéticos, entre otros.

A partir de los factores de Atwater (1 gramo (g) de proteína igual 4 calorías (cal), 1 g de carbohidrato igual a 4 cal, 1 g de grasa igual a 9 cal y 1 g de alcohol igual a 7 cal) se determinó la cantidad de energía metabolizable ingerida. Para cada individuo se estableció la recomendación energética deseable (RED), la cual se realiza mediante cálculos para cada

grupo de edad y estado fisiológico, basados en la metodología de las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) (14).

Para establecer la prevalencia de riesgo de deficiencia o exceso en el consumo se obtuvo el cociente de la división entre la cantidad ingerida y la estimación del requerimiento individual, estableciendo así la proporción de individuos con ingesta inferior al 90% y la proporción de los que ingirieron más de 110% de la energía total requerida.

El análisis de los resultados encontrados en el departamento de Antioquia mostró que 56,1% (IC 95% 54,5-57,7) de la población tuvo riesgo de deficiencia en la ingesta usual de energía, con una ingesta media de 1.782,6 cal (IC 95% 1.763,1-1.802,1) y que 21,7% (IC 95% 19,5-23,9) estuvo por encima del 110% del rango aceptable de distribución de macronutrientes (Acceptable Macronutrients Distribution Range, AMDR) recomendado para las calorías. EL área rural presentó mayor riesgo de deficiencia, 60,3% (IC 95% 57,4 - 63,2), al igual que las mujeres respecto a los hombres, 59,6% frente a 51,8% (IC 95% 57,2-62,0; 49,4-54,2, respectivamente).

Por grupos de edad los niños de dos a tres años presentaron la mayor inadecuación de energía con los valores más bajos de riesgo de deficiencia, 10,4% (IC 95% 2,6-18,2), y más altos de riesgo de exceso, 69,7% (IC 95% 61,5-77,9), en la ingesta usual de energía. Los jóvenes de 14 a 18 años, y a partir de los 31 años, el porcentaje de riesgo de deficiencia superó el 60%. Con respecto a las mujeres en periodo de gestación y lactancia, este porcentaje sobrepasó el 70% (Tabla 51).

- **Macronutrientes**

- **Proteínas**

Son el constituyente principal de las células, las enzimas, los transportadores de membrana, el cabello, las uñas y los huesos; además, los aminoácidos sirven como precursores de otros compuestos esenciales para la vida. Una dieta adecuada debe garantizar el consumo de proteínas en cantidad y calidad óptimas, al igual que un respaldo calórico no proteico para lograr un buen funcionamiento y mantenimiento del organismo.

Para obtener la proporción de individuos con inadecuación en la ingesta usual de proteínas se cuantificó la cantidad consumida en cada uno de los recordatorios, se determinó el requerimiento individual ajustado por calidad biológica de la proteína y se obtuvo un cociente de la división entre la cantidad ingerida y el requerimiento individual. La prevalencia de inadecuación en el consumo se obtiene con cocientes de ingesta habitual menores a 1.

Para el total de la población y para los niños de dos a tres años no fue posible ajustar los datos para obtener las prevalencias de riesgo de deficiencia en la ingesta de este nutriente.

Por otro lado, dicha prevalencia fue similar en el área urbana, 46% (IC 95% 44,2-47,8), y rural,

52,1% (IC 95% 49,7–54,5); fue mayor en las mujeres, 51,2% (IC 95% 49,2–53,2); y a medida que se ascendió en los grupos de edad la prevalencia fue aumentando, siendo la más alta en los adultos mayores, 73,5% (IC 95% 67,6–79,4). En mujeres en periodo de gestación y lactancia los valores fueron más altos que en el resto de la población, 87,3% (IC 95% 70,4–100,0) y 91,4% (IC 95% 80,8–100,0), respectivamente (Tabla 51).

Para realizar el análisis global de las proteínas se tomaron como referencias las RIEN y se encontró que 68,3% (IC 95% 65,2–71,4) de los antioqueños consume menos del %AMDR de proteína recomendado (Tabla 51).

En general se evidencia un alto porcentaje de individuos que no consumió la cantidad de proteínas necesaria para cumplir las demandas propias de su ciclo vital, siendo los valores más altos de inadecuación en las mujeres en periodo de gestación 73,3% (IC 95% 70,3–76,1) y lactancia 91,6% (IC 95% 74,0–100,0) (Tabla 51).

La media del consumo de proteína fue de 56,2 g (IC 95% 55,6–56,8), los mayores de setenta años presentaron la media más baja en la población, 47,9 g (IC 95% 46,4–49,4) (Tabla 51).

♦ **Grasa total y grasa saturada**

El exceso de grasas está asociado con enfermedad cardiovascular, obesidad, hipertensión y diabetes, pero un consumo deficiente tiene consecuencias negativas para la salud, ya que se limita la absorción de vitaminas liposolubles y el aporte de ácidos grasos esenciales, nutrientes indispensables para el crecimiento, desarrollo cognitivo, formación de eritrocitos, entre otros(102,103).

Para estos nutrientes se cuantificó la cantidad consumida en gramos y el %AMDR que aportaron a cada individuo, los puntos de corte fueron los establecidos para Colombia en las RIEN.

Con respecto a la grasa total, se evidenció que los porcentajes fueron similares: por debajo, 11,5% (IC 95% 8,0–15,0); y por encima, 7,2% (IC 95% 4,1–10,3), de los valores de referencia. El 46,8% (IC 95% 38,4 – 55,2) de los niños de dos a tres años consumieron menos del %AMDR recomendado de este nutriente. En general, por grupo de edad, los porcentajes de individuos que consumieron más del %AMDR de las grasas fueron menores al 10%, excepto los niños de cuatro a ocho años, en cuyo caso este porcentaje ascendió a 14,1% (IC 95% 1,4–26,8). La media del consumo de grasa total fue 55 g (IC 95% 54,2–55,8) (Tabla 51).

Aunque 81,3% de los individuos encuestados consumió la cantidad de AMDR recomendada para la grasa total, la calidad de esta no es la indicada, ya que 64,8% (IC 95% 62,3–67,3) consume más del %AMDR recomendado para la grasa saturada. Este porcentaje fue mayor en el área urbana, 72,2% (IC 95% 68,5–75,9); con respecto a la rural, 50,7% (IC 95% 47,4–54,0). A medida que disminuyó la edad, el porcentaje por encima del valor de referencia aumentó hasta llegar a 95% (IC 95% 86,6 – 100,0) en los niños de dos a tres años. La media del consumo de grasa saturada fue de 22,8 g (IC 95% 22,5–23,1) (Tabla 51).

♦ Carbohidratos

Estos componen la mayor proporción dentro de la energía recomendada, son marcadores celulares, aportan glucosa y son componentes estructurales de las células. Aunque son indispensables para la vida, su exceso se convierte en grasa y aumenta el peso corporal. Las principales fuentes de este nutriente son los cereales, las raíces, los plátanos, los tubérculos y los dulces.

Para este nutriente se cuantificó la cantidad de gramos ingeridos y el porcentaje que aportó a la energía total en cada individuo. Se tomaron como puntos de corte los establecidos en las RIEN.

En relación con los resultados encontrados en el departamento de Antioquía, 21,9% (IC 95% 18,4–25,4) de los individuos consumen más del %AMDR. Es mayor el porcentaje en el área rural, 36,1% (IC 95% 31,8–40,4); es similar en hombres, 24,9% (IC 95% 20,0–29,8), y mujeres, 19,7% (IC 95% 14,8–24,6); y por grupos de edad a partir de los nueve años aumentó este porcentaje hasta llegar a 44,8% (IC 95% 39,9–49,7) en los adultos mayores de setenta años. La media de la ingesta de carbohidratos fue 261,1 g (IC 95% 258,3–263,9) (Tabla 51).

• Fibra

En la fibra dietaria se considera la soluble e insoluble, su consumo se relaciona con mejor tránsito intestinal, disminución del estreñimiento, menor índice glicémico y colesterol sanguíneo (104).

No se ha establecido un valor de requerimiento promedio estimado (EAR), por esta razón, el análisis se realiza considerando que los individuos que se encuentran por encima del valor de ingesta adecuada (AI) presentan bajo riesgo de deficiencia de fibra.

Los resultados muestran que el 0,8% (IC 95% 0,0–1,6) de los individuos tuvieron bajo riesgo de deficiencia en la ingesta usual de fibra, sin diferencias por área, sexo y grupos de edad. La media de consumo fue 12,6 g (IC 95% 12,4–12,8); fue más alto el consumo en los hombres, 14,4 g (IC 95% 14,1–14,7); en el área rural, 13,3 g (IC 95% 13,0–13,6); y por grupos de edad, la media más alta la tuvieron los jóvenes de 14 a 18 años, 14,9 g (IC 95% 14,4–15,4) (Tabla 51).

3.2.4.3. Distribución del consumo de energía, según el grado de procesamiento de alimentos.

Los alimentos reportados fueron agrupados según clasificación Nova

- a. Alimentos naturales o mínimamente procesados
- b. Ingredientes culinarios procesados
- c. Alimentos procesados
- d. Alimentos ultraprocesados

Posterior a la agrupación de los alimentos se realizó una descripción de la distribución del consumo de energía total, según el grado de procesamiento de estos alimentos, encontrando que: en la población antioqueña el 57% de la energía promedio total consumida por los individuos proviene de los alimentos naturales o mínimamente procesados, el 19% de los ingredientes culinarios, y el 24% de los alimentos procesados o ultraprocesados (9% y 15%, respectivamente) (Gráfico 20).

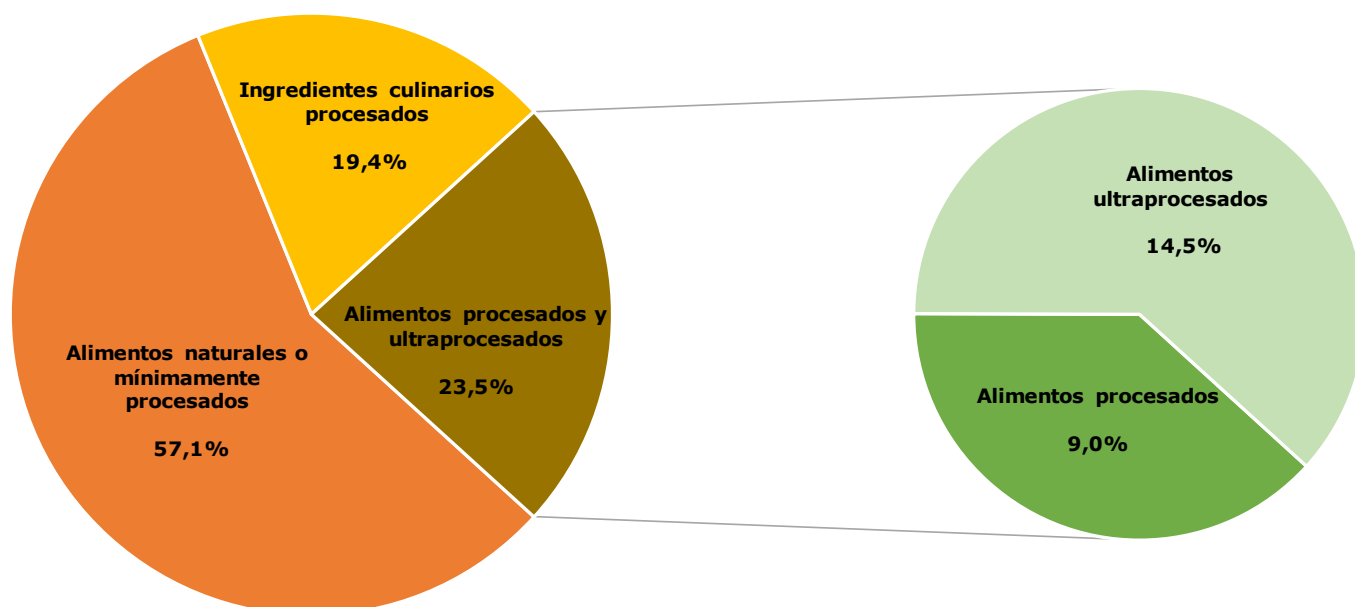


Gráfico 20. Distribución del consumo de energía, según el grado de procesamiento de alimentos. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Con respecto al grupo de los alimentos naturales o mínimamente procesados: los cereales, plátanos, raíces y tubérculos, 29,2% (IC 95% 28,5–29,9); las carnes, 7,9% (IC 95% 7,6–8,3); la leche y el yogur, 5,5% (IC 95% 5,2–5,8); los huevos, 4,3% (IC 95% 4,0–4,6), y otros alimentos mínimamente procesados, 4,6% (IC 95% 4,3–4,9). Bebidas como el café, el chocolate y el té representan los alimentos con mayor aporte al consumo total de energía, seguido por las frutas, 2,3% (IC 95% 2,1–2,4); frijoles, leguminosas y legumbres, 1,2% (IC 95% 1,0–1,4); y frutas y

verduras ricas en vitamina A, 1,2% (IC 95% 1,0–1,3). Por otra parte, se presenta bajo consumo (menor al 1%) en otros vegetales y el subgrupo de nueces y semillas (Tabla 52).

Con respecto a los ingredientes culinarios, el azúcar añadido tuvo el mayor aporte a la energía promedio total consumida, 11,7% (IC 95% 11,1–12,2), seguido de los aceites vegetales, 7,6% (IC 95% 7,3–7,8). La grasa animal y otros ingredientes culinarios representaron un bajo consumo (menor al 1%) (Tabla 52).

En el grupo de alimentos procesados, aquellas preparaciones culinarias con alto contenido de grasa y/o azúcar representaron el mayor porcentaje al consumo de energía total, 3,2% (IC 95% 2,8–3,5), seguido de los quesos, 2,6% (IC 95% 2,4–2,8) y panadería fresca sin empacar, 1,6% (IC 95% 1,3–1,8). El aporte energético de los alcoholes fermentados, carnes enlatadas y ahumadas, frutas y verduras en conserva, y otros alimentos procesados fue cercano a menos del 1% (Tabla 52).

Los alimentos ultraprocesados aportan el 14,5% del promedio de la energía total consumida por los individuos. Dentro de este grupo, los alimentos que representan un mayor aporte son los panes industrializados, 5,2% (IC 95% 4,9–5,5); las bebidas azucaradas, 2,3% (IC 95% 2,1–2,4); las carnes procesadas, como embutidos, 1,9% (IC 95% 1,7–2,1), y snacks dulces y salados, 1,3% (IC 95% 1,1–1,5). Las bebidas lácteas, las preparaciones comerciales en sobre, los cereales para el desayuno y otros alimentos ultraprocesados tuvieron un aporte cercado al 1% (Tabla 52).

3.2.4.4. Determinantes sociodemográficos en el consumo de alimentos, según grado de procesamiento.

Al realizar una descripción del porcentaje de energía proveniente de los alimentos, según grado de procesamiento, y teniendo en cuenta determinantes sociodemográficos como sexo, área de residencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, edad, y variables como el estado fisiológico, se observa que los alimentos naturales o mínimamente procesados representan el mayor consumo de acuerdo a todas las variables establecidas. Los participantes de cincuenta a setenta años, y mayores de setenta años (62,8% y 63,6%, respectivamente) presentaron el mayor consumo de los alimentos mínimamente procesados, así como las mujeres que se encontraban en periodo de gestación (60,1%); los individuos que viven en el área rural (58,8%); aquellos con un nivel educativo de preescolar o sin estudios (58,6%); y la posición económica baja (58%). Los niños y adolescentes entre los cuatro y los 18 años presentaron el menor porcentaje de consumo de los alimentos naturales o mínimamente procesados (52% o menos) (Gráfico 21).

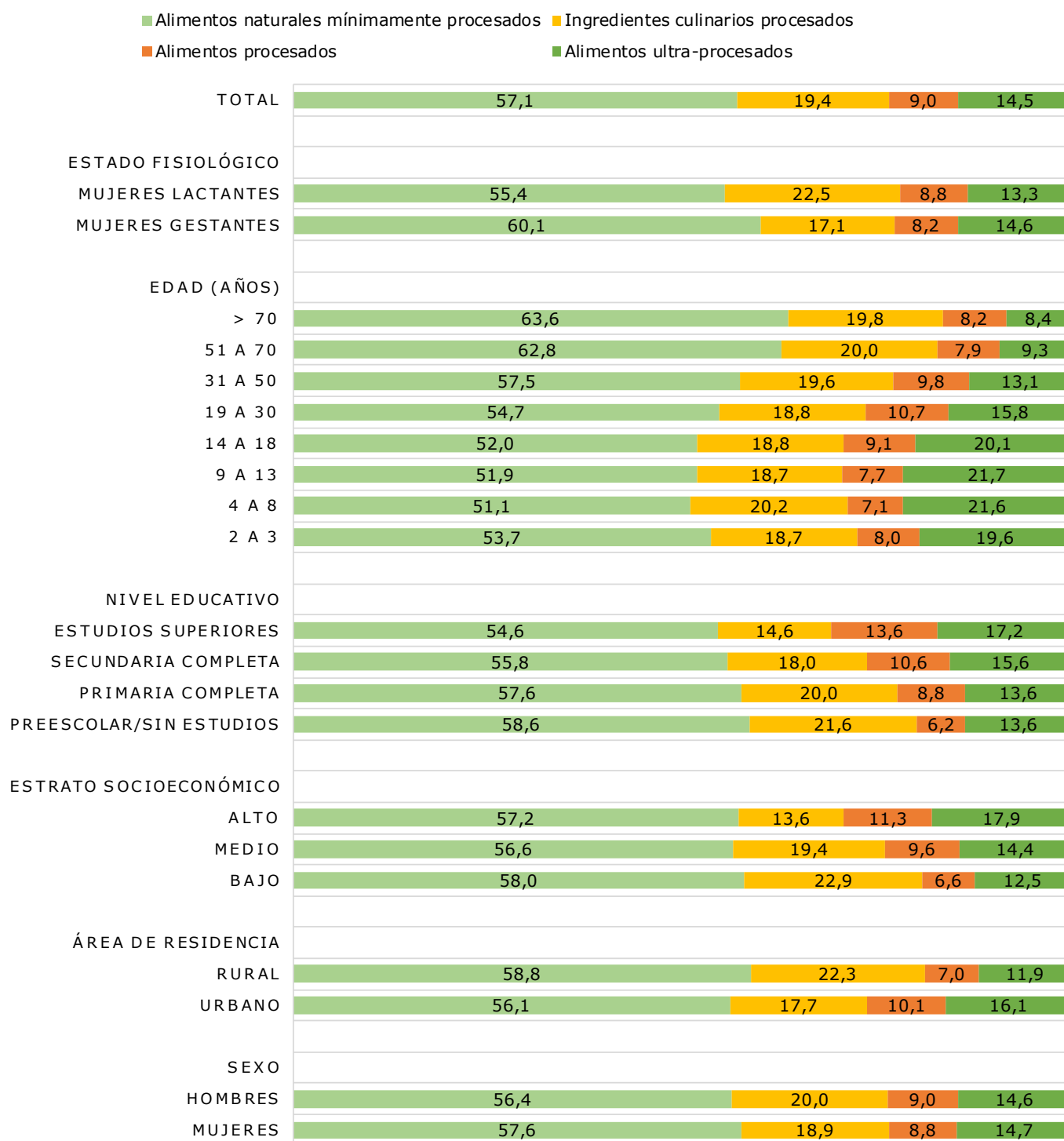


Gráfico 21. Determinantes sociodemográficos en el consumo de alimentos, según grado de procesamiento. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En los ingredientes culinarios procesados, la posición económica baja representó el mayor consumo (22,9%) y, por el contrario, la posición económica alta el menor consumo (13,6%). Se observaron diferencias por área de residencia rural (22,3%) y urbana (17,7%); y por nivel educativo, donde el consumo disminuyó con el aumento de este (Gráfico 21).

El consumo de los alimentos procesados fue mayor en los individuos con un nivel educativo superior (22,9%). Se encontraron diferencias por área de residencia rural (7%) y urbana (10,1%); por nivel educativo y estrato socioeconómico, donde el consumo disminuyó con el aumento de estos determinantes. Según grupos de edad, los participantes entre los cuatro y los ocho años tuvieron el menor porcentaje de consumo (7,1%), y el grupo entre los 19 y los 30 años presentó el mayor (10,7%) (Gráfico 21).

En el caso de los alimentos ultraprocesados, se encontraron diferencias en el consumo por edad, área de residencia, estrato socioeconómico y nivel de educación. El grupo de edad entre los dos y los 18 años tuvo los mayores consumidores de alimentos ultraprocesados (entre 19,6% y 21,7%), observando, además, que el consumo disminuyó con el aumento de edad, siendo menor en los mayores de setenta años (8,4%). Los participantes con un estrato socioeconómico alto presentaron mayor consumo de estos productos (17,9%), así como los de un nivel educativo con estudios superiores (17,2%) y el área residencial urbana (16,1%) (Gráfico 21).

3.2.4.5. Prevalencia de riesgo de deficiencia en la ingesta usual de hierro, calcio, zinc, vitamina C, vitamina A, folatos y vitamina B12.

Para establecer la proporción de la población que se encontró a riesgo de deficiencia en el consumo de vitaminas y minerales, se utilizaron los requerimientos establecidos en las RIEN de EAR, se obtuvo un cociente de la división del consumo/requerimiento y se consideraron en riesgo aquellos que estuvieron por debajo del.

El organismo necesita pequeñas cantidades de vitaminas y minerales, algunos no pueden ser sintetizados y deben incluirse en la alimentación para evitar deficiencias y posibles complicaciones en el funcionamiento óptimo del cuerpo en cualquier etapa del proceso vital humano.

- **Hierro**

Este metal está presente en forma abundante en el cuerpo humano, es uno de los que mayor relevancia tiene por la complejidad de las actividades metabólicas, enzimáticas, de almacenamiento y transporte que realiza. El balance corporal está regulado por mecanismos de

depósitos, recambio y pérdida, y la dieta cumple un papel fundamental en estos procesos (18).

Con respecto a este mineral, 38,3% (IC 95% 36,5–40,1) del total de la población se encontró en riesgo de deficiencia en la ingesta usual, el resultado fue similar por área, las mujeres tuvieron un porcentaje mayor, 46,1% (IC 95% 43,7–48,4), que los hombres, 27,8% (IC 95% 24,9–30,7). Los niños de dos a tres años estuvieron alrededor de cero, 0,6% (IC 95% 0,6–2,0), y en los jóvenes de 14 a 18 años se encontró la prevalencia más alta, 68,1% (IC 95% 56,9–79,3). El riesgo de deficiencia en la ingesta de las mujeres en periodo de gestación fue de 23,2% (IC 95% 5,2–41,1) y de las mujeres en periodo de lactancia, 18,5% (IC 95% 5,4–31,6) (Tabla 53).

La media del consumo de hierro para el total de la población fue de 12mg (IC 95% 11,8–12,2); fue mayor en hombres, 13,1mg (IC 95% 12,8–13,4), que en mujeres, 11,3mg (IC 95% 11,1–11,5), y similar por área. La media más alta la presentaron los adultos de 19 a 30 años, 14,5mg (IC 95% 13,9–15,1), y la más baja, los niños de dos a tres años, 10mg (IC 95% 9,5–10,5) (Tabla 53).

- **Calcio**

Este mineral cumple funciones estructurales y fisiológicas muy importantes para el organismo, es un neurotransmisor muscular, participa en la secreción celular y la coagulación sanguínea, entre otros. Cuando la concentración de calcio disminuye en el líquido intra o extra celular, por deficiencias nutricionales o pérdidas anormales, se activan los mecanismos reguladores para evitar hipocalcémias, impidiendo, entre otras alteraciones, una desmineralización ósea.

En el departamento de Antioquia, 85,1% (IC 95% 82,9–87,3) de los individuos presentaron riesgo de deficiencia en la ingesta de calcio; fue mayor en el área rural, 89,3% (IC 95% 85,8–92,8), y en las mujeres, 89,2% (IC 95% 86,5–91,9). Los niños de dos a tres años presentaron la prevalencia más baja, 30,9% (IC 23,4–38,3), y los niños y jóvenes de nueve a 18 años la más alta, alcanzando valores cercanos a 100%. Ocho de cada diez mujeres en periodo de lactancia presentaron riesgo de deficiencia en la ingesta usual de calcio (Tabla 53).

La media del consumo en el total de la población fue de 548mg (IC 95% 539,0–557,0); en el área rural, 500,9mg (IC 95% 486,5–515,3); siendo el valor medio más bajo, seguido del grupo de edad de 31 a 50 años, 507,9mg (IC 95% 485,9–529,9); de 51 a 70 años, 515,6mg (IC 95% 484,0–537,2); y las mujeres, 519,5mg (IC 95% 509,1–529,9) (Tabla 53).

- **Zinc**

Este mineral cumple funciones reguladoras, estructurales y funcionales. Estabiliza macromoléculas, interactúa con proteínas nucleares y participa en la transcripción genética, crecimiento y reproducción de los seres humanos. La cantidad que está disponible para

la absorción proviene de los alimentos, las secreciones pancreáticas, entre otras, y su biodisponibilidad varía dependiendo de la fuente alimentaria de donde provenga.

Los resultados encontraron una prevalencia de riesgo de deficiencia de 50,9% (IC 95% 36,4–65,4). En la población total del departamento, fue similar en el área urbana, 49,6% (IC 95% 47,8–51,4), y rural, 53,3% (IC 95% 50,7–55,8) y mayor en los hombres, 59,5% (IC 95% 57,3–61,7) con respecto a las mujeres, 43,5% (IC 95% 41,3–45,7). A medida que se ascendió en la edad aumentó el riesgo hasta un valor de 77,3% (IC 95% 72,0–82,6) en los mayores de setenta años. Los niños de dos a tres años presentaron un riesgo cercano a 0,0% (Tabla 53).

- **Vitamina C**

La vitamina C o ácido ascórbico se reconoce por su relación en la prevención del escorbuto, pero tiene una actuación más importante durante el estrés, la infección, y la síntesis y formación de macromoléculas. El consumo de alimentos fuente de esta vitamina con alimentos que contengan hierro aumenta la absorción y biodisponibilidad de este último.

Uno de cada cuatro individuos presentó riesgo de deficiencia en la ingesta de este nutriente; esta cifra fue similar por área y por sexo. En los niños de dos a tres años no se presentó riesgo y a partir de los cuatro años se presentó un riesgo bajo, 4,3% (IC 95% 0,0–10,6), que aumentó hasta llegar a 50,7% (IC 95% 46,0–55,4) en los adultos mayores de setenta años. Las mujeres en periodo de lactancia tuvieron el riesgo más alto de la población, 87,1% (IC 95% 55,1–100,0) (Tabla 53).

La media del consumo fue de 88mg (IC 95% 86,2–89,8), la media más baja de 70,6mg (IC 95% 66,0–75,2) en las mujeres lactantes, y la más alta se dio en las mujeres en periodo de gestación, 114mg (IC 95% 100,1–127,9) (Tabla 53).

- **Vitamina A**

El consumo de esta vitamina favorece el crecimiento, la función inmune, la reproducción, el sistema visual y el desarrollo y mantenimiento del epitelio celular. Se almacena en el hígado y su deficiencia se presenta después de un tiempo prolongado de ingesta inadecuada.

Cerca de la mitad de la población antioqueña presentó riesgo de deficiencia en la ingesta usual de vitamina A. La prevalencia fue mayor en el área rural, 54,3% (IC 95% 51,2–57,4), que en la urbana, 43,9% (IC 95% 41,5–46,2); fue similar entre hombres y mujeres; las menores prevalencias estuvieron en los menores de dos a tres años, 1,3% (IC 95% 0,0–4,0), seguidos de los niños de cuatro y ocho años, 4,2% (IC 95% 0,0–15,4). A partir de los nueve años la prevalencia fue alta, estando entre 19,1% (IC 95% 16,2–22,0) hasta 64,8% (IC 95% 59,3–70,3) en los adultos de 51 a 70 años. Las mujeres lactantes tienen el mayor porcentaje de riesgo de

deficiencia en la ingesta de vitamina A, 90,6% (IC 95% 73,0–100,0) (Tabla 53).

La media en la ingesta fue de 654,6ER (IC 95% 641,4–667,8), fue mayor en el área urbana 708,3ER (IC 95% 690,5–726,1) con relación a la rural 554,3ER (IC 95% 536,6–572,0), y por grupos de edad, la media con mayor valor fue en los niños de dos a tres años 761,2ER (IC 95% 696,1–826,3) (Tabla 53).

- **Folatos**

Su participación es fundamental en reacciones de óxidoreducción, replicación celular y mantenimiento y equilibrio de algunas sustancias oxidativas. Este nutriente es altamente sensible a perderse en la manipulación y cocción de alimentos.

La prevalencia de riesgo en la ingesta se estableció por medio de los factores de conversión propuestos por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (19), convirtiendo los microgramos de la unidad de medida de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) a microgramosequivalentes de folato dietario (EFD).

En Antioquia se encontró 64,5% (IC 95% 62,3–66,7) de los individuos con riesgo de deficiencia en la ingesta usual de folato; fue similar por área; mayor en las mujeres, 73,3% (IC 95% 69,8–76,8), que en los hombres, 53,1% (IC 95% 50,4–55,8). La menor prevalencia la tuvieron los niños de cuatro a ocho años, 13,4% (IC 95% 1,0–25,7); la mayor, los adultos de 51 a setenta años, 86% (IC 95% 75,8–96,2), y los mayores de setenta años, 85% (IC 95% 77,5–92,4). Las mujeres en estado de lactancia tuvieron la prevalencia de riesgo más alta, 93,6% (IC 95% 75,8–100,0) (Tabla 53).

La media de consumo fue 274mcg EFD (IC 95% 270,1–277,9); la media más baja se presentó en los mayores de setenta años, 221,4mcg EFD (IC 95% 212,4–230,4); y la más alta en los individuos de 19 a 30 años, 348,8mcg EFD (IC 95% 337,0–360,6) y en las mujeres en periodo de gestación, 1095,1mcg EFD (IC 95% 961,2–1229,0) (Tabla 53).

- **Vitamina B12**

La anemia megaloblástica se presenta en mayor proporción por una deficiencia de vitamina B12, de ácido fólico o de ambos. Este micronutriente, además de participar en la prevención de este tipo de anemia, ayuda en el normal desarrollo del cerebro, el sistema nervioso y la formación de varias proteínas.

No se obtuvo información para hallar la prevalencia de riesgo para el total de la población, se presentan los datos desagregados por grupos de edad y estado fisiológico.

Los niños de dos a tres años no presentaron riesgo de deficiencia en la ingesta de vitamina B12; en los niños de 4 a 8 años fue de 1,7% (IC 95% 0,0–6,4) y aumentó con la edad hasta los adultos de 51 a setenta años, donde tuvo la mayor prevalencia de riesgo de deficiencia,

45,2% (IC 95% 40,7–49,7). Las mujeres en periodo de gestación y lactancia tuvieron un riesgo similar, 31,9% (IC 95% 15,0–48,8) y 43,1% (IC 95% 40,9–45,3), respectivamente (Tabla 53).

La media del consumo más baja fue de 2,8mg (IC 95% 2,7–2,9), encontrada en los niños de cuatro a ocho años. En los adultos de 19 a 30 años se halló la más alta con un valor de 4,2mg (IC 95% 3,9–4,5) (Tabla 53).

3.2.4.6. Perfil de nutrientes de la dieta de los antioqueños, según quintiles de consumo de alimentos ultraprocesados.

El contenido medio en la dieta de nutrientes promotores y protectores de enfermedades crónicas en los quintiles del consumo de alimentos ultraprocesados se presenta en la Tabla 54. Desde el quintil inferior al superior (desde el más bajo al más alto consumo de alimentos ultraprocesados) hubo aumentos en los nutrientes promotores de las enfermedades crónicas: densidad de energía (de 1,79 a 2,30 kcal/g, $\beta = 0,32$), grasas totales (de 24,2 a 29,7%, $\beta = 0,18$) y grasas saturadas (de 10,0 a 12% kcal, $\beta = 0,15$), mientras que hubo disminuciones en nutrientes relacionados con la ganancia de masa muscular y protectores de estas enfermedades: proteína (de 13,5 a 12,3%, $\beta = -0,06$), potasio (de 1.504,1 a 1.188,3 mg/1000 kcal, $\beta = -0,22$) y fibra dietética (de 16,3 a 12,3 g/1000 kcal, $\beta = -0,15$). Ambas tendencias (el aumento de nutrientes promotores de enfermedades crónicas y la disminución de nutrientes protectores de estas enfermedades en los quintiles de consumo de alimentos ultraprocesados) fueron estadísticamente significativas, incluso después de ajustar por posibles factores de confusión sociodemográficos ($P \leq 0.001$).

3.2.5. Subcomponente de la situación alimentaria y nutricional maternoinfantil. Antioquia (sin Medellín), 2019.

La descripción de la información relacionada con las variables del componente maternoinfantil se presenta en términos de proporciones: los N expandidos se encuentran en las tablas correspondientes; los intervalos de confianza (IC), identificados con el símbolo (†) en las tablas de datos, señalan la alta variabilidad de los mismos e indican que la estimación de los resultados no es precisa.

3.2.5.1. Mujeres gestantes

- Factores sociodemográficos y de salud materna**

Del total de mujeres gestantes evaluadas, 87,9% eran mayores de 18 años. La mayoría pertenecía a estrato uno (69,5%) y al área rural (55,6%), tenía secundaria completa o estudios superiores (57,1%), su principal ocupación eran los oficios del hogar (70,9%) y no asistía a programas de alimentación y nutrición (78,4%). En cuanto a los ingresos, 70,9% de los hogares de las gestantes recibía un salario mínimo o menos. En relación con la seguridad alimentaria, 87,8% de las mujeres vivía en hogares con inseguridad, de los cuales 53,4% presentaron inseguridad leve (Tabla 55) (Gráfico 22). La mayoría estaba asistiendo al programa de control prenatal, 89,5% (IC 95% 79,6-99,4), ingresó al mismo en el primer trimestre de gestación, 77% (IC 95% 63,1-90,9), y tuvo embarazos previos, 59,8% (IC 95% 43,2-76,3) (Tabla 56).

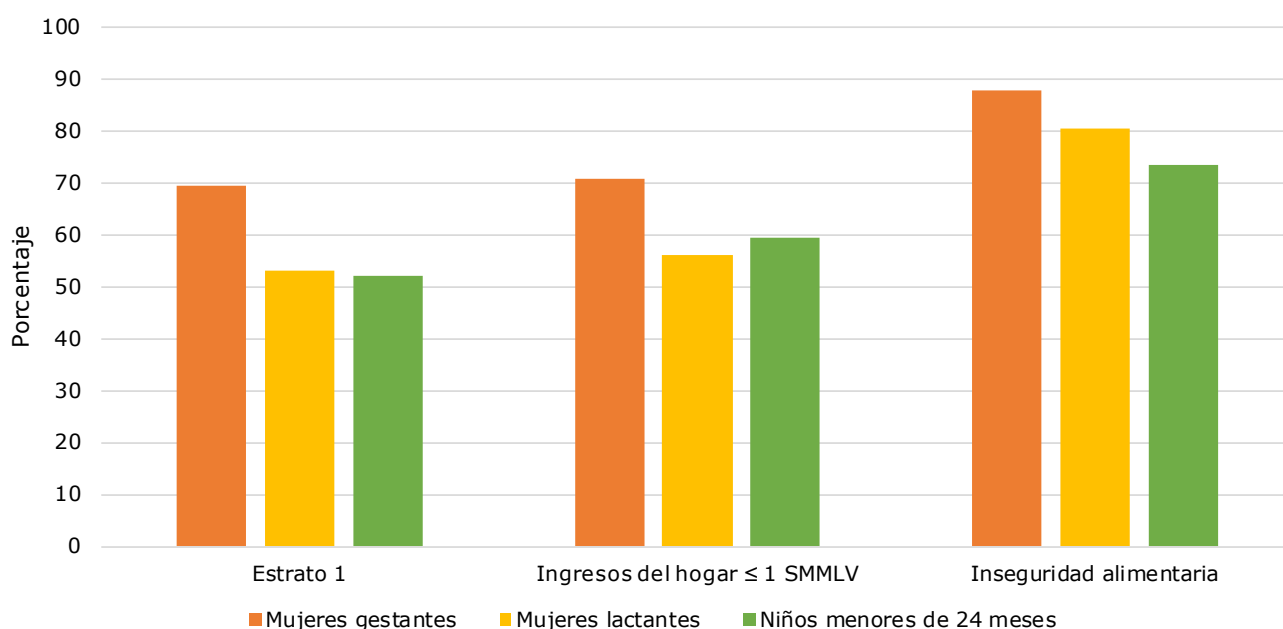


Gráfico 22. Principales factores sociodemográficos del grupo materno-infantil. Antioquia (sin Medellín), 2019.

- Estado nutricional**

Respecto a los indicadores antropométricos de las gestantes evaluadas, 45,1% (IC 95% 27,2-63,1) presentó exceso de peso pregestacional y 53,6% (IC 95% 39,0-68,2) peso adecuado. Al momento de la evaluación, 48,6% (IC 95% 30,9-66,3) de las mujeres presentó exceso de peso y el peso adecuado disminuyó a 35,8% (IC 95% 22,3-49,4) (Tabla 57) (Gráfico 23).

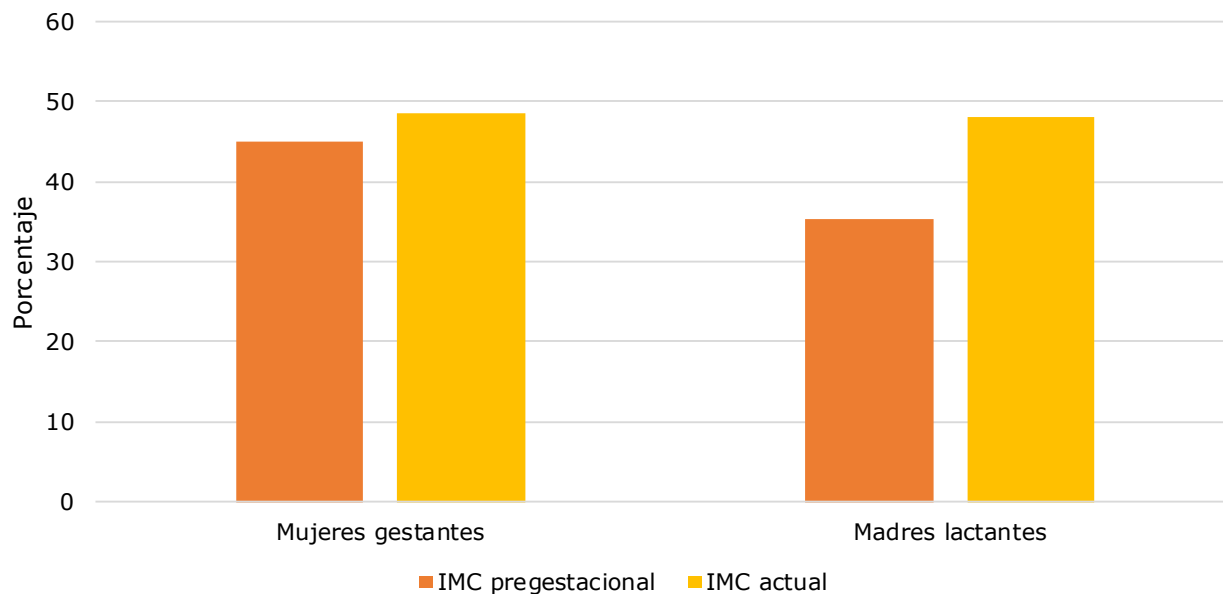


Gráfico 23. Proporción de exceso de peso en las mujeres gestantes y madres lactantes del departamento. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En cuanto al estado nutritivo del hierro, 48,4% (IC 95% 30,8-66,1) de las gestantes con datos de hemoglobina presentó anemia y 66,5% (IC 95% 50,4-82,6), deficiencia de hierro (Tabla 58) (Gráfico24).

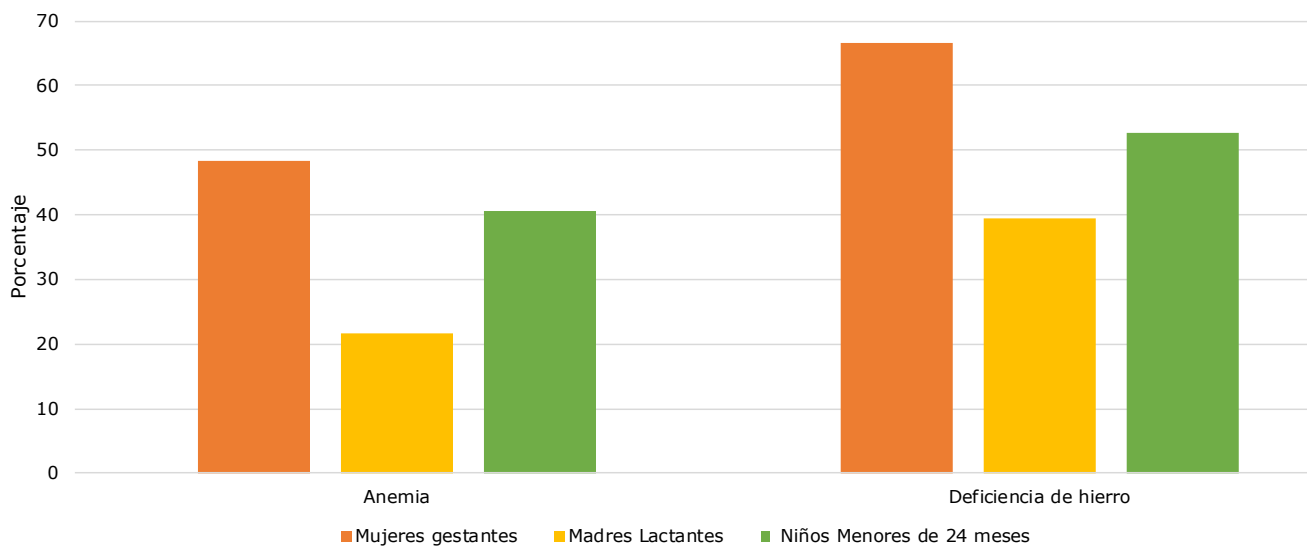


Gráfico 24. Proporción de anemia y deficiencia de hierro en el grupo materno-infantil. Antioquia (sin Medellín), 2019.

3.2.5.2. Madres lactantes

- **Factores sociodemográficos y de salud materna**

De las mujeres lactantes incluidas en el estudio, 89,3% tenía 19 años o más; 33,9% (IC 95% 23,9-44,0) tuvo el parto cinco meses antes de la encuesta; 37,1% (IC 95% 22,6-51,6) entre seis y once meses antes y 29% (IC 95% 19,6-38,3) entre doce y 23 meses, previos a la encuesta. La mayoría de las mujeres pertenecía al área urbana (61,2%), al estrato uno (53%), tenía secundaria o estudios superiores (62,4%), se había dedicado en el último mes a los oficios del hogar (64,5%) y no asistía a programas de alimentación y nutrición (88,9%). Del total de mujeres con ingresos por concepto de trabajo, 77,5% recibió un SMLMV o menos; 56,2% de las lactantes vivía en un hogar con ingresos iguales o inferiores a un SMLMV y con inseguridad alimentaria (80,6%), siendo la forma leve la más común (50,7%), seguida por la moderada (17,2%) (Tabla 55) (Gráfico 22).

Casi la totalidad de las mujeres, 99% (IC 95% 96,5-101,5) tuvo partos a término (semana 37 de gestación o más). De los recién nacidos de las lactantes evaluadas, 33,7% (IC 95% 21,0-46,5) tuvo un peso inferior a 3000 g (Tabla 56).

- **Estado nutricional**

Respecto al IMC previo a la gestación, 35,3% (IC 95% 26,1-44,6) de las madres lactantes presentó exceso de peso y 61,2% (IC 95% 46,5-75,8) estuvo en normalidad. En quienes se evaluó el IMC, se encontraron proporciones similares de normalidad y exceso de peso (49,9% IC 95% 37,4-62,5 y 48,1% IC 95% 35,3-60,9, respectivamente) (Figura 2). De este último, el sobrepeso correspondió a 32,9% y la obesidad a 15,3%. Se encontró remanente de peso posparto adecuado (hasta 5 kg) en 42% (IC 95% 29,2-54,8) de las madres lactantes; 27,8% (IC 95% 18,1-37,5) tuvo pérdida de peso en este periodo, y 21,6% (IC 95% 7,6-35,6) presentó una retención de peso entre 5,1 kg y 10 kg (Tabla 57). En relación al estado nutritivo del hierro, 21,7% (IC 95% 14,0-29,5) de las mujeres lactantes presentó anemia y 39,5% (IC 95% 28,4-50,5) presentó deficiencia de hierro (Tabla 58).

3.2.5.3. Niños menores de 24 meses

- **Factores sociodemográficos**

En los niños menores de 24 meses evaluados, 18,6% tenía entre cero y cinco meses; 24%, entre seis y once meses, y 57,4%, entre doce y 23 meses. Se encontró mayor proporción de género masculino (59%), que pertenecía al área urbana (59,5%), al estrato uno (52,2%) y no asistía a programas de alimentación y nutrición (63,2%). La proporción de niños que vivían en hogares con ingresos de un SMLMV o menos fue 59,6% y pertenecían a hogares con inseguridad alimentaria 73,6%, siendo más frecuente la inseguridad leve (44,5%) (Tabla 55) (Gráfico 22).

• **Estado nutricional**

El peso promedio de los niños y niñas menores de 24 meses fue similar al de los patrones de referencia de la OMS, observándose un valor levemente superior durante el primer mes en los niños, igualándose a la referencia a los seis meses, hasta llegar a los 23 meses. En las niñas, durante los primeros 23 meses de vida, el peso promedio fue similar a la referencia (Gráfico 25). El promedio de longitud fue igual a la referencia, tanto en niños como en niñas, aunque se observaron valores levemente inferiores a medida que avanzaban en edad (Gráfico 25).

Con respecto al perímetro cefálico, el Gráfico 26 presenta el comportamiento de este indicador hasta los 36 meses, que es la edad establecida por la normatividad colombiana para la medición de este indicador, sin embargo, el presente informe analiza los resultados de los niños y niñas menores de 24 meses. En el caso de las niñas, desde el nacimiento hasta los quince meses fue similar al patrón de referencia, momento en el cual el promedio en las niñas del departamento fue menor y se mantuvo así hasta los 23 meses, observándose una diferencia aproximada de uncentímetro (Gráfico 26). Los niños presentaron valores levemente superiores al patrón durante los primeros tres meses, posteriormente los valores fueron similares y luego fueron inferiores, llegando también a diferencias de uncentímetro a los 23 meses.

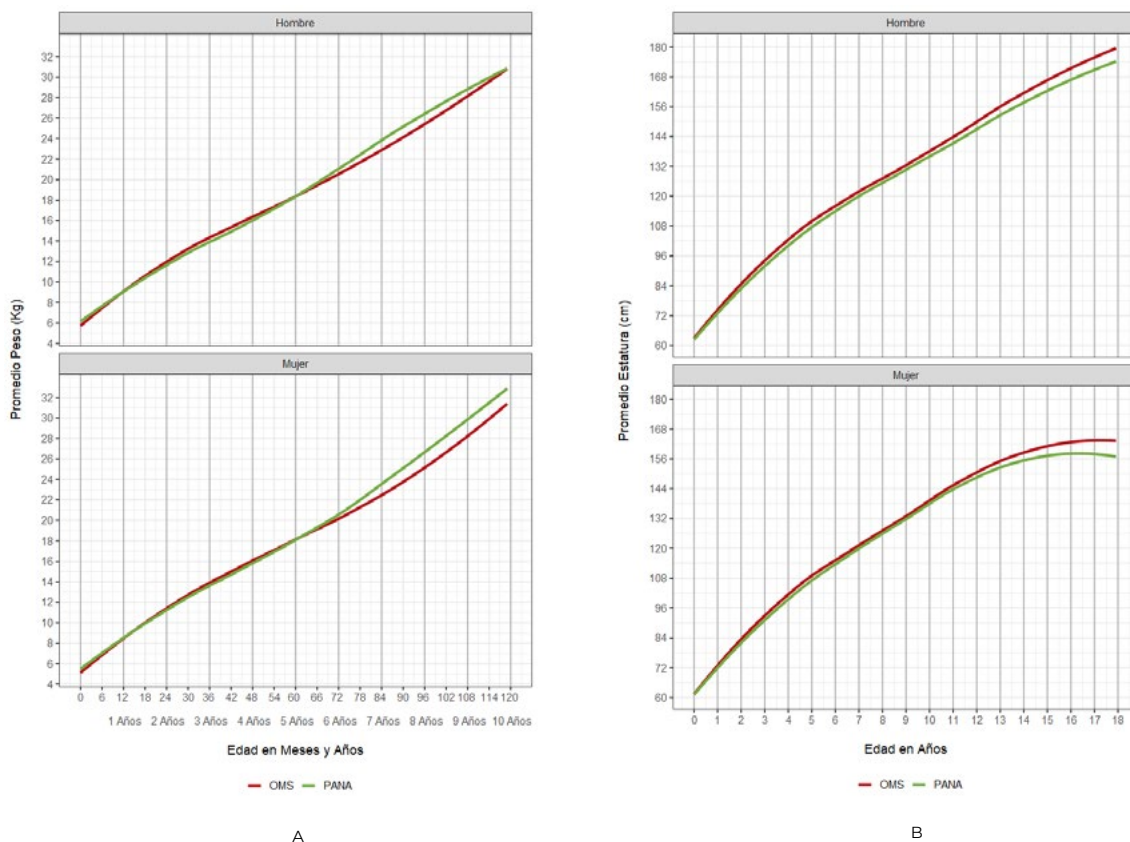


Gráfico 25. Comparación del promedio de peso y longitud de los niños y niñas menores de 24 meses, respecto al patrón de referencia. Antioquia (sin Medellín), 2019.

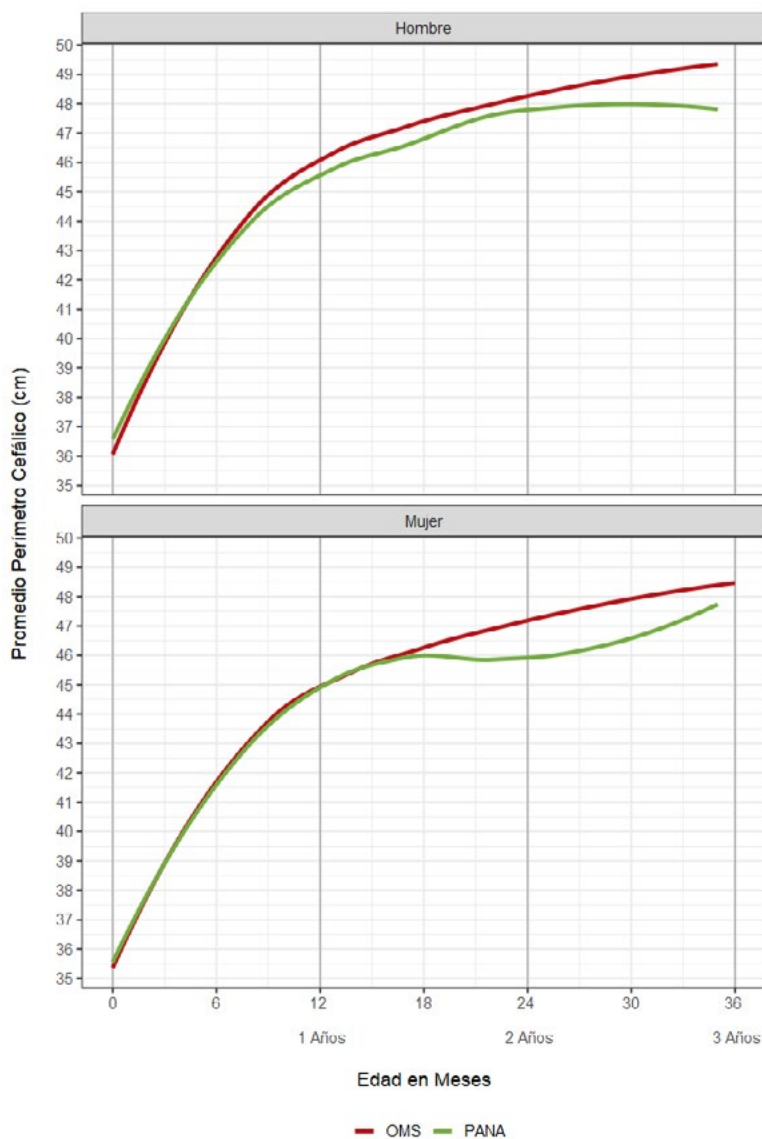


Gráfico 26. Comparación del promedio de perímetro cefálico de los niños y niñas, respecto al patrón de crecimiento. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En relación al indicador denominado peso para la edad, en la mayoría de niños y niñas menores de 24 meses de Antioquia, 67,5% (IC 95% 58,4-76,7), estaba adecuado. Por otra parte, 17,7% (IC 95% 8,4-26,9) presentó riesgo de desnutrición global; en residentes del área urbana, el porcentaje en riesgo fue un poco menor, 15,2% (IC 95% 7,7-22,6) (Tabla 59) y en los hombres la proporción fue superior al comparar con los resultados del departamento, 19,2% (IC 95% 5,2-33,3) (Tabla 60). En el caso de las niñas, se presentó una mayor proporción de peso adecuado para la edad respecto al comportamiento departamental, 72,4% (IC 95%

62,7-82,0). Además, entre los niños que no asistieron a programas de alimentación (63,2%), el 15,1% (IC 95% 8,5-21,7) presentó riesgo de desnutrición global (Tabla 60).

Del total de niños evaluados, 61,6% (IC 95% 53,4-69,7) mostraron adecuación en el indicador talla para la edad y 27,7% (IC 95% 15,9-39,4) riesgo de retraso en talla (Tabla 59). El número de niños y niñas evaluados que se clasificaron con retraso en talla fue 24, el cual no es representativo para el departamento; sin embargo, la proporción fue 10,7%. En el área urbana, la prevalencia de riesgo fue menor, 19,3% (IC 95% 11,4-27,1), con respecto al departamento (Tabla 59). Al analizar otras características sociodemográficas, la prevalencia de riesgo de retraso en talla fue superior en el grupo de edad de doce a 23 meses, 31,1% (IC 95% 15,7-46,5); en los niños, 32,2% (IC 95% 14,5-50,0); y en los de estrato uno, 35,3% (IC 95% 15,2-55,4) con relación a lo encontrado en el departamento. Por otro lado, 20,1% (IC 95% 13,0-27,3) de los que manifestaron no asistir a programas de nutrición (63,2%) exhibieron riesgo de retraso en talla (Tabla 60).

De los niños y niñas del departamento, 7,5% (IC 95% 3,5-11,5) se encontró en riesgo de desnutrición aguda y 67,2% en adecuación (IC 95% 57,8-76,6). En el grupo de niños y niñas de doce a 23 meses se presentó una proporción de adecuación inferior a la departamental, 62,6% (IC 95% 53,4-71,7); este mismo comportamiento se observó entre el género masculino, con 61,7% (IC 95% 46,9-76,5) (Tabla 59 y Tabla 60). Del total de la población menor de 24 meses, 20,3% (IC 95% 11,0-29,5) presentó riesgo de sobrepeso, siendo los hombres quienes presentaron una proporción superior a la encontrada en el departamento, 25,5% (IC 95% 11,1-39,9) (Tabla 60).

En relación con el estado nutricional del hierro se encontró que 40,6% (IC 95% 28,5-52,6) de los niños menores de dos años con datos de hemoglobina, presentaron anemia y 52,7% (IC 95% 41,1-64,3) con medición de ferritina tuvieron deficiencia de hierro (Gráfico 24). El grupo entre seis y once meses presentó mayores proporciones de anemia, 58,4% (IC 95% 34,5-82,4), con respecto al grupo de doce a 23 meses, 30,3% (IC 95% 19,7-40,8) (Tabla 58).

3.2.5.4. Indicadores relacionados con prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño.

En relación a los indicadores de lactancia materna, para el departamento de Antioquia se encontró que 83,5% (IC 95% 75,8-91,2) de los recién nacidos fueron amamantados dentro de la primera hora posparto y 40,8% (IC 95% 26,4-55,3) de los menores de seis meses, recibió lactancia materna exclusiva; la lactancia adecuada según edad fue de 36,6% (IC 95% 26,2-46,9). En los lactantes de doce a 15 meses, la lactancia continua al año de vida fue de 37,2% (IC 95% 23,9-50,5). Del total de niños evaluados, 99,6% (IC 95% 98,3-100,9), fue amamantado alguna vez y la lactancia materna tuvo una duración promedio de 7,8 meses. La alimentación

con biberón se halló en 70,3% (IC 95% 60,1-80,4) de los niños menores de 24 meses (Tabla 61).

Respecto a los indicadores de alimentación complementaria, 73,1% (IC 61,7-84,5) de los niños mayores de seis meses cumplió con una diversidad alimentaria adecuada, es decir, con el consumo de cuatro o más grupos de alimentos diferentes y en la frecuencia de comidas, 93,3% (IC 95% 87,4-99,3) tuvo el número de comidas recomendadas al día, de acuerdo con la edad al momento de la encuesta; no obstante, solamente 59,3% (IC 95% 45,8-72,9) de los niños evaluados consumieron una dieta mínima aceptable, es decir, tuvieron, tanto diversidad alimentaria adecuada, como una frecuencia de comidas acorde a su edad. Finalmente, 84,2% (IC 95% 75,2-93,5) reportó haber consumido por lo menos un alimento o producto rico en hierro; entre aquellos que no eran amamantados, 87,6% (IC 95% 77,6-97,6) recibieron por lo menos dos tomas de algún tipo de leche el día anterior (Tabla 61).

En relación al consumo de los diferentes grupos de alimentos, se encontró que 82,4% (IC 95% 72,6-92,2) de los niños evaluados recibió alimentos del grupo cereales, raíces y tubérculos; 60,5% (IC 95% 46,9-74,1), consumió carnes; 44,7% (IC 95% 29,5-59,9), leguminosas y nueces; 42,4% (IC 95% 27,3-57,5), recibió frutas y verduras ricas en vitamina A, y 41,7% (IC 95% 26,6-56,9), otras frutas y verduras.

3.2.6. Subcomponente de la situación alimentaria y nutricional del adulto mayor. Antioquia (sin Medellín), 2019.

3.2.6.1. Aspectos socioeconómicos, demográficos y perfil de morbilidad

En Antioquia se evaluaron 1.816 adultos mayores (personas de sesenta años y más), encontrando que 63% (IC 95% 58,8-67,1) vivían en el área urbana. La mayoría, 42,3% (IC 95% 38,7-46,0), pertenecían al estrato socioeconómico dos; seguido del estrato uno, 31,4% (IC 95% 27,6-35,5); un 24,2% (IC 95% 21,6-26,9) correspondían al estrato tres, y solo un 2,2% al estrato cuatro. Referente a los programas sociales del gobierno nacional, departamental o municipal, el 29,3% (IC 95% 25,5-33,5) de los adultos mayores (AM) evaluados participaba de dichos programas; mientras que el 99% de los AM no asistía a programas de alimentación y nutrición. De los evaluados, 36,7% (IC 95% 33,5-40,1) fueron del Valle de Aburrá, 20,9% del Oriente (IC 95% 16,5-26,0), 9,6% (IC 95% 8,1-11,4) del Suroeste y 8,9% (IC 95% 7,6-10,4) de Urabá.

Respecto a las condiciones demográficas, el 59,6% (IC 95% 55,9-63,2) eran mujeres; la edad promedio fue 70,5±7,9 años (IC 95% 69,95-71,03); 29,8% (IC 95% 26,5-33,2) tenían entre 60 y 64 años; el 35,6% (IC 95% 31,8-39,6) entre 70 y 79, y en menor proporción (14,4%) tenían 80 años o más. En cuanto al nivel educativo, la mayoría, 47,5% (IC 95% 43,8-51,1), tenían como máximo nivel el preescolar o no tenían estudios, el 41,4% (IC 95% 37,5-45,4) cursó la primaria y solo

4,8% (IC 95% 3,7-6,2) realizó estudios superiores.

Con relación al perfil de morbilidad, las cinco primeras enfermedades reportadas por los AM fueron, en su orden, hipertensión arterial, 52,3% (IC 95% 48,5-56,0); dislipidemia, 30,1% (IC 95% 26,7-33,8); diabetes mellitus, 16,9% (IC 95% 14,3-19,7); trastornos de la tiroides, 9,7% (IC 95% 7,5-12,5), y artritis o artrosis, 9,5% (IC 95% 7,6-11,9). El 49,7% presentó dos o más enfermedades de manera simultánea. Respecto al consumo de medicamentos prescritos por médico, 23,1% (IC 95% 20,4-26,0) tomaban entre uno y dos, 23,4% (IC 95% 20,7-26,3) entre tres y cuatro, y el 19,3% (IC 95% 16,5-22,6) cinco o más medicamentos (Tabla 62).

3.2.6.2. Actividades avanzadas de la vida diaria – Actividad física

Referente a las actividades avanzadas de la vida diaria, según Reuben, el 40,3% (IC 95% 36,6-44,2) de los AM no hacían ejercicio frecuentemente (inactivos), encontrando porcentajes más altos en Magdalena Medio y Suroeste, 56,8% (IC 95% 47,5-65,8) y 53% (IC 95% 44,4-61,4), respectivamente, y en el área rural, 45,4% (IC 95% 37,2-53,8). En aquellos que pertenecían al estrato uno, 42,2% (IC 95% 33,9-51,0) o dos, 42,3% (IC 95% 37,0-47,8). La frecuencia de inactividad fue casi el doble en mujeres, 48,4% (IC 95% 43,5-53,3), respecto a los hombres, 28,4% (IC 95% 22,8-34,8). Por edad, la inactividad fue más alta en adultos mayores de ochenta años o más, 60,2% (IC 95% 50,9-68,8), seguido del grupo de setenta a 79 años, 44,5% (IC 95% 36,8-52,4). Por nivel educativo, los mayores porcentajes de inactividad física estuvieron en los AM con primaria completa, 42,8% (IC 95% 35,6-50,4), y “preescolar/sin estudios”, 41,5% (IC 95% 37,2-45,8).

Un 17,2% de los AM (IC 95% 17,1-17,3) realizaban caminatas cortas frecuentes (actividad física leve), con porcentajes más elevados en Oriente y Urabá, 19,7% (IC 95% 11,2-32,3) y 19,5% (IC 95% 13,5-27,2), respectivamente. En el grupo de sesenta a 64 años, 21,6% (IC 95% 16,3-28,2); mujeres, 18,4% (IC 95% 14,6-22,8), y con nivel educativo de preescolar o sin estudios, 17,9% (IC 95% 14,3-22,3). Por otro lado, el 31,4% (IC 95% 28,1-34,8) de los AM realizaban caminatas largas frecuentes (actividad física moderada), con porcentajes más elevados en Bajo Cauca, 53,9% (IC 95% 42,7-64,7), y similares por área geográfica y estrato socioeconómico. Los hombres reportaron más del doble de actividad física moderada, 46,4% (IC 95% 40,6-52,2), en comparación con las mujeres. Los AM de sesenta a 64 años, 38,3% (IC 95% 32,2-44,9), de 65 a 69 años, 36,4% (IC 95% 30,9-42,3), y con formación en secundaria, 36,2% (IC 95% 26,5-47,1) mostraron frecuencias más altas en esta clasificación.

Solo un 11,1% (IC 95% 9,4-13,0) de los AM realizaron actividad física vigorosa, con proporciones más altas en el área urbana, 13,8% (IC 95% 11,7-16,3) y en estrato socioeconómico tres, 14,8% (IC 95% 11,3-19,3). Respecto al sexo, las mujeres reportaron mayor frecuencia en esta categoría,

12% (IC 95% 9,8-14,6), en contraste con los hombres, 9,8% (IC 95% 7,4-12,7). Referente a la edad, los AM de 65 a 69 años, 17,1% (IC 95% 12,9-22,2), duplicaron la frecuencia de actividad física vigorosa, en comparación con el grupo de sesenta a 64 años, 8,1% (IC 95% 5,7-11,5).

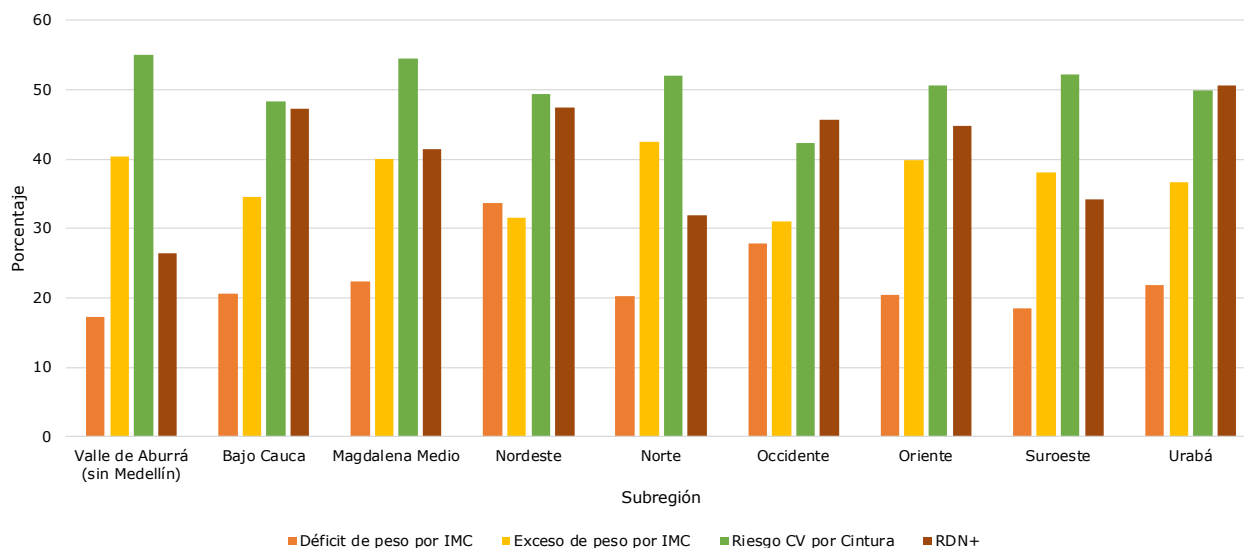
La frecuencia de actividad física en cualquiera de las categorías fue similar en quienes pertenecían o no a programas sociales del gobierno (Tabla 63).

3.2.6.3. Índice de masa corporal (IMC)

Según este indicador, se encontró que el 20,3% de los AM presentaron delgadez, más prevalente en las subregiones de Nordeste, 33,6% (IC 95% 24,5-44,2), y Occidente, 27,8% (IC 95% 20,6-36,4); de estrato uno, 28,6% (IC 95% 21,3-37,3); en hombres, 25,3% (IC 95% 20,6-30,6); en AM de 80 años y más, 28,5% (IC 95% 19,3-39,9), y nivel educativo de preescolar o sin estudios, 22,5% (IC 95% 18,6-26,9). En contraste, el 38,5% de los AM presentaron exceso de peso (sobrepeso u obesidad). El sobrepeso presentó una frecuencia más alta en la subregión de Suroeste, 28,1% (IC 95% 21,0-36,5), y más baja en Occidente, 22,1% (IC 95% 15,8-30,1); los AM de estrato socioeconómico tres, 30,5% (IC 95% 25,6-36,0); las mujeres, 28,4% (IC 95% 24,1-33,2); los de 65 a 69 años, 28,7% (IC 95% 23,5-34,5) y con secundaria, 33,3% (IC 95% 23,9-44,3), mostraron frecuencias más elevadas. La obesidad fue más frecuente en Oriente, 16,2% (IC 95% 9,1-27,3) y en el área urbana, 15,3% (IC 95% 12,9-18,1). Por estrato socioeconómico, los AM de estratos dos (15,9%) y tres (15,3%) casi duplicaron la frecuencia de obesidad de los AM de estrato uno. Las mujeres, 19,7% (IC 95% 16,2-23,7); AM de sesenta a 64 años, 16,2% (IC 95% 12,5-20,7); aquellos con estudios de primaria, 15,6% (IC 95% 11,3-21,1), y en los que no pertenecían a programas sociales del Gobierno, 15,5%, mostraron frecuencias elevadas de obesidad (Tabla 64, Gráfico 27).

3.2.6.4. Circunferencias de cintura, pantorrilla y brazo

Para complementar la valoración del estado nutricional, se tomaron otras medidas antropométricas como las circunferencias de cintura (CC), circunferencias de pantorrilla (CP) y circunferencias de brazo (CB). En los AM evaluados, el riesgo cardiovascular por CC se presentó en el 51,8% (IC 95% 48,0-55,6), siendo más frecuente en las subregiones de Valle de Aburrá y Magdalena Medio, 55% (IC 95% 49,9-59,9), y 54,5% (IC 95% 44,5-64,0), respectivamente; en el área urbana, 55,2% (IC 95% 51,5-58,7); en el estrato tres, 57,4% (IC 95% 48,0-55,6); en las mujeres, 69,5% (IC 95% 64,7-73,9), porcentaje que fue 2,6 veces el de los



+ RDN: riesgo de desnutrición, comprende riesgo de desnutrición y desnutrición por Mini Nutritional Assessment.
 * Porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar.
 IMC: índice de masa corporal.
 Riesgo cv: riesgo cardiovascular por circunferencia de cintura (>88 cm en mujeres; >102 cm en hombres)
 Déficit por IMC ($< 23 \text{ kg/m}^2$)
 Exceso por IMC ($\geq 28 \text{ kg/m}^2$)

Gráfico 27. Clasificación del estado nutricional, según indicadores antropométricos y Mini Nutritional Assessment por subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.

hombres (26,1%). Por edad, la frecuencia de riesgo cardiovascular fue un poco más elevada en el grupo de 65 a 69 años, 56,6% (IC 95% 50,5-62,5) y en aquellos con estudios superiores, 60,3% (IC 95% 47,0-72,2) (Tabla 65, Gráfico 27).

De acuerdo con la CP, se encontró baja reserva muscular en el 13,5% de los AM (IC 95% 10,6-17,1), con mayor frecuencia en la subregión de Occidente, 19,8% (IC 95% 13,6-27,9); en el área rural, 15,8% (IC 95% 9,5-25,0), y en los de estrato socioeconómico uno, 18,7% (IC 95% 12,3-27,6). Por sexo, las mujeres, 17,7% (IC 95% 13,2-23,4), duplicaron la frecuencia de baja reserva muscular, en comparación con los hombres, y fue mayor en el grupo ≥ 80 años, 25,6% (IC 95% 19,8-32,6). Por nivel educativo, aquellos con preescolar o sin estudios, la baja reserva fue 15,6% (IC 95% 12,7-19,0) y los AM pertenecientes a programas sociales duplicaron este porcentaje, respecto a los que no pertenecían a dichos programas (Tabla 65).

Respecto a la CB, el porcentaje de AM con déficit fue 36,2% (IC 95% 32,6-40,1), con una frecuencia más alta en las subregiones de Nordeste, 45,5% (IC 95% 35,6-55,6), Suroeste, 44,2% (IC 95% 35,8-52,9), y Occidente, 43,1% (IC 95% 34,6-52,1). En el área rural, 41,8% (IC 95% 33,7-50,40), en los AM de estratos uno y dos el déficit fue similar (38,1% y 39,1%, respectivamente).

El déficit por CB fue el doble en los hombres, 52,9% (IC 95% 47,2-58,5), en comparación con las mujeres. Los AM de ≥ 80 años, 30,2% (IC 95% 23,6-37,7), y con secundaria, 26,4% (IC 95% 17,9-37,1), mostraron las frecuencias más bajas (Tabla 65).

3.2.6.5. Mini Nutritional Assessment (MNA)

De acuerdo al MNA, el 33,7% (IC 95% 29,8-37,9) de los AM presentaron riesgo de desnutrición, siendo mayor en las subregiones de Urabá, 47,3% (IC 95% 39,4-55,3), y Bajo Cauca, 47,2% (IC 95% 35,3-59,5); en el área rural, 40% (IC 95% 31,3-49,2); en el estrato uno, 48,9% (IC 95% 40,3-57,6); en mujeres, 38,5% (IC 95% 33,0-44,4); en AM de ≥ 80 años, 43,7% (IC 95% 36,1-51,6); en aquellos de preescolar o sin estudios, 40,8% (IC 95% 36,3-45,6), y en quienes pertenecían a algún programa social del gobierno, 45% (IC 95% 35,7-54,7). Respecto a la desnutrición, solo el 3,4% de los AM se clasificó en esta categoría (Tabla 66, Gráfico 27).

3.2.6.6. Sarcopenia y fragilidad

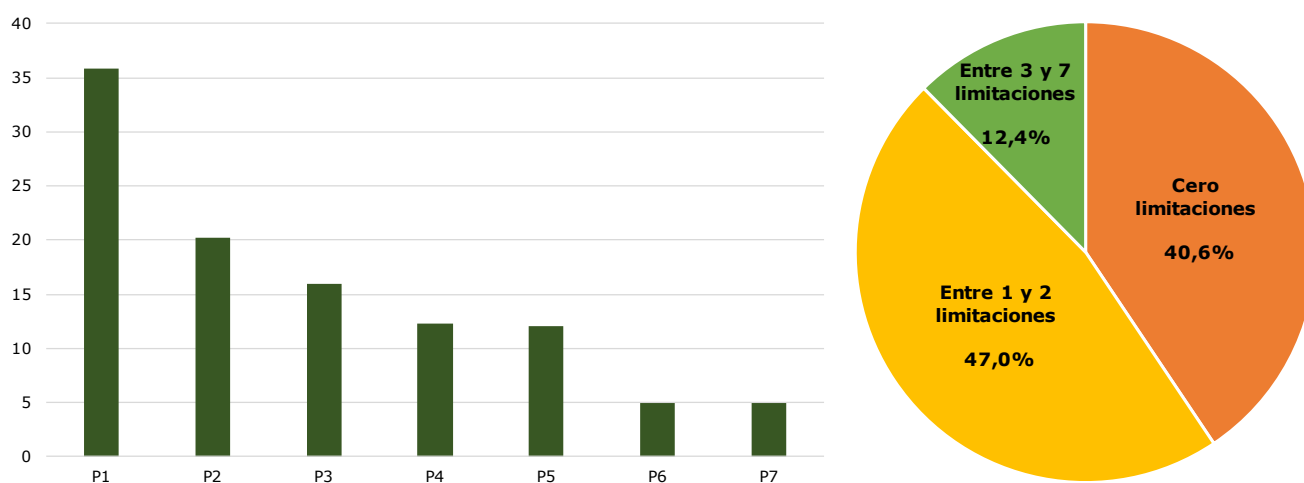
La frecuencia de Sarcopenia fue de 9,1% (IC 95% 6,5-12,7), siendo más alta en el área rural, 11% (IC 95% 5,8-20,0); en el estrato socioeconómico uno, 12,5% (IC 95% 7,2-20,7); en las mujeres, 11,8% (IC 95% 7,7-17,7); en edades ≥ 80 años, 18,8% (IC 95% 13,5-25,6) y en los AM con preescolar o sin estudios, 11% (IC 95% 8,5-14,2). Quienes pertenecían a programas sociales de la nación, del departamento o del municipio, presentaron una frecuencia de sarcopenia tres veces mayor, 18,3% (IC 95% 10,5-29,8), en comparación con los que no pertenecían a dichos programas (5,6%) (Tabla 67).

Respecto a la fragilidad, se encontró una frecuencia de 13% (IC 95% 10,0-16,7) sin diferencias por área geográfica; fue mayor en el estrato uno, 14,6% (IC 95% 8,9-23,0), con nivel de preescolar o sin estudios, 15,5% (IC 95% 12,5-19,1); y en quienes pertenecían a algún programa social, 14,5% (IC 95% 8,4-24,0). Respecto al sexo, las mujeres presentaron el doble de fragilidad, 16,4% (IC 95% 11,9-22,2), respecto a los hombres, 7,8% (IC 95% 5,6-10,9); y el grupo ≥ 80 años tuvo el cuádruple de fragilidad, 32,1% (IC 95% 23,7-41,9), en comparación con el grupo de 60 a 64 años, 8,1% (IC 95% 5,3-12,2) (Tabla 67).

Finalmente, el 3,2% de los AM presentaron de manera simultánea los dos síndromes (IC 95% 2,3-4,8).

3.2.6.7. Limitantes para el acceso y consumo de alimentos

La falta de dinero en el hogar para comprar alimentos fue la limitante reportada con mayor frecuencia, 35,8% (IC 95% 32,2-39,7), seguida por las dificultades para alimentarse de forma adecuada, debido a problemas de salud, 20,2% (IC 95% 16,9-23,9) y en tercer lugar el comer menos o dejar de comer en algún momento, por "pereza" de hacerlo solo, 16%, (IC 95% 13,2-19,1). En contraste, las limitantes menos reportadas fueron los problemas funcionales de movilidad para ir a la tienda a comprar alimentos, 5% (IC 95% 3,0-8,4), y necesitar ayuda para alimentarse, 5% (IC 95% 4,0-6,4). Finalmente, el 47% (IC 95% 43,3-50,8) de los AM presentó una a dos de estas limitantes para acceder a los alimentos o alimentarse y un 12,4% (IC 95% 9,6-15,9), presentó tres o más de ellas (Gráfico 28).



P1: Faltó dinero en el hogar para comprar alimentos

P2: No le fue posible alimentarse de forma adecuada, debido a problemas de salud.

P3: Alguna vez comió menos de lo normal o dejó de comer por "pereza" de comer solo.

P4: Comió menos porque no pudo preparar una comida, a pesar que tenía alimentos en casa.

P5: Presentó problemas en los dientes o boca que le dificultaron alimentarse de forma adecuada.

P6: No pudo alimentarse debido a problemas funcionales de movilidad, para ir a la tienda a comprar alimentos.

P7: Necesita ayuda para poder alimentarse

Gráfico 28. Limitaciones para el acceso y consumo de alimentos en los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.

3.3. Discusión de los resultados

3.3.1. Subcomponente de evaluación del estado nutricional por indicadores antropométricos. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En Antioquia (sin Medellín), la mayoría de niños y niñas menores de cinco años, tienen un promedio de peso y estatura similar al patrón de referencia, sin embargo, en los mayores (cinco a nueve años) y adolescentes, se identificaron diferencias, siendo la estatura menor al finalizar el crecimiento y el peso mayor, este último principalmente en las mujeres, situación que se refleja en el resultado de los indicadores del estado nutricional.

Para este grupo poblacional no fue posible calcular la prevalencia de desnutrición global y aguda, debido a que el número de casos identificados con estas condiciones fue mínimo. Sin embargo, uno de cada cinco niños presenta riesgo de desnutrición global; dos de cada cinco tienen retraso en talla o riesgo de retraso en talla, es decir, presentan una estatura menor a la esperada, además uno de cada seis presenta riesgo de sobrepeso, situaciones que deben alertar, debido a que si no se realiza una intervención oportuna, dichos niños pueden empeorar su condición nutricional, lo que llevaría al aumento de la prevalencia de retraso en talla, sobrepeso e incluso obesidad y por ende al no cumplimiento de las metas de desarrollo sostenible (20) y ajustadas para Colombia a través del CONPES 3918, el cual definió como meta para 2030 que el retraso en talla esté en 8,4% (21,22).

La prevalencia de retraso en talla de los niños y niñas antioqueños es superior a la encontrada en países latinoamericanos como Chile (1,8%), Costa Rica (5,6%), Paraguay (5,6%), Brasil (7,1%) e inferior a otros como Uruguay (10,7%), México (12,4%), Perú (13,1%) y Ecuador (23,9%), entre otros (23), hallazgos relacionados con las condiciones en que viven los niños de estos países (24) y que, al valorar las condiciones del departamento, pueden explicar en cierta medida las diferencias que se dan por área de residencia y en algunas subregiones.

Por otra parte, las proporciones de riesgo de sobrepeso encontradas en Antioquia, ponen de manifiesto que, para mantener la prevalencia de exceso de peso, se hace necesario implementar estrategias integrales, que logren solucionar problemas estructurales que aportan al problema del sobrepeso y la obesidad en este grupo poblacional, dado que los resultados, muestran como la proporción de riesgo de sobrepeso está 9,3 puntos porcentuales por encima de la prevalencia de exceso de peso encontrada en el país (6,3%) (25).

Adicionalmente, el riesgo de retraso en talla y el riesgo de sobrepeso se presentan principalmente en las comunidades más vulnerables, dado que los porcentajes mayores se encontraron en los habitantes del área rural y en los de estrato uno, lo que también

se observó en la ENSIN 2015 (25). Esta situación otros países del mundo lo evidencian como un problema de salud pública (26), dado que pone de manifiesto las condiciones desfavorables en que están viviendo sus habitantes, debido a que son comunidades que suplen sus necesidades nutricionales con alimentos de bajo aporte nutritivo, lo que los lleva a déficit específicos de nutrientes, pero con aportes calóricos excesivos, situación que para el departamento no es ajena.

Los niños y niñas mayores de cinco años y adolescentes de Antioquia presentaron una prevalencia de retraso en talla menor a la encontrada en el país (5,4% versus 7,4%), sin embargo, al igual que en el resto de Colombia, son los de las comunidades más vulnerables, quienes presentan prevalencias superiores (25). Adicionalmente, se encontró que uno de cada cinco niños mayores de cinco años y adolescentes, tuvo riesgo de retraso en talla, situación que junto con el alto porcentaje de sujetos con exceso de peso (24%), habla de niños y adolescentes con una menor estatura, acompañada de sobrepeso u obesidad, condición que conlleva a mayores riesgos para la salud, dado que pueden presentar en su vida adulta condiciones de diabetes, hipertensión, entre otras enfermedades (27), además que se ha documentado como una menor estatura limita la capacidad intelectual y física, disminuye la capacidad productiva y lleva a mayores riesgos para la salud (28–30).

El principal problema entre los adultos de 18 a 59 años de Antioquia es el exceso de peso, dado que más de la mitad de los adultos tiene sobrepeso u obesidad y estas cifras son superiores a lo encontrado en el país (58,7 versus 56,4%). Asimismo, se observa que el mayor número de casos con sobrepeso se presenta en los hombres y en la población de estratos altos, pero la obesidad se da en mayor proporción en las mujeres y en los de los estratos más bajos, condición que otros estudios poblacionales en el país también han reportado (25,31).

Adicionalmente, la obesidad abdominal se presenta en tres de cada cinco adultos, lo cual indica el alto riesgo para la salud que tiene la población antioqueña y sobre todo los de mayor edad, debido a que, en el grupo de 44 a 59 años, la prevalencia de obesidad abdominal alcanzó 76,2%, es decir, cuatro de cada cinco adultos de esta edad tenían valores superiores a 90 cm en hombres y 80 cm, en mujeres.

El panorama general del departamento muestra una población con problemas de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), en el cual las mujeres, los de estratos más bajos y menor nivel educativo tienen las mayores prevalencias, lo que los pone también en mayor riesgo de presentar o desarrollar a futuro enfermedades (28).

3.3.2. Subcomponente de actividad física y comportamientos sedentarios. Antioquia (sin Medellín), 2019.

La práctica regular de AF ofrece múltiples beneficios para la salud física y mental de las

personas. En niños y adolescentes, la AF se asocia con un crecimiento adecuado de los tejidos óseo y muscular, con mejoras del sistema cardiorrespiratorio, de la función cognitiva, del desempeño académico y disminución de la ansiedad y la depresión (32,33). En adultos, la actividad física reduce el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer; mejora la salud ósea y funcional, disminuye el riesgo de depresión y de fracturas por caídas (33–35). En personas de todas las edades, la práctica regular de AF es fundamental para el control del peso corporal y la prevención del sobrepeso y la obesidad (33,36).

En Antioquia, 29% de los niños y 13,2% de los adolescentes cumplieron las recomendaciones de AF de la OMS, porcentajes similares a los encontrados en Colombia en 2015 (niños 31,1%; adolescentes 13,4%) (25). El mayor porcentaje de cumplimiento de los niños puede obedecer, al menos en parte, a que los niños presentaron una mayor participación en programas de AF, un mayor uso de la bicicleta y un menor tiempo excesivo frente a pantallas, con respecto a los adolescentes.

Otro hallazgo de interés es que niños y adolescentes del área rural cumplieron, en mayor proporción, las recomendaciones de AF que los del área urbana; varios factores pueden haber contribuido a estos resultados. Se observó que un mayor porcentaje de niños y adolescentes del área urbana presentaron un tiempo excesivo frente a pantallas, es decir, pasaron un mayor tiempo frente al televisor, el computador, el celular y los videojuegos que los del área rural; reduciendo el tiempo disponible para practicar AF. Asimismo, los niños y adolescentes del área urbana utilizaron en menor proporción la bicicleta que los del área rural. De otro lado, si bien niños y adolescentes del área urbana participaron más en programas de AF que los del área rural; asistir tres o cuatro veces a la semana a estos programas puede ser insuficiente, si los menores no realizan AF los otros días de la semana, pues para cumplir las recomendaciones de la OMS se requiere realizar AF los siete días de la semana, por lo menos una hora diaria.

En Antioquia, 53,2% de los adultos cumplió las recomendaciones de AF de la OMS, durante el tiempo libre y los desplazamientos, resultados similares a los reportados para Colombia en 2015 (51,3%) (25). Los porcentajes mayores de cumplimiento se encontraron en Valle de Aburrá y Oriente, probablemente porque las personas de estas subregiones tuvieron la mayor participación en programas de AF en el departamento. Los adultos no requieren realizar AF todos los días como los niños y adolescentes para cumplir las recomendaciones de la OMS. Así, los adultos que participaron en programas de AF dos veces (1,5 horas cada vez) o tres veces (1 hora cada vez) por semana cumplieron las recomendaciones.

La edad y el nivel educativo fueron asociados con la cantidad de AF que realizaron los adultos. Se observó una tendencia al aumento de la participación en programas AF, el uso de la bicicleta y el cumplimiento de las recomendaciones de AF con el aumento del nivel

educativo. Asimismo, los adultos jóvenes presentaron mayor porcentaje de participación en programas AF, uso de la bicicleta y cumplimiento de las recomendaciones de AF. Además, se encontraron asociaciones entre el sexo y la cantidad de AF, dado que en los tres grupos de edad (niños, adolescentes y adultos) el sexo masculino presentó mayor cumplimiento de las recomendaciones de AF, mayor participación en programas de AF y mayor uso de la bicicleta. Esta desigualdad por sexo también fue reportada a nivel nacional en la ENSIN 2015 (25).

En los adultos del área urbana se observó un mayor uso de la bicicleta y mayor participación en programas de AF que en adultos del área rural. Esto puede relacionarse con que las personas del área urbana tenían un mayor conocimiento de la oferta de los programas de AF que los del área rural. Asimismo, se encontró un mayor porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones de AF en el área urbana que en rural; estos resultados deben interpretarse con cautela, pues la metodología utilizada para el cálculo del cumplimiento de las recomendaciones no incluyó las actividades físicas relacionadas con el trabajo. Esta metodología se aplicó en el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia por ser la utilizada en las ENSIN 2010 y 2015 (25,37), además, para permitir la comparación de los resultados del departamento con las encuestas nacionales.

La fuerza muscular, medida por medio de la fuerza prensil, se ha utilizado como un indicador general del estado nutricional y de riesgo de enfermarse en estudios nacionales en Colombia 2015, Estados Unidos y otros países (25,38–41). En Antioquia, los promedios de fuerza prensil en niños (14 kg) y niñas (13,3 kg) fueron similares a los de la ENSIN 2015 (niños 14 kg; niñas 13,1 kg). Los adolescentes varones de Antioquia mostraron un promedio de fuerza prensil (32,7 kg) similar a los adolescentes en Colombia (32,1 kg). No obstante, las adolescentes del departamento presentaron un promedio de fuerza prensil superior (24,1 kg) al nacional (21,7 kg). El promedio de fuerza prensil de los adultos hombres (40,2 kg) y mujeres (24,4 kg) de Antioquia fue ligeramente superior al de hombres (38,9 kg) y mujeres (23,6 kg) de Colombia.

La práctica regular y frecuente de la AF contribuye a disminuir el sedentarismo, sin embargo, aún las personas que cumplen las recomendaciones de AF pueden presentar largos periodos de comportamiento sedentario que deterioran su salud (42). En Antioquia, el 68,2% de los niños y el 85% de los adolescentes presentan un tiempo excesivo frente a pantallas, porcentajes similares a los encontrados en Colombia en el 2015 (25). En los adultos de Antioquia, el 50% de los hombres y de las mujeres tienen un tiempo sedentario igual o superior a cuatro horas diarias, tiempo similar a lo reportado para el departamento en 2011 (43).

Las altas prevalencias de niños y adolescentes con tiempos excesivos frente a pantallas están en acuerdo con las bajas prevalencias de menores que cumplen las recomendaciones de AF en el departamento (niños 29%; adolescentes 13,2%). En los adultos, las prevalencias de no cumplimiento de las recomendaciones de AF también son elevadas e incluyen cerca de

la mitad de la población (46,8%). Estas altas prevalencias de insuficiente AF pueden afectar negativamente la salud de los antioqueños a corto, mediano y largo plazo, si no se modifican estos comportamientos, dado que no se cumplen las recomendaciones mínimas de AF necesarias para obtener los beneficios de esta práctica.

3.3.3. Subcomponente de evaluación nutricional por indicadores bioquímicos. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Son varias las perspectivas de análisis bajo las cuales se pueden considerar los resultados obtenidos en el componente bioquímico del PANA. Desde el punto de vista biológico y de curso de vida, se remite al lector a los capítulos correspondientes del componente maternoinfantil y del adulto mayor del PANA; en los cuales se analizan los problemas públicos de la anemia y deficiencia de hierro en mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de 24 meses, y los valores alterados de vitamina D en los adultos mayores.

El componente bioquímico enfoca su análisis en los DSS, considerando que, desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se alienta a los países a trabajar bajo esta perspectiva, para disminuir las brechas de desigualdad (44) y teniendo en cuenta que en Colombia las políticas públicas declaran el interés de trabajar bajo la misma (45). El abordaje desde dicha perspectiva implica identificar las desigualdades y posibles inequidades que subyacen a los problemas públicos. Por lo tanto, la discusión de los resultados de este capítulo aborda variables como sexo, posición socioeconómica (PSE (evaluada mediante el estrato socioeconómico), el grado de inseguridad alimentaria de los hogares (IA) y el área de residencia (urbana y rural). Es importante tener en cuenta que, a pesar de que la muestra solo es representativa para el departamento, por los grupos de edad declarados y por sexo (referencias capítulo metodológico), los resultados evidencian importantes desigualdades relacionadas con las variables mediante las cuales el componente bioquímico evaluó los problemas públicos de interés, las cuales pueden ser la expresión de condiciones injustas y prevenibles (inequidades).

3.3.3.1. Anemia y deficiencia de hierro

En primer lugar, dado el reconocido impacto de la anemia sobre la calidad de vida y el desarrollo humano, que a su vez impactan el crecimiento económico y social de los países en los que esta condición es prevalente (46), es importante llamar la atención sobre la anemia

como una condición que afecta a uno de cada cuatro niños y niñas menores de cinco años, y al 14% de niños y niñas en edad escolar del departamento de Antioquia. En los niños menores de cinco años, los datos reportados por el PANA son 2,4 puntos porcentuales mayores a los reportados por la ENSIN 2015 (22,7%). Sin embargo, para el caso de los niños de seis a diez años, el reporte PANA está 4,5 puntos porcentuales por encima del dato reportado por ENSIN 2015 para escolares de Antioquia sin Medellín, 9,9% (47). No obstante, es importante tener en cuenta que los diseños muestrales de ambas encuestas difieren, y en la ENSIN 2015 se consideraron como escolares a los niños y niñas de cinco a doce años y en el PANA el grupo fue de seis a diez años (48). De manera global, y siguiendo clasificaciones aceptadas internacionalmente (49), en los niños y niñas menores de cinco años del departamento de Antioquia, la anemia es un problema de salud pública moderado (prevalencias mayores a 20%).

Es importante llamar la atención sobre la necesidad de atender las desigualdades en las prevalencias de anemia derivadas de la PSE, ya que los individuos pertenecientes al estrato uno tienen una prevalencia de anemia de al menos 11,8 puntos porcentuales más que la de los demás estratos. Cabe anotar que la categorización del estrato utilizada por el PANA fue tomada de la que utiliza Empresas Públicas de Medellín para facturación de servicios públicos, por lo tanto, solo hace referencia a variables de condiciones económicas de los hogares. No obstante, un gradiente similar de desigualdad es reportado por la ENSIN 2015, en donde, utilizando un índice de riqueza multidimensional, se reportó que la prevalencia de anemia en niños y niñas de seis meses a cuatro años de edad es mayor en individuos que se encuentran en el índice de riqueza más bajo, en comparación con los de índices de riqueza altos; 26,8% (IC 95% 24,8-28,9) versus 19,2% (IC 95% 14,8-24,6) (50). También, el mismo gradiente ha sido observado en relación al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) en niños y niñas menores de cinco años y mujeres en edad fértil (37). En suma, los resultados obtenidos por el PANA y estudios poblacionales de carácter nacional evidencian una situación de desigualdad en la prevalencia de anemia, dada por la situación socioeconómica de las familias.

De otro lado, el PANA evidenció que en los hogares con IA, la prevalencia de anemia fue 4,1 puntos porcentuales más alta que en los hogares sin IA y que pertenecer a un hogar con IA grave aumenta la prevalencia de esta condición en 19,2 puntos porcentuales, frente a los hogares con seguridad alimentaria. Dado que la IA se relaciona con el concepto de hambre, no son sorprendentes los resultados obtenidos en relación con esta variable y son evidencia clara de que los individuos pertenecientes a hogares que carecen de acceso a alimentos inocuos, nutritivos y suficientes ven afectado negativamente su estado nutricional (51), en este caso, desde el punto de vista del hierro. Las desigualdades también son evidentes con respecto al área de residencia, así la población habitante en la ruralidad del departamento de Antioquia presentó mayor prevalencia de anemia en comparación con los habitantes del

área urbana; 5,3 puntos porcentuales de diferencia.

Desde el punto de vista de las causas de anemia, es necesario anotar que en países en vía de desarrollo están dadas, no solo por asuntos nutricionales, además, son importantes las anemias de etiología infecciosa o las derivadas de condiciones sanitarias precarias. Al respecto, vale la pena resaltar que en los niños menores de cinco años, al menos 50% de los casos de anemia son debido a deficiencia de hierro, dato que es relevante, si se considera que la anemia por deficiencia de hierro está asociada a un mayor riesgo de deficiencia de múltiples micronutrientes. Finalmente, es relevante el hecho de que aproximadamente, uno de cada cuatro niños y niñas entre seis y diez años presentó deficiencia de hierro sin anemia, problemática que también es importante abordar, considerando que la disminución de las reservas de hierro, especialmente en etapa de crecimiento y desarrollo, aumenta la probabilidad de anemia y se asocia con alteración del desarrollo cognitivo y la función inmunológica de los individuos que la padecen (52).

3.3.3.2. Presencia temprana de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la alimentación y la nutrición.

Como se mencionó anteriormente, en adición al sobrepeso y la obesidad existen otros factores de riesgo metabólico que predicen aumento en la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y cuya aparición se da tempranamente en niños y niñas (53). En el presente estudio se evidenció que pocos individuos de once a 18 años presentaron un nivel de lípidos o glucosa en suero alterados; por lo tanto, las frecuencias absolutas bajas de casos en estas categorías impiden el reporte de proporciones ponderadas. A pesar de las diferencias muestrales, lo anterior contrasta con los datos reportados por el Perfil Alimentario y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015 (53), en donde las prevalencias de valores alterados en el mismo grupo de edad, oscilan entre 66,4% (TG) y 21,6% (cLDL). Sin embargo, vale la pena tener en cuenta que la muestra del componente bioquímico del PANA no fue calculada para los variables del perfil lipídico ni la glucosa en suero (BM con comportamiento muy variable en la población), por lo tanto, la única conclusión posible al respecto es que se requiere de estudios con un tamaño adecuado de muestra para tener resultados que permitan sacar una conclusión al respecto (54). Clásicamente, los marcadores del perfil lipídico y la glucosa en suero han sido utilizados para evaluar las alteraciones clínicas como dislipidemias e hiperglucemias, pero, la alta prevalencia y gravedad de las enfermedades cardiovasculares requiere nuevas estrategias de abordaje. En este sentido, los índices (construidos a partir de estas variables) pueden ser marcadores dinámicos para predecir el riesgo de enfermedad coronaria y aterosclerosis (55–58).

Uno de los índices más evaluado es el CT/cHDL (el cual predice el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, en especial la enfermedad coronaria) (59,60) y cuyos valores altos afectan a uno de cada cuatro adolescentes de Antioquia; dato concordante con estudios latinoamericanos (61). Los índices relacionados con riesgo de aterosclerosis (62) fueron los que más presentaron alteraciones en niños y niñas del departamento; al menos uno de cada dos niños presentó valores de TG/cLDL o TG/CT inaceptables. Por otro lado, la proporción de valores inaceptables de no-cHDL y del índice TG/cHDL fue 38% y 16%, respectivamente; estos índices predicen la aparición de síndrome metabólico, resistencia a la insulina y el desarrollo de aterosclerosis en los próximos años (56,57,61,63). Asimismo, el índice cLDL/cHDL mostró valores inaceptables en el 27% de los individuos, es decir, la población presentaba riesgo de padecer aterosclerosis atribuida a la presencia de partículas LDL pequeñas y densas que están asociadas a la aparición de enfermedades cardiovasculares como las dislipidemias, síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2 (57,64,65). Además, los incrementos en este índice se han correlacionado con la presencia de alteraciones en marcadores como colesterol no HDL y TG/cHDL y se muestran en conjunto, como buenos marcadores predictivos del desarrollo de aterosclerosis (66). Globalmente, los datos obtenidos con los índices de riesgo cardiovascular, evaluados en los niños y niñas de once a 18 años del PANA, evidencian la presencia temprana de factores de riesgo para el desarrollo de ECNT; lo cual revela la necesidad de diseñar políticas públicas que aborden los problemas relacionados con los excesos nutricionales o patrones alimentarios poco saludables, desde etapas tempranas del ciclo vital.

Además de lo anterior, los resultados evidencian algunas desigualdades en salud, relacionadas con PSE, sexo, territorio (área de residencia). Con respecto al índice triglicéridos/colesterol total, la proporción de niños con valores inaceptables en el estrato uno fue diez puntos porcentuales más baja a la encontrada en el estrato dos. En contraste, la proporción de niños con colesterol no HDL inaceptable, fue mayor en el estrato uno que en el dos. Lo anterior evidencia desigualdades en salud expresadas en estos índices y asociadas a la PSE; similar a lo reportado por otros estudios latinoamericanos y europeos en los cuales se reportó que las condiciones socioeconómicas condicionaban el desarrollo de alteraciones cardiometabólicas en población adolescente (57,58).

En relación con el área de residencia, los valores inaceptables de niños y niñas en los índices TG/CT y TG/cLDL fueron mayores en aquellos que habitaban en el área rural, en comparación con la urbana. Este dato llama la atención si se considera que en el caso del índice CT/cHDL, los datos obtenidos en el Perfil Alimentario y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos reportaron que 9,1% de los adolescentes tuvieron este mismo índice alterado (53), dato que está muy por debajo del 25% encontrado en el PANA. Lo anterior podría estar relacionado con una mayor vulnerabilidad de las poblaciones rurales al desarrollo de ECNT; asunto que es importante estudiar a profundidad y, de ser necesario, atender desde el punto de vista de las políticas públicas.

Finalmente, solo la proporción de niveles inaceptables de no-cHDL fue diferente entre niños y niñas, siendo diez puntos porcentuales mayor en niñas. Sobre este asunto, otros estudios han encontrado que efectivamente las niñas presentan valores más altos de la variable, en comparación con los niños; incluso en población colombiana (67,68). De hecho, aún es tema de discusión la necesidad de puntos de corte distintos para niños y niñas, pero, es evidente que la presencia de cifras elevadas de colesterol no HDL en población adolescente son importantes para predecir el riesgo de ECNT en el futuro (69).

3.3.3.3. Deterioro en el estado y la capacidad física de los adultos mayores.

En el caso de las variables estudiadas por el componente bioquímico en adultos mayores del departamento de Antioquia, es importante resaltar que los análisis integrados de estos BM, con otras variables tomadas por el componente de adulto mayor, serán motivo de discusión en ese componente que realiza una aproximación desde la perspectiva de curso de vida (ver apartado de adulto mayor en este mismo capítulo). De una manera similar, y en relación con las variables sociodemográficas, a pesar de encontrarse mayor proporción de individuos en la categoría de insuficiente cuando se pertenece al sexo masculino, al área rural o a un hogar con inseguridad alimentaria, también es necesario ahondar en el impacto de esta desigualdad a la luz de su capacidad funcional.

3.3.4. Subcomponente de evaluación de consumo de alimentos. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Los datos sobre el consumo de alimentos en el departamento de Antioquia mostraron que existe un perfil desbalanceado en la ingesta de alimentos, y por lo tanto, un perfil desbalanceado en la ingesta de nutrientes (inadecuación en el consumo de energía y de micronutrientes) que se relaciona con la actual realidad epidemiológica del país y del departamento, en la cual prevalece la coexistencia de la desnutrición crónica y el déficit de micronutrientes con la obesidad y las enfermedades crónicas en los diferentes grupos de edad (70). Además, en consonancia con el fenómeno de la transición nutricional (71) se encontró un mayor consumo de alimentos naturales o mínimamente procesados en el área rural y en los adultos mayores, y, por el contrario, mayor consumo de alimentos ultraprocesados en el área urbana y en los niños y adolescentes.

Al comparar los resultados de consumo de alimentos en Antioquia con datos nacionales se observaron muchas similitudes. En primera instancia, se observó una alta frecuencia en

el consumo de alimentos que se caracterizan por presentar una alta densidad energética y bajo contenido de micronutrientes y fibra, como es el caso del aceite vegetal, la panela, el azúcar y los alimentos ultraprocesados. Entre estos, el aceite ocupó el primer lugar de frecuencia de los alimentos más consumidos por los antioqueños (promedio 3,8 g), seguido del arroz (promedio 83 g). Datos comparables se reportaron en Colombia en la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional (ENSIN) 2015, en donde el primer lugar lo ocupó el arroz (promedio 111,7 g) y el segundo lugar el aceite (promedio 10,5 g).

A la vez, también se observa en Antioquia una baja frecuencia en el consumo de alimentos que presentan alta densidad de nutrientes esenciales y fibra, como son las frutas, verduras, leguminosas, legumbres, nueces y semillas. El tomate es la verdura con mayor frecuencia de consumo por los antioqueños ocupando el puesto número 21 (promedio de 30,2 g); y en Colombia, según ENSIN 2015 fue la cebolla en el puesto cinco, seguido del tomate en el puesto nueve, con un promedio de consumo entre 25 y 46 g, respectivamente. Las frutas más consumidas en Colombia en el 2015 fueron el limón (promedio 19,9 g), el banano (promedio 119,2 g) y el mango (promedio 178,6 g), ocupando los lugares 31, 39 y 40 de frecuencia de consumo, respectivamente. En Antioquia fueron el limón (promedio 14,1 g), tomate de árbol (promedio 45,4 g) y mango (promedio 75,9 g), en los puestos número 24, 32 y 34, respectivamente (70).

Con respecto al perfil de consumo de nutrientes en Antioquía en general, también se observan resultados comparables con los datos nacionales. En Antioquia la prevalencia de riesgo de deficiencia en la ingesta usual de energía fue de 56,1% (IC 95% 54,5-57,7), cifra menor a la reportada para Medellín y sus corregimientos en el Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2015 (Perfil Medellín 2015) que fue de 65,1% (EE = 0,01) y menor a la reportada para Colombia en la ENSIN 2005, donde se encontró un valor de 63,7%. El porcentaje de individuos que superaron la adecuación de energía para Antioquia fue de 21,7% (IC 95% 19,5-23,9), cifra mayor a la reportada en Perfil Medellín 2015, 16,2% (EE = 0,01) y la ENSIN 2005, 16%. La media del consumo de calorías en este estudio fue de 1.782 cal (IC 95% 1.763,1-1.802,1), similar a la encontrada en Colombia en 2005 que fue 1.758 cal (IC 95% 1.750-1.766), pero mayor a la reportada en Perfil Medellín 2015, que fue de 1.722,2 cal (EE = 6,54). En los 3 estudios la prevalencia de riesgo de deficiencia en el consumo usual de energía fue mayor en las mujeres y en el área rural (18,72).

Para la proteína se encontró en Antioquia una prevalencia de riesgo de deficiencia más baja en los niños de cuatro a ocho años, 0,9% (IC 95% 0,0-3,1), igual que lo reportado tanto en la ENSIN 2005 (4,7% hombres y 5,1% mujeres), como en el Perfil Medellín (2,1% EE=0,08). Cabe resaltar que por encima del valor de referencia donde la recomendación de ingesta es de 14% a 20% de AMDR/día, los porcentajes en los tres estudios estuvieron alrededor de cero. La media de consumo de proteína fue 56,2 g IC 95% 55,6-56,8), menor a la reportada por el Perfil de Medellín que fue 58,6 g (EE=0,24), y por encima de los reportado en ENSIN

2005, 54,7 g (IC 54,0–54,0). En términos generales se observó que un alto porcentaje de los antioqueños tuvo un consumo de proteína en una cantidad que está por debajo del valor recomendado según %AMDR, situación que es más grave aún en las mujeres en estado de gestación y lactancia, quienes deben responder a sus propias demandas y, según sea el caso, a las demás del feto y la síntesis de leche materna (18,72).

De acuerdo con los resultados obtenidos, los antioqueños no tienen un exceso en la ingesta usual de grasa total en su dieta, el 7,2% (IC 95% 4,1–10,3) del total de la población consumió más de 35% del AMDR proveniente de la grasa, menor a lo reportado en Perfil Medellín 2015, 15,1% (EE=0,02), pero mayor a lo encontrado en Colombia en 2005 (2,5%). A pesar de lo anterior, se pudo observar que el 64,8% (IC 95% 62,3–67,3) de la población ingiere más del 10% del AMDR de grasa saturada, porcentaje menor a los resultados dados para Medellín en 2015, 74,6% (EE=0,02), pero mucho mayor que (25,8%), que fue lo observado en Colombia 2005 (18,72).

En la ingesta usual de los antioqueños, aunque los alimentos fuente de carbohidratos son los predominantes, solo 21,9% (IC 95% 18,4–25,4) del total de población consumieron más de 65% de las calorías provenientes de este macronutriente. Al comparar este consumo con los reportados por Colombia 2005 se encuentra gran diferencia, ya que reporta un alto porcentaje de la población que supera la recomendación (40,5%) (18).

Con relación a la proporción de individuos con bajo riesgo de deficiencia en la ingesta usual de fibra dietaria, se encontró que la mayoría no alcanzó a superar la IA y que la media de consumo estuvo en 12,6 g (IC 95% 12,4–12,8), valor similar a lo reportado para los medellinenses en 2015, la cual fue de 12,1 g (EE=0,06). Sin embargo, de acuerdo con los resultados ENSIN 2005, los antioqueños consumieron un valor inferior, pues la media de ingesta para los colombianos fue de 17,9 g (IC 17,8–18,0) dando cuenta que un total de 6,1% de la población tuvo bajo riesgo de deficiencia, diferente a lo mostrado para Antioquia que fue menos del 1% del total de la población, 0,8% (IC 95% 0,0–1,6) (18,72).

Con respecto a los micronutrientes se encontró una alta prevalencia de riesgo de deficiencia en la ingesta usual de minerales como hierro, 38,3% (IC 95% 36,5–40,1); calcio, 85,1% (IC 95% 82,9–87,3); zinc, 50,9% (IC 95% 36,4–65,4), y en Vitamina C, 36,6% (IC 95% 34,4–38,7); vitamina A, 47,7% (IC 95% 45,9–49,5), y folatos, 64,5% (IC 95% 62,3–66,7); en general, estos datos son coherentes a los encontrados en otras encuestas poblacionales (18,72). Las mujeres antioqueñas en periodo de gestación y lactancia presentaron una alta prevalencia de riesgo en la ingesta usual de energía y nutrientes esenciales, sin embargo, el panorama es más desalentador en las lactantes pues los porcentajes de riesgo superan los de la mayoría de la población. Al realizar la comparación con las cifras reportadas por Medellín en 2015 se encuentra similitud en la prevalencia de riesgo de deficiencia de proteína (Medellín 90,3% - Antioquia 91,4%); calcio (Medellín 76,4% - Antioquia 84,2%); zinc (Medellín 88,2% - Antioquia

86,7%); vitamina A (Medellín 92,4% - Antioquia 90,6%), y folatos (Medellín 96,8% - Antioquia 93,6%) (72).

Estos resultados en el departamento, que en general coinciden con lo reportado a nivel nacional, sugieren la presencia de una gama de patrones dietarios en la que coexisten carencias alimentarias y nutricionales, con perfiles alimentarios insalubres y desbalanceados en el consumo de alimentos y de nutrientes y, por lo tanto, alejados de las recomendaciones. Esta realidad de transición del hambre a consumo de dietas insalubres y a la presencia de las múltiples formas de malnutrición es común a la encontrada hace algunos años en países vecinos de la región como Chile, Brasil o México (73–75). Estos países han avanzado en nuevas propuestas de análisis para identificar aquellos componentes del consumo de alimentos o del sistema alimentario que se relacionan con una alimentación inadecuada y con la presencia de múltiples formas de malnutrición.

Una de estas propuestas es la clasificación de alimentos Nova, que se ha extendido entre los académicos e investigadores del área de nutrición, alimentación y salud pública a nivel mundial, especialmente en los países de América Latina, por ser una herramienta que ha logrado discriminar parámetros de calidad de dieta y salud (76). En el caso de Brasil (77) y Uruguay (78) la propuesta Nova es la base de las guías alimentarias, teniendo gran aceptabilidad en la población y promoviendo como regla de oro la preferencia los alimentos naturales o mínimamente procesados y preparaciones culinarias antes que los alimentos ultraprocesados. A la luz de la evidencia, esta regla debería incluirse en las guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana (79).

Recientemente, la FAO ha realizado un reporte sobre el estado del arte acerca de la relación entre el consumo de alimentos ultraprocesados, calidad de dieta y salud, el cual presenta a través del análisis de muestras representativas de once países entre 2001 y 2015 (incluyendo Colombia), que el desplazamiento de los alimentos no ultraprocesados por los ultraprocesados está consistentemente asociado con un deterioro en la calidad nutricional de las dietas. Además, el reporte muestra cómo el consumo de alimentos ultraprocesados está relacionado con mayor riesgo de obesidad y enfermedades como asma, hipertensión, cáncer de pecho, cáncer de próstata, cáncer colorectal, desordenes gastrointestinales, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, depresión y mortalidad general (80). Adicionalmente, existe una señal de alarma para la región debido a un reciente informe de la FAO que involucra varios países de América Latina (incluyendo Colombia), que muestra que las ventas per cápita entre el 2009 y 2014 de los alimentos y bebidas envasados en la región se mantuvieron esencialmente sin cambios, con un ligero aumento de 0,3%, mientras que las ventas de alimentos y bebidas ultraprocesados crecieron en 8,3% (81).

Los resultados en Antioquía (sin Medellín) sobre el consumo de alimentos según grado de procesamiento muestran tendencias parecidas a las reportadas a nivel nacional (82).

La mayor parte de la población en el departamento tiene como base de su alimentación los alimentos naturales o mínimamente procesados (> 51% del consumo de energía total), usualmente consumidos a través de preparaciones culinarias tradicionales. Esta tendencia de patrón de consumo resulta coherente con las recomendaciones globales de aumentar el consumo de alimentos naturales o mínimamente procesados, aceptados por la población, por el proceso evolutivo biocultural que se ha dado de generación en generación, y que se caracteriza por partir de un sistema alimentario nutricionalmente saludable, socialmente justo y ambientalmente sustentable (83).

En concordancia, en el Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPAN) para Antioquia 2020-2031 se han estimado las necesidades de alimentos para el departamento, usando como criterios, la inclusión de alimentos naturales o mínimamente procesados en una proporción de 67% de origen vegetal, y 27% de origen animal, y con un 6% de la energía proveniente de ingredientes culinarios, asegurando los requerimientos de agua y sin incluir los alimentos procesados y ultraprocesados. En este análisis, se observa que con estos parámetros se cumplen los requerimientos de energía, macronutrientes y micronutrientes de interés en salud pública (vitaminas A, C, B1, B2, B3, B6, B9, B12 y minerales calcio, hierro y zinc) para todos los grupos de edad de las subregiones del departamento, considerando una actividad física moderada (como se recomienda a nivel poblacional) y con un perfil de nutrientes saludable para las enfermedades crónicas (adecuado en azúcar, grasa saturada y sodio) (84).

Adicionalmente, es importante mencionar que en el departamento se observó un consumo importante de alimentos naturales o mínimamente procesados, pero también un bajo consumo de frutas, verduras, legumbres y semillas, afectando la diversidad alimentaria y, por lo tanto, la calidad dietaria, con una mayor inadecuación en la ingesta de micronutrientes y fibra. Por otra parte, también se observó una cantidad considerable de energía consumida proveniente de ingredientes culinarios (19%), lo que se aleja del 6% estimado para las necesidades de estos ingredientes en el PPAN para Antioquia, principalmente, por el alto consumo de azúcar y el aceite vegetal. Por lo cual, estos resultados sugieren la importancia de incluir dentro de las recomendaciones para el departamento el uso moderado, en pequeñas cantidades, de aceites, grasas, sal y azúcar en la preparación de las comidas, como lo mencionan otras guías alimentarias de países vecinos y con realidades semejantes (77,78).

Otro aspecto que está afectando la calidad de la dieta de los antioqueños es el consumo de alimentos ultraprocesados. Con el aumento del aporte calórico en la dieta de este tipo de alimentos se encontró una mayor densidad energética en la dieta y un mayor contenido de nutrientes relacionados con la obesidad y las enfermedades crónicas (cal/g, grasa total, grasa saturada); además, b) un contenido menor en la dieta de nutrientes protectores de estas enfermedades (fibra y potasio), y requeridos para la ganancia de masa muscular

(proteína). Resultados similares se han encontrado en datos nacionales de la ENSIN (82), en países vecinos en vía de desarrollo (85–87) y en países industrializados (88,89).

En Antioquia, los residentes urbanos y menores de 19 años son los principales consumidores de alimentos ultraprocesados. Estos resultados reflejan un patrón global, debido a que resultados similares se han encontrado en el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Chile, Francia y México (85,86,88,90–92). Esta situación podría deberse a que estos segmentos de la población presentan una mayor exposición a la comercialización y al marketing, además, cuentan con patrones dietéticos poco estables y, por lo tanto, son más propensos a experimentar con estos productos publicitados. Por el contrario, es probable que los residentes rurales y adultos mayores tengan prácticas de cocina y alimentación tradicionales y patrones dietéticos más estables, siendo más resistentes a las prácticas de comercialización que atraen a la generación más joven.

Considerando esta situación y tomando en cuenta experiencias en otros países (93–95), es necesaria una regulación para proteger el estado nutricional y el bienestar, especialmente de los niños y adolescentes, y así lograr las metas planteadas en términos de consumo en el PPAN 2020-2031 (84). Las estrategias pueden incluir: (a) la regulación en la venta de alimentos ultraprocesados en escuelas y patios de recreo, (b) una mejor disseminación de herramientas de promoción de la salud, tal como las guías dietéticas basadas en alimentos que consideren la extensión y el propósito del procesamiento, implementadas en Brasil y Uruguay, (c) un etiquetado de advertencia, y (d) iniciativas impositivas apropiadas para la construcción de un sistema alimentario más saludable, cuidadoso del medio ambiente, equitativo y justo en la producción y comercialización de alimentos naturales y mínimamente procesados, evitando los alimentos ultraprocesados, para alentar la presencia de ambientes alimentarios saludables y sustentables en el departamento, que promuevan una ciudadanía alimentaria más sana, como se plantea en el PPAN 2020-2031.

3.3.5. Subcomponente de situación alimentaria y nutricional materno infantil. Antioquia (sin Medellín), 2019.

3.3.5.1. Factores sociodemográficos

En el departamento de Antioquia, el grupo materno infantil se caracterizó por pertenecer a hogares de estrato uno, con ingresos iguales o inferiores a un salario mínimo y con inseguridad alimentaria. Se encontró limitada asistencia a los programas de alimentación y nutrición, alta proporción de mujeres dedicadas a los oficios del hogar y con nivel educativo de secundaria completa o estudios superiores.

La alimentación y nutrición de la mujer durante el embarazo, la lactancia, y en los dos primeros años de vida del niño, es fundamental para el crecimiento y desarrollo del ser humano; este período, conocido como mil días de vida, ha sido descrito por Victora y colaboradores como la ventana de oportunidades para el desarrollo, ya que se forman la mayor parte de los órganos, tejidos, la inteligencia, el potencial físico e intelectual del niño y los hábitos alimentarios perdurables que, de estar fundamentados en una alimentación sana, favorecen la salud futura del individuo (96,97).

El contexto de vulnerabilidad social y económica de los hogares del departamento de Antioquia condiciona en los mismos el comportamiento alimentario (98) y su estado nutricional, donde se observa una alta proporción del grupo materno-infantil con exceso o riesgo de exceso de peso, anemia y deficiencia de hierro. Se ha documentado en estudios similares, mayor proporción de exceso de peso, en los estratos medio y bajo, en personas con menor nivel educativo y en familias con bajos ingresos (99). La pobreza y el desempleo favorecen la desigualdad en el acceso a una alimentación variada, saludable y ajustada a los requerimientos de energía y nutrientes en los primeros mil días de vida (100), generando efectos deletéreos e irreversibles en el individuo, por lo que el fomento de la salud y la prevención de riesgos, son muy importantes en estas etapas tempranas (101-104).

3.3.5.2. Estado nutricional

En las mujeres gestantes y madres lactantes predominó el exceso de peso; el cual es reflejo de este tipo de malnutrición en la edad reproductiva, que en el presente estudio superó 60%. El exceso de peso pregestacional incrementa la posibilidad de tener ganancias de peso excesivas durante el embarazo (105,106) y mayor retención de peso en el posparto (107,108), más aún cuando la mujer no ofrece a su hijo lactancia materna exclusiva que favorezca la pérdida de peso materno. Además, esta condición incrementa en la mujer el riesgo de alteraciones metabólicas y enfermedades cardiovasculares (109,110). El ambiente obesogénico durante la gestación genera en el feto mayor cantidad de adipocitos e infiltración grasa en los órganos, que favorece el exceso de peso y de enfermedades crónicas a lo largo de la vida (111,112).

Respecto al peso al nacer de los niños de las madres lactantes, una tercera parte presentó un peso inferior a 3000 g, proporción superior a la reportada en un estudio nacional (113). La evidencia plantea que los neonatos con peso insuficiente, al igual que los de bajo peso, sufren adaptaciones ocasionadas por el déficit intrauterino y presentan alto riesgo de sufrir patologías, alteraciones en el crecimiento hasta la edad escolar y complicaciones posnatales (114). Es por ello que el peso al nacer requiere un estricto seguimiento y vigilancia nutricional,

por las implicaciones en la salud pública que tienen el bajo, insuficiente y excesivo peso neonatal (115,116).

Los menores de 24 meses, del área rural, presentaron mayor vulnerabilidad, situación similar a la encontrada en el país (117). La proporción de niños y niñas con desnutrición global y aguda en el departamento de Antioquia fue baja, sin embargo, se destaca el riesgo de sobrepeso, que alcanzó 20,3% y que en algunos niños coexiste con longitud menor a la esperada para la edad, situación que, según la evidencia, contribuye al riesgo de enfermedades y disminución de la capacidad productiva, perpetuando el círculo de la pobreza, el hambre y la desnutrición (118–121). Las diferencias en la talla para la edad de los niños se relacionan con el nivel de ingresos del hogar, es decir, a mayores ingresos menor probabilidad de mala nutrición (122).

En relación al estado nutritivo del hierro, cabe resaltar que el grupo de gestantes fue el que presentó mayor proporción de anemia y deficiencia de hierro, (una de cada dos y seis de cada diez, respectivamente). Para todos los grupos del componente materno-infantil, la proporción de anemia y deficiencia de hierro superó los datos reportados por la ENSIN 2015; tanto para Colombia, como para Antioquia sin Medellín, en el caso de las mujeres lactantes, esta comparación se realizó con los datos de las mujeres en edad fértil (117,123) .

La anemia es un problema de salud pública que afecta principalmente a grupos vulnerables como el materno-infantil (124,125). De acuerdo con la OMS, la proporción de anemia del departamento, en mujeres gestantes y en los niños menores de 24 meses, se clasifica como un problema grave de salud pública por superar el 40%; y en las madres lactantes, como moderado, por encontrarse entre 20% y 39,9% (126). La evidencia muestra que las mujeres que presentan anemia y/o ferropenia durante el embarazo disminuyen su capacidad de trabajo, limitando el cuidado del hogar y de los hijos, además aumenta el riesgo de parto pretérmino, retardo del crecimiento intrauterino, mortalidad en el parto y mayor riesgo de continuar con anemia y deficiencia de hierro durante la lactancia (127–132).

La anemia durante los primeros días de vida del ser humano tiene efectos deletéreos e irreversibles sobre la salud en los niños; genera disfunción de los sistemas endocrino e inmunológico, contribuye a la carga de morbilidad, genera un pobre desarrollo cognitivo y motor y pérdida de productividad laboral y desarrollo económico en la edad adulta (125,132–137). Se estima que aproximadamente la mitad de todos los casos de anemia se deben a deficiencia de hierro (125,134); además, la anemia también puede ser causada por deficiencia de otros micronutrientes como el zinc y vitaminas: B6, A, B12 y ácido fólico (125).

Los resultados de este estudio donde coexisten el exceso de peso y la anemia dan cuenta de la doble carga de malnutrición en el grupo materno-infantil, el cual está inmerso en condiciones de alta vulnerabilidad social y económica e inseguridad alimentaria en el

hogar, que condiciona el acceso a una alimentación saludable, suficiente, diversa y con la adecuada cantidad de energía y nutrientes que requiere una mujer para gestar y lactar, y un niño para crecer de manera saludable. Dichos resultados llaman la atención de manera especial en el grupo de mujeres gestantes, dado que la mayoría asistía a control prenatal e ingresó al mismo en el primer trimestre de gestación, lo que debería influir positivamente en su estado nutricional.

Por esta razón, las intervenciones durante los primeros mil días de vida deben reconocer la alimentación como un derecho y contribuir a la protección y fortalecimiento de la seguridad alimentaria en el hogar, los programas de complementación alimentaria, el fomento de estrategias de educación y comunicación nutricional desde diferentes ambientes y la suplementación de nutrientes esenciales, por los graves e irreversibles efectos que la malnutrición tiene en estas primeras etapas del curso de vida (7, 138).

3.3.5.3. Prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño

Respecto a los indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna, se encontró que aproximadamente dos de cada diez niños no fueron amamantados en la primera hora posparto y, casi la totalidad, fueron amamantados alguna vez. Solo cuatro de cada diez menores de seis meses recibieron como único alimento leche materna, uno de cada tres lactantes entre seis y 23 meses tuvo una lactancia materna adecuada para la edad y solo cuatro de cada diez niños continuaron con lactancia materna al año de vida. La duración total de la lactancia materna en Antioquia fue de 7,8 meses.

Amamantar se considera la práctica de alimentación óptima para el niño, teniendo en cuenta que la lactancia debe ser exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida (139,140), ya que la alimentación al pecho fomenta la salud de la díada madre-hijo y tiene innumerables beneficios para la familia, la sociedad, los países y el medio ambiente (140–143). Sin embargo, en Colombia, la lactancia materna exclusiva ha disminuido cerca de diez puntos porcentuales entre el decenio 2005 y 2015, pasando de 46,8% a 36,1% (117), lo que representa un retroceso en materia de nutrición y salud infantil, y mayor riesgo en el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (144). Esta situación exige la implementación de estrategias de acompañamiento efectivas para la mujer y la familia, que fomenten la lactancia materna (144).

La estrategia para la alimentación del lactante y del niño pequeño, aprobada en la Asamblea Mundial de Salud (140), enfatiza la alimentación al pecho exclusiva en el primer semestre

de vida, y dada la importancia de esta práctica como protectora de la salud infantil, la OMS y otros organismos internacionales (145) definieron los Objetivos de Nutrición Global a 2025, proponiendo como meta, aumentar a 50% la lactancia materna exclusiva, y la Global Breastfeeding Collective, en coherencia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, establece como meta 80% de lactancia continua al año de edad para 2030 (146). Además, en comparación con los datos reportados por la ENSIN 2015, la proporción de niños alimentados con biberón fue mayor, práctica insegura e inadecuada de alimentación que incrementa el riesgo de infecciones e interfiere con la lactancia exitosa (147).

Respecto a las prácticas de alimentación complementaria en el menor de 24 meses, cabe resaltar que casi la totalidad de los niños de seis a 23 meses cumplió con la frecuencia mínima de comidas y aproximadamente dos tercios con el indicador de diversidad alimentaria; sin embargo, solo uno de cada dos niños tuvo una dieta mínima aceptable. De otra parte, cuatro de cada cinco consumió por lo menos un alimento rico en hierro y entre los no amamantados, uno de cada tres niños recibió al menos dos tomas de leche al día.

Con lo anterior, llama la atención el nivel de riesgo de exceso de peso, de retraso en talla y de anemia en los menores de 24 meses, lo que sugiere la necesidad de ahondar en otros aspectos relacionados con el comportamiento alimentario en el hogar como la selección, preparación de alimentos y tamaño de porciones que se ofrecen a los niños de esta edad (138,148,149) y que condicionan su estado nutricional. En el caso de los niños evaluados, se encontró que ocho de cada diez consumieron alimentos pertenecientes al grupo cereales, raíces y tubérculos, mientras la ingesta de carnes, principales fuentes de hierro, y del grupo de leguminosas y nueces, se dio solo en seis y cuatro de cada 10 niños, respectivamente. Esto puede contribuir a explicar la alta proporción de anemia y deficiencia de hierro en este grupo de población; también llama la atención que el consumo de alimentos de los grupos frutas y verduras ricas en vitamina A, y otras frutas y verduras que tienen un importante aporte de micronutrientes, se presentó en menos de la mitad de los niños evaluados, lo cual puede favorecer el déficit de vitaminas y minerales con sus consecuentes efectos sobre la salud (Anexo 56).

Es importante considerar que a nivel global, la producción y comercialización de alimentos se orienta cada vez menos a productos naturales y más a productos procesados con alto contenido de azúcar, sal, grasas y conservantes, lo que favorece problemas de malnutrición, especialmente en los niños y los jóvenes (100).

La ganancia de peso y longitud, asociadas a las prácticas de lactancia y de alimentación complementaria, se han convertido en un tema de interés para el mundo, por lo que la OMS planteó los diez principios de orientación para la alimentación de los niños pequeños, que buscan asegurar el adecuado crecimiento y desarrollo y potenciar las capacidades de la población hacia el futuro (150). Sin embargo, alcanzar adecuadas prácticas de alimentación

infantil requiere acompañamiento oportuno, pertinente y de calidad por parte de los programas de atención al grupo materno-infantil, para empoderar, no solo a la madre, sino a la familia, en prácticas saludables de alimentación y nutrición (138).

3.3.6. Subcomponente de la situación alimentaria y nutricional del adulto mayor. Antioquia (sin Medellín), 2019.

En el envejecimiento las enfermedades crónicas y otras condiciones que alteran la salud son bastante comunes, dado que reflejan el deterioro acumulado de sistemas y órganos con el pasar de los años (151).

En este estudio, las cinco enfermedades de mayor frecuencia fueron, en su orden, hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, diabetes mellitus, trastornos de la tiroides y artritis-artrosis. Al comparar los resultados con otros publicados en Colombia, como la Encuesta Nacional de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) (152), en Bogotá (153), en el área rural del Eje Cafetero (154) y en Pasto, Nariño (154), la HTA, la diabetes mellitus y la artritis-artrosis ocuparon también los primeros lugares, sin embargo, en Antioquia aparecen la dislipidemia y los trastornos relacionados con la tiroides, enfermedades no reportadas por los estudios anteriores, lo que lleva a pensar que el perfil cambia según el departamento. Respecto a la multimorbilidad, referida como tener dos o más enfermedades, en los AM de Antioquia (49,7%) fue mucho menor que lo reportado por SABE Colombia (85%) (152), esto podría deberse a que incluyeron otras condiciones que afectan la salud, como síntomas depresivos y alteraciones de los órganos de los sentidos, relacionados con el envejecimiento. Cabe anotar que en el presente estudio, el reporte de tener más de una condición crónica (65,8%) fue muy similar a lo encontrado en la encuesta SABE para América Latina (65%-70%) (156).

La polifarmacia, considerada según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el consumo concomitante de tres o más medicamentos, (157) es bastante común entre los AM, agravado por la susceptibilidad a los efectos adversos, las diferencias en la farmacodinamia y farmacocinética y, además, en muchos casos la prescripción se hace para contrarrestar el efecto de otro medicamento, fenómeno conocido como “cascada de la prescripción” (158). En el presente estudio la proporción de AM que consumía por lo menos un medicamento prescrito, fue menor a lo reportado en SABE Colombia (152) y Bogotá (153), esta diferencia podría estar en coherencia con las comorbilidades, pues a menor número de enfermedades, menor consumo de medicamentos. Respecto al consumo de cuatro fármacos o más al día, en el presente estudio fue de 29,5%; esta cifra es el doble de la reportada por los AM del área rural de la zona cafetera de Colombia (15,1%) (154), situación que podría deberse, posiblemente, al menor acceso a los servicios de salud de quienes viven en el área rural,

por lo tanto, puede responder a un subdiagnóstico de enfermedades y, a su vez, menor prescripción de medicamentos, o que dejen de tomar los fármacos prescritos (menor adherencia), o a que los AM utilicen otro tipo de tratamientos no farmacológicos para el control de enfermedades. Al comparar esta cifra con lo reportado en Bogotá (40%) (153) y en México (55%-65%) (158), fue menor la polifarmacia en los AM de Antioquia, posiblemente porque en las ciudades capitales los AM consultan más con médicos especialistas, lo que podría llevar a mayor prescripción de fármacos o a la automedicación. Cabe anotar que en el presente estudio solo se indagó por los medicamentos que se consumían diariamente y estaban prescritos por el médico.

Además de las enfermedades reportadas, se emplearon biomarcadores para determinar los valores séricos de hemoglobina y vitamina D en una submuestra de AM, lo que permitió evidenciar que una cuarta parte de los evaluados presentó anemia (hombres 22,9%; mujeres 25,8%), cuyas consecuencias en el mediano plazo podrían ser, la reducción de la fuerza muscular, dependencia en actividades básicas, aumento de las caídas, deterioro de las funciones cognitivas y disminución de la calidad de vida; y en el largo plazo, podría asociarse con síndromes comunes en esta edad como la fragilidad y la sarcopenia y con un aumento de la mortalidad (159). Al comparar las medianas de hemoglobina por sexo, fueron un poco menores en los AM de Antioquia (hombres 14 mg/dL; mujeres 12,6 mg/dL), que las de SABE Colombia (hombres 14,8 mg/dL; mujeres 13,4 mg/dL) (152).

Respecto a la vitamina D, los AM se consideran una población en riesgo de deficiencia. En este estudio, la frecuencia de insuficiencia fue de 39% y de deficiencia 36%, es decir, 75% presentaron valores inferiores a la normalidad. Dos metaanálisis concluyeron que las bajas concentraciones de vitamina D se asociaron con mayor mortalidad por todas las causas, ajustada por edad; particularmente, en el grupo de ≥ 65 años, el riesgo fue 1,5 veces más (RR = 1.5 IC 95% 1,3-1,6) (160) y también la mortalidad por enfermedad cardiovascular (RR = 1,54, 95% IC 1,24-1,91), en comparación con quienes tenían valores normales (161).

Es de destacar que este es uno de los pocos reportes de vitamina D en población AM, realizados en Colombia. Así mismo, llama la atención la alta frecuencia de hipovitaminosis D, lo que puede llevar a mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, oncológicas, infecciosas, autoinmunes y diabetes mellitus, incrementando así la morbilidad y afectando la calidad de vida de este grupo poblacional (162).

En cuanto a la actividad física, se halló una frecuencia importante de AM inactivos (40,3%); este porcentaje fue más elevado al encontrado en la Encuesta SABE Colombia 2015 (30%) (152), y a un estudio realizado en el área rural del Eje Cafetero colombiano (20,9%) (154). A su vez, la frecuencia de actividad física vigorosa en los AM de Antioquia fue más baja (11,1%) a la hallada en la encuesta SABE (20%) (152). Este aspecto resulta de suma relevancia en la población AM, pues una actividad física moderada a vigorosa se asocia con una menor

probabilidad de presentar enfermedades cardiometabólicas y un mejor control de ellas, así como a un menor riesgo de dependencia funcional y de deterioro de la movilidad (163).

Pese a las limitaciones del IMC como indicador de estado nutricional en AM, se sigue utilizando en estudios poblacionales. Según este índice, la proporción de exceso de peso en los AM de Antioquia fue 1,6 veces menor que la reportada en SABE Colombia (62,9%) (152), diferencia dada por los puntos de corte; mientras ellos utilizaron los de la OMS, sobrepeso ≥ 25 Kg/m², obesidad ≥ 30 Kg/m², en Antioquia se emplearon los de la Organización Panamericana de la salud (OPS) sobrepeso ≥ 28 kg/m², obesidad ≥ 32 kg/m². Las cifras de exceso de peso también fueron menores en comparación con las reportadas en SABE Latinoamérica para las ciudades de Santiago de Chile, México y Montevideo (164). Respecto a la obesidad (13,6%) la frecuencia fue inferior en comparación con un estudio de Ecuador (19,2%) (165), aunque en dicho estudio se haya utilizado el punto de corte de la OMS. Referente a la delgadez, fue menor en contraste con lo reportado en Cuba, Brasil y Barbados (164). En el presente estudio, tanto las cifras de delgadez, como de exceso de peso, fueron similares a las reportadas en el Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos (166).

En lo referente a la CC, se halló que el 51,8% de los AM presentaron riesgo cardiovascular, con una frecuencia 2,5 veces mayor en mujeres que en hombres. Este comportamiento fue similar al encontrado en la encuesta SABE Colombia (68,3% en mujeres y 28,5% en hombres) (152) y en el Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos (63,9% en mujeres y 26,3% en hombres) (166). Esta condición de obesidad abdominal en sí misma, se asocia a otras comorbilidades como HTA, dislipidemia, diabetes mellitus, cáncer, e incluso, cuando se acompaña de disminución en la fuerza, se habla de obesidad sarcopénica o dinapénica (167).

Cabe recordar que el envejecimiento se acompaña de cambios en la composición corporal, que incluyen disminución progresiva de la masa muscular (sarcopenia); esta condición implica pérdida de la fuerza y de la función del músculo y se relaciona con discapacidad, disminución de la funcionalidad, fragilidad y mayor riesgo de morbimortalidad. En la presente investigación, el comportamiento de la CP fue similar a lo hallado en la encuesta SABE Colombia (152) y en el estudio Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos (166), aunque en dicho estudio hubo mayor diferencia en la baja reserva muscular de los AM, entre área rural y urbana, posiblemente por tratarse de condiciones de vida distintas. La baja reserva muscular en AM de Antioquia fue mayor en el estrato uno y en aquellos con un menor nivel educativo, lo cual puede explicarse por el bajo poder adquisitivo para acceder a alimentos fuente de proteína de origen animal, aunado a pocos conocimientos en alimentación y nutrición; así mismo, fue mayor en las mujeres y en AM ≥ 80 años, entre otras, quizá por una mayor inactividad física, ligada, además, a condiciones de salud y funcionalidad.

En cuanto a la CB, los hallazgos del presente estudio son muy similares a los reportados por el Perfil Alimentario y Nutricional de Medellín en las tres clasificaciones (déficit, normal y exceso), siendo este último levemente superior en el de Medellín (166); lo cual muestra alta frecuencia de déficit de tejido adiposo o muscular, tanto en los AM de la ciudad capital como del departamento.

Otra forma de hacer una valoración más integral del riesgo y la desnutrición, es la aplicación del MNA. En este estudio, los AM presentaron menor porcentaje de riesgo y desnutrición que lo hallado en estudios SABE Colombia (152), Perfil de Medellín y sus corregimientos (166), San Juan de Pasto (155), Bogotá (153) y al estudio de Deossa y colaboradores en un corregimiento de Antioquia (168). A su vez, fueron menores a lo reportado en los estudios de SABE México (169) y Brasil (170).

El deterioro del estado nutricional y la inactividad física predisponen a la aparición de síndromes geriátricos, entre ellos la sarcopenia y la fragilidad, el primero se caracteriza por baja masa muscular junto con baja fuerza y/o disminución en la marcha, que afecta con más frecuencia a las mujeres, aumenta con la edad y conduce a altos costos personales, sociales y económicos (171, 172); mientras que la fragilidad resulta del deterioro que ocurre con la edad en múltiples sistemas fisiológicos, disminución de las reservas homeostáticas y reducción en la capacidad del organismo para resistir el estrés, lo que aumenta la vulnerabilidad a resultados adversos en salud (173, 174).

Los hallazgos del PANA difieren de los reportados en otros países como Corea y Brasil; en este último, se encontró una prevalencia de sarcopenia más baja que la del presente estudio, aunque empleando otra técnica más precisa para medir la masa muscular, como fue el DEXA (Dual Energy X-Ray Absortometry) (175), mientras que en Antioquia se empleó la CP. En el estudio Coreano se encontró mayor prevalencia de sarcopenia en hombres con diabetes mellitus tipo dos (176). Las diferencias en los resultados pueden estar relacionados con el perfil de morbilidad y con las cifras de desnutrición, inferiores en los países desarrollados, en comparación con aquellos en vía de desarrollo, marcados por inequidades sociales y de salud. En comparación con el estudio de SABE Bogotá, la prevalencia de sarcopenia fue mayor que en el PANA, mientras que la fragilidad fue menor. En SABE Bogotá, las mujeres presentaron frecuencias de sarcopenia y fragilidad mayores a las de los hombres, comportamiento similar al encontrado por el presente estudio en Antioquia (171).

En la investigación de Curcio y colaboradores, se encontró una prevalencia de fragilidad de 12,2%, más alta en mujeres, en AM de más edad y con bajo nivel educativo, similar a lo encontrado con el presente estudio (154). En el estudio realizado por Palomo y colaboradores (177) en población de AM de Chile con AM de 65 años o más, se encontró una prevalencia de fragilidad casi del doble a lo hallado en esta investigación, incrementándose su aparición en mayores de 80 años, siendo más probable el avance en individuos con impedimentos

cognitivos; además, se relacionó con bajo nivel educativo y con el estado nutricional, al igual que en el presente estudio, el porcentaje de fragilidad fue mayor en las mujeres que en los hombres.

Finalmente, uno de los aspectos que incide directamente en el estado nutricional de las personas, y en especial de los AM, son las limitaciones para el acceso y consumo de alimentos, pues aumenta la probabilidad de inseguridad alimentaria y deficiencias de nutrientes. En este estudio se indagó por dificultades monetarias para acceder a los alimentos, así como limitaciones de salud, funcionales y de acompañamiento para disponer de ellos. Como se esperaba, uno de los principales aspectos que limitaron el acceso a los alimentos fue la situación económica; esta dificultad financiera para adquirir alimentos suficientes, predispone a los AM o al hogar a riesgo de inseguridad alimentaria. La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia en el año 2015 (178) mostró que la inseguridad alimentaria se incrementó a medida que empeoraban las condiciones económicas del hogar, pasando de 54,2% a 71,2% en los hogares con el más bajo índice de riqueza y a 67,3% cuando el jefe del hogar tenía un nivel de escolaridad menor a primaria completa; así mismo, un estudio realizado en Brasil, en hogares con AM como jefes de hogar, encontró que la inseguridad alimentaria era menor en los hogares con mayor renta per cápita (179). Otro de los aspectos que limitó el acceso o consumo de alimentos fue el relacionado con problemas de salud de diversa índole; esta situación, o el deterioro funcional derivado de ella, pueden ocasionar en el AM dificultades para salir a comprar alimentos, usar utensilios de cocina y preparar o consumir ciertos alimentos (180, 181), lo que puede llevar a déficit o exceso en la ingesta de algunos nutrientes. Si bien no es clara la direccionalidad de la relación entre problemas de salud versus funcionalidad e inseguridad alimentaria, se sabe que cuando ambas situaciones coexisten, la inseguridad alimentaria se convierte en una condición clínica relevante (182). Adicionalmente, otra situación manifiesta por los AM fue el comer menos o dejar de comer por estar solo, aspecto que estuvo presente en el 16% de la población evaluada. Dicha condición, al igual que vivir solo o la soledad son cada vez más frecuentes en la población AM de nuestro país debido, entre otras situaciones, a pérdidas familiares, hogares más pequeños o aislamiento social; lo que se ha relacionado con una pobre ingesta, baja calidad y variedad de la dieta, pérdida de motivación para cocinar o comer saludablemente, situaciones que aumentan el riesgo de malnutrición (183).

3.4. Referencias bibliográficas

1. Social M de S y P. Resolución Número 2465 de 2016. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. p. 1–47.
2. Vallejo Solarte M, Castro-Castro L, Cerezo-Correa M. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. *Univ Salud*. 2016;18(1).
3. Koletzko B, Brands B, Grote V, Kirchberg F, Prell C, Rzehak P, y col. Long-Term Health Impact of Early Nutrition: The Power of Programming. *Ann Nutr Metab*. 2017;70(3):161–169.
4. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382(9890):427–51.
5. Victora C. Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la concepción a los dos años de vida. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(4):311–7.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019; 2019.
7. Development Initiatives. Informe de la Nutrición Mundial 2017. Development Initiatives. Bristol, Reino Unido; 2017.
8. Ministerio de Salud y protección Social. Encuesta Nacional de La Situación Nutricional (ENSIN) en Colombia 2010. ENSIN. 2011;513.
9. Escudero LS, Parra BE, Herrera J, Restrepo SL, Zapata N. Estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes: Medellín-Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(1):71–9.
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2019 - Colombia. Población por edad y sexo. 2019.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. Bogotá; 2015. p. 54.
12. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.
13. Institute of medicine. Minimizing potential errors in assessing group and individual intakes. En: *Dietary Reference Intakes Applications in Dietary assessment*, Washington DC, National Academy press. Vol. 147. Washington DC: National Academy Press; 2000. p. 61
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 3803 de 2016, Por la cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para la población colombiana y se dictan otras disposiciones. 2016. p. 26.
15. DeCaterina R. n-3 fatty acids in cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2011;364(25):2439–50.
16. Institute of Medicine of the National Academies. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. Washington DC: The National Academie Press; 2003. 10–30 p.
17. J Anderson, Baird P, Davis JR, Ferreri S, Knudtson M, Koraym A. Health benefits of dietary fiber. *Nutr Res*. 2009;67(4):188–205.
18. Instituto Colombiano de Bienestar Familia (ICBF). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2005. Bogotá; 2006. 237–314 p.
19. Institute of medicine. Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes. Application in dietary assessment. Vol. 147. Washington: National Academy Press; 2000. p. 51.
20. Platform SDGK. Sustainable Development Goal 2. 2018.
21. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. CONPES 3918. 2018;74.
22. Consejo Nacional de Política Económica Y Social. Resultados de los ODM en Colombia, 1991-2015. 2015;2002:1991–2015.
23. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2018. 2018;2:227–49.
24. Mejía-Guevara I, Corsi DJ, Perkins JM, Kim R, Subramanian S V. Variation in anthropometric status and growth failure in low and middle-income countries. *Pediatrics*. 2018;141(3).
25. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Instituto Nacional de Salud; Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la

- Situación Nutricional (ENSIN) 2015; 2019. p. 336.
26. Hong SA, Khang PWY. Rural – urban differences in socioeconomic inequality trends for double burden of malnutrition in Thailand 2005 – 2016. 2019;11–3.
 27. Key T. Worldwide trends in children's and adolescents' body mass index, underweight and obesity, in comparison with adults, from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2,416 population-based measurement studies with 128.9 million participants. 2017;2627–42.
 28. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS. 2014;1–12.
 29. World Health Organization (WHO). Global Nutrition Targets 2025. *Can Pharm J*. 2014;122(2):74–6, 78.
 30. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371(9609):340–57.
 31. Universidad de Antioquia, Alcaldía de Medellín. Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015;2015.
 32. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7.
 33. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, et al. The physical activity guidelines for Americans. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018;320(19):2020–8.
 34. Kraus WE, Powell KE, Haskell WL, Janz KF, Campbell WW, Jakicic JM, et al. Physical Activity, All-Cause and Cardiovascular Mortality, and Cardiovascular Disease. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(6):1270–81.
 35. Mammen G, Faulkner G. Physical Activity and the Prevention of Depression. *Am J Prev Med*. 2013 Nov;45(5):649–57.
 36. Haskell WL, Blair SN, Hill JO. Physical activity: Health outcomes and importance for public health policy. *Prev Med (Baltim)*. 2009;49(4):280–2.
 37. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. *Ensin*. 2011;1–512.
 38. Artero EG, Ruiz JR, Ortega FB, España-Romero V, Vicente-Rodríguez G, Molnar D, et al. Muscular and cardiorespiratory fitness are independently associated with metabolic risk in adolescents: The HELENA study. *Pediatr Diabetes*. 2011;12(8):704–12.
 39. Ortega FB, Silventoinen K, Tynelius P, Rasmussen F. Muscular strength in male adolescents and premature death: Cohort study of one million participants. *BMJ*. 2012;345(7884):1–12.
 40. Lawman HG, Troiano RP, Perna FM, Wang CY, Fryar CD, Ogden CL. Associations of Relative Handgrip Strength and Cardiovascular Disease Biomarkers in U.S. Adults, 2011–2012. *Am J Prev Med*. 2016;50(6):677–83.
 41. Lee WJ, Peng LN, Chiou ST, Chen LK. Relative handgrip strength is a simple indicator of cardiometabolic risk among middle-aged and older people: A nationwide population-based study in Taiwan. *PLoS One*. 2016;11(8):1–11.
 42. Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, Healy GN, Owen N. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2010;35(6):725–40.
 43. Quintero Velásquez MA, Orrego Londoño ML, Arenas Sosa MM. Sistema de vigilancia epidemiológica para factores de riesgo de ECNT en Antioquia. 2011. p. 127.
 44. Dewey KG, Oaks BM. U-shaped curve for risk associated with maternal hemoglobin, iron status, or iron supplementation. *Am J Clin Nutr*. 2017 Dec;106(Supplement 6):1694S–1702S.
 45. New S, Wirth M. Anaemia, pregnancy, and maternal mortality: The problem with globally standardised haemoglobin cutoffs. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2015;122(2):166–9.
 46. World Health Organization. Global Nutrition targets 2015 Anaemia Policy Brief. *Glob Nutr Targets 2025*. 2014;2(WHO/NMH/NHD/14.4):8.
 47. Forero-Torres AY. El desafío de la doble carga de malnutrición en la población escolar y adolescente para el futuro de Colombia. En: Instituto Nacional de Salud INS, Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional MANÁ, Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia, editors. Conferencia Estado nutricional de vitaminas y minerales en grupos de poblaciones de interés para la salud y seguridad alimentaria y nutricional de Antioquia (ENSIN 2015) Evidencia para la acción. Medellín; 2019.
 48. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015; 2015.
 49. Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, Wulf

- SK, Johns N, Lozano R, et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood J.* 2015;123(5):615–25.
50. Ministerio de de Salud y Protección Social. ENSIN 2015.
51. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The Double Burden of Malnutrition: Case Studies from Six Developing Countries.
52. Northrop-Clewes CA, Thurnham DI. Biomarkers for the differentiation of anemia and their clinical usefulness. *J Blood Med.* 2013;4:11–22.
53. Alcaldía de Medellín, Universidad de Antioquia. Perfil de Seguridad Alimentaria de los Hogares de Medellín y sus Corregimientos 2015. p. 185–216.
54. Determinación del tamaño muestral mediante el uso de árboles de decisión (Sample size determination using decision trees) Valdivieso Taborga. *Revista Investigación & Desarrollo.*
55. Kazemi T, Hajhosseini M, Moossavi M, Hemmati M, Ziaee M. Cardiovascular Risk Factors and Atherogenic Indices in an Iranian Population: Birjand East of Iran. *Clin Med Insights Cardiol.* 2018;12.
56. Nogay NH. Assessment of the correlation between the atherogenic index of plasma and cardiometabolic risk factors in children and adolescents: Might it be superior to the TG/HDL-C ratio? *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2017 Aug;30(9):947–55.
57. Sapunar J, Aguilar-Farías N, Navarro J, Araneda G, Chandía-Poblete D, Manríquez V, et al. High prevalence of dyslipidemia and high atherogenic index of plasma in children and adolescents. *Rev Med Chil.* 2018;146(10):1112–22.
58. Shi Y, de Groh M, Bancej C. Socioeconomic gradients in cardiovascular risk in Canadian children and adolescents. *Heal Promot Chronic Dis Prev Canada.* 2016;36(2):21–31.
59. Álvarez Cosmea A. Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica The cardiovascular risk charts. A critical review. *Medifam.* 2001;11:122–39.
60. Bhardwaj S, Bhattacharjee J, Bhatnagar MK, Tyagi S. Atherogenic index of plasma, Castelli risk index and Atherogenic coefficient - New Parameters in assessing Cardiovascular Risk. *Int J Pharm Biol Sci.* 2013;3(3):359–64.
61. Cuartas S, Torre MP. Comparative evaluation between the non-HDL cholesterol and LDL cholesterol in children and adolescents. *Rev Cubana Pediatr.* 2017;89(1):20–9.
62. Domingo FM. Utilidad de los índices aterogénicos como marcadores biológicos en el síndrome metabólico. 2012;22–30.
63. Angoorani P, Khademian M, Ejtahed HS, Heshmat R, Motlagh ME, Vafaeenia M, y col. Are non-high-density lipoprotein fractions associated with pediatric metabolic syndrome? the CASPIAN-V study. *Lipids Health Dis.* 2018;17(1):1–9.
64. Ivanova EA, Myasoedova VA, Melnichenko AA, Grechko A V., Orekhov AN. Small Dense Low-Density Lipoprotein as Biomarker for Atherosclerotic Diseases. *Oxid Med Cell Longev.* 2017;2017.
65. Carmena R, Duriez P, Fruchart JC. Atherogenic lipoprotein particles in atherosclerosis. *Circulation.* 2004;109(23 SUPPL.):2–7.
66. Burns S, Lee SJ, Arslanian S. Surrogate Lipid Markers for Small Dense Low-Density Lipoprotein Particles in Overweight Youth. 2014;27(4):1–19.
67. Holven KB, Narverud I, van Lennep JR, Versmissen J, Øyri LKL, Galema-Boers A, y col. Sex differences in cholesterol levels from birth to 19 years of age may lead to increased cholesterol burden in females with FH. *J Clin Lipidol.* 2018 May;12(3):748–755.e2.
68. Shim YS, Baek JW, Kang MJ, Oh YJ, Yang S, Hwang IT. Reference values for the triglyceride to high-density lipoprotein cholesterol ratio and non-high-density lipoprotein cholesterol in Korean children and adolescents: The Korean national health and nutrition examination surveys 2007–2013. *J Atheroscler Thromb.* 2016;23(12):1334–44.
69. Abe Y. Difference in serum non-high-density lipoprotein cholesterol levels in terms of sex, age, and physique in children and adolescents. *J Atheroscler Thromb.* 2016;23(12):1311–2.
70. Universidad Nacional de Colombia, Instituto Nacional de Salud (INS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015. Solano J, editor. Bogotá; 2019.
71. Popkin B. The nutrition transition: an overview of world patterns of change. *Nutr Rev.* 2004;2(140–143).
72. Manjarrés L, Cárdenas D. Evaluación de consumo alimentario. En: Hoyos G, editor. Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de

- Medellín y sus Corregimientos 2015. Alcaldía de Medellín y Universidad de Antioquia: Medellín; 2015. p. 218–93.
73. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud. 2010.
 74. Kroker-Lobos MF, Pedroza-Tobías A, Pedraza LS, Rivera JA. The double burden of undernutrition and excess body weight in Mexico. *Am J Clin Nutr.* 2014 Dec;100(6):1652S–8S.
 75. Ministério Da Saúde. Brasil. Pesquisa de Orçamentos Familiares. Rio de Janeiro; 2009.
 76. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac J-C, Levy RB, Louzada MLC, Jaime PC. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutr.* 2017 Mar;1–13.
 77. Ministério de Saúde. Guia Alimentar para a população Brasileira. Brasília - DF; 2014. p. 1–158.
 78. Ministerio de Salud de Uruguay. Guía Alimentaria para la Población Uruguaya. Montevideo; 2016. p. 1–52.
 79. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años.
 80. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. 2019.
 81. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. O 2019. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones.
 82. Parra DC, Da Costa-Louzada ML, Moubarac J-C, Bertazzi-Levy R, Khandpur N, Cediel G, et al. Association between ultra-processed food consumption and the nutrient profile of the Colombian diet in 2005. *Salud Publica Mex.* 2019;61(2, Mar-Abr):147.
 83. Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet.* 2019 Feb;393(10170):447–92.
 84. Gobernación de Antioquia y Universidad de Antioquia. Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2020-2031.
 85. Marrón-Ponce JA, Sánchez-Pimienta TG, Da Costa Louzada ML, Batis C. Energy contribution of NOVA food groups and sociodemographic determinants of ultra-processed food consumption in the Mexican population. *Public Health Nutr.* 2018;21(1):87–93.
 86. Cediel G, Reyes M, da Costa Louzada ML, Martinez Steele E, Monteiro CA, Corvalán C, et al. Ultra-processed foods and added sugars in the Chilean diet (2010). *Public Health Nutr.* 2018 Jan;21(01):125–33.
 87. Louzada ML, Martins A, Canella D, Baraldi, Renata Bertazzi Levy, Rafael Moreira Claro, et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2015;49:2–11.
 88. Moubarac J-C, Batal M, Louzada ML, Martinez Steele E, Monteiro CA. Consumption of ultra-processed foods predicts diet quality in Canada. *Appetite.* 2017 Jan;108:512–20.
 89. Martínez Steele E, Popkin BM, Swinburn B, Monteiro CA. The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: evidence from a nationally representative cross-sectional study. *Popul Health Metr.* 2017 Dec;15(1):1–6.
 90. Adams J, White M. Characterisation of UK diets according to degree of food processing and associations with socio-demographics and obesity: Cross-sectional analysis of UK National Diet and Nutrition Survey (2008-12). *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12:160.
 91. Batal M, Johnson L, Moubarac J, Ing A, Fediuk K, Sadik T. Sociodemographic associations of the dietary proportion of ultra-processed foods in First Nations peoples in the Canadian provinces of British Columbia, Manitoba, Alberta and Ontario. *Int J Food Sci Nutr.* 2018;69(6):753–61.
 92. McDonald CM, Baylin A, Arsenault JE, Mora-Plazas M, Villamor E. Overweight Is More Prevalent Than Stunting and Is Associated with Socioeconomic Status, Maternal Obesity, and a Snacking Dietary Pattern in School Children from Bogotá, Colombia. *J Nutr.* 2009;139:370–6.
 93. Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2.ed. Brasília; 2014.
 94. Ministerio de Salud (URY). Guía alimentaria para la población uruguaya. Montevideo; 2016.
 95. Corvalán C, Reyes M, Garmendia ML, Uauy R. Structural responses to the obesity and non-communicable diseases epidemic: the Chilean Law of Food Labeling and Advertising. *Obes Rev.* 2013. Nov;14:79–87.
 96. Schwarzenberg S, Georgieff M. Advocacy for

- Improving Nutrition in the First 1000 Days to Support Childhood Development and Adult Health. *Pediatrics*. 2018;141(2).
97. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382(9890):427–51.
98. Uribe Merino J. Las Prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal: el caso de la ciudad de Medellín, Colombia. *Bol Antropol*. 2006;20(37):227–50.
99. Álvarez Castaño L, Goetz Rueda J, Carreño Aguirre C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2012;11(23):98–110.
100. Quevedo Bolívar P. La malnutrición: más allá de las deficiencias nutricionales. *Trab soc*. 2019;21(1).
101. Arredondo A, Torres C, Orozco E, Pacheco S, Aragón A, Huang F y col. Indicadores socioeconómicos de la obesidad materna en México y Francia. Análisis comparado de dos cohortes. *Rev Salud Pública*. 2018;20(2):245–53.
102. Kang Y, Hurley KM, Ruel-Bergeron J, Monclus AB, Oemcke R, Wu LS et al. Household food insecurity is associated with low dietary diversity among pregnant and lactating women in rural Malawi. *Public Heal Nutr*. 2019;22(4):697–705.
103. Lopez L, Restrepo-Mesa S. La gestación en medio de la inseguridad alimentaria: percepciones de un grupo de adolescentes embarazadas. *Rev Salud Publica*. 2014;16(1):76–87.
104. Restrepo S, Mancilla L, Parra B, Manjarrés L, Quintero A, Maldonado J. Alimentación y nutrición de la mujer gestante. Diagnóstico y lineamientos para la acción. 2007.
105. Papazian T, Tayeh G, Sibai D, Hout H, Melki I, Khabbaz L. Impact of maternal body mass index and gestational weight gain on neonatal outcomes among healthy Middle-Eastern females. *PLoS One*. 2017;12(7).
106. Lima RJCP, Batista RFL, Ribeiro MRC, Ribeiro CCC, Simões VME, Lima Neto PM et al. Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and birth weight in the BRISA cohort. *Rev Saude Publica*. 2018 Apr;52:46.
107. Celik N, Atan S. Investigación de los factores que afectan la retención de peso materno posparto: un estudio transversal. *J Pak Med Assoc*. 68(11):1578–83.
108. Magallanes-Corimanya M, Barazorda-Huyhua M, Roa-Meggo Y. Índice de masa corporal pregestacional, ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2018;44(1).
109. Dallazen C, Vítolo M. Excessive maternal weight and practice of exclusive breastfeeding among women of low socioeconomic status. *Rev Nutr*. 2017;30(1):69–77.
110. Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Martín-Gómez S. Ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto en una cohorte de mujeres en Aragón (España). *Nutr Hosp*. 2017;34(5):1138–45.
111. Zambrano E, Ibáñez C, Martínez-Samayoa P, Lomas-Soria C, Durand-Carbajal M, Rodríguez-González G. Maternal Obesity: Lifelong Metabolic Outcomes for Offspring from Poor Developmental Trajectories During the Perinatal Period. *Arch Med Res*. 2016;47(1):1–12.
112. Tanaka K, Yamada K, Matsushima M, Izawa T, Furukawa S, Kobayashi Y, et al. Increased maternal insulin resistance promotes placental growth and decreases placental efficiency in pregnancies with obesity and gestational diabetes mellitus. *J Obs Gynaecol*. 2018;44(1):74–80.
113. Estrada-Restrepo A, Restrepo-Mesa S, Ceballos N, Mardones F. Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término, Colombia, 2002-2011. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(11):1–16.
114. Costa R, Caldevilla D, Gallo P, Figueiredo B, Leone C. Incidência e características dos recém-nascidos de peso insuficiente de uma coorte de neonatos de um hospital público regional de área metropolitana. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2013;23:238–43.
115. Barker D. The origins of the developmental origins theory. *J Intern Med*. 2007;261(5):412–7.
116. Fall C. Fetal programming and the risk of noncommunicable disease. *Indian J Pediatr*. 2013;80(Suppl 1:S):13–20.
117. Ministerio de Salud, Instituto Nacional De Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015; 2015.
118. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014: una mina de información sobre salud pública mundial. Geneva; 2014.

119. Consejo Nacional de Política económica y social. CONPES 3918 Estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en Colombia. Bogotá; 2018.
120. Beal T, Tumilowicz A, Sutrisna A, Izwardy D, Neufeld L. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Matern Child Nutr.* 2018;14(4).
121. Giao H, Le An P, Vien N, Khanh T 3, Vinh B. Stunting and Overweight among 12-24-Month-Old Children Receiving Vaccination in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Biomed Res Int.* 2019.
122. Moreno-Ruiz D, Picon M, Marrugo-Arnado C, Marrugo V, Alvis Guzmán N. Determinantes socioeconómicos del estado nutricional en menores de cinco años atendidos en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. *Rev Univ Ind Santander.* 2017;49(2).
123. Instituto Nacional de Salud. Presentación de resultados ENSIN 2015. Medellín; 2019.
124. World Health Organization (WHO). The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva; 2015.
125. da Silva LLS, Fawzi WW, Cardoso MA. Factors associated with anemia in young children in Brazil. *PLoS One.* 2018;13(9).
126. World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005 who Global database on anaemia. 2008.
127. Miller E. The reproductive ecology of iron in women. *Am J Phys Anthr.* 2016;159:172–95.
128. Sheikh M, Hantoushzadeh S, Shariat M, Farahani Z, Ebrahimirasab O. The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Eur J Nutr.* 2017;56(2):901–8.
129. Madanijah S, Rimbawan R, Briawan D, Zulaikhah Z. Nutritional status of lactating women in Bogor district, Indonesia: cross-sectional dietary intake in three economic quintiles and comparison with pre-pregnant women. *Br J Nutr.* 2016;116:67–74.
130. Abay A, Woldie Yalew H, Tariku A, Gebeye E. Determinants of prenatal anemia in Ethiopia. *Arch Public Heal.* 2017;75(51).
131. Adam I, Ibrahim Y, Elhardello O. Prevalence, types and determinants of anemia among pregnant women in Sudan: a systematic review and meta-analysis. *BMC Hematol.* 2018;18(31).
132. Srour M, Aqel S, Srour K, Younis K, Samarah F. Prevalence of Anemia and Iron Deficiency among Palestinian Pregnant Women and Its Association with Pregnancy Outcome. *Anemia;* 2018.
133. World Health Organization (WHO). *Nutritional Anaemias: Tools for Effective Prevention and control.* World Health Organization. 2017. p. 83.
134. Berglund S, Domellöf M. Meeting iron needs for infants and children. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2014;17(3):267–72.
135. Bailey R, West K, Black R. The epidemiology of global micronutrient deficiencies. *Ann Nutr Metab.* 2015;66:22–33.
136. Daru J, Colman K, Stanworth S, De La Salle B, Wood E, Pasricha S. Serum ferritin as an indicator of iron status: What do we need to know? *Am J Clin Nutr.* 2017;106:1634–9.
137. André H, Sperandio N, Siqueira R, Franceschini S, Priore S. Food and nutrition insecurity indicators associated with iron deficiency anemia in Brazilian children: a systematic review. *Cien Saude Colet.* 2018;23(4):1159–1157.
138. Bégin F, Aguayo V. First foods: Why improving young children's diets matter. *Matern Child Nutr.* 2017;13.
139. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Ginebra; 2001.
140. Bhandari. S, Thorne-Lyman. AL, Shrestha. B, Neupane. S, Nonyane. BAS, Manohar. S et al. Determinants of infant breastfeeding practices in Nepal: a national study. *Int Breastfeed J.* 2019;14.
141. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). *The Lancet. Primera Serie 2016 Sobre Lactancia Materna Edición en Español.* Guatemala; 2016.
142. Davidove. ME DJ. *Breastfeeding: A Cornerstone of Healthy Sustainable Diets.* Sustainability. 2019;
143. Mosca F, Gianni M. Human milk: composition and health benefits. *Pediatr Med Chir.* 2017;39(2):155.
144. Asfaw MM, Argaw MD, Kefene ZK. Factors associated with exclusive breastfeeding practices in Debre Berhan District, Central Ethiopia: a cross sectional community based study. *Int Breastfeed J.* 2015 Dec;10(1):23.
145. World Health Organization. *Global Nutrition Targets 2025: Anaemia policy brief.* 2014. p. 8.
146. Bégin F, Lapping K, Clark D, Taqi I, Roger CR.

- Real-time evaluation can inform global and regional efforts to improve breastfeeding policies and programmes. *Matern child Nutr.* 2019;15.
147. Rathaur V, Pathania M, Pannu C, Jain A, Dhar M, Pathania N, et al. Prevalent infant feeding practices among the mothers presenting at a tertiary care hospital in Garhwal Himalayan region, Uttarakhand, India. *J Fam Med Prim Care.* 2018;7(1):45–52.
148. Papandreou A, Bopp M, Braun J, Staub K, Faeh D. Individual development and potential determinants of excess weight in children and adolescents: a longitudinal study. *Swiss Med Wkly.* 2017;147.
149. Jiménez-Acosta S, Martín-González I, Rodríguez Suárez A, Silvera-Télliz D, Núñez-Torres E, Alfonso-Fagué K. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Rev Cuba Pediatría.* 2018;90(1):79–93.
150. Organización Mundial de la Salud. Principios de orientación para la alimentación de niños amamantados de 6 a 24 meses. 2010.
151. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430–9.
152. Ministerio de Salud y Protección Social. Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS). Universidad del Valle. Universidad de Caldas. Encuesta SABE Colombia. Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social; 2016. p. 476.
153. Chavarro-Carvajal D, Reyes-Ortiz C, Samper-Ternent R, Arciniegas A, Gutierrez C. Nutritional assessment and factors associated to malnutrition in older adults: a cross-sectional study in Bogotá, Colombia. *J Aging Heal.* 2015;27(2):304–19.
154. Curcio C, Henao G, Gomez F. Frailty among rural elderly adults. *BMC Geriatr.* 2014;14(2).
155. Giraldo-Giraldo NA, Paredes-Arturo YV, Idarraga Idarraga Y, Aguirre-Acevedo DC. Factores asociados a la desnutrición o al riesgo de desnutrición en adultos mayores de San Juan de Pasto, Colombia: Un estudio transversal. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2017;21(1):39–48.
156. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, Leon Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Pan Am J public Heal.* 2005;17(5/6):353–61.
157. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Vol. WHO/FWC/AL, Organización Mundial de la Salud; 2015.
158. Zavala RJD, Terán MMA, Nava ÁM, Pineda MML, de la Mata MMJ. Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam.* 2018;25(4):141–5.
159. Artz A. Anemia and the frail elderly. *Semin Hematol.* 2008;45(4):261–6.
160. Garland CF, Kim JJ, Mohr SB, Gorham ED, Grant WB, Giovannucci EL, et al. Meta-analysis of all-cause mortality according to serum 25-hydroxyvitamin D. *Am J Public Heal.* 2014;104(8):e43–50.
161. Yang J, Ou-Yang J, Huang J. Low serum vitamin D levels increase the mortality of cardiovascular disease in older adults: A dose-response meta-analysis of prospective studies. *Med (Baltimore).* 2019;98(34):e16733.
162. Holick M. Deficiency of sunlight and vitamin D. *BMJ.* 2008;336(7657):1318–9.
163. McPhee JS, French D, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology.* 2016;17(3):567–80.
164. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington, Estados Unidos; 2001.
165. Orces CH. The association between obesity and vitamin D status among older adults in Ecuador: analysis of the SABE survey. *Nutr Hosp.* 2018;35(5):1066–71.
166. Giraldo-Giraldo NA, Deossa-Restrepo GC, Estrada-Restrepo A. Estado nutricional de los adultos mayores de los hogares de Medellín y sus corregimientos. En: Hoyos GM, ed *Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Medellín y sus Corregimientos 2015*. Medellín: Alcaldía de Medellín y Universidad de Antioquia; 2015. p. 343–77.
167. Cetin DC, Nasr G. Obesity in the elderly: more complicated than you think. *Cleve Clin J Med.* 2014;81(1):51–61.
168. Deossa-Restrepo GC, Restrepo-Betancur LF, Velásquez-Vargas JE, Varela-Álvarez D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. *Univ*

- Salud. 2016;18(3):494–504.
169. Franco-Alvarez N, Avila-Funes JA, Ruiz-Arregu L, Gutiérrez-Robledo LM. Determinants of malnutrition risk among the older adult community: a secondary analysis of the Health, Wellbeing, and Aging Study (SABE) in Mexico. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(6):369–75.
 170. Ferreira LS, do Amaral TF, Marucci MF, Nascimento LF, Lebro ML, Duarte YA. Undernutrition as a major risk factor for death among older Brazilian adults in the community-dwelling setting: SABE survey. *Nutrition*. 2011;27(10):1017–22.
 171. Samper-Ternent R, Reyes-Ortiz C, Ottenbacher KJ, Cano CA. Frailty and sarcopenia in Bogotá: results from the SABE Bogotá Study. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(2):265–72.
 172. Granic A, Sayer AA, Robinson SM. Dietary Patterns, Skeletal Muscle Health, and Sarcopenia in Older Adults. *Nutrients*. 2019;11(4):pii: E745.
 173. Morley JE. Frailty and sarcopenia in elderly. *Wien Klin Wochenschr*. 2016;128(Suppl 7):439–45.
 174. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Med Sci Copyr*. 2001;56(3):146–56.
 175. Pagotto V, Ferreira dos Santos K, Gomes Malaquias S, Bachion MM, Silveira EA. Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):322–8.
 176. Kim TN, Park MS, Yang SJ, Yoo HJ, Kang HJ, Song W, et al. Prevalence and Determinant Factors of Sarcopenia in Patients With Type 2 Diabetes: the Korean Sarcopenic Obesity Study (KSOS). *Diabetes Care*. 2010;33(7):1497–9.
 177. Palomo I, Giacaman RA, Leon S, Lobos G, Bustamante M, Wehinger S, et al. Analysis of the characteristics and components for the frailty syndrome in older adults from central Chile. The PIEI-ES study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;80(Jan-Feb):70–5.
 178. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN). Bogotá: ICBF; 2019. p. 336.
 179. Da Costa Rosa TE, Mondini L, Gubert MB, Sato GS, D'Aquino Bencio MH. Segurança alimentar em domiclios chefiados por idosos, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2012;15(1):69–77.
 180. Lee JS, Frongillo EAJ. Factors associated with food insecurity among U.S. elderly persons: importance of functional impairments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001;56(2):S94–9.
 181. Wolfe WS, Frongillo EA, Valois P. Understanding the Experience of Food Insecurity by Elders Suggests Ways to Improve Its Measurement I. Vol. 133, *J. Nutr*. 2003.
 182. Berkowitz SA, Fabreau GE. Food insecurity: What is the clinician's role? *CMAJ*. 2015;187(14):1031–2.
 183. Whitelock E, Ensaff H. On Your Own: Older Adults' Food Choice and Dietary Habits. *Nutrients*. 2018;10(4):pii: E413.

Tabla 37. Prevalencia de malnutrición en niños y niñas menores de cinco años, por área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Peso para la edad								Talla para la edad											
		Desnutrición global				Riesgo de desnutrición global				Retraso en talla				Riesgo de retraso en talla				Desnutrición aguda severa			
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	320.851	7.303	*	*	*	60.716	18,9	14,1	23,8	32.128	10,0	6,6	13,4	93.235	29,1	22,6	35,5	820	*	*	*
Área de residencia																					
Rural	129.020	2.925	*	*	*	24.289	18,8	9,9	27,8	10.733	8,3	4,7	12,0	45.630	†35,4	22,4	48,3	287	*	*	*
Urbana	191.831	4.379	*	*	*	24.289	19,0	13,5	24,5	21.395	11,2	6,1	16,3	47.605	24,8	19,0	30,7	532	*	*	*
Subregiones																					
Valle de Aburrá (sin Medellín)	61.023	1.086	*	*	*	6.258	*	*	*	2.485	*	*	*	7.970	*	*	*				
Bajo Cauca	25.694	544	*	*	*	4.670	*	*	*	4.391	*	*	*	6.368	24,8	15,5	34,1	109	*	*	*
Magdalena Medio	8.766	302	*	*	*	1.661	*	*	*	460	*	*	*	2.906	*	*	*				
Nordeste	16.752	549	*	*	*	1.899	*	*	*	765	*	*	*	4.577	*	*	*				
Norte	21.026					3.934	*	*	*	511	*	*	*	8.758	*	*	*				
Occidente	14.161	179	*	*	*	1.905	*	*	*	780	*	*	*	2.848	*	*	*				
Oriente	98.674	2.736	*	*	*	24.894	*	*	*	16.315	*	*	*	41.221	†41,8	24,3	59,2	287	*	*	*
Suroeste	26.809	793	*	*	*	6.404	*	*	*	2.841	*	*	*	6.278	*	*	*				
Urabá	47.947	1.115	*	*	*	9.091	19,0	12,4	25,6	3.579	*	*	*	12.308	25,7	18,6	32,7	423	*	*	*

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

	Peso para la talla																Perímetro cefálico							
	Desnutrición aguda moderada				Riesgo de desnutrición aguda				Riesgo de sobrepeso				Sobrepeso				Obesidad				Riesgo para el neurodesarrollo			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
	1.825	*	*	*	22.627	7,1	4,7	9,4	55.984	17,4	12,0	22,9	9.985	3,1	1,8	4,4	1.295	*	*	*	22.959	12,8	6,0	19,7
	388	*	*	*	9.800	7,6	4,3	10,9	24.105	18,7	7,2	30,2	2.286	*	*	*	722	*	*	*	12.437	*	*	*
	1.437	*	*	*	12.827	6,7	3,4	10,0	31.879	16,6	12,0	21,3	7.699	*	*	*	573	*	*	*	10.522	10,1	4,8	15,5
					4.000	*	*	*	9.819	*	*	*	3.091	*	*	*	284	*	*	*	2.395	*	*	*
					2.107	*	*	*	2.836	*	*	*	1.612	*	*	*	109	*	*	*	1.071	*	*	*
100	*	*	*		560	*	*	*	560	*	*	*	45	*	*	*	526	*	*	*	560	*	*	*
					765	*	*	*	4.736	*	*	*	1.114	*	*	*					1.360	*	*	*
					1.646	*	*	*	2.554	*	*	*									1.134	*	*	*
					531	*	*	*	2.424	*	*	*	368	*	*	*					243	*	*	*
1.174	*	*	*		5.184	*	*	*	23.447	*	*	*	1.305	*	*	*					11.634	*	*	*
340	*	*	*		2.855	*	*	*	3.588	*	*	*	1.297	*	*	*					2.741	*	*	*
211	*	*	*		4.979	*	*	*	6.020	12,6	7,3	17,8	1.152	*	*	*	376	*	*	*	1.821	*	*	*

Tabla 38. Prevalencia de malnutrición en niños y niñas menores de cinco años, por edad, sexo, estrato y asistencia a programas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Peso para la edad								Talla para la edad															
		Desnutrición global				Riesgo de desnutrición global				Retraso en talla				Riesgo de retraso en talla				Desnutrición aguda severa				Desnutrición aguda moderada			
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	320.851	7.303	*	*	*	60.716	18,9	14,1	23,8	32.128	10,0	6,6	13,4	93.235	29,1	22,6	35,5	820	*	*	*	1.825	*	*	*
Grupo de edad																									
Menor 12 meses	56.494	1.114	*	*	*	13.637	†24,1	5,4	42,9	4.350	*	*	*	13.220	†23,4	5,3	41,5	532	*	*	*	1.382	*	*	*
12-23 meses	70.875	3.164	*	*	*	8.844	*	*	*	9.329	*	*	*	22.043	†31,1	15,7	46,5								
2 años	52.951	1.442	*	*	*	10.975	20,7	12,2	29,3	7.061	*	*	*	10.531	19,9	12,8	27,0					443	*	*	*
3 años	58.316	503	*	*	*	11.404	19,6	11,1	28,0	5.061	*	*	*	21.687	37,2	26,3	48,0								
4 años	82.216	1.080	*	*	*	15.856	19,3	9,8	28,8	6.327	*	*	*	25.754	†31,3	16,8	45,9	287	*	*	*				
Sexo																									
Mujer	155.730	3.199	*	*	*	27.378	17,6	11,7	23,5	16.721	10,7	5,6	15,9	39.915	25,6	17,1	34,2	499	*	*	*	939	*	*	*
Hombre	165.121	4.104	*	*	*	33.338	20,2	12,6	27,8	15.407	9,3	4,8	13,8	53.321	32,3	22,8	41,8	321	*	*	*	886	*	*	*
Estrato																									
1	159.011	5.178	*	*	*	36.797	23,1	14,6	31,6	20.238	12,7	7,3	18,2	55.948	35,2	24,0	46,3	211	*	*	*	312	*	*	*
2	115.816	668	*	*	*	17.419	15,0	9,5	20,6	9.343	*	*	*	28.809	24,9	17,5	32,2	397	*	*	*	340	*	*	*
3	41.201	1.457	*	*	*	6.056	*	*	*	2.547	*	*	*	8.035	*	*	*	211	*	*	*	1.174	*	*	*
4	4.537					443	*	*	*					443	*	*	*								
5	287																								
Asistencia a programas de alimentación																									
Sí	147.210	1.952	*	*	*	34.336	23,3	14,1	32,5	14.564	9,9	4,6	15,2	55.048	37,4	25,4	49,4	287	*	*	*	287	*	*	*
No	173.642	5.351	*	*	*	26.380	15,2	11,0	19,4	17.563	10,1	5,7	14,5	38.188	22,0	16,9	27,1	532	*	*	*	1.538	*	*	*

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Características	Peso para la talla												Clasificación perímetro cefálico							
	Riesgo de desnutrición aguda				Riesgo de sobrepeso				Sobrepeso				Obesidad				Riesgo para neurodesarrollo			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
	22.627	7,1	4,7	9,4	55.984	17,4	12,0	22,9	9.985	3,1	1,8	4,4	1.295	*	*	*	22.959	12,8	6,0	19,7
4.398	*	*	*	6.856	*	*	*	1.587	*	*	*	507	*	*	*	10.692	*	*	*	
5.149	*	*	*	18.941	†26,7	11,4	42,1	2.429	*	*	*				6.642	*	*	*		
3.013	*	*	*	7.071	*	*	*	499	*	*	*				5.625	*	*	*		
1.540	*	*	*	9.312	16,0	7,7	24,2	2.662	*	*	*	478	*	*	*					
8.529	*	*	*	13.805	†16,8	3,7	29,9	2.808	*	*	*	311	*	*	*					
9.395	*	*	*	24.401	15,7	7,9	23,4	4.493	*	*	*	263	*	*	*	6.877	*	*	*	
13.232	8,0	4,6	11,4	31.583	19,1	11,5	26,7	5.492	*	*	*	1.033	*	*	*	16.082	*	*	*	
12.133	7,6	3,7	11,6	29.321	18,4	8,6	28,3	2.398	*	*	*	818	*	*	*	12.477	*	*	*	
9.573	*	*	*	17.282	14,9	9,6	20,2	5.418	*	*	*	368	*	*	*	8.161	*	*	*	
921	*	*	*	7.695	*	*	*	2.169	*	*	*	109	*	*	*	2.321	*	*	*	
				1.686	*	*	*													
10.324	7,0	3,4	10,6	29.042	19,7	9,3	30,1	4.517	*	*	*	722	*	*	*	5.266	*	*	*	
12.303	7,1	3,9	10,3	26.942	15,5	10,9	20,1	5.468	*	*	*	573	*	*	*	17.693	14,9	5,3	24,5	

Tabla 39. Prevalencia de malnutrición en niños mayores de cinco años y adolescentes, por área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Talla para la edad								IMC para la edad												Perímetro de cintura (cm)						
		Retraso en talla				Riesgo de retraso en talla				Delgadez				Riesgo de delgadez				Sobrepeso				Obesidad				N	Media (SD)	
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%				
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	
Antioquia (sin Medellín)	902.761	48.726	5,4	4,2	6,6	194.608	21,6	19,2	23,9	24.053	2,7	1,7	3,6	98.747	10,9	9,0	12,9	158.465	17,6	14,9	20,2	58.149	6,4	5,3	7,6	585.652	70,1 (9,2)	
Área de residencia																												
Rural	389.726	25.718	6,6	4,7	8,5	91.964	23,6	19,7	27,5	6.759	*	*	*	39.152	10,0	6,7	13,4	68.807	17,7	12,6	22,7	20.943	5,4	3,9	6,9	255.638	70,0 (8,5)	
Urbana	513.036	23.008	4,5	2,9	6,1	102.645	20,0	17,1	23,0	17.294	3,4	1,9	4,8	59.595	11,6	9,3	13,9	89.658	17,5	14,8	20,1	37.206	7,3	5,5	9,0	330.014	70,1 (9,6)	
Subregiones																												
Valle de Aburrá (sin Medellín)	220.003	3.540	*	*	*	32.663	14,8	11,1	18,6	7.022	*	*	*	24.233	11,0	7,6	14,5	45.017	20,5	15,8	25,1	19.887	9,0	5,9	12,2	144.420	70,6 (9,6)	
Bajo Cauca	80.331	6.112	*	*	*	22.170	27,6	20,5	34,7	3.784	*	*	*	7.335	9,1	5,1	13,2	12.644	15,7	11,1	20,4	2.491	*	*	*	52.460	69,9 (8,2)	
Magdalena Medio	24.518	1.242	*	*	*	6.530	26,6	19,1	34,1	1.309	*	*	*	2.949	*	*	*	3.590	14,6	8,7	20,5	2.307	*	*	*	14.581	69,2 (9,9)	
Nordeste	60.121	3.088	*	*	*	14.274	23,7	16,7	30,8	811	*	*	*	6.762	*	*	*	6.040	*	*	*	5.775	*	*	*	36.931	70,7 (10,9)	
Norte	71.356	2.617	*	*	*	19.083	26,7	19,6	33,9	1.891	*	*	*	6.503	*	*	*	9.989	*	*	*	5.171	*	*	*	50.670	70,7 (9,8)	
Occidente	60.945	4.451	*	*	*	16.979	27,9	21,4	34,3	1.276	*	*	*	3.173	*	*	*	11.936	19,6	13,3	25,9	5.878	*	*	*	41.012	70,9 (9,9)	
Oriente	161.422	7.795	*	*	*	35.059	21,7	12,4	31,0	4.010	*	*	*	15.940	*	*	*	34.264	21,2	9,7	32,7	5.356	*	*	*	94.266	70,2 (8,5)	
Suroeste	92.642	9.591	*	*	*	19.162	20,7	14,3	27,1	1.116	*	*	*	9.879	*	*	*	17.769	19,2	12,8	25,6	6.704	*	*	*	61.391	70,7 (8,8)	
Urabá	131.422	10.289	7,8	4,7	10,9	28.687	21,8	17,6	26,1	2.833	*	*	*	21.973	16,7	12,8	20,6	17.217	13,1	10,0	16,2	4.580	*	*	*	89.920	67,9 (8,3)	

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 40. Prevalencia de malnutrición en niños mayores de cinco años y adolescentes, por edad, sexo, estrato y asistencia a programas nutricionales. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Talla para la edad								IMC para la edad												Perímetro de cintura (cm)					
		Retraso en talla			Riesgo de retraso en talla			Delgadez		Riesgo de delgadez				Sobrepeso				Obesidad				N	Media (SD)				
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%							
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.				
Antioquia (sin Medellín)	902.761	48.726	5,4	4,2	6,6	194.608	21,6	19,2	23,9	24.053	2,7	1,7	3,6	98.747	10,9	9,0	12,9	158.465	17,6	14,9	20,2	58.149	6,4	5,3	7,6	585.652	70,1 (9,2)
Rango de edad																											
5-9 años	316.826	12.437	3,9	1,9	6,0	63.391	20,0	15,3	24,7	8.410	*	*	*	23.378	7,4	5,1	9,6	52.012	16,4	12,0	20,8	24.806	7,8	5,6	10,0		
10-13 años	296.751	15.537	5,2	3,3	7,2	59.665	20,1	16,3	23,9	6.709	*	*	*	38.667	13,0	9,7	16,4	60.639	20,4	14,7	26,2	20.624	6,9	4,8	9,1	296.467	67,3 (8,7)
14-17 años	289.185	20.752	7,2	4,7	9,6	71.552	24,7	21,1	28,4	8.933	*	*	*	36.702	12,7	8,3	17,1	45.814	15,8	12,7	19,0	12.719	4,4	2,7	6,1	289.185	72,9 (8,8)
Sexo																											
Mujer	436.598	19.025	4,4	2,9	5,9	96.701	22,1	18,5	25,8	7.855	*	*	*	45.654	10,5	7,2	13,7	89.724	20,6	16,3	24,8	20.935	4,8	3,4	6,2	272.364	69,7 (8,6)
Hombre	466.163	29.701	6,4	4,4	8,3	97.907	21,0	17,9	24,1	16.198	3,5	1,9	5,0	53.093	11,4	9,1	13,7	68.741	14,7	11,5	18,0	37.214	8,0	6,1	9,8	313.287	70,3 (9,7)
Estrato																											
1	402.327	29.967	7,4	5,3	9,6	98.493	24,5	21,2	27,8	12.421	3,1	1,4	4,8	48.681	12,1	8,7	15,5	44.160	11,0	9,0	12,9	20.688	5,1	3,7	6,6	254.041	69,0 (8,5)
2	362.316	16.237	4,5	2,6	6,3	74.487	20,6	16,3	24,8	9.665	2,7	1,4	3,9	37.526	10,4	7,7	13,0	83.571	23,1	17,4	28,7	25.790	7,1	5,1	9,1	240.740	70,8 (9,6)
3	112.873	1.720	*	*	*	19.136	17,0	11,6	22,3	1.966	*	*	*	9.971	*	*	*	25.317	22,4	16,1	28,8	11.561	*	*	*	75.665	71,6 (10,1)
4	24.957	803	*	*	*	2.491	*	*	*					2.570	*	*	*	5.130	*	*	*	109	*	*	*	14.919	*
5	287																	287	*	*	*					287	*
Asistencia a programas de alimentación																											
Sí	366.474	25.865	7,1	4,6	9,5	89.717	24,5	19,8	29,1	10.474	*	*	*	36.795	10,0	7,4	12,7	56.251	15,3	10,7	20,0	21.578	5,9	4,2	7,6	178.238	67,2 (8,5)
No	536.287	22.861	4,3	3,0	5,5	104.892	19,6	17,2	21,9	13.579	2,5	1,5	3,5	61.952	11,6	8,8	14,3	102.213	19,1	15,9	22,2	36.571	6,8	5,2	8,4	407.414	71,3 (9,2)

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 41. Prevalencia de malnutrición en los adultos de 18 a 59 años, según área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	IMC										Clasificación perímetro cintura					
		Delgadez				Sobrepeso				Obesidad				Riesgo CV			
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	2.222.883	46.777	2,1	1,6	2,6	813.350	36,6	34,6	38,5	491.922	22,1	20,5	23,7	1.291.590	58,4	56,4	60,3
Área de residencia																	
Rural	787.981	9.024	1,1	0,6	1,6	302.094	38,3	34,4	42,3	165.116	21,0	17,8	24,1	450.179	57,4	53,4	61,3
Urbana	1.434.902	37.754	2,6	2,0	3,3	511.256	35,6	33,6	37,7	326.806	22,8	21,0	24,5	841.411	58,9	56,8	61,0
Subregiones																	
Valle de Aburrá (sin Medellín)	832.226	19.767	2,4	1,5	3,3	314.744	37,8	35,0	40,7	166.738	20,0	17,7	22,4	481.930	58,4	55,5	61,3
Bajo Cauca	120.926	3.481	*	*	*	38.434	31,8	26,4	37,2	34.575	28,6	23,2	34,0	76.891	63,6	57,9	69,3
Magdalena Medio	57.847	1.616	*	*	*	21.178	36,6	30,9	42,4	15.278	26,4	21,5	31,3	35.339	61,2	55,5	67,0
Nordeste	98.940	2.702	*	*	*	37.702	38,1	32,1	44,1	21.749	22,0	16,9	27,1	58.976	59,8	53,7	65,9
Norte	134.067	1.976	*	*	*	45.167	33,7	28,0	39,3	27.116	20,2	15,4	25,0	76.279	56,9	51,0	62,8
Occidente	115.916	1.350	*	*	*	47.098	40,6	35,1	46,2	26.768	23,1	18,5	27,7	67.842	58,8	53,3	64,3
Oriente	428.480	4.640	*	*	*	159.337	37,2	30,0	44,4	80.151	18,7	13,0	24,4	236.604	55,4	48,1	62,7
Suroeste	189.468	4.378	*	*	*	67.443	35,6	30,2	41,0	45.570	24,1	19,3	28,8	107.368	56,7	51,2	62,2
Urabá	245.014	6.869	2,8	1,7	3,9	82.246	33,6	30,2	37,0	73.976	30,2	26,7	33,6	150.359	61,5	57,9	65,1

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 42. Prevalencia de malnutrición en los adultos de 18 a 59 años, según edad, sexo, estrato y asistencia a programas de alimentación. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	IMC								Obesidad abdominal							
		Delgadez				Sobrepeso				Obesidad				Riesgo CV			
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	2.222.883	46.777	2,1	1,6	2,6	813.350	36,6	34,6	38,5	491.922	22,1	20,5	23,7	1.291.590	58,4	56,4	60,3
Rango de edad																	
18-29 años	695.946	34.670	5,0	3,7	6,3	180.865	26,0	23,4	28,6	99.619	14,3	11,8	16,8	231.148	33,3	30,2	36,4
30-44 años	751.819	5.558	*	*	*	309.697	41,2	37,4	45,0	171.891	22,9	20,0	25,7	472.629	63,2	59,6	66,9
45-59 años	775.118	6.549	*	*	*	322.788	41,6	38,4	44,9	220.412	28,4	25,7	31,2	587.812	76,2	73,6	78,9
Sexo																	
Mujer	1.269.496	25.270	2,0	1,4	2,6	458.289	36,1	33,6	38,6	336.037	26,5	24,3	28,6	858.064	68,0	65,6	70,4
Hombre	953.387	21.508	2,3	1,6	2,9	355.061	37,2	34,1	40,3	155.885	16,4	14,0	18,7	433.526	45,6	42,5	48,7
Estrato socioeconómico																	
1	723.067	14.756	2,0	1,3	2,8	251.178	34,7	30,9	38,6	173.207	24,0	21,0	26,9	419.954	58,3	54,4	62,1
2	983.453	21.363	2,2	1,5	2,8	354.796	36,1	33,2	38,9	221.407	22,5	20,0	25,0	571.953	58,4	55,6	61,3
3	455.045	9.746	*	*	*	171.924	37,8	34,2	41,4	89.471	19,7	16,7	22,6	259.947	57,5	53,8	61,2
4	58.563	912	*	*	*	35.164	60,0	49,2	70,9	7.838	*	*	*	39.449	67,4	56,9	77,9
5	2.754					287	*	*	*					287	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación																	
Sí	20.649	423	*	*	*	4.689	*	*	*	2.910	*	*	*	7.775	*	*	*
No	2.199.327	46.354	2,1	1,6	2,6	806.859	36,7	34,7	38,6	489.012	22,2	20,6	23,8	1.282.013	58,5	56,6	60,5

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 43. Porcentaje de niños y adolescentes que cumplen las recomendaciones de actividad física (AF) de la Organización Mundial de la Salud, participan en programas de AF y utilizan la bicicleta, según área de residencia, subregión y características

Características	Cumple recomendaciones AF									Participa en programas AF						Monta en bicicleta								
	Sí cumple			No cumple			Sí participa			No participa			Sí monta			No monta								
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%					
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.				
Antioquia (sin Medellín)																								
Niños	144.351	29,0	25,0	32,9	354.148	71,0	67,3	74,8	328.987	66,1	62,6	69,7	168.371	33,9	29,3	38,4	176.968	35,6	31,3	39,8	320.686	64,4	60,6	68,3
Sexo																								
Hombre	87.279	33,7	27,9	39,5	171.358	66,3	61,2	71,3	181.271	70,4	65,3	75,5	76.225	29,6	24,4	34,8	104.231	40,3	34,6	46,0	154.406	59,7	54,3	65,1
Mujer	57.072	23,8	18,6	29,0	182.790	76,2	70,9	81,5	147.716	61,6	56,7	66,5	92.146	38,4	30,9	46,0	72.737	30,4	24,1	36,7	166.280	69,6	64,1	75,0
Área de residencia																								
Urbana	74.368	26,2	21,5	30,8	209.529	73,8	69,6	78,0	203.603	72,0	67,4	76,6	79.153	28,0	24,0	32,0	90.796	32,0	27,3	36,8	192.611	68,0	63,4	72,5
Rural	69.982	32,6	25,9	39,3	144.619	67,4	60,7	74,1	125.384	58,4	52,9	63,9	89.217	41,6	32,8	50,3	86.172	40,2	32,8	47,6	128.075	59,8	53,0	66,5
Estrato																								
1	91.829	40,8	34,0	47,7	133.116	59,2	54,0	64,4	145.782	65,0	59,6	70,4	78.513	35,0	28,7	41,3	78.668	35,0	29,3	40,6	146.278	65,0	59,2	70,8
2	39.448	19,8	15,1	24,5	159.785	80,2	74,3	86,1	130.307	65,4	59,7	71,1	68.925	34,6	26,3	42,9	76.324	38,4	30,7	46,1	122.554	61,6	55,2	68,0
3	10.596	*	*	*	48.437	82,1	74,0	90,1	41.306	70,6	60,8	80,3	17.236	29,4	20,3	38,6	20.258	34,6	24,7	44,5	38.284	65,4	55,4	75,4
4	2.479	*	*	*	12.535	*	*	*	11.316	*	*	*	3.697	*	*	*	1.443	*	*	*	13.571	*	*	*
5					276	*	*	*	276	*	*	*				276	*	*	*					
Asistencia a programas de alimentación																								
No	51.035	21,9	16,4	27,4	181.644	78,1	73,4	82,7	148.728	64,1	59,1	69,1	83.300	35,9	29,3	42,5	78.957	34,0	28,0	40,0	153.231	66,0	60,7	71,3
Sí	93.316	35,1	29,6	40,7	172.504	64,9	59,2	70,6	180.259	67,9	62,8	73,1	85.070	32,1	25,7	38,4	98.011	36,9	31,0	42,9	167.455	63,1	57,5	68,7
Adolescentes																								
Niños	48.492	13,2	9,4	17,1	318.046	86,8	83,8	89,8	216.245	59,0	55,0	63,1	150.001	41,0	35,8	46,1	91.990	25,1	21,6	28,6	274.549	74,9	70,7	79,1
Sexo																								
Hombre	40.147	21,1	14,3	27,9	150.365	78,9	74,5	83,4	126.257	66,3	60,8	71,8	64.256	33,7	27,2	40,2	66.654	35,0	29,5	40,5	123.859	65,0	58,9	71,1
Mujer	8.345	*	*	*	167.681	95,3	92,3	98,2	89.988	51,2	45,4	57,1	85.745	48,8	41,0	56,6	25.336	14,4	10,8	18,0	150.690	85,6	80,6	90,6
Área de residencia																								
Urbana	22.878	11,3	7,0	15,5	180.245	88,7	85,4	92,1	123.576	60,8	55,2	66,5	79.547	39,2	34,3	44,0	47.547	23,4	18,8	28,0	155.576	76,6	71,9	81,3
Rural	25.615	15,7	8,9	22,5	137.801	84,3	78,9	89,7	92.669	56,8	51,0	62,6	70.454	43,2	33,5	52,9	44.443	27,2	21,9	32,5	118.973	72,8	65,4	80,2
Estrato																								
1	26.592	16,0	10,7	21,3	139.397	84,0	79,2	88,8	97.372	58,7	52,4	64,9	68.617	41,3	34,4	48,2	49.607	29,9	24,3	35,5	116.382	70,1	63,9	76,4
2	15.961	11,0	3,8	18,2	129.053	89,0	84,4	93,6	86.904	60,0	53,8	66,3	57.816	40,0	30,4	49,5	33.470	23,1	17,8	28,3	111.544	76,9	69,9	83,9
3	3.552	*	*	*	42.796	92,3	86,3	98,3	26.505	57,2	46,0	68,4	19.843	42,8	31,6	54,1	7.342	*	*	*	39.005	84,2	75,6	92,7
4	2.388	*	*	*	6.801	*	*	*	5.464	*	*	*	3.725	*	*	*	1.570	*	*	*	7.619	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación																								
No	36.739	12,5	8,3	16,8	256.362	87,5	84,1	90,8	164.213	56,1	51,7	60,5	128.595	43,9	37,9	49,9	73.821	25,2	21,5	28,9	219.280	74,8	70,0	79,6
Sí	11.754	*	*	*	61.684	84,0	77,3	90,7	52.032	70,9	61,6	80,1	21.406	29,1	21,4	36,9	18.169	24,7	15,8	33,7	55.269	75,3	67,1	83,5
Valle de Aburrá (sin Medellín)																								
Niños	12.339	*	*	*	103.862	89,4	84,5	94,3	86.026	74,0	67,2	80,9	30.175	26,0	18,9	33,1	19.851	17,1	11,3	23,0	95.996	82,9	76,9	88,8
Sexo																								
Hombre	6.921	*	*	*	51.378	88,1	80,9	95,4	45.676	78,3	69,2	87,5	12.623	*	*	*	13.741	*	*	*	44.558	76,4	66,9	86,0
Mujer	5.418	*	*	*	52.484	90,6	84,1	97,2	40.350	69,7	59,6	79,8	17.552	30,3	19,7	40,9	6.110	*	*	*	51.438	89,4	82,5	96,3
Área de residencia																								
Urbana	8.282	*	*	*	85.356	91,2	85,8	96,5	67.691	72,3	63,9	80,6	25.947	27,7	19,3	36,2	14.721	*	*	*	78.917	84,3	77,5	91,1
Rural	4.057	*	*	*	18.506	82,0	73,0	91,1	18.335	81,3	72,0	90,5	4.228	*	*	*	5.130	*	*	*	17.079	76,9	66,9	87,0
Estrato																								
1	1.416	*	*	*	5.390	*	*	*	5.215	*	*	*	1.592	*	*	*	1.287	*	*	*	5.520	*	*	*
2	4.766	*	*	*	62.261	92,9	87,5	98,3	50.047	74,7	65,7	83,6	16.979	*	*	*	12.938	*	*	*	53.734	80,6	72,3	88,9
3	3.679	*	*	*	25.746	87,5	76,7	98,3	21.027	71,4	56,9	86,0	8.398	*	*	*	4.780	*	*	*	24.644	83,8	71,7	95,8
4	2.479	*	*	*	10.465	*	*	*	9.737	*	*	*	3.206	*	*	*	846	*	*	*	12.098	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación																								
No	7.219	*	*	*	69.943	90,6	84,9	96,4	52.918	68,6	59,5	77,7	24.244	31,4	22,0	40,8	12.184	*	*	*	64.978	84,2	77,0	91,4
Sí	5.120	*	*	*	33.920	86,9	78,0	95,7	33.108	84,8	75,5	94,1	5.931	*	*	*	7.667	*	*	*	31.019	80,2	69,7	90,7
Adolescentes																								
Niños	9.166	*	*	*	78.466	89,5	84,1	95,0	53.921	61,7	53,2	70,3	33.417	38,3	29,5	47,0	8.828	*	*	*	78.804	89,9	84,5	95,3
Sexo																								
Hombre	7.367	*	*	*	32.639	81,6	71,4	91,8	27.986	70,0	57,9	82,0	12.021	*	*	*	8.245	*	*	*	31.761	79,4	68,5	90,2
Mujer	1.799	*	*	*	45.827	96,2	91,6	100,0	25.936	54,8	42,9	66,6	21.397	45,2	32,9	57,5	582	*	*	*	47.044	98,8	96,1	100,0
Área de residencia																								
Urbana	7.964	*	*	*	63.598	88,9	82,3	95,5	42.984	60,1	49,8	70,3	28.578	39,9	29,7	50,2	5.520	*	*	*	66.042	92,3	86,7	97,9
Rural	1.202	*	*	*	14.868	92,5	85,4	99,6	10.937	169,3	56,8	81,9	4.839	*	*	*	3.307	*	*	*	12.762	79,4	68,5	90,3
Estrato																								
1	582	*	*	*	5.720	*	*	*	5.137	*	*	*	1.165	*	*	*	289	*	*	*	6.013	*	*	*
2	3.695	*	*	*	45.979	92,6	86,4	98,7	30.589	61,9	50,7	73,2	18.793	38,1	26,4	49,7	6.215	*	*	*	43.459	87,5	79,6	95,3
3	2.501	*	*	*	20.615	89,2	78,0	100,0	12.732	*	*	*	10.384	*	*	*	753	*	*	*	22.363	96,7	90,3	100,0
4	2.388	*	*	*	6.152	*	*	*	5.464	*	*	*	3.076	*	*	*	1.570	*	*	*	6.970	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación																								
No	6.554	*	*	*	64.517	90,8	85,0	96,5	40.814	57,7	47,9	67,4	29.963	42,3	32,4	52,3	8.010	*	*	*	63.060	88,7	82,4	95,1
Sí	2.612	*	*	*	13.949	84,2	69,9	98,5	13.108	*	*	*	3.454	*	*	*	818	*	*	*	15.744	95,1	86,6	100,0
Bajo Cauca																								
Niños	19.207	42,8	31,5	54,1	25.662	57,2	48,4	66,0	17.953	40,0	31,2	48,9	26.916	60,0	49,5	70,5	14.606	32,6	22,3	42,8	30.263	67,4	58,4	76,5
Sexo																								
Hombre	11.432	149,3	32,7	66,0	11.745	50,7	39,1	62,2	7.046	30,4	21,5	39,3	16.131	169,5	54,9	84,2	6.744	129,0	14,8	43,4	16.433	70,9	58,5	83,3
Mujer	7.775	135,8	21,2	50,5	13.918	164,1	51,2	77,1	10.907	150,2	35,7	64,9	10.786	149,7	36,0	63,5	7.862	136,2	21,5	51,0				

Tabla 44. Porcentaje de niños y adolescentes que presentan tiempo excesivo frente a pantallas, según área de residencia, subregión y características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	Tiempo excesivo en pantalla							
	Normal				Tiempo excesivo en pantalla			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)								
Niños	160.412	31,8	26,8	36,7	344.616	68,2	64,9	71,6
Sexo								
Hombre	73.932	28,6	22,9	34,3	184.705	71,4	66,6	76,2
Mujer	86.480	35,1	27,0	43,2	159.911	64,9	60,3	69,5
Área de residencia								
Urbana	66.021	23,2	18,5	27,8	218.839	76,8	72,8	80,8
Rural	94.391	42,9	33,8	51,9	125.777	57,1	51,7	62,6
Estrato								
1	85.859	38,0	31,2	44,9	139.794	62,0	56,8	67,1
2	60.924	29,7	20,5	38,9	144.128	70,3	65,1	75,5
3	9.517	*	*	*	49.516	83,9	76,2	91,5
4	4.111	*	*	*	10.902	*	*	*
5					276	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	105.648	38,8	31,6	46,0	166.346	61,2	56,2	66,1
No	54.763	23,5	17,0	30,0	178.269	76,5	72,1	80,9
Adolescentes	51.975	14,2	10,2	18,2	314.564	85,8	82,8	88,9
Sexo								
Hombre	31.781	16,7	9,8	23,5	158.732	83,3	79,3	87,3
Mujer	20.194	11,5	7,8	15,2	155.832	88,5	84,1	93,0
Área de residencia								
Urbana	21.269	10,5	6,2	14,8	181.854	89,5	86,3	92,8
Rural	30.706	18,8	11,6	25,9	132.710	81,2	75,4	87,0
Estrato								
1	28.656	17,3	11,7	22,8	137.333	82,7	77,8	87,6
2	19.721	13,6	6,1	21,1	125.293	86,4	81,4	91,4
3	2.846	*	*	*	43.501	93,9	88,5	99,3
4	753	*	*	*	8.436	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	13.821	18,8	9,3	28,4	59.617	81,2	74,1	88,3
No	38.154	13,0	8,6	17,4	254.947	87,0	83,6	90,3
Valle de Aburrá (sin Medellín)								
Niños	18.689	15,9	10,6	21,1	99.182	84,1	78,3	89,9
Sexo								
Hombre	7.238	*	*	*	51.061	87,6	80,1	95,0
Mujer	11.451	*	*	*	48.121	80,8	72,0	89,6
Área de residencia								
Urbana	10.933	*	*	*	83.667	88,4	82,5	94,4
Rural	7.756	*	*	*	15.516	66,7	55,8	77,6
Estrato								
1	3.008	*	*	*	4.507	*	*	*
2	8.442	*	*	*	59.546	87,6	80,7	94,5
3	3.128	*	*	*	26.297	89,4	79,3	99,5
4	4.111	*	*	*	8.833	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	6.694	*	*	*	33.661	83,4	73,8	93,0
No	11.994	*	*	*	65.522	84,5	77,3	91,8
Adolescentes	9.476	10,8	5,2	16,4	78.156	89,2	83,7	94,7
Sexo								
Hombre	3.646	*	*	*	36.360	90,9	83,3	98,5
Mujer	5.830	*	*	*	41.796	87,8	79,9	95,6
Área de residencia								
Urbana	7.687	*	*	*	63.875	89,3	82,8	95,7
Rural	1.788	*	*	*	14.281	88,9	80,4	97,3
Estrato								
1	908	*	*	*	5.394	*	*	*
2	6.067	*	*	*	43.608	87,8	80,2	95,4
3	1.748	*	*	*	21.368	92,4	82,9	100,0
4	753	*	*	*	7.787	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	1.163	*	*	*	15.399	93,0	82,9	100,0
No	8.313	*	*	*	62.758	88,3	81,9	94,7
Bajo Cauca								
Niños	13.781	30,7	21,1	40,3	31.088	69,3	60,1	78,4
Sexo								
Hombre	6.191	26,7	14,8	38,6	16.986	+73,3	60,4	86,2
Mujer	7.591	+35,0	19,9	50,1	14.102	+65,0	52,4	77,6
Área de residencia								
Urbana	7.459	31,0	21,3	40,7	16.612	+69,0	59,8	78,2
Rural	6.322	*	*	*	14.476	69,6	53,0	86,2
Estrato								
1	11.715	30,8	19,7	41,9	26.315	69,2	59,1	79,3
2	1.854	*	*	*	4.456	+70,6	47,5	93,7
3	212	*	*	*	212	*	*	*
4					106	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	8.863	+38,4	24,0	52,7	14.247	+61,6	49,1	74,2
No	4.918	*	*	*	16.841	+77,4	64,8	90,0

Continúa en la siguiente página

Continuación Tabla 44. Porcentaje de niños y adolescentes que presentan tiempo excesivo frente a pantallas, según área de residencia, subregión y características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	Tiempo excesivo en pantalla							
	Normal				Tiempo excesivo en pantalla			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Adolescentes	7.089	19,8	8,6	31,0	28.683	80,2	70,7	89,7
Sexo								
Hombre	3.750	*	*	*	16.531	+81,5	68,5	94,5
Mujer	3.339	*	*	*	12.151	+78,4	65,0	91,9
Área de residencia								
Urbana	1.490	*	*	*	14.692	90,8	83,7	97,9
Rural	5.599	*	*	*	13.990	+71,4	53,4	89,5
Estrato								
1	6.856	*	*	*	23.623	77,5	66,0	89,0
2	232	*	*	*	4.362	94,9	87,0	100,0
3					697	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	2.597	*	*	*	3.022	*	*	*
No	4.492	*	*	*	25.660	85,1	75,9	94,3
Magdalena Medio								
Niños	3.372	22,3	14,5	30,1	11.745	77,7	68,7	86,7
Sexo								
Hombre	2.203	*	*	*	6.442	+74,5	61,8	87,2
Mujer	1.169	*	*	*	5.303	+81,9	69,4	94,5
Área de residencia								
Urbana	1.747	*	*	*	6.220	78,1	67,5	88,7
Rural	1.625	*	*	*	5.524	+77,3	62,2	92,3
Estrato								
1	2.715	27,0	17,5	36,5	7.349	73,0	61,9	84,2
2	657	*	*	*	3.940	+85,7	70,5	100,0
3					456	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	793	*	*	*	2.746	*	*	*
No	2.578	*	*	*	8.999	77,7	67,5	88,0
Adolescentes	1.220	*	*	*	7.791	86,5	77,6	95,3
Sexo								
Hombre	532	*	*	*	4.810	90,0	79,4	100,0
Mujer	688	*	*	*	2.980	+81,2	67,2	95,3
Área de residencia								
Urbana	445	*	*	*	5.589	92,6	85,0	100,0
Rural	776	*	*	*	2.202	*	*	*
Estrato								
1	308	*	*	*	4.876	94,1	86,3	100,0
2	912	*	*	*	2.915	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
No	887	*	*	*	6.812	88,5	80,0	97,0
Sí	333	*	*	*	978	*	*	*
Nordeste								
Niños	11.353	32,7	22,3	43,1	23.380	67,3	58,0	76,6
Sexo								
Hombre	6.939	*	*	*	12.815	+64,9	52,2	77,5
Mujer	4.414	*	*	*	10.565	+70,5	57,0	84,0
Área de residencia								
Urbana	1.919	*	*	*	9.641	83,4	72,3	94,5
Rural	9.434	*	*	*	13.739	+59,3	46,5	72,1
Estrato								
1	10.303	+43,9	30,3	57,5	13.162	+56,1	43,2	69,0
2	543	*	*	*	7.851	93,5	85,0	100,0
3	507	*	*	*	2.367	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	7.446	*	*	*	11.933	+61,6	48,7	74,4
No	3.907	*	*	*	11.447	+74,5	61,6	87,5
Adolescentes	2.113	9,5	2,8	16,2	20.233	90,5	83,0	98,1
Sexo								
Hombre	1.049	*	*	*	10.095	90,6	80,0	100,0
Mujer	1.064	*	*	*	10.138	90,5	79,7	100,0
Área de residencia								
Urbana	1.207	*	*	*	9.784	89,0	78,9	99,1
Rural	906	*	*	*	10.448	92,0	81,3	100,0
Estrato								
1	751	*	*	*	13.563	94,8	87,1	100,0
2	1.066	*	*	*	3.767	*	*	*
3	297	*	*	*	2.902	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	297	*	*	*	4.566	*	*	*
No	1.816	*	*	*	15.667	89,6	80,8	98,5
Norte								
Niños	14.503	+41,9	28,3	42,8	55,4	20.130	+58,1	44,8
Sexo								
Hombre	8.928	*	*	*	9.487	*	*	*
Mujer	5.575	*	*	*	10.643	*	*	*
Área de residencia								
Urbana	2.936	*	*	*	8.982	*	*	*
Rural	11.567	*	*	*	11.148	*	*	*

Continúa en la siguiente página

Continuación Tabla 44. Porcentaje de niños y adolescentes que presentan tiempo excesivo frente a pantallas, según área de residencia, subregión y características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	Tiempo excesivo en pantalla							
	Normal				Tiempo excesivo en pantalla			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Estrato								
1	7.943	*	*	*	5.437	*	*	*
2	4.588	*	*	*	10.201	*	*	*
3	1.971	*	*	*	4.491	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	11.524	*	*	*	14.114	*	*	*
No	2.978	*	*	*	6.016	*	*	*
Adolescentes	7.793	†24,6	10,7	38,5	23.884	†75,4	62,6518	88,1455
Sexo								
Hombre	4.664	*	*	*	12.007	*	*	*
Mujer	3.129	*	*	*	11.877	*	*	*
Área de residencia								
Urbana	725	*	*	*	9.871	*	*	*
Rural	7.068	*	*	*	14.013	*	*	*
Estrato								
1	4.779	*	*	*	8.568	*	*	*
2	2.212	*	*	*	12.764	*	*	*
3	801	*	*	*	2.552	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	917	*	*	*	4.560	*	*	*
No	6.876	*	*	*	19.324	†73,8	59,5	88,1
Occidente								
Niños	6.488	21,0	12,9	29,2	24.341	79,0	70,7	87,2
Sexo								
Hombre	2.513	*	*	*	12.253	83,0	72,1	93,8
Mujer	3.975	*	*	*	12.089	75,3	63,1	87,4
Área de residencia								
Urbana	1.474	*	*	*	7.430	83,4	72,2	94,7
Rural	5.013	*	*	*	16.911	77,1	66,3	87,9
Estrato								
1	5.083	*	*	*	15.553	75,4	64,5	86,3
2	962	*	*	*	5.712	†85,6	73,0	98,1
3	442	*	*	*	3.076	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	4.305	*	*	*	14.726	77,4	66,7	88,1
No	2.183	*	*	*	9.615	†81,5	68,7	94,3
Adolescentes	2.701	8,9	2,4	15,4	27.655	91,1009	84,7576	97,4442
Sexo								
Hombre	1.108	*	*	*	15.013	93,1	85,3	100,0
Mujer	1.594	*	*	*	12.642	88,8	78,6	99,0
Área de residencia								
Urbana					8.065	100,0	100,0	100,0
Rural	2.701	*	*	*	19.590	87,9	78,7	97,1
Estrato								
1	2.701	*	*	*	18.566	87,3	78,2	96,4
2					7.726	100,0	100,0	100,0
3					1.364	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	452	*	*	*	6.051	*	*	*
No	2.250	*	*	*	21.604	90,6	83,4	97,7
Oriente								
Niños	58.729	†56,2	39,2966	73,1	45.763	43,7959	31,8021	55,7898
Sexo								
Hombre	22.061	*	*	*	29.555	†57,3	38,7	75,8
Mujer	36.668	*	*	*	16.208	†30,7	17,9	43,4
Área de residencia								
Urbana	27.443	*	*	*	32.565	†54,3	39,5	69,0
Rural	31.286	*	*	*	13.198	*	*	*
Estrato								
1	18.563	*	*	*	13.705	*	*	*
2	37.118	*	*	*	20.913	†36,0	22,0	50,1
3	3.048	*	*	*	8.906	*	*	*
4					1.964	*	*	*
5					276	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	40.408	*	*	*	28.365	†41,2	25,7	56,8
No	18.321	*	*	*	17.398	*	*	*
Adolescentes	12.824	†24,2	3,7	44,7	40.109	†75,8	59,2956	92,2498
Sexo								
Hombre	11.830	*	*	*	12.171	*	*	*
Mujer	994	*	*	*	27.938	96,6	85,9	100,0
Área de residencia								
Urbana	7.334	*	*	*	24.192	†76,7	61,4	92,1
Rural	5.490	*	*	*	15.917	*	*	*
Estrato								
1	6.340	*	*	*	9.384	*	*	*
2	6.485	*	*	*	19.277	*	*	*
3					10.951	100,0	100,0	100,0
4					497	*	*	*

Continúa en la siguiente página

Continuación Tabla 44. Porcentaje de niños y adolescentes que presentan tiempo excesivo frente a pantallas, según área de residencia, subregión y características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	Tiempo excesivo en pantalla							
	Normal				Tiempo excesivo en pantalla			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	4.559	*	*	*	11.876	*	*	*
No	8.265	*	*	*	28.233	+77,4	55,8	98,9
Suroeste								
Niños	12.164	25,7	15,6	35,8	35.248	74,3	64,9	83,7
Sexo								
Hombre	6.176	*	*	*	19.751	76,2	63,7	88,6
Mujer	5.987	*	*	*	15.497	+72,1	57,8	86,4
Área de residencia								
Urbana	3.301	*	*	*	19.797	85,7	75,8	95,6
Rural	8.863	*	*	*	15.451	*	*	*
Estrato								
1	7.214	*	*	*	10.438	*	*	*
2	4.949	*	*	*	22.170	81,7	70,8	92,7
3					2.640	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
Sí	10.493	*	*	*	17.023	+61,9	48,0	75,7
No	1.671	*	*	*	18.225	91,6	82,5	100,0
Adolescentes	2.362	*	*	*	37.167	94,0	88,1	100,0
Sexo								
Hombre	821	*	*	*	24.621	96,8	91,2	100,0
Mujer	1.541	*	*	*	12.546	89,1	76,2	100,0
Área de residencia								
Urbana					15.121	100,0	100,0	100,0
Rural	2.362	*	*	*	22.046	90,3	80,3	100,0
Estrato								
1					15.508	100,0	100,0	100,0
2	2.362	*	*	*	18.995	88,9	78,5	99,4
3					2.665	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
No	821	*	*	*	31.587	97,5	93,1	100,0
Sí	1.541	*	*	*	5.580	*	*	*
Urabá								
Niños	21.334	28,4	20,9	36,0	53.738	71,6	65,6	77,6
Sexo								
Hombre	11.684	30,7	20,0	41,4	26.355	69,3	61,1	77,5
Mujer	9.650	26,1	15,4	36,7	27.382	73,9	65,2	82,7
Área de residencia								
Urbana	8.808	20,6	15,3	25,9	33.924	79,4	74,0	84,8
Rural	12.526	+38,7	23,7	53,7	19.814	+61,3	48,2	74,3
Estrato								
1	19.314	30,8	22,1	39,6	43.328	69,2	62,1	76,3
2	1.811	*	*	*	9.338	83,8	74,1	93,4
3	209	*	*	*	1.072	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
No	6.214	20,4	8,9	31,9	24.207	79,6	71,7	87,4
Sí	15.121	33,9	24,0	43,8	29.531	66,1	57,5	74,8
Adolescentes	6.397	11,2	6,1	16,2	50.887	88,8	84,1	93,6
Sexo								
Hombre	4.381	*	*	*	27.124	86,1	78,8	93,4
Mujer	2.015	*	*	*	23.763	92,2	86,4	98,0
Área de residencia								
Urbana	2.381	*	*	*	30.665	92,8	88,7	96,9
Rural	4.015	*	*	*	20.222	83,4	72,7	94,2
Estrato								
1	6.012	13,7	7,3	20,1	37.852	86,3	80,0	92,6
2	385	*	*	*	11.879	96,9	92,3	100,0
3					1.003	*	*	*
4					152	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación								
No	4.434	*	*	*	43.302	90,7	85,9	95,5
Sí	1.962	*	*	*	7.585	+79,4	64,3	94,6

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (+)

Tabla 46. Distribución de la concentración de hemoglobina y prevalencia de anemia en el ciclo vital. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Percentiles					Prevalencia de anemia [‡]		
		5	25	50	75	95	%	IC 95%	
							Inf.	Sup.	
Grupo poblacional y sexo									
Niños y niñas (0.5-5 años)									
Total	360.067	9,9	10,9	11,7	12,4	13,4	25,1	19,3	30,8
Hombre	188.590	9,8	10,9	11,7	12,4	13,4	25,1	17,6	32,7
Mujer	171.477	9,9	10,9	11,7	12,3	13,3	25,0	16,3	33,8
Niños y niñas (6-10 años)									
Total	306.921	11,0	11,9	12,8	13,7	14,5	14,4	9,1	19,7
Hombre	151.191	11,1	12,0	12,9	13,8	14,8	*	*	*
Mujer	155.730	11,0	11,7	12,8	13,6	14,2	*	*	*
Niños y niñas (11-18 años)									
Total	580.136	11,5	12,7	13,9	14,9	16,4	*	*	*
Hombre	302.550	12,1	13,2	14,7	15,4	16,6	*	*	*
Mujer	277.586	11,4	12,4	13,6	14,0	14,6	*	*	*
Adulto mayor									
Total	748.122	11,2	12,2	13,2	14,3	15,5	24,6	18,0	31,2
Hombre	317.628	11,7	13,2	14,0	15,3	16,1	22,9	14,5	31,4
Mujer	430.494	11,1	11,9	12,6	13,7	14,7	25,8	16,2	35,4
Mujer embarazada									
Total	23.869	9,7	10,5	11,1	12,1	13,3	†48,4	30,8	66,1
Mujer lactante									
Total	57.597	10,4	12,0	12,7	13,3	14,3	21,7	14,0	29,5
Area de residencia									
Urbana	1.237.049	10,7	12,1	13,0	14,0	15,7	17,3	13,8	20,8
Rural	839.663	10,6	11,7	12,9	14,3	15,4	22,6	17,1	28,2
Estrato socioeconómico									
1	850.283	10,3	11,5	12,4	13,7	15,4	26,8	21,4	32,1
2	838.313	11,1	12,1	13,4	14,4	16,0	14,1	10,0	18,2
3 y más	388.116	10,8	12,5	13,3	14,1	15,6	14,9	7,9	22,0
Seguridad alimentaria									
Seguros	551.955	11,1	12,1	13,1	14,0	15,4	16,6	10,5	22,7
Inseguros	1.524.757	10,5	11,9	12,9	14,1	15,7	20,5	16,9	24,1
Grado de inseguridad alimentaria									
Leve	843.160	10,5	12,0	13,3	14,3	16,0	18,0	13,7	22,3
Moderada	430.678	10,6	12,0	12,9	14,2	15,4	16,5	10,8	22,1
Severa	250.919	10,2	11,4	12,4	13,4	15,4	35,8	23,9	47,7

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Puntos de corte, según la OMS:

- 1) Niños y niñas de 6-56 meses <11g/dL.
- 2) Niños y niñas de 5-11 años <11,5g/dL.
- 3) Niños y niñas de 12-14 años <12g/dL.
- 4) Mujeres no embarazadas (≥15años) <12g/dL.
- 5) Mujeres embarazadas <11g/dL.
- 6) Varones mayores de 15 años <13g/dL. (‡)

Tabla 47. Distribución de la concentración de ferritina y prevalencia de deficiencia de hierro en el ciclo vital. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Percentiles					Prevalencia/proporción de deficiencia de hierro sin anemia§			Prevalencia/proporción de anemia por deficiencia de hierro±		
		5	25	50	75	95	%	IC 95%		%	IC 95%	
								Inf.	Sup.		Inf.	Sup.
Grupo Poblacional												
Niños y niñas de 0.5 a 5 años	245.061	7,3	16,0	26,7	41,4	74,5	43,3	36,5	50,1	+55,5	38,4	72,7
Niños y niñas de 6 a 10 años	275.572	15,6	26,2	38,1	55,1	87,7	23,0	15,8	30,1	*	*	*
Niños y niñas de 11 a 18 años	271.028	8,2	18,3	35,2	60,7	111,4	37,7	26,3	49,1	*	*	*
Mujer embarazada	23.524	5,7	11,2	25,4	40,0	99,8	†66,4	50,4	82,6	*	*	*
Mujer lactante	56.498	9,1	18,1	34,6	54,3	120,5	39,5	28,4	50,5	*	*	*
Sexo												
Hombre	253.834	9,3	19,7	29,5	44,5	86,3	36,5	29,5	43,5	†43,3	30,3	56,4
Mujer	617.849	8,5	20,0	35,5	54,6	101,1	35,1	29,1	41,1	†46,5	33,8	59,4
Area												
Urbana	510.807	7,5	18,1	31,2	51,5	111,0	39,1	32,8	45,4	56,2	44,6	67,8
Rural	360.877	9,1	20,7	35,1	54,4	86,8	30,4	23,4	37,4	†38,5	23,0	54,1
Estrato socioeconómico												
1	414.201	9,7	20,4	36,0	56,6	109,0	33,9	27,1	40,6	38,0	26,5	49,5
2	327.791	7,9	20,1	30,6	48,0	87,7	35,3	28,2	42,4	†57,8	36,6	79,2
3 y más	129.692	7,9	16,6	32,2	49,3	93,1	†41,0	26,4	55,6	*	*	*
Seguridad alimentaria												
Seguros	199.772	11,0	18,9	33,2	55,1	111,4	33,6	21,7	45,6	*	*	*
Inseguros	671.912	7,9	20,4	32,9	50,9	90,5	36,0	31,0	41,0	48,6	37,1	60,1
Grado de Inseguridad alimentaria												
Leve	360.338	7,4	21,0	33,2	51,6	83,5	34,0	27,4	40,7	†47,5	32,1	63,0
Moderada	188.367	11,4	23,8	36,7	50,4	96,2	33,6	23,8	43,3	*	*	*
Severa	123.207	6,1	16,5	29,3	48,0	115,3	45,7	33,7	57,6	†58,1	35,3	81,0

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Individuos clasificados con anemia, ubicados por debajo de los puntos de corte anteriores (±).

Puntos de corte de ferropenia, según la OMS: población menor de 5 años <12µg/L. Población mayor de 5 años <15µg/L. Ajuste por factor de corrección (§).

Tabla 48. Índices de perfil lipídico, predictores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	Índice de colesterol total/cHDL				Índice de colesterol no HDL				Índice de colesterol cLDL/cHDL				Índice de triglicéridos/cHDL				Índice de triglicéridos/Colesterol total				Índice de triglicéridos/cLDL			
	Inaceptable				Inaceptable				Inaceptable				Inaceptable				Inaceptable							
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.				
Antioquia (sin Medellín)	141.960	25,3	17,5	33,1	214.577	38,2	29,3	47,2	150.652	26,8	19,0	34,6	89.496	15,9	9,6	22,3	261.036	+46,5	34,0	59,1	291.410	51,9	39,7	64,2
Sexo																								
Hombre	65.490	*	*	*	99.711	33,7	21	46	66.977	*	*	*	52.496	*	*	*	141.509	+47,8	27,1	68,6	156.400	+52,8	32,9	72,8
Mujer	76.470	28,8	17,0	40,7	114.866	+43,2	30	56	83.675	31,5	19,1	44,0	37.000	*	*	*	119.527	+45,0	32,4	57,6	135.010	+50,8	37,9	63,9
Área de residencia																								
Urbana	75.921	24,0	15,0	32,9	143.327	45,3	33	57	87.796	27,7	18,5	37,0	45.521	*	*	*	129.688	41,0	30,3	51,7	141.892	44,8	34,2	55,4
Rural	66.039	*	*	*	71.250	*	*	*	62.856	*	*	*	43.975	*	*	*	131.349	+53,6	29,9	77,5	149.518	+61,1	38,7	83,6
Estrato socioeconómico																								
1	67.008	*	*	*	94.624	+40,2	25	55	70.170	+29,8	17,1	42,6	43.582	*	*	*	96.899	+41,2	27,5	54,9	112.200	+47,7	33,4	62,0
2	56.370	*	*	*	85.427	+36,3	23	49	61.901	*	*	*	35.148	*	*	*	125.950	+53,5	29,5	77,7	134.901	+57,3	34,2	80,6
3 y más	18.582	*	*	*	34.526	*	*	*	18.582	*	*	*	10.767	*	*	*	38.187	*	*	*	44.309	*	*	*
Seguridad alimentaria																								
Seguros	35.948	*	*	*	64.697	*	*	*	39.875	*	*	*	20.013	*	*	*	63.092	*	*	*	69.173	*	*	*
Inseguros	106.012	24,4	15,6	33,2	149.880	34,5	24,7	44,2	110.777	25,5	16,8	34,1	69.483	*	*	*	197.944	+45,5	30,3	60,7	222.238	+51,1	36,3	65,9
Grado de Inseguridad alimentaria																								
Leve	58.289	*	*	*	71.096	*	*	*	54.989	*	*	*	45.943	*	*	*	134.962	+53,9	31,0	76,8	148.054	+59,1	37,0	81,3
Moderada	28.494	*	*	*	50.444	*	*	*	43.900	*	*	*	10.885	*	*	*	38.609	*	*	*	46.393	*	*	*
Severa	19.229	*	*	*	28.340	*	*	*	11.888	*	*	*	12.654	*	*	*	24.374	*	*	*	27.791	*	*	*

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Tabla 49. Proporción de vitamina D en adultos mayores, según sexo, área de residencia, estrato socioeconómico y seguridad alimentaria. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Percentiles					Proporción de vitamina D Normal‡			Proporción de vitamina D Deficiente‡			Proporción de vitamina D Insuficiente‡			
		5	25	50	75	95	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		
								Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.	
Antioquia (sin Medellín)	716.562	14,5	19,6	24,2	30,3	37,5	25,6	18,0	33,2	35,9	28,0	43,8	38,5	29,5	47,6	
Sexo																
Hombre	313.017	15,7	21,4	25,1	32,3	38,3	32,4	20,2	44,6	*	*	*	45,7	29,5	61,9	
Mujer	403.545	13,8	18,5	21,1	28,2	34,9	*	*	*	46,7	35,3	58,1	33,0	23,7	42,4	
Área de residencia																
Urbana	461.205	14,5	18,5	22,5	29,1	38,0	23,7	14,8	32,7	44,5	33,7	55,2	31,8	23,4	40,2	
Rural	255.357	15,7	21,3	24,8	30,7	35,8	*	*	*	*	*	*	50,7	32,0	69,5	
Estrato socioeconómico																
1	208.486	16,6	21,0	26,0	31,6	40,4	+35,5	19,9	51,2	*	*	*	41,3	28,1	54,5	
2	308.838	15,0	20,1	24,7	30,1	35,2	*	*	*	32,7	22,0	43,4	41,3	24,6	57,9	
3 y más	199.238	14,3	17,5	20,7	27,3	37,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Seguridad alimentaria																
Seguros	239.502	15,1	20,0	23,9	31,2	35,8	*	*	*	*	*	*	34,1	22,3	45,9	
Inseguros	477.060	14,5	19,5	24,6	30,0	37,7	25,0	16,1	33,8	34,2	24,6	43,9	40,8	28,7	52,9	
Grado de Inseguridad alimentaria																
Leve	270.759	14,8	19,6	24,7	28,7	37,5	*	*	*	32,7	21,4	44,0	46,2	28,0	64,4	
Moderada	134.608	14,6	19,5	21,1	28,0	34,6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Severa	71.693	15,1	22,3	30,0	32,1	51,9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Puntos de corte propuestos por la Endocrine Society Clinical Practice Guideline:

1)Deficiencia de vitamina D (<20ng/ml) 2)Insuficiencia de vitamina D (21–29ng/ml) 3)Normal (>30ng/ml) (36) (‡)

Tabla 50. Frecuencia y cantidad promedio de los alimentos ingeridos en el departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.

#	Alimento	Total		
		N	%	Promedio (gr/cc)
Antioquia (sin Medellín)		4.173.079		
1	Aceite vegetal	3.793.329	90,9	3,8
2	Arroz	3.684.829	88,3	83,0
3	Agua	2.716.674	65,1	492,1
4	Panela	2.591.482	62,1	25,5
5	Azúcar	2.382.828	57,1	7,4
6	Huevo	2.265.982	54,3	48,1
7	Plátano	2.115.751	50,7	102,0
8	Arepa	2.078.193	49,8	62,6
9	Papa	2.003.078	48,0	91,5
10	Leche líquida	1.823.636	43,7	125,3
11	Chocolate	1.606.635	38,5	25,2
12	Café	1.527.347	36,6	36,7
13	Carne de res	1.364.597	32,7	36,7
14	Galletas	1.289.481	30,9	19,7
15	Queso	1.243.578	29,8	33,5
16	Bebidas azucaradas	1.164.289	27,9	197,6
17	Pan	1.130.904	27,1	37,4
18	Pollo	984.847	23,6	49,1
19	Grasa vegetal	972.327	23,3	3,3
20	Frijol	897.212	21,5	81,8
21	Tomate	842.962	20,2	30,2
22	Carne de cerdo	809.577	19,4	39,6
23	Carnes frías	784.539	18,8	38,7
24	Limón	696.904	16,7	14,1
25	Cebolla cabezona	659.346	15,8	17,7
26	Zanahoria	646.827	15,5	18,4
27	Leche en polvo	609.270	14,6	8,5
28	Yuca	538.327	12,9	118,6
29	Complementos	534.154	12,8	4,8
30	Hogao	529.981	12,7	14,4
31	Snack	475.731	11,4	34,8
32	Tomate de árbol	454.866	10,9	45,4
33	Suplementos	454.866	10,9	53,2
34	Mango	408.962	9,8	75,9
35	Lenteja	375.577	9,0	61,5
36	Yogur	354.712	8,5	154,1
37	Grasa animal	350.539	8,4	3,6
38	Lechuga	342.192	8,2	19,0
39	Refresco	338.019	8,1	20,5
40	Chorizo	329.673	7,9	25,0
41	Guayaba	317.154	7,6	59,4
42	Avena	308.808	7,4	41,8
43	Banano	304.635	7,3	70,1
44	Tostada	287.942	6,9	1,1
45	Pastas	271.250	6,5	81,0
46	Moras	271.250	6,5	43,8
47	Tocino	254.558	6,1	39,2
48	Pescado	254.558	6,1	73,1
49	Repollo	246.212	5,9	12,5
50	Maíz	204.481	4,9	79,2

Tabla 51. Media y prevalencia de riesgo de deficiencia en la ingesta usual de energía, macronutrientes y fibra. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Energía									Proteína						Grasa total						Grasa saturada						Carbohidratos						Fibra dietaria																	
		< 90% Valor de referencia			> 110% Valor de referencia			Consumo en kilocalorías			Prevalencia de riesgo de deficiencia			< Valor de referencia %AMDR			> Valor de referencia %AMDR			Consumo en gramos			< Valor de referencia %AMDR			> Valor de referencia %AMDR			Consumo en gramos			>10% AMDR			Consumo en gramos			<50% AMDR			>65% AMDR			Consumo en gramos			Prevalencia de bajo riesgo de deficiencia			Consumo en gramos		
		IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%			IC 95%					
		%	Inf.	Sup.	%	Inf.	Sup.	Media	Inf..	Sup..	%	Inf.	Sup.	%	Inf.	Sup.	%	Inf.	Sup.	Media	Inf.	Sup.	%	Inf.	Sup.	%	Inf.	Sup.	Media	Inf.	Sup.	%	Inf.	Sup.	%	Inf.	Sup.	Media	Inf.	Sup.	%	Inf.	Sup.	Media	Inf.	Sup.						
Antioquia (sin Medellín)																																																				
Total	4.173.079	56,1	54,5	58	21,7	19,5	23,9	1.782,6	1.763,1	1.802,1	†	†	†	68,3	65,2	71,4	0,9	0,1	1,7	56,2	55,6	56,8	11,5	8,0	7,2	4,1	10,3	55,0	54,2	55,8	64,8	62,3	67,3	22,8	22,5	23,1	7,7	4,8	10,6	21,9	18,4	25,4	261,1	258,3	263,9	0,8	0,0	1,6	12,6	12,4	12,8	
Área de residencia																																																				
Urbano	2.604.507	53,6	51,8	55	23,8	21,1	26,5	1.804,7	1.780,5	1.828,9	46,0	44,2	47,8	63,0	59,3	66,7	1,0	0,0 †	2,4	58,6	57,8	58,4	8,4	4,7	11,6	7,5	15,7	58,4	57,4	59,4	72,2	68,5	75,9	24,4	24,0	24,8	10,9	6,4	15,4	14,1	9,4	18,8	256,4	253,1	259,7	0,8	0,0	1,6	12,2	12,0	12,4	
Rural	1.568.572	60,3	57,4	63	18,2	14,5	21,9	1.746,9	1.714,2	1.779,6	52,1	49,7	54,5	76,7	71,2	82,2	0,6	0,0 †	1,6	52,2	51,3	52,2	17,8	10,2	19,8	16,9	22,7	49,3	48,2	50,4	50,7	47,4	54,0	20,3	19,8	20,8	3,3	0,2	6,4	36,1	31,8	40,4	269,3	264,2	274,4	0,6	0,0 †	2,0	13,3	13,0	13,6	
Sexo																																																				
Hombres	1.821.620	51,8	49,4	54	26,1	23,2	29,0	2.087,7	2.053,7	2.121,7	44,0	41,8	46,2	75,5	69,0	82,0	0,4	0,0 †	1,2	64,0	62,9	64,6	14,6	9,7	7,3	3,2	11,4	63,2	61,8	64,6	60,4	57,3	63,5	26,1	25,5	26,7	7,5	3,2	11,8	24,9	20,0	29,8	307,4	302,5	312,3	0,8	0,0 †	1,8	14,4	14,1	14,7	
Mujeres	2.351.459	59,6	57,2	62,0	18,4	15,3	21,5	1.549,0	1.529,8	1.568,2	51,2	49,2	53,2	63,2	59,9	66,5	1,3	0,0 †	2,7	50,3	49,7	50,3	9,3	4,4	7,2	2,7	11,7	48,7	47,9	49,5	68,4	64,5	72,3	20,3	20,0	20,6	8,1	4,0	12,2	19,7	14,8	24,6	225,5	222,8	228,2	0,8	0,0 †	1,8	11,2	11,0	11,4	
Grupo poblacional																																																				
2-3 años	112.932	10,4	2,6	18,2	69,7	61,5	77,9	1.476,1	1.423,7	1.528,5	†	†	†	3,9	0,0 †	11,2	0,6	0,0 †	2,6	49,2	47,3	46,8	38,4	2,1	0,0 †	7,2	50,3	48,3	52,3	95,0	86,6	100,0 †	22,6	21,6	23,6	10,1	0,0 †	23,4	3,6	0,0 †	12,0	206,3	198,4	214,2	0,9	0,0 †	3,3	9,2	8,8	9,6		
4-8 años	311.464	22,7	14,3	31,1	49,3	43,8	54,8	1.616,0	1.576,0	1.656,0	0,9	0,0 †	3,1	52,8	37,7	67,9	0,0	†	†	49,5	48,3	20,9	8,2	14,1	1,4	26,8	54,9	53,2	56,6	80,8	72,4	89,2	23,6	22,8	24,4	9,7	0,0 †	19,9	15,2	3,8	26,6	230,4	224,5	236,3	0,0	†	†	10,6	10,3	10,9		
9-13 años	348.148	46,2	40,9	51,5	21,1	12,1	30,1	1.974,8	1.928,7	2.020,9	5,8	0,0 †	15,4	72,5	55,8	89,2	0,0	†	†	59,4	58,2	10,4	0,0 †	9,3	0,0 †	28,7	68,4	66,5	70,3	84,5	72,9	96,1	28,2	27,3	29,1	4,2	0,0 †	16,0	5,6	0,0 †	19,3	280,5	273,8	287,2	0,3	0,0 †	1,5	12,8	12,5	13,1		
14-18 años	366.376	66,3	59,0	73,6	10,8	2,4	19,2	2.135,4	2.081,3	2.189,5	33,3	24,9	41,7	79,0	66,1	91,9	0,0	†	†	64,7	63,2	13,2	0,0 †	5,0	0,0 †	22,4	70,5	68,7	72,3	80,0	65,9	94,1	28,4	27,6	29,2	3,8	0,0 †	15,2	6,8	0,0 †	22,3	305,0	297,0	313,0	1,7	0,0 †	5,4	14,9	14,4	15,4		
19-30 años	757.130	48,0	43,7	52,3	27,5	21,4	33,6	2.088,1	2.036,0	2.140,2	43,4	38,7	48,1	76,8	57,6	96,0	0,0	†	†	64,4	62,8	2,1	0,0 †	8,0	0,0 †	22,3	68,2	66,2	70,2	77,4	66,2	88,6	28,2	27,3	29,1	9,0	0,0 †	21,9	8,1	0,0 †	20,4	294,2	287,3	301,1	0,0	†	†	13,9	13,6	14,2		
31-50 años	1.009.350	63,6	59,3	67,9	16,5	11,2	21,8	1.778,0	1.725,8	1.830,2	54,4	50,5	58,3	60,9	56,2	65,6	2,5	0,0 †	5,2	58,2	56,4	12,3	3,9	6,4	0,0 †	13,1	54,3	52,4	56,2	61,7	55,0	68,4	22,1	21,4	22,8	9,7	0,0 †	16,6	21,5	14,0	28,9	258,6	251,1	266,1	0,5	0,0 †	1,7	12,3	11,9	12,7		
51-70 años	920.956	66,9	62,4	71,4	14,9	9,8	20,0	1.536,7	1.493,3	1.580,1	72,0	66,3	77,7	66,1	56,9	75,3	0,6	0,0 †	2,9	48,8	47,4	21,8	6,1	0,8	0,0 †	4,3	40,9	39,4	42,4	45,9	40,8	51,0	17,2	16,5	17,9	3,7	0,0 †	10,0	36,1	28,6	43,5	238,4	231,6	245,2	1,3	0,0 †	5,0	12,4	12,0	12,8		
Mayores de 70 años	346.523	62,0	56,7	67,3	14,9	7,8	22,9	1.442,7	1.406,7	1.478,7	73,5	67,6	79,4	59,0	53,3	64,7	3,5	0,0 †	8,4	47,9	46,4	35,1	28,4	1,4	0,0 †	4,1	36,6	35,4	37,8	45,3	40,0	50,6	16,0	15,5	16,5	3,6	0,0 †	7,7	44,8	39,9	49,7	229,7	223,7	235,7	1,5	0,0 †	4,0	11,3	10,9	11,7		
Estado fisiológico																																																				
Mujeres gestantes	23.926	76,5	56,5	96,5	4,7	0,0 †	17,0	1.677,7	1.564,0	1.791,4	87,3	70,4	100,0 †	73,2	70,3	76,1	0,0	†	†	54,3	49,8	3,1	0,0 †	6,2	0,0 †	27,8	54,6	49,4	59,8	80,6	47,3	100,0 †	23,4	21,0	25,8	4,1	0,0 †	21,1	12,9	0,0 †	40,5	241,1	227,5	254,7	0,0	†	†	12,6	12,1	13,1		
Mujeres lactantes	56.372	71,4	59,0	83,7	7,1	0,0 †	16,9	1.795,3	1.718,0	1.872,6	91,4	80,8	100,0 †	91,6	74,0	100,0 †	0,0	†	†	52,3	49,8	8,7	0,0 †	2,9	0,0 †	12,9	53,2	49,7	56,7	68,1	51,0	85,2	22,6	21,1	24,1	1,4	0,0 †	7,5	31,5	14,4	48,5	274,0	263,3	284,7	0,0	†	†	12,6	12,1	13,1		

No es posible normalizar los datos (†)
 Datos de prevalencia en valores negativos o por encima del 100,0%, se acotaron a 0,0 y 100,0% respectivamente (†)
 Valores de referencia de Proteína para total de la población por área y sexo mayores de 18 años y estado fisiológico del 14-20%AMDR; para menores de 18 años del 10-20%AMDR.
 Valores de referencia de Grasa total para los grupos de 2-3 años del 30-40%AMDR; para los grupos de 4-18 años 25-35%AMDR; para el total de la población, por área, por sexo, mayores de 18 años y estado fisiológico del 20-35%AMDR.
 Valores de referencia de Grasa Saturada para toda la población <10%AMDR.
 Valores de referencia de Carbohidratos para toda la población del 50-65%AMDR.
 Valores de referencia de Fibra para toda la población 14 g/1.000 cal.

Tabla 52. Distribución del consumo total de energía, según grado de procesamiento de alimentos en grupos y subgrupos Nova. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Grupos de alimentos Nova (N=4.173.079)	Consumo de alimento gramos						Consumo de alimento kilocalorias					
	g/ml (media)	IC 95%		%	IC 95%		kcal (media)	IC 95%		%	IC 95%	
		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.			
1. Alimentos naturales o mínimamente procesados	1.381,6	1.345,7	1.417,6	79,5	78,8	80,2	982,3	960,9	1.003,7	57,1	56,4	57,8
Granos, plátanos, raíces y tubérculos (incluye harinas)	391,0	378,7	403,4	25,1	24,3	25,9	512,1	496,7	527,5	29,2	28,5	29,9
Carnes	63,4	60,7	66,2	4,2	3,9	4,4	141,2	134,8	147,5	7,9	7,6	8,3
Leche, yogurt (naturales)	141,6	133,0	150,1	8,5	8,0	9,0	94,2	88,9	99,5	5,5	5,2	5,8
Otros alimentos mínimamente procesados ^a	92,7	86,5	98,9	6,2	5,8	6,6	74,0	69,0	79,0	4,6	4,3	4,9
Huevos	44,6	42,4	46,9	3,3	3,0	3,5	66,9	63,6	70,3	4,3	4,0	4,6
Otras frutas	65,4	60,6	70,1	4,0	3,7	4,3	37,9	35,2	40,6	2,3	2,1	2,4
Fríjoles, leguminosas, legumbres (incluye harinas)	17,0	14,6	19,5	1,1	0,9	1,3	22,6	19,3	25,9	1,2	1,0	1,4
Frutas y verduras ricas en vitamina A	39,3	25,8	42,7	2,4	2,2	2,6	19,2	17,3	21,0	1,2	1,0	1,3
Otros alimentos mínimamente procesados ^a	515,2	487,1	543,3	24,0	23,0	25,1	10,1	9,1	11,1	0,6	0,5	0,7
Otros vegetales	11,0	9,8	12,1	0,6	0,6	0,7	3,2	2,8	3,5	0,2	0,2	0,2
Verduras de hojas color verde oscuro	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nueces y semillas	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	1,1	0,0	0,0	0,0
2. Ingredientes culinarios procesados	67,0	64,8	69,2	5,2	4,8	5,5	336,8	326,9	346,8	19,4	18,8	20,0
Azúcar	50,3	48,3	52,4	4,2	3,8	4,5	188,5	180,8	196,2	11,7	11,1	12,2
Aceites vegetales	16,2	15,5	16,9	1,0	1,0	1,0	145,6	139,3	151,9	7,6	7,3	7,8
Grasa animal	0,3	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	2,3	1,9	2,7	0,1	0,1	0,2
Otros ingredientes culinarios ^a	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0
3. Alimentos procesados	101,0	88,9	113,0	5,0	4,7	5,4	179,3	167,1	191,5	8,9	8,4	9,4
Otros alimentos procesados	27,9	24,5	31,4	1,6	1,4	1,9	65,2	57,7	72,7	3,2	2,8	3,5
Quesos	15,3	14,1	16,5	1,0	0,9	1,1	46,7	43,1	50,4	2,6	2,4	2,8
Panadería (fresca sin empaquetar)	9,1	7,8	10,4	0,5	0,4	0,6	33,1	28,1	38,1	1,6	1,3	1,8
Otros alimentos procesados ^a	15,7	12,6	18,9	0,9	0,7	1,0	13,4	11,1	15,6	0,7	0,5	0,8
Alcoholes fermentados (vino, cerveza, chicha, etc.)	29,8	19,2	40,5	0,8	0,5	1,0	13,5	8,6	18,3	0,5	0,3	0,6
Carnes (enlatadas, ahumadas)	3,0	2,4	3,6	0,2	0,1	0,3	7,1	5,7	8,5	0,4	0,3	0,5
Frutas y verduras en conserva	0,3	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0
4. Alimentos ultraprocesados	180,7	169,9	191,5	10,3	9,7	10,8	284,0	269,3	298,7	14,5	13,9	15,1
Panes industrializados	24,5	22,9	26,0	1,6	1,5	1,7	92,0	86,3	97,8	5,2	4,9	5,5
Bebidas azucaradas ^c	101,0	92,8	109,2	5,5	5,0	5,9	44,3	40,8	47,8	2,3	2,1	2,4
Carnes procesadas	13,1	11,8	14,4	0,8	0,7	0,9	40,1	35,4	44,7	1,9	1,7	2,1
Snacks (dulces y salados) ^b	6,5	5,4	7,6	0,4	0,3	0,5	28,0	23,4	32,6	1,3	1,1	1,5
Otros alimentos ultraprocesados ^a	9,0	6,8	11,2	0,4	0,3	0,5	24,9	20,2	29,7	1,0	1,0	1,0
Bebidas lácteas comerciales industriales ^e	11,7	9,5	13,8	0,7	0,6	0,8	17,0	13,9	20,1	0,8	0,7	0,9
Preparaciones listas para comer (comida chatarra) ^d	6,5	4,5	8,4	0,4	0,2	0,5	16,5	11,6	21,4	0,7	0,5	0,9
Confitería (chocolate, caramelos, dulces)	3,1	1,5	4,7	0,2	0,1	0,2	10,1	8,4	11,7	0,5	0,4	0,6
Postres comerciales industriales	4,4	3,3	5,5	0,3	0,2	0,4	7,6	5,9	9,2	0,4	0,3	0,5
Cereales comerciales industriales	0,9	0,7	1,1	0,0	0,0	0,1	3,5	2,6	4,3	0,2	0,1	0,3
Total	1.730,4	1.688,5	1.772,2	100,0	100,0	100,0	1.783,4	1.746,3	1.820,5	100,0	100,0	100,0

a) Otros alimentos mínimamente procesados: incluye preparaciones culinarias basadas en alimentos naturales o minimamente procesados que no han podido ser desagregados en sus ingredientes (combinación de ingredientes principalmente del grupo 1 como sopas, mazamorra, etc), cocoa, leche de coco, leche de soya, nueces, café, incluye fruta en pulpa y agua de coco, té y tofu. **Otros ingredientes culinarios:** sal de mesa, pimienta, vinagre, levadura, extracto de vainilla, gelatina sin sabor. **Otros alimentos procesados:** preparaciones culinarias fritas (pastel de pollo, empanada, carimañola, palo de queso, etc.) y preparaciones culinarias con cantidad importante de ingredientes culinarios (salpicón, nueces y semillas salados, endulzados o con aceite). **Otros alimentos ultraprocesados:** margarinas, pastillas de caldos, salsas, comidas comerciales para bebés y alcoholes destilados.

b) Incluye mix de mecato, galletas saladas, dulces industriales y wafers.

c) Incluye jugos de frutas industriales, bebidas energizantes, aguas saborizadas o aromatizadas y helados de agua industrializados.

d) Incluye pizza congelada, sopas de paquete y pastas precocidas.

e) Incluye natillas, helados en leche industrializados, yogures saborizados y malteadas.

Tabla 53. Media y prevalencia de riesgo de deficiencia en la ingesta usual de vitaminas y minerales. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Hierro						Calcio						Zinc						Vitamina C						Vitamina A						Folatos						B12						
		Prevalencia de riesgo de deficiencia			Consumo en mg			Prevalencia de riesgo de deficiencia			Consumo en mg			Prevalencia de riesgo de deficiencia			Consumo en mg			Prevalencia de riesgo de deficiencia			Consumo en mg			Prevalencia de riesgo de deficiencia			Consumo en ER			Prevalencia de riesgo de deficiencia			Consumo en mcg EFD			Prevalencia de riesgo de deficiencia			Consumo en mcg			
		%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	Media	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	Media	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	Media	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	Media	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	Media	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	%	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.	Media	IC 95% Inf.	IC 95% Sup.							
Antioquia (sin Medellín)	4.173.079	38,3	36,5	40,1	12,0	11,8	12,2	85,1	82,9	87,3	548,0	539,0	557,0	50,9	36,4	65,4	7,7	7,6	7,8	36,6	34,4	38,7	88,0	86,2	89,8	47,7	45,9	49,5	654,6	641,4	667,8	64,5	62,3	66,7	274,0	270,1	277,9	+	+	+	+	+	+	
Área de residencia																																												
Urbano	2.604.507	38,3	36,1	40,5	11,9	11,7	12,1	82,7	79,8	85,6	576,6	565,5	587,7	49,6	47,8	51,4	7,9	7,8	8,0	37,7	35,3	40,0	86,6	84,5	88,7	43,9	41,5	46,2	708,3	690,5	726,1	64,6	61,9	67,3	275,4	270,5	280,3	+	+	+	+	+	+	
Rural	1.568.572	37,8	34,5	41,1	12,3	12,0	12,6	89,3	85,8	92,8	500,9	486,5	515,3	53,3	50,7	55,8	7,3	7,2	7,4	34,5	30,6	38,4	90,3	87,2	93,4	54,3	51,2	57,4	554,3	536,6	572,0	64,6	60,9	68,3	268,3	261,9	274,7	31,0	27,1	34,9	2,9	2,8	3,0	
Sexo																																												
Hombres	1.821.620	27,8	24,9	30,7	13,1	12,8	13,4	80,4	77,3	83,5	583,2	567,5	598,9	59,5	57,3	61,7	8,8	8,7	8,9	35,5	32,4	38,6	98,3	95,3	101,3	46,7	44,1	49,2	735,1	708,4	761,8	53,1	50,4	55,8	307,0	300,8	313,2	19,6	15,3	23,9	4,0	3,9	4,1	
Mujeres	2.351.459	46,1	43,7	48,4	11,3	11,1	11,5	89,2	86,5	91,9	519,5	509,1	529,9	43,5	41,3	45,7	6,8	6,7	6,9	37,3	34,5	40,0	80,3	78,2	82,4	48,3	45,7	50,8	592,2	577,8	606,6	73,3	69,8	76,8	246,6	241,8	251,4	+	+	+	+	+	+	
Grupo Poblacional																																												
2-3 años	112.932	0,6	0,0 †	2,0	10,0	9,5	10,5	30,9	23,4	38,3	696,0	652,8	739,2	0,2	0,0 †	1,0	6,6	6,4	6,8	0,0	+	+	91,4	85,1	97,7	1,3	0,0 †	4,0	761,2	696,1	826,3	47,7	40,6	54,8	235,7	223,8	247,6	0,0	+	+	3,5	3,3	3,7	
4-8 años	311.464	7,9	0,0 †	16,5	10,4	10,0	10,8	81,3	73,7	88,9	567,8	542,2	593,4	0,8	0,0 †	2,9	6,9	6,7	7,1	4,3	0,0 †	10,6	78,4	73,9	82,9	4,2	0,0 †	15,4	601,2	573,1	629,3	13,4	1,0	25,7	243,0	235,0	251,0	1,7	0,0 †	6,4	2,8	2,7	2,9	
9-13 años	348.148	23,2	14,6	31,8	11,5	11,1	11,9	98,7	95,2	100,0 †	555,0	537,4	572,6	2,9	0,0 †	10,1	8,3	8,1	8,5	11,0	0,0 †	24,9	86,5	82,3	90,7	19,1	16,2	22,0	687,0	661,2	712,8	34,5	17,4	51,5	281,8	276,1	287,5	4,8	0,0 †	16,9	3,9	3,7	4,1	
14-18 años	366.376	68,1	56,9	79,3	13,2	12,7	13,7	97,3	92,8	100,0 †	525,5	504,8	546,2	48,9	43,4	54,4	8,6	8,4	8,8	33,0	24,8	41,2	102,7	96,0	109,4	54,0	48,1	59,9	599,5	573,4	625,6	61,1	54,2	68,0	328,3	315,6	341,0	26,4	16,8	36,0	3,4	3,2	3,6	
19-30 años	757.130	33,2	26,7	39,7	14,5	13,9	15,1	78,3	71,0	85,6	597,9	574,2	621,6	56,4	51,5	61,3	8,7	8,5	8,9	39,3	33,2	45,4	96,2	91,6	100,8	37,9	27,9	47,9	747,0	719,8	774,2	55,9	48,1	63,7	348,8	337,0	360,6	25,2	17,5	32,8	4,2	3,9	4,5	
31-50 años	1.009.550	47,4	43,3	51,5	12,2	11,7	12,7	85,7	79,8	91,6	507,9	485,9	529,9	62,5	57,4	67,6	8,0	7,8	8,2	44,6	39,3	49,9	83,9	80,1	87,7	54,6	49,1	60,1	636,8	603,9	669,7	73,6	66,5	80,7	271,9	261,1	282,7	21,6	10,2	33,0	4,1	3,8	4,4	
51-70 años	920.956	35,3	28,8	41,8	10,5	10,1	10,9	89,8	84,9	94,7	515,6	494,0	537,2	76,2	70,7	81,7	6,8	6,6	7,0	45,9	40,8	51,0	83,1	79,2	87,0	64,8	59,3	70,3	561,0	526,9	595,1	86,0	75,8	96,2	226,5	219,3	233,7	45,2	40,7	49,7	3,0	2,8	3,2	
Mayores de 70 años	346.523	36,0	30,9	41,1	10,7	10,2	11,2	88,8	84,1	93,5	575,0	546,3	603,7	77,3	72,0	82,6	6,8	6,5	7,1	50,7	46,0	55,4	81,8	76,5	87,1	61,6	54,5	68,7	590,6	552,8	628,4	85,0	77,5	92,4	221,4	212,4	230,4	42,8	37,3	48,3	3,3	3,0	3,6	
Estado fisiológico																																												
Mujeres gestantes	23.926	23,2	5,2	41,1	53,8	47,9	59,7	37,5	23,2	51,8	970,4	865,6	1075,2	70,2	55,1	85,3	7,8	6,9	8,7	22,4	0,0 †	46,9	114,0	100,1	127,9	30,6	0,0 †	82,7	638,5	597,4	679,6	16,7	0,0	33,4	1095,1	961,2	1229,0	31,9	15,0	48,8	3,2	2,7	3,7	
Mujeres lactantes	56.372	18,5	5,4	31,6	22,4	18,8	26,0	84,2	73,2	95,2	544,5	493,0	596,0	86,7	72,0	100,0 †	7,7	7,3	8,1	87,1	55,1	100,0 †	70,6	66,0	75,2	90,6	73,0	100,0 †	574,9	533,8	616,0	93,6	75,8	100,0 †	287,6	271,0	304,2	43,1	40,9	45,3	2,7	2,5	2,9	

No es posible normalizar los datos (+)
 Datos de prevalencia en valores negativos o por encima del 100,0%, se acotaron a 0,0 y 100,0%, respectivamente (+)
 Valores de referencia para vitaminas y minerales tomados de las RIEN

Tabla 54. Perfil de nutrientes en la dieta de los antioqueños, según quintiles de consumo de alimentos ultraprocesados. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Nutrientes críticos y/o protectores en enfermedades crónicas	Contribución dietaria del consumo de alimentos ultraprocesados (% de la energía total)															Coeficientes de regresión estandarizados	Referencia
	Quintil 1	IC 95%		Quintil 2	IC 95%		Quintil 3	IC 95%		Quintil 4	IC 95%		Quintil 5	IC 95%			
		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		Inf.	Sup.		
Densidad de energía	1,79	1,75	1,82	1,85	1,81	1,89	1,94	1,9	2,0	1,96	1,92	1,98	2,3	2,2	2,3	0.32 ‡	1,25
Grasa total (% AMDR/día)	24,2	23,5	25,1	26,6	25,5	26,9	26,4	25,5	27,2	27,8	26,9	28,6	29,7	28,8	30,5	0.18 ‡	> = 35%
Grasa saturada (% AMDR/día)	10,0	9,6	10,4	11,0	10,7	11,3	11,0	10,6	11,4	11,8	11,4	12,2	12,0	11,7	12,4	0.15 ‡	> = 10%
Proteínas (% AMDR/día)	13,5	12,9	13,9	12,9	12,6	13,3	12,8	12,4	13,1	13,3	12,9	13,6	12,3	11,9	12,7	-0.06 ‡	14 - 20%
Fibra	16,3	15,5	17,2	14,9	14	15,8	13,7	13,0	14,4	14,3	13,6	15,0	12,3	11,7	12,9	-0.15 ‡	>14 g/1000 cal
Potasio ‡	1.504,1	1.457,2	1.550,9	1.399,0	1.357,7	1.440,4	1.371,1	1.337,4	1.404,8	1.322,5	1.286,6	1.358,4	1.188,3	1.151,3	1.225,4	-0.22 ‡	3510 mg/día

P<0.001 ajustando por area, sexo, estado fisiológico, edad, nivel educativo y estrato socioeconómico (‡).

Para el potasio no se presenta en porcentaje sino en miligramos (‡)

Valores de refencia para macronutrientes y fibra, tomados de las RIEN.

Valor de referencia para potasio, tomado de WHO. Guideline: potassium intake for adults and children.

N=4.173.079

Tabla 55. Factores sociodemográficos de las mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de 24 meses. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Mujeres gestantes		Madres lactantes		Niño < 24 meses	
	N	%	N	%	N	%
Antioquia (Sin Medellín)	23.881	100,0	57.691	100,0	111.318	100,0
Área de residencia						
Urbana	10.614	44,4	35.290	61,2	66.181	59,5
Rural	13.267	55,6	22.401	38,8	45.137	40,5
Estrato socioeconómico						
1	16.589	69,5	30.567	53,0	58.079	52,2
2	7.146	*	18.795	32,6	40.564	36,4
3 y más	146	*	8.329	*	12.675	11,4
Nivel de escolaridad						
Sin estudios / Primaria	10.256	42,9	21.691	37,6		
Secundaria / Estudios superiores	13.625	57,1	36.000	62,4		
Actividad de ocupación en el último mes						
Oficios del hogar	16.920	70,9	37.219	64,5		
Otras actividades	6.961	*	20.473	35,5		
Ingresos recibidos por concepto de trabajo						
Ingresos ≤ 1 SMMLV	7.128	*	15.078	77,5		
Ingresos > 1 SMMLV	1.154	*	4.365	*		
Nivel de ingresos del hogar						
Ingresos ≤ 1 SMMLV	16.932	70,9	32.449	56,2	66.374	59,6
Ingresos > 1 SMMLV	6.949	29,1	25.242	43,8	44.944	40,4
Asistencia a programas de alimentación y nutrición						
Sí	5.164	*	6.415	*	40.989	36,8
No	18.717	78,4	51.277	88,9	70.329	63,2
Seguridad alimentaria						
Seguros	2.925	*	11.195	19,4	29.400	26,4
Inseguros	20.956	87,8	46.496	80,6	81.917	73,6

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 56. Características de salud de las mujeres gestantes y madres lactantes a partir de la ficha CLAP del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.

Población/Característica	N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.
Mujeres gestantes	23.881	100,0	100,0	100,0
Número de gestantes según gestas previas				
Sin gestas previas	9.611	+40,2	25,8	54,7
Con gestas previas	14.271	+59,8	43,2	76,3
Asistencia a control prenatal				
Sí	21.373	89,5	79,6	99,4
No	2.508	*	*	*
Momento de ingreso al programa de control prenatal				
En el primer trimestre de embarazo	16.457	+77	63,1	90,9
En el segundo y tercer trimestre de embarazo	4.916	*	*	*
Madres lactantes	57.691	100,0	100,0	100,0
Según peso al nacer de su hijo				
Peso inferior a 3000 g	19.172	+33,7	21,0	46,5
Peso adecuado	35.420	62,3	50,6	74,0
Macrosomía	2.260	*	*	*
Según parto a término o pretérmino				
Pretérmino	587	*	*	*
Término	57.105	99,0	96,5	101,5

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (+)

Tabla 57. Indicadores antropométricos de las mujeres gestantes y madres lactantes del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.

Indicador	Mujeres gestantes				Madres lactantes			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Índice de masa corporal pregestación	23.577	100,0	100,0	100,0	51.997	100,0	100,0	100,0
Delgadez	292	*	*	*	1.820	*	*	*
Normal	12.643	+53,6	39,0	68,2	31.803	+61,2	46,5	75,8
Exceso de peso	10.642	+45,1	27,2	63,1	18.374	35,3	26,1	44,6
Índice de masa corporal	23.881	100,0	100,0	100,0	55.725	100,0	100,0	100,0
Bajo peso	3.732	*	*	*	1.081	*	*	*
Normal	8.552	+35,8	22,3	49,4	27.831	+49,9	37,4	62,5
Exceso de peso	11.597	+48,6	30,9	66,3	26.813	+48,1	35,3	60,9
Remanente de Peso					51.997	100,0	100,0	100,0
Pérdida de Peso					14.472	27,8	18,1	37,5
Adecuado					21.834	+42,0	29,2	54,8
Superior					11.221	+21,6	7,6	35,6
Excesivo					4.470	*	*	*

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (+)

Tabla 58. Estado nutritivo del hierro de las mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de 24 meses. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica/ Grupo poblacional	Anemia								Deficiencia de hierro								Anemia por deficiencia de hierro							
	Si				No				Si				No				Si				No			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Mujeres gestantes Antioquia (sin Medellín)	11.560	+48,4	30,8	66,1	12.309	+51,6	36,7	66,4	15.638	+66,5	50,4	82,6	7.887	*	*	*	8.443	*	*	*	3.117	*	*	*
Madres lactantes Antioquia (sin Medellín)	12.519	21,7	14,0	29,5	45.077	78,3	69,5	87,0	22.291	39,5	28,4	50,5	34.207	60,5	50,9	70,2	7.323	*	*	*	5.196	*	*	*
Niños menores de 24 meses Antioquia (sin Medellín)	43.515	40,6	28,5	52,6	63.788	59,4	47,6	71,3	27.601	52,7	41,1	64,3	24.796	+47,3	33,6	61,0	11.593	*	*	*	10.172	*	*	*
Según edad																								
0-5 meses	116	*	*	*																				
6-11 meses	22.738	+58,4	34,5	82,4	16.171	*	*	*	7.502	*	*	*	3.983	*	*	*	6.100	*	*	*	2.564	*	*	*
12-23 meses	20.661	30,3	19,7	40,8	47.618	69,7	58,7	80,8	20.099	+49,1	36,0	62,3	20.814	+50,9	35,3	66,5	5.492	*	*	*	7.608	*	*	*

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Tabla 59. Prevalencia de malnutrición de los niños menores de 24 meses, según área de residencia y subregión. Antioquia (sin Medellín), 2019

Características	N	Peso para la edad								Talla para la edad								Peso para la talla								Perímetro cefálico															
		Desnutrición global				Riesgo de desnutrición global				Retraso en talla				Riesgo de retraso en talla				Desnutrición aguda severa				Desnutrición aguda moderada				Riesgo de desnutrición aguda				Riesgo de sobrepeso				Sobrepeso		Obesidad		Riesgo para el neurodesarrollo			
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%					
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	127.368	4.279	*	*	22.481	17,7	8,4	26,9	13.679	*	*	35.264	27,7	15,9	39,4	532	0,4	-0,1	0,9	1.382	*	*	9.546	7,5	3,5	11,5	25.797	20,3	11,0	29,5	4.016	*	*	507	*	*	17.334	13,8	4,4	23,2	
Área de residencia																																									
Rural	54.413	1.260	*	*	11.405	*	*	*	2.217	*	*	21.216	+39,0	15,4	62,5	532	*	*	*	388	*	*	4.850	*	*	*	11.353	*	*	*	1.550	*	*	354	*	*	8.502	*	*	*	
Urbana	72.955	3.019	*	*	11.076	15,2	7,7	22,6	11.462	*	*	14.048	19,3	11,4	27,1	532	*	*	*	994	*	*	4.696	*	*	*	14.443	19,8	12,0	27,6	2.466	*	*	153	*	*	8.831	*	*	*	
Subregiones																																									
Valle de Aburrá (sin Medellín)	20.899	803	*	*	2.570	*	*	*	1.086	*	*	3.887	*	*	*								912	*	*	*	3.765	*	*	*	803	*	*	284	*	*	1.767	*	*	*	
Bajo Cauca	8.670				765	*	*	*	1.125	*	*	1.727	*	*	*	109	*	*	*				219	*	*	*	490	*	*	*	1.342	*	*				579	*	*	*	
Magdalena Medio	3.069	100	*	*	573	*	*	*	100	*	*	774	*	*	*								302	*	*	*	202	*	*	*				459	*	*	*				
Nordeste	8.051	549	*	*	636	*	*	*	765	*	*	1.733	*	*	*	100	*	*	*				217	*	*	*	3.193	*	*	*	373	*	*				1.360	*	*	*	
Norte	9.566				1.447	*	*	*				3.211	*	*	*								511	*	*	*	1.959	*	*	*				460	*	*	*				
Occidente	4.823				826	*	*	*	422	*	*	1.024	*	*	*								243	*	*	*	547	*	*	*	368	*	*				243	*	*	*	
Oriente	43.820	2.005	*	*	11.028	*	*	*	8.232	*	*	17.813	*	*	*	731	*	*	*				3.179	*	*	*	9.925	*	*	*	287	*	*				9.698	*	*	*	
Suroeste	8.677				479	*	*	*	340	*	*												793	*	*	*	2.798	*	*	*	479	*	*				1.158	*	*	*	
Urabá	19.794	822	*	*	4.157	*	*	*	1.468	*	*	4.756	*	*	*	423	*	*	*	211	*	*	3.170	*	*	*	2.918	*	*	*	365	*	*	223	*	*	1.609	*	*	*	

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Tabla 60. Prevalencia de malnutrición de los niños menores de 24 meses, según edad, sexo, estrato y asistencia a programas de alimentación. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Características	N	Peso para la edad								Talla para la edad								Peso para la talla								Perímetro cefálico															
		Desnutrición global				Riesgo de desnutrición global				Retraso en talla				Riesgo de retraso en talla				Desnutrición aguda severa				Desnutrición aguda moderada				Riesgo de desnutrición aguda				Riesgo de sobrepeso				Sobrepeso		Obesidad		Riesgo para el neurodesarrollo			
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%					
				Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	Inf.	Sup.		
Antioquia (sin Medellín)	127.368	4.279	*	*	22.481	17,7	8,4	26,9	13.679	*	*	35.264	27,7	15,9	39,4	532	*	*	*	1.382	*	*	9.546	7,5	3,5	11,5	25.797	20,3	11,0	29,5	4.016	*	*	507	*	*	17.334	13,8	4,4	23,2	
Rango de edad																																									
Menor de 6 meses	23.016	1.114	*	*	6.092	*	*	*	3.977	*	*	3.482	*	*	*	321	*	*	*	939	*	*	3.045	*	*	*	2.638	*	*	*	587	*	*	354	*	*	1.572	*	*	*	
6-11 meses	33.478				7.545	*	*	*	373	*	*	9.738	*	*	*	211	*	*	*	443	*	*	1.353	*	*	*	4.218	*	*	*	1.000	*	*	153	*	*	9.120	*	*	*	
12-23 meses	70.875	3.164	*	*	8.844	*	*	*	9.329	*	*	22.043	+31,1	15,7	46,5							5.149	*	*	*	18.941	+26,7	11,4	42,1	2.429	*	*				6.642	*	*	*		
Sexo																																									
Mujer	50.527	1.725	*	*	7.710	*	*	*	5.423	*	*	10.488	*	*	*	211	*	*	*	939	*	*	3.110	*	*	*	6.199	*	*	*	1.887	*	*				2.218	*	*	*	
Hombre	76.841	2.554	*	*	14.771	+19,2	5,2	33,3	8.255	*	*	24.776	+32,2	14,5	50,0	321	*	*	*	443	*	*	6.436	*	*	*	19.597	+25,5	11,1	39,9	2.129	*	*	507	*	*	15.116	*	*	*	
Estrato socioeconómico																																									
1	67.309	3.265	*	*	14.438	*	*	*	7.944	*	*	23.756	+35,3	15,2	55,4	211	*	*	*	312	*	*	5.407	*	*	*	12.691	*	*	*	1.487	*	*	507	*	*	11.319	*	*	*	
2	42.906				5.204	*	*	*	4.720	*	*	8.021	*	*	*	109	*	*	*	340	*	*	3.429	*	*	*	7.865	*	*	*	2.046	*	*				4.580	*	*	*	
3	15.181	1.014	*	*	2.839	*	*	*	1.014	*	*	3.486	*	*	*	211	*	*	*	731	*	*	710	*	*	*	4.357	*	*	*	483	*	*				1.435	*	*	*	
4	1.686																																								
5	287																																								
Asistencia a programas de alimentación																																									
Sí	41.056	549	*	*	9.470	*	*	*	2.601	*	*	17.889	*	*	*	287	*	*	*	287	*	*	2.343	*	*	*	10.617	*	*	*	984	*	*	354	*	*	3.876	*	*	*	
No	86.313	3.730	*	*	13.011	15,1	8,5	21,7	11.078	*	*	17.375	20,1	13,0	27,3	532	*	*	*	1.095	*	*	7.203	*	*	*	15.179	17,6	10,8	24,4	3.032	*	*	153	*	*	13.458	*	*	*	

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Tabla 61. Niños menores de 24 meses que cumplen con los indicadores de prácticas de alimentación de la OMS. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Indicador	Ntot	N	%	IC 95%	
				Inf.	Sup.
Indicadores relacionados con lactancia materna					
Inicio temprano de la lactancia materna	111.408	93.042	83,5	75,8	91,2
Lactancia materna exclusiva	20.687	8.450	†40,8	26,4	55,3
Lactancia materna continua al año	24.954	9.285	†37,2	23,9	50,5
Niños que fueron amamantados alguna vez	111.408	110.943	99,6	98,3	100,9
Lactancia materna continua a los 2 años	17.012	1.225	*	*	*
Lactancia materna adecuada según la edad	107.941	39.454	36,6	26,2	46,9
Lactancia materna predominante antes de los 6 meses	20.687	6.882	*	*	*
Alimentación con biberón	111.318	78.208	70,3	60,1	80,4
Indicadores relacionados con alimentación complementaria					
Introducción de alimentos complementarios	14.706	13.754	*	*	*
Diversidad alimentaria	90.631	66.255	73,1	61,7	84,5
Frecuencia de comidas	90.631	84.579	93,3	87,4	99,3
Dieta mínima aceptable	90.631	53.788	†59,3	45,8	72,9
Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro	90.631	76.333	84,2	75,2	93,2
Frecuencia de tomas de leche para niños no amamantados	53.575	46.916	87,6	77,6	97,6
Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*). Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)					

Tabla 62. Características demográficas y perfil de morbilidad de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.
Sexo				
Hombre	320.966	40,4	36,8	44,1
Mujer	474.090	59,6	55,9	63,2
Edad				
60-64 años	236.654	29,8	26,5	33,2
65 años y más	558.402	70,2	66,8	73,5
65-69	160.729	20,2	17,9	22,7
70-79	283.253	35,6	31,8	39,6
80 y más	114.420	14,4	12,2	16,9
Nivel educativo				
Preescolar/Sin estudios	376.668	47,5	43,8	51,1
Primaria	328.774	41,4	37,5	45,4
Secundaria	49.987	6,3	5,1	7,8
Estudios superiores	38.225	4,8	3,7	6,2
Morbilidad				
Hipertensión arterial	415.460	52,3	48,5	56,0
Dislipidemia	239.580	30,1	26,7	33,8
Diabetes mellitus	134.001	16,9	14,3	19,7
Trastornos de la tiroides	77.057	9,7	7,5	12,5
Artritis-Artrosis	75.621	9,5	7,6	11,9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	57.293	7,2	5,1	10,0
Enfermedad coronaria	44.536	5,6	4,0	7,8
Gastritis	44.534	5,6	3,7	8,4
Depresión	31.711	4,0	3,0	5,3
Accidente cerebrovascular	28.864	3,6	2,3	5,8
Alzheimer	21.712	2,7	1,2	5,9
Demencia senil	13.830	1,7	1,2	2,6
Número de enfermedades				
0	217.282	27,3	23,9	31,1
1	182.606	23,0	20,1	26,1
2 a 4	337.732	42,5	39,0	46,0
5 a 10	57.437	7,2	4,9	10,5
Número de medicamentos prescritos consumidos diariamente				
0	271.941	34,2	30,5	38,1
1 a 2	183.277	23,1	20,4	26,0
3 a 4	185.692	23,4	20,7	26,3
≥ 5	153.753	19,3	16,5	22,6

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Tabla 63. Actividad física, según características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Actividad física vigorosa				Actividad física moderada				Actividad física leve				Inactivo			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	87.239	11,1	9,4	13,0	246.744	31,4	28,1	34,8	135.279	17,2	14,6	20,2	317.373	40,3	36,6	44,2
Subregión																
Valle de Aburrá (sin Medellín)	43.306	15,2	12,0	19,1	81.930	28,7	24,6	33,3	49.407	17,3	13,9	21,3	110.645	38,8	34,2	43,6
Bajo Cauca	3.215	*	*	*	22.476	53,9	42,7	64,7	6.355	15,2	10,3	22,0	9.684	23,2	15,9	32,6
Magdalena Medio	1.658	*	*	*	5.040	*	*	*	2.567	12,0	7,2	19,3	12.203	56,8	47,5	65,8
Nordeste	3.535	*	*	*	15.114	*	*	*	4.042	10,6	6,0	18,2	15.344	40,3	31,1	50,3
Norte	5.242	*	*	*	15.998	*	*	*	5.558	13,1	7,6	21,8	15.538	36,7	27,3	47,3
Occidente	5.701	*	*	*	12.618	27,7	20,9	35,5	8.124	17,8	12,3	25,1	19.188	42,1	33,6	51,0
Oriente	9.000	*	*	*	54.964	33,1	22,1	46,4	32.718	19,7	11,2	32,3	69.264	†41,7	28,3	56,5
Suroeste	5.449	*	*	*	17.252	*	*	*	12.705	16,9	11,3	24,5	39.902	53,0	44,4	61,4
Urabá	10.132	14,3	9,4	21,2	21.352	30,1	24,1	36,9	13.804	19,5	13,5	27,2	25.606	36,1	29,3	43,6
Área de residencia																
Rural	18.586	6,4	4,3	9,3	95.145	32,7	25,9	40,4	45.077	15,5	10,4	22,5	131.840	45,4	37,2	53,8
Urbana	68.653	13,8	11,7	16,3	151.599	30,6	27,4	33,9	90.202	18,2	15,6	21,1	185.533	37,4	34,1	40,8
Estrato socioeconómico																
1	20.168	8,1	5,7	11,4	76.661	30,8	24,5	37,9	46.984	18,9	12,8	26,9	104.991	42,2	33,9	51,0
2	34.044	10,3	8,0	13,2	105.877	32,0	26,9	37,7	50.689	15,3	12,4	18,8	139.824	42,3	37,0	47,8
3	28.211	14,8	11,3	19,3	58.260	30,6	25,7	36,0	36.530	19,2	15,2	24,0	67.303	35,4	30,2	40,9
4	4.816	*	*	*	5.946	*	*	*	1.077	*	*	*	5.255	*	*	*
Sexo																
Hombre	30.784	9,8	7,4	12,7	146.371	46,4	40,6	52,2	48.789	15,5	12,4	19,1	89.597	28,4	22,8	34,8
Mujer	56.455	12,0	9,8	14,6	100.373	21,3	17,8	25,2	86.491	18,4	14,6	22,8	227.776	48,4	43,5	53,3
Edad																
60-64 años	19.033	8,1	5,7	11,5	89.848	38,3	32,2	44,9	50.704	21,6	16,3	28,2	74.771	31,9	26,1	38,4
65 años y más	68.206	12,3	10,3	14,8	156.896	28,4	24,6	32,5	84.576	15,3	12,5	18,6	242.602	43,9	39,3	48,6
65-69	27.164	17,1	12,9	22,2	57.972	36,4	30,9	42,3	23.914	15,0	11,4	19,5	50.089	31,5	26,3	37,2
70-79	32.083	11,4	8,6	15,0	81.218	28,9	22,8	36,0	42.528	15,2	11,7	19,5	124.780	44,5	36,8	52,4
80 y más	8.959	*	*	*	17.707	15,7	11,3	21,4	18.134	16,1	8,5	28,5	67.733	60,2	50,9	68,8
Nivel educativo																
Preescolar/Sin estudios	37.427	10,0	7,9	12,6	114.711	30,6	27,0	34,5	67.126	17,9	14,3	22,3	155.375	41,5	37,2	45,8
Primaria	30.725	9,5	7,1	12,5	103.502	31,9	25,7	38,8	51.284	15,8	11,6	21,1	139.092	42,8	35,6	50,4
Secundaria	8.304	*	*	*	17.540	36,2	26,5	47,1	10.091	*	*	*	12.565	25,9	17,3	36,9
Estudios superiores	10.783	*	*	*	10.991	*	*	*	6.778	*	*	*	8.938	*	*	*
Pertenece a algún programa social del Gobierno nacional, departamental o municipal																
No	63.278	11,4	9,5	13,7	179.511	32,5	29,0	36,1	92.991	16,8	14,4	19,5	217.366	39,3	35,5	43,2
Sí	23.961	10,3	7,4	14,3	66.958	28,9	21,8	37,2	41.511	17,9	11,6	26,6	99.272	42,8	34,1	52,0
Asistencia a programas de alimentación y nutrición																
No	85.679	11,0	9,3	12,9	244.496	31,4	28,1	34,9	134.197	17,2	14,6	20,3	314.679	40,4	36,6	44,3
Sí	1.560	*	*	*	2.248	*	*	*	1.083	*	*	*	2.694	*	*	*

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (+)

Tabla 64. Clasificación del índice de masa corporal, según características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Delgadez				Normal				Sobrepeso				Obesidad			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	152.370	20,3	17,3	23,7	308.506	41,2	37,4	45,0	186.549	24,9	21,9	28,2	102.158	13,6	11,4	16,2
Subregión																
Valle de Aburrá (sin Medellín)	47.457	17,3	13,8	21,4	116.197	42,3	37,6	47,3	73.199	26,7	22,5	31,3	37.640	13,7	10,6	17,5
Bajo Cauca	8.084	20,5	13,3	30,3	17.717	44,9	33,3	57,2	9.344	23,7	15,2	35,0	4.271	*	*	*
Magdalena Medio	4.355	22,3	15,2	31,6	7.355	37,7	28,9	47,4	5.430	27,8	19,4	38,1	2.371	*	*	*
Nordeste	12.148	33,6	24,5	44,2	12.592	34,8	26,0	44,9	6.729	*	*	*	4.673	*	*	*
Norte	8.440	*	*	*	15.497	37,3	27,6	48,0	9.098	*	*	*	8.546	*	*	*
Occidente	12.140	27,8	20,6	36,4	18.005	41,2	32,7	50,3	9.670	22,1	15,8	30,1	3.856	*	*	*
Oriente	31.493	20,5	10,7	35,6	61.058	†39,7	26,3	54,8	36.249	23,6	14,1	36,7	24.929	16,2	9,1	27,3
Suroeste	13.256	18,4	12,6	26,1	31.388	43,6	35,2	52,3	20.270	28,1	21,0	36,5	7.140	*	*	*
Urabá	14.997	21,7	15,8	29,2	28.698	41,6	34,1	49,5	16.559	24,0	18,0	31,3	8.731	12,7	9,2	17,1
Área de residencia																
Rural	60.230	21,7	15,4	29,7	123.061	44,4	36,2	52,8	64.342	23,2	17,3	30,3	29.801	10,7	6,8	16,5
Urbana	92.140	19,5	16,9	22,5	185.445	39,3	35,9	42,8	122.206	25,9	22,8	29,2	72.356	15,3	12,9	18,1
Estrato socioeconómico																
1	67.185	28,6	21,3	37,3	91.529	39,0	31,1	47,4	56.960	24,2	17,7	32,3	19.250	8,2	6,0	11,1
2	52.034	16,5	13,4	20,1	141.461	44,8	39,2	50,6	71.827	22,8	19,1	27,0	50.197	15,9	11,9	21,0
3	30.331	16,6	12,7	21,4	68.721	37,6	32,3	43,3	55.802	30,5	25,6	36,0	27.887	15,3	11,4	20,1
4	2.820	*	*	*	6.794	*	*	*	1.959	*	*	*	4.824	*	*	*
Sexo																
Hombre	75.014	25,3	20,6	30,6	150.549	50,8	45,0	56,5	57.859	19,5	16,1	23,4	13.072	4,4	2,9	6,6
Mujer	77.356	17,1	13,3	21,6	157.957	34,9	30,2	39,8	128.689	28,4	24,1	33,2	89.086	19,7	16,2	23,7
Edad																
60-64 años	52.013	22,5	16,3	30,2	81.564	35,3	29,8	41,2	60.264	26,1	20,4	32,6	37.413	16,2	12,5	20,7
65 años y más	100.357	19,4	16,2	22,9	226.942	43,8	39,1	48,6	126.285	24,4	20,9	28,2	64.745	12,5	9,8	15,8
65-69	28.166	18,2	14,1	23,1	62.386	40,3	34,5	46,3	44.436	28,7	23,5	34,5	19.912	12,9	9,5	17,1
70-79	43.995	16,6	12,9	21,2	127.755	48,3	40,7	56,1	60.729	23,0	17,7	29,2	31.896	12,1	7,8	18,1
80 y más	28.196	28,5	19,3	39,9	36.802	37,2	29,4	45,6	21.120	21,3	15,1	29,2	12.936	13,1	8,5	19,5
Nivel educativo																
Preescolar/Sin estudios	80.206	22,5	18,6	26,9	145.471	40,8	36,4	45,3	88.507	24,8	21,4	28,6	42.676	12,0	9,6	14,8
Primaria	58.048	19,0	13,8	25,6	130.363	42,7	35,5	50,2	69.243	22,7	17,2	29,3	47.572	15,6	11,3	21,1
Secundaria	7.879	*	*	*	17.692	36,9	27,1	47,9	15.970	33,3	23,9	44,3	6.408	*	*	*
Estudios superiores	6.238	*	*	*	14.697	38,5	26,8	51,7	11.710	*	*	*	5.502	*	*	*
Pertenece a algún programa social del Gobierno nacional, departamental o municipal																
No	97.183	18,3	15,4	21,7	219.747	41,4	37,6	45,4	131.504	24,8	21,9	27,9	81.967	15,5	12,6	18,8
Sí	54.410	25,1	18,0	33,7	88.045	40,6	31,9	49,9	54.310	25,0	17,9	33,9	20.191	9,3	6,5	13,2
Asistencia a programas de alimentación y nutrición																
No	148.351	20,0	17,0	23,4	306.594	41,3	37,5	45,2	186.010	25,1	22,0	28,4	101.327	13,7	11,4	16,3
Sí	4.020	*	*	*	1.911	*	*	*	539	*	*	*	831	*	*	*

Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Tabla 65. Clasificación de circunferencia de cintura, pantorrilla y brazo, según características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Clasificación CC								Clasificación CP								Clasificación CB											
	Riesgo CV				Sin riesgo CV				Baja reserva				Adecuado				Déficit				Adecuado				Exceso			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	368.561	51,8	48,0	55,6	342.949	48,2	44,4	52,0	92.717	13,5	10,6	17,1	593.814	86,5	82,9	89,4	274.213	36,2	32,6	40,1	367.544	48,6	44,8	52,4	114.852	15,2	13,2	17,4
Subregión																												
Valle de Aburrá (sin Medellín)	143.131	55,0	49,9	59,9	117.255	45,0	40,1	50,1	23.574	9,4	6,7	12,9	228.080	90,6	87,1	93,3	90.876	33,0	28,5	37,8	139.456	50,6	45,7	55,5	45.130	16,4	13,0	20,4
Bajo Cauca	18.862	48,4	36,5	60,4	20.145	51,6	39,6	63,5	6.046	14,9	8,8	24,3	34.419	85,1	75,7	91,2	13.721	33,3	23,9	44,2	21.006	50,9	39,5	62,3	6.533	15,8	8,7	27,1
Magdalena Medio	10.353	54,5	44,5	64,0	8.659	45,5	36,0	55,5	2.283	*	*	*	15.573	87,2	79,5	92,3	6.381	32,2	23,6	42,1	8.286	41,8	32,7	51,5	5.167	26,1	18,2	35,9
Nordeste	17.498	49,4	39,3	59,6	17.900	50,6	40,4	60,7	6.496	*	*	*	25.791	79,9	69,5	87,4	16.525	45,5	35,6	55,6	15.131	41,6	32,1	51,8	4.701	*	*	*
Norte	21.348	52,0	41,3	62,5	19.728	48,0	37,5	58,7	3.217	*	*	*	31.796	90,8	81,6	95,7	15.691	37,5	27,9	48,2	21.079	50,4	39,9	60,9	5.059	*	*	*
Occidente	17.637	42,3	33,7	51,5	24.027	57,7	48,5	66,3	7.997	19,8	13,6	27,9	32.388	80,2	72,1	86,4	18.826	43,1	34,6	52,1	19.855	45,5	36,9	54,4	4.958	*	*	*
Oriente	69.121	†50,6	36,0	65,1	67.551	†49,4	34,9	64,0	25.542	*	*	*	110.887	†81,3	63,7	91,5	59.393	†38,2	25,1	53,3	78.710	†50,6	36,6	64,5	17.349	11,2	6,9	17,6
Suroeste	36.939	52,1	43,3	60,7	33.958	47,9	39,3	56,7	9.618	*	*	*	57.338	85,6	78,0	90,9	32.191	44,2	35,8	52,9	31.837	43,7	35,4	52,4	8.833	*	*	*
Urabá	33.671	50,0	42,2	57,8	33.726	50,0	42,2	57,8	7.943	12,1	7,4	19,4	57.543	87,9	80,6	92,6	20.609	29,5	22,2	38,0	32.182	46,0	38,7	53,5	17.121	24,5	18,6	31,6
Area																												
Rural	120.259	46,0	38,0	54,2	141.042	54,0	45,8	62,0	39.938	15,8	9,5	25,0	213.419	84,2	75,0	90,5	116.406	41,8	33,7	50,4	127.863	45,9	37,8	54,3	34.021	12,2	9,2	16,1
Urbana	248.302	55,2	51,5	58,7	201.907	44,8	41,3	48,5	52.779	12,2	10,0	14,8	380.395	87,8	85,2	90,0	157.807	33,0	29,8	36,4	239.680	50,1	46,6	53,6	80.830	16,9	14,4	19,7
Estrato socioeconómico																												
1	102.447	45,0	36,7	53,6	125.192	55,0	46,4	63,3	40.614	18,7	12,3	27,6	176.145	81,3	72,4	87,7	90.318	38,1	30,4	46,4	121.092	51,1	42,8	59,3	25.742	10,9	8,1	14,4
2	157.756	53,7	48,4	58,8	136.213	46,3	41,2	51,6	36.070	12,5	8,6	17,9	251.938	87,5	82,1	91,4	124.753	39,1	33,5	45,0	145.612	45,7	40,3	51,1	48.522	15,2	12,2	18,8
3	100.008	57,4	51,6	63,0	74.225	42,6	37,0	48,4	15.064	9,0	6,2	13,1	151.761	91,0	86,9	93,8	53.390	28,9	24,0	34,2	94.233	51,0	45,3	56,6	37.279	20,2	15,9	25,3
4	8.349	*	*	*	7.319	*	*	*	969	*	*	*	13.970	93,5	74,2	98,6	5.752	*	*	*	6.607	*	*	*	3.309	*	*	*
Sexo																												
Hombre	75.703	26,1	21,9	30,7	214.471	73,9	69,3	78,1	21.603	7,6	5,4	10,6	263.642	92,4	89,4	94,6	159.099	52,9	47,2	58,5	120.114	39,9	34,6	45,5	21.643	7,2	5,3	9,8
Mujer	292.858	69,5	64,7	73,9	128.478	30,5	26,1	35,3	71.113	17,7	13,2	23,4	330.172	82,3	76,6	86,8	115.115	25,3	20,9	30,2	247.430	54,3	49,3	59,2	93.209	20,5	17,4	23,9
Edad																												
60-64 años	107.356	47,7	41,1	54,5	117.569	52,3	45,5	58,9	23.456	10,9	6,3	18,3	191.282	89,1	81,7	93,7	84.036	36,5	29,9	43,5	116.935	50,7	44,1	57,4	29.537	12,8	9,7	16,8
65 años y más	261.205	53,7	49,0	58,3	225.381	46,3	41,7	51,0	69.261	14,7	11,2	19,0	402.532	85,3	81,0	88,8	190.178	36,1	31,7	40,8	250.608	47,6	43,0	52,3	85.315	16,2	13,7	19,1
65-69	85.486	56,6	50,5	62,5	65.495	43,4	37,5	49,5	8.113	*	*	*	134.015	94,3	90,7	96,6	63.180	40,4	34,6	46,4	68.572	43,8	38,1	49,8	24.680	15,8	11,8	20,8
70-79	130.805	53,8	46,3	61,2	112.209	46,2	38,8	53,7	39.258	16,1	10,3	24,2	205.033	83,9	75,8	89,7	95.425	36,0	28,7	44,0	126.978	47,9	40,3	55,6	42.677	16,1	12,5	20,5
80 y más	44.915	48,5	39,1	58,1	47.676	51,5	41,9	60,9	21.890	25,6	19,8	32,6	63.484	74,4	67,4	80,2	31.573	30,2	23,6	37,7	55.058	52,6	43,9	61,2	17.959	17,2	12,2	23,6
Nivel educativo																												
Preescolar/Sin estudios	170.779	49,6	45,0	54,2	173.579	50,4	45,8	55,0	50.266	15,6	12,7	19,0	271.530	84,4	81,0	87,3	132.838	36,5	32,6	40,7	168.525	46,3	41,8	50,9	62.249	17,1	14,3	20,4
Primaria	152.112	54,1	46,7	61,3	128.996	45,9	38,7	53,3	39.673	14,1	8,4	22,5	242.536	85,9	77,5	91,6	115.187	37,8	30,5	45,7	150.857	49,5	42,1	56,8	38.998	12,8	9,8	16,5
Secundaria	22.005	46,6	35,9	57,6	25.220	53,4	42,4	64,1	970	2,1	0,4	10,0	44.896	97,9	90,0	99,6	12.760	26,4	17,9	37,1	28.696	59,4	48,3	69,5	6.873	14,2	8,2	23,6
Estudios superiores	22.546	†60,3	47,0	72,2	14.872	†39,7	27,8	53,0	1.808	*	*	*	33.734	94,9	85,0	98,4	13.428	35,1	23,7	48,5	18.065	†47,3	34,6	60,2	6.733	*	*	*
Pertenece a algún programa social del Gobierno Nacional, Departamental o Municipal																												
No	262.349	52,3	48,5	56,0	239.708	47,7	44,0	51,5	49.951	10,2	7,6	13,5	440.955	89,8	86,5	92,4	196.256	36,6	32,6	40,8	250.557	46,8	43,0	50,6	88.975	16,6	14,2	19,3
Sí	105.039	50,7	41,3	60,0	102.188	49,3	40,0	58,7	42.766	22,1	14,8	31,8	150.632	77,9	68,2	85,2	77.243	35,3	27,6	43,9	115.474	52,8	44,0	61,5	25.877	11,8	8,5	16,3
Asistencia a programas de alimentación y nutrición																												
No	366.570	52,1	48,2	55,9	337.639	47,9	44,1	51,8	90.233	13,3	10,3	16,9	588.944	86,7	83,1	89,7	268.302	35,8	32,1	39,7	366.702	49,0	45,1	52,8	114.021	15,2	13,2	17,5
Sí	1.991	*	*	*	5.311	*	*	*	2.484	*	*	*	4.871	*	*	*	5.911	*	*	*	842	*	*	*	831	*	*	*

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
 Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)
 CC: Circunferencia de cintura. CP: Circunferencia de pantorrilla. CB: Circunferencia del brazo
 CV: cardiovascular

Tabla 66. Clasificación MNA según características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Estado nutricional normal				Riesgo de desnutrición				Desnutrición			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Antioquia (sin Medellín)	421.713	62,9	58,6	66,9	226.213	33,7	29,8	37,9	22.900	3,4	1,9	6,0
Subregión												
Valle de Aburrá (sin Medellín)	180.187	73,6	68,8	78,0	58.504	23,9	19,7	28,6	6.017	*	*	*
Bajo Cauca	20.376	52,8	40,5	64,7	18.244	47,2	35,3	59,5	0	*	*	*
Magdalena Medio	10.088	58,6	48,3	68,2	6.991	40,6	31,1	50,9	137	*	*	*
Nordeste	16.892	52,7	41,9	63,2	12.928	40,3	30,3	51,2	2.252	*	*	*
Norte	23.346	68,1	56,3	78,0	9.304	*	*	*	1.608	*	*	*
Occidente	21.704	54,4	45,2	63,4	16.538	41,5	32,8	50,7	1.633	*	*	*
Oriente	73.909	†55,3	39,0	70,5	53.247	†39,8	25,1	56,7	6.492	*	*	*
Suroeste	43.328	65,8	56,9	73,7	19.928	30,3	22,7	39,0	2.613	*	*	*
Urabá	31.883	49,4	41,4	57,4	30.527	47,3	39,4	55,3	2.148	*	*	*
Área de residencia												
Rural	139.508	55,5	46,4	64,3	100.447	40,0	31,3	49,2	11.415	*	*	*
Urbana	282.205	67,3	63,7	70,7	125.767	30,0	26,7	33,5	11.485	2,7	1,8	4,2
Estrato socioeconómico												
1	96.242	45,0	36,8	53,6	104.440	48,9	40,3	57,6	12.971	*	*	*
2	193.846	69,2	62,9	74,8	78.028	27,8	22,3	34,1	8.422	*	*	*
3	119.221	73,6	68,0	78,6	41.211	25,4	20,6	31,0	1.507	*	*	*
4	12.404	*	*	*	2.535	*	*	*	0	*	*	*
Sexo												
Hombre	197.933	71,0	65,4	76,0	75.188	27,0	22,0	32,6	5.687	*	*	*
Mujer	223.780	57,1	51,3	62,7	151.025	38,5	33,0	44,4	17.212	4,4	2,1	8,9
Edad												
60-64 años	130.711	61,8	54,3	68,7	75.797	35,8	28,9	43,4	5.124	*	*	*
65 años y más	291.002	63,4	58,1	68,3	150.417	32,8	28,0	37,9	17.776	3,9	1,9	7,7
65-69	102.073	73,3	67,6	78,3	32.195	23,1	18,5	28,5	4.990	*	*	*
70-79	147.872	61,5	52,5	69,8	83.457	34,7	26,8	43,6	9.088	*	*	*
80 y más	41.057	51,6	43,8	59,4	34.765	43,7	36,1	51,6	3.698	*	*	*
Nivel educativo												
Preescolar/Sin estudios	173.081	55,4	50,7	60,0	127.648	40,8	36,3	45,6	11.784	3,8	2,6	5,5
Primaria	177.957	64,3	55,6	72,2	87.522	31,6	24,1	40,3	11.115	*	*	*
Secundaria	38.172	84,6	74,9	91,0	6.966	*	*	*	0	*	*	*
Estudios superiores	32.504	91,7	81,3	96,5	2.960	*	*	*	0	*	*	*
Pertenece a algún programa social del Gobierno nacional, departamental o municipal												
No	326.616	68,3	63,9	72,4	139.537	29,2	25,1	33,6	11.762	2,5	1,6	3,8
Sí	93.649	49,1	39,6	58,7	85.898	45,0	35,7	54,7	11.138	*	*	*
Asistencia a programas de alimentación y nutrición												
No	418.771	63,1	58,8	67,2	222.983	33,6	29,6	37,8	22.001	3,3	1,8	5,9
Sí	2.943	*	*	*	3.230	*	*	*	898	*	*	*

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)

Tabla 67. Sarcopenia y fragilidad, según características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Característica	Sarcopenia								Fragilidad							
	Sí				No				Sí				No			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	
Antioquia (sin Medellín)	70.351	9,1	6,5	12,7	701.938	90,9	87,3	93,5	95.389	13,0	10,0	16,7	638.369	87,0	83,3	90,0
Subregión																
Valle de Aburrá (sin Medellín)	16.062	*	*	*	258.679	94,2	91,1	96,2	32.153	12,3	9,2	16,3	228.875	87,7	83,7	90,8
Bajo Cauca	4.778	*	*	*	39.820	89,3	78,9	94,9	3.034	*	*	*	40.454	93,0	82,6	97,4
Magdalena Medio	1.804	*	*	*	17.284	90,6	83,0	95,0	2.833	*	*	*	16.267	85,2	77,3	90,7
Nordeste	5.877	*	*	*	28.407	82,9	72,9	89,7	5.204	*	*	*	32.495	86,2	77,2	92,0
Norte	0	*	*	*	38.262	100,0	100,0	100,0	4.800	*	*	*	22.860	82,6	69,4	90,9
Occidente	6.172	*	*	*	38.613	86,2	78,0	91,7	6.196	*	*	*	38.367	86,1	79,2	91,0
Oriente	21.819	*	*	*	149.668	†87,3	69,4	95,4	27.057	*	*	*	137.113	†83,5	66,5	92,8
Suroeste	8.719	*	*	*	65.712	88,3	80,6	93,2	5.953	*	*	*	59.839	91,0	84,0	95,1
Urabá	5.122	*	*	*	65.492	92,7	88,1	95,7	8.158	11,6	7,8	17,0	62.099	88,4	83,0	92,2
Área																
Rural	34.355	11,0	5,8	20,0	278.289	89,0	80,0	94,2	37.185	12,5	6,9	21,6	260.103	87,5	78,4	93,1
Urbana	35.996	7,8	6,0	10,2	423.649	92,2	89,8	94,0	58.205	13,3	10,8	16,4	378.266	86,7	83,6	89,2
Estrato socioeconómico																
1	31.276	12,5	7,2	20,7	219.674	87,5	79,3	92,8	35.618	14,6	8,9	23,0	208.103	85,4	77,0	91,1
2	27.833	8,6	4,8	15,0	295.120	91,4	85,0	95,2	40.388	13,5	8,9	19,8	259.451	86,5	80,2	91,1
3	10.467	*	*	*	171.837	94,3	90,7	96,5	17.834	10,2	7,0	14,6	157.052	89,8	85,4	93,0
4	775	*	*	*	15.307	†95,2	72,6	99,3	1.549	*	*	*	13.762	*	*	*
Sexo																
Hombre	17.292	5,4	3,5	8,2	305.370	94,6	91,8	96,5	22.861	7,8	5,6	10,9	268.957	92,2	89,1	94,4
Mujer	53.058	11,8	7,7	17,7	396.568	88,2	82,3	92,3	72.528	16,4	11,9	22,2	369.412	83,6	77,8	88,1
Edad																
60-64 años	12.929	5,1	3,0	8,4	243.094	94,9	91,6	97,0	19.316	8,1	5,3	12,2	219.439	91,9	87,8	94,7
65 años y más	57.421	11,1	7,5	16,3	458.844	88,9	83,7	92,5	76.073	15,4	11,3	20,5	418.930	84,6	79,5	88,7
65-69	4.621	*	*	*	148.727	97,0	94,0	98,5	7.221	*	*	*	138.358	95,0	91,3	97,2
70-79	36.497	13,2	7,2	23,0	239.657	86,8	77,0	92,8	39.176	15,2	8,8	25,1	217.848	84,8	74,9	91,2
80 y más	16.304	18,8	13,5	25,6	70.461	81,2	74,4	86,5	29.676	32,1	23,7	41,9	62.724	67,9	58,1	76,3
Nivel educativo																
Preescolar / Sin estudios	38.733	11,0	8,5	14,2	312.622	89,0	85,8	91,5	53.130	15,5	12,5	19,1	288.897	84,5	80,9	87,5
Primaria	30.633	9,3	4,5	18,2	298.832	90,7	81,8	95,5	37.469	12,1	6,7	20,9	272.281	87,9	79,1	93,3
Secundaria	210	*	*	*	50.932	99,6	97,1	99,9	2.366	*	*	*	43.186	94,8	86,2	98,2
Estudios superiores	775	*	*	*	38.301	98,0	87,2	99,7	1.545	*	*	*	33.293	95,6	83,9	98,9
Pertenece a algún programa social del Gobierno nacional, departamental o municipal																
No	30.650	5,6	4,2	7,3	521.592	94,4	92,7	95,8	63.715	12,3	9,2	16,2	455.939	87,7	83,8	90,8
Sí	39.701	18,3	10,5	29,8	177.762	81,7	70,2	89,5	30.862	14,5	8,4	24,0	181.549	85,5	76,0	91,6
Asistencia a programas de alimentación y nutrición																
No	67.915	8,9	6,2	12,5	696.477	91,1	87,5	93,8	94.339	13,0	10,0	16,7	632.948	87,0	83,3	90,0
Sí	2.436	*	*	*	5.461	*	*	*	1.050	*	*	*	5.421	*	*	*

Nota: no se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).

Resultados con poca precisión, amplitud del intervalo >25% (†)





Capítulo 4

Resultados del componente de prácticas
y simbolismos alimentarios

4.1. Presentación

Hablar de prácticas y simbolismos alimentarios en el departamento de Antioquia, implica indagar por los múltiples aspectos relacionados con las dinámicas alimentarias en los hogares antioqueños, para identificarlo que se come en estos, los significados que las personas le atribuyen a los alimentos; las dinámicas sociales y económicas que inciden de diversas maneras en la producción y el abastecimiento de alimentos, así como las diferencias y semejanzas entre lo urbano y lo rural, y las transformaciones en la alimentación. Todo ello, reconociendo que el escenario departamental es diverso en territorios, culturas y etnias, y que las poblaciones comparten muchos elementos y prácticas alimentarias.

Este capítulo privilegia la mirada de actores municipales de diferentes edades (adolescentes, adultos y adultos mayores); así mismo, la de actores con diferentes roles sociales en el municipio: funcionarios públicos, usuarios de programas, estudiantes, profesionales, comerciantes, trabajadores informales, líderes comunitarios y agricultores, entre otros. Desde ellos se abordan aspectos de la alimentación en diferentes ámbitos: individual, familiar y municipal.

Los resultados de este componente se estructuran en tres categorías:

- a. Prácticas y dinámicas sociales relacionadas con la disponibilidad de alimentos, las cuales abordan aspectos de producción y abastecimiento de alimentos en los municipios.
- b. Prácticas de adquisición y consumo que conforman el apartado en el cual se describen aspectos sobre la obtención de alimentos a nivel familiar y las decisiones y prácticas relacionadas con el consumo de alimentos en el hogar y otros escenarios, describiendo la composición de las comidas más usuales. Además, se identifican las estrategias con las cuales se enfrentan situaciones críticas de escasez en los hogares.
- c. Simbolismos alimentarios en los que se describen los alimentos preferidos e indispensables para los participantes, así como los conceptos que ellos han construido sobre la alimentación saludable.

Al finalizar se establecen algunos elementos de discusión.

4.2. Prácticas y dinámicas sociales relacionadas con la disponibilidad de alimentos.

En esta categoría se presentan algunas dinámicas sociales, económicas y ambientales relacionadas con la producción, el abastecimiento y, por tanto, la disponibilidad de alimentos en los municipios; identificadas a partir de las voces de los sujetos participantes. Aunque

aquí no se pretende dar cuenta de la producción municipal en toda su complejidad, las entrevistas a funcionarios municipales y habitantes de las áreas rural y urbana, permitieron identificar algunos aspectos que, en última instancia, influyen en la seguridad alimentaria y nutricional de la población.

4.2.1. Disponibilidad de alimentos en los municipios

Se reconoce una disponibilidad de alimentos basada en la producción y el abastecimiento que, dependiendo del municipio, puede tener mayor o menor fuerza en alguna de las dinámicas que se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 8. Producción, disponibilidad y obtención de alimentos en los municipios de Antioquia

Dinámicas de producción/disponibilidad	Lugar de obtención o de venta	
Huertas de autoconsumo	De familias, comunidad e instituciones escolares.	
Producción de alimentos	Venta local	En la vereda
		En la área urbana
	Para exportar	A otros municipios
		A comercio exterior
Importación de alimentos	De Medellín (Central Mayorista y Plaza Minorista).	
	De otros municipios de la región u otras regiones.	

Estas dinámicas de disponibilidad de alimentos se dan de distintas maneras y en diversas vías. La producción tradicional se encuentra, en mayor o menor magnitud, en todos los municipios visitados, desde aquellos que producen buena parte de sus alimentos, hasta otros cuya producción solo se destina al autoconsumo de las familias o pequeñas ventas locales. Los alimentos más importantes y de mayor producción en la dinámica tradicional son: plátano, maíz, frijol, caña panelera, cacao, café, frutales (naranja, mango, tomate de

árbol, lulo, limón), papa, pimentón, cebolla, cilantro, tomate, entre otros. En cuanto a los productos pecuarios, se destacan las carnes de res, cerdo, pollo y gallina, así como huevos, leche y derivados lácteos.

“Producen caña, café, yuca; también en varias partes producen papa, tomate, zanahoria, tomate de árbol, de aliño, plátano, leche, gallinas” (Angostura, mujer adulta mayor, entrevista grupal 32).

“No falta en las familias rurales: maíz, fríjol, yuca, plátano, banano, algunas hortalizas como zanahoria, tomate, cebolla, cilantro, cebolla de huevo y algunos que han estado haciendo una novedad, porque aquí todo es muy tradicional, están sembrando y consumiendo acelgas, coliflor, brócoli” (Urrao, hombre, funcionario municipal, entrevista individual 78).

“El renglón más importante en la agricultura es el café; la administración viene apoyando estos proyectos productivos, pero también otros productos como granadilla, fresa, maracuyá, limón, plátano, aguacate, fríjol cargamanto, maíz tecnificado. Aquí se siembra fríjol arbolito, fríjol uribe rojo y liborino; es más pancoger y lo que les sobre, lo venden, pero acá localmente” (Santa Fe de Antioquia, hombre, funcionario municipal, entrevista individual 111).

4.2.1.1. Alimentos tradicionales de autoconsumo familiar

Las huertas y parte de otros cultivos a mayor escala son destinados para el consumo de las mismas familias campesinas, con el fin de que cuenten con sus propios alimentos; lo demás, se comercializa, generalmente, para el consumo en el mismo municipio.

“En mi casa hay maíz, tomate, cebolla, cebolla de rama, alverja, plátano, yuca” (Angostura, hombre adolescente, área rural, entrevista grupal 35).

“... la papa criolla y el fríjol pa' vender más que todo, y el maíz y el repollo sí, de vez en cuando se venden, pero el resto todo es pa' consumir” (Santa Fe de Antioquia, mujer, adolescente, área rural, entrevista grupal 113).

En municipios de frontera y con tradiciones alimentarias más cercanas a la costeña o chocoana como Turbo y Nechí, la producción tradicional que predomina es de alimentos como el plátano, yuca, arroz, además de carnes, lácteos y pescado.

“Tradicionalmente se ha trabajado aquí en la parte de economía campesina el arroz, el maíz y la yuca, ese es el cultivo bandera para la economía campesina (...), en las áreas rurales pues no falta la carne, la gallina o el huevo. Ahora estamos impulsando la piscicultura, usted va a las comunidades y siempre tienen su estanque” (Turbo, hombre, funcionario municipal, entrevista individual 152).

“Se cultiva maíz, yuca, plátano, arroz, cacao. Tenemos algunos animalitos... Por aquí sí pescan” (Nechí, mujer y hombre adultos mayores, área rural, entrevista grupal 148).

4.2.1.2. Producción de alimentos para la venta local y exportación

Parte de los alimentos producidos en los municipios, aportan a la disponibilidad local, dependiendo de la magnitud de la producción y las dinámicas de comercialización. Algunos tienen mayor capacidad de abastecerse y exportar alimentos a la subregión, e incluso algunos a Medellín, y otros, por diversas razones, dependen más de la importación.

“... es muy rico en café, granadilla, lulo, ¿qué más traen de allá? El frijol. Allá producen de todo, esa es como la despensa porque de allá traen toda la panela, ya lo que ellos producen para la misma vereda y para el pueblo, y de acá lo llevan hacia Medellín, a muchas partes, porque Urrao es despensa de comida” (Urrao, mujer adulta, área urbana, entrevista individual 85).

Alimentos como la leche se comercializan teniendo en cuenta la magnitud de la producción, de esta manera, cuando proviene de grandes fincas se vende a empresas, y cuando proviene de familias que tienen solo una o unas pocas vacas, se destina para el autoconsumo o para venderse cruda a nivel local. La carne se puede comercializar formalmente cuando se lleva a plantas de sacrificio, sea en el mismo municipio o en otros cercanos; o de manera clandestina cuando se sacrifica en lugares no autorizados.

“... la gente tiene su vaquita de leche para ordeñarla, su quesito, para tomar su leche. Acá en el pueblo sí hay lecherías, pero son de las fincas grandes... Acá se vende mucha leche cruda” (Santa Fe de Antioquia, funcionario municipal, entrevista 111).

“No tenemos matadero. Les toca llevarse los animales de aquí para sacrificarlos en otra parte (al municipio de Marinilla), o sea, que la carne la están vendiendo mucho más cara porque la llevan a otra parte y acá la traen, claro que muy bien con esos requisitos higiénicos” (Abejorral, funcionaria municipal, entrevista individual 17).

4.2.1.3. Huertas familiares, escolares y comunitarias

Las huertas constituyen una alternativa que les permite a las familias disponer de algunos alimentos para su consumo y, de esta manera, ahorrar en la compra. En todos los municipios visitados se identificaron proyectos de huertas familiares o escolares, con diferentes niveles de desarrollo, como parte de las estrategias para mejorar la seguridad alimentaria y promover el consumo de verduras. Las administraciones municipales lideran buena parte de estas iniciativas y además en algunos municipios, existen organizaciones sociales que acompañan proyectos en este mismo sentido.

“... se manejan las huertas escolares...Se está trabajando en eso. ¿Qué cultivan?, tomates, ajíes, legumbres como la cebolla de rama, col, pues cositas así, el cilantro (...) es un proyecto muy reciente, pero en la gran mayoría de las sedes se está implementando, muchos ya tienen huertas escolares (...) para la misma preparación de los alimentos de los restaurantes escolares” (Nechí, mujer, funcionaria municipal, entrevista individual 138).

“... tomate, pepino que es lo que hemos sembrado este año y pimentón, le hemos tenido que meter aromáticas para poder controlar las plagas. Hay una compostera donde se saca el abono (...) y con los papás se está tratando de recuperar ese terreno haciendo terrazas (...) se hace fortalecimiento ambiental para producir internamente y vender los excedentes; ellas hacen esos procesos, se trata que lo repliquen en sus casas” (Santa Fe de Antioquia, profesora Hogar Juvenil Campesino, entrevista grupal 113).

Algunos de estos proyectos son agroecológicos y promueven una producción limpia y un consumo más consciente, lo que expresan en expresiones como “comer sano” o “saber qué se está comiendo”. Algunos han avanzado en su proceso organizativo y han ganado espacio en mercados locales.

“Aquí más que todo se está produciendo aguacate, pero yo tengo mi huerta orgánica. Cultivo el cilantro, la cebolla, la zanahoria y la remolacha y, pues, tengo mucha cosita sembrada y casi todo es orgánico porque no le echamos nada de veneno y yo misma hago el riego (...) con ají, tomate y cebolla de huevo, depende la cantidad se hace el riego (...) También se pueden regar todas las hortalizas con ruda, usted hace la agüita de ruda y se la riega y el animalito que está por ahí se va” (Urrao, mujer adulta, área urbana, entrevista grupal 74).

“... como estamos sacando para el mercado campesino, estamos sembrando arveja, habichuelas, repollo, remolacha, zanahoria, legumbre y frutas de lo que más podemos sembrar cada una, y ya de ahí sacamos para la alimentación de nuestras familias. Ya en el mercado campesino que es cada 15 días, sacamos un poquito de ese producto de nuestras huertas (...) y eso ya es un orgullo muy grande para cada una de nuestras casas, para que varíemos la alimentación de la familia” (Angostura, mujer adulta mayor, área rural, entrevista grupal 36).

4.2.2. Situaciones que afectan la producción y el abastecimiento de alimentos

Se identificó diversidad en las dinámicas relacionadas con la producción y el abastecimiento de alimentos en los municipios, todos importan alimentos en mayor o menor grado, y algunos tienen una mayor capacidad de abastecerse de su propia producción. Al respecto, emergieron desde la mirada y rol social de los participantes, preocupaciones por la situación actual y futura de la producción y abastecimiento de alimentos en sus contextos.

Entre estas preocupaciones se identificó la dificultad para comercializar los alimentos locales, debido a las malas condiciones de la red vial, las ventas a intermediarios que no compensan los costos de producción y una baja capacidad de abastecer el mercado local.

“A pesar de que somos el 70% rural, todo llega de afuera, los alimentos empiezan a llegar el miércoles de la Minorista o Mayorista de Medellín. Cuando se hacen los estudios para surtir los restaurantes escolares, por ejemplo, el plátano, no fuimos capaces de garantizar que los productores dispusieran del producto todo el calendario escolar, porque no están preparados y no tienen la capacidad” (Abejorral, funcionaria municipal, entrevista individual 15).

“... se cultiva la yuca, el plátano y el frijol. Hay partes donde también cultivan el arroz, claro que ya muy poquito, porque ya cultivan es como para gastar por allá mismo, porque sacan acá al pueblo y casi no les compran, y tienen que darlo muy barato; entonces, no les justifica pagar un flete bien costoso; cultivan eso, pero para gasto propio. Acá (en el pueblo) ya se compra el arroz, la zanahoria, la lenteja, la habichuela; todo eso es traído de Medellín” (Remedios, mujer adulta mayor, área urbana, entrevista grupal 100).

Otro aspecto que preocupa, es la drástica reducción del área agrícola por procesos de urbanización que han cambiado el uso del suelo, caso especialmente importante en el área metropolitana del Valle de Aburrá.

“Las áreas rurales se han perdido en su totalidad, aquí no podríamos hablar de un municipio productor porque toda el área que es considerada rural, las cinco veredas, se han venido urbanizando. Incluso cuando se habla de que Sabaneta celebra las fiestas del plátano, eso genera controversia, ¿fiestas del plátano?, y no tenemos plátano. Si sales, lo que miras es urbanizaciones (...) todo lo que llega al municipio se provee de las grandes plazas de abastecimiento, entonces, el municipio no produce, la verdad no produce” (Sabaneta, mujer, funcionaria municipal, entrevista individual 5).

También se identificó el cambio de alimentos tradicionales para autoconsumo por producción extensiva con fines industriales y de exportación, como es el caso del aguacate, la granadilla, el maracuyá, el banano, las flores y la madera.

“... allá (en la vereda), ahora el que está con el aguacate ya no utiliza las tierras para el frijol, sino que ya las utilizan para el aguacate” (Abejorral, hombre adolescente, área rural, entrevista grupal 23).

“... es que Pantano Negro lo que tiene de agricultura es muy poca, porque la vereda está en reforestación de pino, entonces, la comida es comprada en lo que se produce en otras veredas” (Abejorral, mujer adulta mayor, área rural, entrevista grupal 24).

La minería es una de las actividades económicas que más han afectado la producción de alimentos. Por un lado, deteriora la tierra y, por el otro, cautiva a la población, en especial a los más jóvenes, alejándolos de la agricultura. Aunque esta actividad ha existido desde siglos atrás en algunas zonas de Antioquia, en años recientes, con su expansión y las políticas para su formalización, han impactado las condiciones de trabajo y, en general, las dinámicas sociales de los municipios del Bajo Cauca, Nordeste, Magdalena Medio, Urabá e, incluso, otras regiones.

“... anteriormente sí, había mucho colono y el colono tenía su parcela. Sacaba maíz, frijol, yuca y plátano. La gente, pues, sembraba, pero se ha ido desplazando; por ejemplo, aquellas tierras de por allá, las fueron comprando y la minería aquí lleva por ahí ciento cincuenta años, pero resurgió de nuevo en el 82 u 84 (...) que fueron comprando y, entonces, en una tierra de esas ya no se puede sembrar” (Puerto Berrío, mujer líder, área rural, entrevista 127).

La minería formal e informal ha desplazado el trabajo agrícola, entre otras razones, porque se presenta como una actividad económicamente más atractiva, que genera ingresos en menos tiempo.

“Una persona prefiere ir y coger su batea, irse detrás de unas máquinas, trabajar medio día (...) y sacar cuarenta mil, cincuenta mil pesos; entonces, ya han ido perdiendo esa vocación de coger un azadón, limpiar y sembrar” (Remedios, hombre, funcionario municipal, entrevista grupal 107).

Otro impacto de la minería, tiene que ver con las dinámicas sociales y económicas propias de bonanzas como la que hubo en Buriticá, que generó migración de trabajadores a Santa Fe de Antioquia.

“El año pasado y antepasado llegaron los mineros y, la verdad, destrozaron un poquito el pueblo, porque ellos son de altos recursos, entonces, la gente empezaba a subir los valores de las cosas, tanto de las casas como de las comidas. Yo digo que la población que se vio más beneficiada cuando llegaron los mineros fueron las discotecas, los billares y cosas así, porque ellos siempre salían a beber y, por ejemplo, desde que llegaron los mineros, fue que pusieron los semáforos porque ellos andan en motos grandes y con eso hicieron muchos estragos. Ya se fueron y quedaron muy poquitos, ya los costos han ido bajando, pero hubo un tiempo que la población se vio muy afectada” (Santa Fe de Antioquia, hombre adolescente, área rural, entrevista grupal 116).

Con los proyectos orientados a la formalización de la minería, muchas personas que trabajaban de manera independiente vieron restringida su actividad, o pasaron a emplearse en empresas mineras. Para algunos, el cambio fue favorable en términos de asegurar un empleo, pero para otros, todavía en la informalidad, ha significado más limitaciones para trabajar y, por ende, para obtener ingresos.

“... también trabajan (el oro), pero ahora con todo ese tema de la restricción de los mineros artesanales están muy quietos (las empresas mineras no generan mucho empleo), porque ellos llegan hasta Bijagual y trabajan de la margen derecha del río (...) hace unos años sí le generaba mucho empleo a la gente de acá, e impuestos al municipio” (Nechí, mujer, funcionaria municipal, entrevista individual 149).

Además del desplazamiento de tierras de uso agrícola para explotación minera, el uso del mercurio representa otro de los mayores impactos ambientales, porque contamina el agua, afectando la pesca y los ecosistemas de ríos como Nechí, Atrato, Cauca y Magdalena.

“La contaminación del río, pues sí, hay mucha, la minería ilegal, los derramamientos de crudo, eso es una problemática” (Puerto Berrío, hombre, pescador, entrevista grupal 136).

“... se consume muchísimo pescado, con riesgo, claro. Tenemos el mercurio a la mano, muy cerca” (Nechí, funcionaria municipal, entrevista 138).

“... toda esa tierra donde están las dragas (en el Atrato medio) el río trae la erosión hacia los caños (...) y se van secando las bahías. En cada bahía ese sedimento se va regando con la mareta (...) entonces ya el pescado no puede desovar” (Turbo, hombre, adulto mayor, líder, entrevista individual 161).

La pesca también se ve afectada por otras situaciones, una en particular para el Bajo Cauca, fue la drástica disminución de peces a raíz del proyecto Hidroituango, lo cual impactó, especialmente, a las poblaciones aguas abajo. También cabe mencionar prácticas como la pesca indiscriminada de alevinos, y peces que no han alcanzado su tamaño de comercialización, lo cual afecta la conservación de las especies.

“El pescado, que es una de las fuentes nutricionales antiguas, se comía mucho, ya ahora se come a veces, es muy escaso por la minería, lo mismo lo de Hidroituango, mucha cosa que también se ha perdido. Entonces, al perderse lo que era la principal fuente, también ha cambiado la forma de alimentarse” (Nechí, hombre adulto mayor, entrevista 141).

“... desafortunadamente, tenemos la cultura de que, si un pescado sale de un caño a refrescarse, hay que cogerlo (...) imagínese que hace unos 25 años me tocó ver a mí aquí, cuando esto era zona pesquera, llenar hasta cuatro o cinco canecas así, de puros huevos de pescado. ¿Entonces la cultura a qué fue llevando? No importa que tenga huevos, hay que cogerlo. ¿Qué pasa? El pescado que sale a buscar el agua fresca para desovar, ¿qué hacemos? Lo cogemos, entonces se acaba” (Puerto Berrío, hombre adulto, área urbana, entrevista individual 123).

También se identificó la expansión ganadera, como un factor que está afectando tanto a la agricultura como a la pesca, porque se ha extendido a áreas destinadas para la siembra, así como para bosques y humedales.

“Todos los humedales los ha cogido el terrateniente y los ha convertido en zonas de pastos, potreros, inclusive, ahora nos echan búfalos, que secan lo que sea” (Puerto Berrío, hombres pescadores, área urbana, entrevista grupal 136).

“... en estos momentos ya las reservas de bosque son mínimas, ya lo que hay de bosque, y no se está tumbando, lo están dejando como reserva, entonces, el área que quedó para producción agrícola es muy poca porque todo se abrió en pasto” (Remedios, hombre, funcionario municipal, entrevista grupal 107).

4.3. Prácticas de adquisición y consumo

La diversidad étnica y cultural del departamento, se expresa en la alimentación en las diferentes subregiones. Sin embargo, se dice que existe una comida tradicional paisa, que se identifica en todo el departamento, a la cual se integran otras comidas en aquellas zonas limítrofes con otros departamentos, y en donde han existido procesos de migración desde otras regiones y, por lo tanto, se han dado procesos de mestizaje alimentario, a lo cual se incorporan nuevas maneras de comer, otros ingredientes y preparaciones.

La comida tradicional paisa permanece en el gusto y el consumo de los hogares, así lo expresan diversos participantes de diferentes municipios, al referirse a la obtención y las preparaciones habituales en sus hogares. Estos hacen mención de alimentos, preparaciones

y bebidas como aguapanela, chocolate y jugos de frutas; cereales como arepa y arroz; plátanos en diferentes preparaciones; carnes de res, cerdo y pollo; sopas de pasta, plátano, guineo, verduras, fríjoles y sancochos.

4.3.1. Adquisición y compra de alimentos

La obtención de alimentos en las familias del departamento conserva características comunes, según sus condiciones de vida: pertenecer a áreas urbanas o rurales, el poder adquisitivo, sus condiciones de vida y la posibilidad de producir alimentos. En muchas de las áreas rurales, e incluso en algunos casos, en las urbanas, las familias producen parte de sus alimentos. Las huertas y pequeños cultivos o la cría de animales, permiten a algunas familias contar con alimentos para su consumo.

4.3.1.1. Lugares de compra

Los lugares de comercio de alimentos identificados en los municipios fueron variados, entre éstos se incluyen tiendas, legumbrerías, plazas de mercado, mini y supermercados, mercados de cadena y tiendas de descuento; los cuales están presentes en tipo y cantidad, dependiendo del desarrollo económico y el nivel de urbanización del municipio.

Cabe resaltar, que en algunos municipios no hay plazas de mercado o no se consolidan como lugares importantes de abastecimiento de alimentos, debido, entre otras razones, por estar ubicados lejos del parque principal, tener una oferta limitada o poco atractiva de productos y por ser lugares de negocio entre el productor y el intermediario.

“... en estos momentos no hay plaza, era en el parque educativo donde llegaban las escaleras y ahí llegaban los compradores. En estos momentos es en la feria, pero ya los que traen sus productos los llevan a los lugares, ya tiene unos destinatarios específicos (...) ya la plaza de mercado no se ve tanto, de hecho, queda muy retirada, entonces, como que motiva a la gente a que suba hasta allá” (Abejorral, mujer, funcionaria municipal, entrevista individual 15).

En algunos municipios, aquellos que tienen menor capacidad de autoabastecerse, compran los alimentos, principalmente, en súper y minimercados o tiendas, que se abastecen en especial de la Central Mayorista de Antioquia y solo compran algunos productos a los campesinos.

“... una placita pequeña, hay dos personas que venden legumbres y hay otras legumbrerías y supermercados. También se puede decir que hay de todo a la mano. Los que traen de las fincas, normalmente, son gente que distribuyen bulticos en las tiendas” (Remedios, hombre, área urbana, entrevista individual 94).

Un fenómeno que impacta las dinámicas de abastecimiento y que está transformando los

hábitos de compra de alimentos en los municipios de mayor actividad comercial o desarrollo económico, son las tiendas de descuento que, junto con las cadenas de supermercados que ya estaban allí ubicadas, se abastecen, principalmente, del área metropolitana, quienes compiten con establecimientos tradicionales y generan más residuos contaminantes.

“... tenemos al Éxito, Merquepaise, Mercados Sabaneta, que ofertan, de acuerdo a la demanda que tienen, entonces, no se diferencian de nada de un supermercado en otro de los municipios del área metropolitana” (Sabaneta, mujer, funcionaria municipal, entrevista individual 5).

“El hecho de que en Turbo tengamos la presencia de Éxito y D1, ha afectado de manera significativa el hecho de que la gente pierda el hábito por lo natural y consuma productos, digamos, más plásticos. Por ejemplo, ya no le compramos la papa al que llega del campo y la pone en la plaza, sino que preferimos, le decimos así, la plástica, esa prefabricada que viene en bolsa. Dejamos de comprar el pescado que es cogido del mar, del río, que gozamos de esa virtud de tener mar y río, por irnos a la tilapia que viene ya fría” (Turbo, funcionario municipal, entrevista individual 151).

4.3.1.2. Prácticas de compra

Se pueden identificar algunas prácticas en común relacionadas con las decisiones de compra, como quién aporta económicamente en el hogar, quién decide y qué criterios tiene en cuenta al comprar. Los anteriores son aspectos en los cuales no se identifican marcadas diferencias por municipios, sino que tienen que ver más bien con dinámicas familiares, roles establecidos y condiciones económicas.

Los recursos para la compra pueden venir de uno o más miembros del hogar, dependiendo de quiénes devenguen ingresos. Por ejemplo, en familias nucleares en las cuales la mujer trabaja en el hogar sin remuneración, el hombre (padre o esposo) aporta el dinero y alguno de los dos hace la compra; en familias donde ambos esposos trabajan, el gasto es compartido y en otros casos, el aporte económico proviene de los hijos.

“Nosotras antes vivíamos solas, entonces todo lo daba mi mamá, pero ya mi padrastro con el sueldo que le entra compra el mercado grande para el mes y ya mi mamá se encarga de rellenar los huequitos que quedan” (Remedios, mujer adolescente, área urbana, entrevista grupal 96).

“Yo vengo a mercar y mi esposo es el que va y la paga, porque los recursos para la casa los tenemos todos unidos. Me parece que entre todos aportamos, pero él es el que lleva para mercar” (Angostura, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 36).

En cuanto a lo que compran, en algunos hogares, especialmente aquellos que tienen un presupuesto reducido, tienen establecido lo que mercan, sin grandes variaciones. Quienes

tienen mayores recursos, pueden establecer cambios incluyendo alimentos nuevos en el mercado o comprar de acuerdo con los gustos de los miembros de la familia.

“Mi papá es uno de los que no necesita la boleta para ir a mercar. Él ya sabe qué es lo que hace falta, ya si uno le encarga cosas, él las trae” (Abejorral, hombre adolescente, área rural, entrevista grupal 21).

“... vamos mi esposa y yo, en la casa hacemos la lista, o cuando no la hacemos, la niña grande va con la otra menor, cualquiera de los dos(...) con lista, y ya ella más o menos de acuerdo a lo que llevamos siempre, de las marcas y todo eso que llevamos” (Urrao, hombre adulto, área urbana, entrevista individual 80).

Se identifican diferentes factores en la elección de los lugares de compra de alimentos, relacionados con la confianza, la posibilidad de fiar, la calidad de los productos, la tradición, además de la facilidad de comprar mandando el listado sin necesidad de ir hasta la cabecera.

“Yo mando a veces en el carro, yo le digo al ayudante o al conductor que si me lleva la boleta donde Mazamorro, y ahí es donde le llega el mercado a uno” (Abejorral, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 24).

Recientemente, han llegado a algunos municipios las tiendas de descuento que han transformado los hábitos de mercar de algunas familias, quienes, motivados por los precios bajos de los productos, ven en estos lugares una buena opción.

“... hay muchos productos en el D1 que son más favorables (...) ahora viene Justo&Bueno; mire que toda esa guerra comercial favorece porque uno compra donde más barato esté. Ahorra cincuenta pesos en una libra de arroz, en cincuenta libras ya estamos hablando de \$2.500 que te alcanza para un jabón. Entonces, esa guerra comercial hace que el hábito de consumo cambie, el D1 ha cambiado ese hábito de consumo” (Turbo, hombre, líder barrial, área urbana, entrevista individual 158).

“... sale mucho más favorable ir a Yarumal porque está el D1, y es muy favorable, para uno es economía” (Angostura, mujer, funcionaria municipal, entrevista individual 34).

En otros casos, la elección tiene que ver más que con los precios, con la confianza, lo cual posibilita obtener los alimentos fiados cuando se requiere.

“... porque es una tienda de abarrotes donde uno llega y encuentra todas las cosas y otro, porque es el mercado de confianza. Entonces uno a veces no lleva la plata: “¿me larga estas cositas hasta el sábado?” (Abejorral, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 24).

Los criterios de compra de alimentos no presentan grandes diferencias entre municipios o subregiones. La calidad, evidenciada en las características sensoriales del alimento, el precio y algunas marcas de preferencia en ciertos productos, son los más relevantes entre los participantes.

“Los criterios para elegir los alimentos son el costo y también el valor nutricional que tenga, porque no es lo mismo endulzar con azúcar que endulzar con panela. En algunos productos sí siente uno el cambio del gusto, del sabor en una marca y otra, por ejemplo, las carnes frías. Las hijas mías no se comen cualquier carne fría, si les llevo otra por favorable, se perdió la platica, no se la comen” (Santa Fe de Antioquia, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 118).

La fecha de vencimiento es el dato del rotulado de los productos alimenticios, que más tienen en cuenta los participantes para comprobar la calidad y la seguridad del producto. En cambio, la etiqueta nutricional casi nunca es revisada porque no se comprende, por el reducido tamaño de letra o porque no es determinante en la elección. No obstante, algunas personas de mayor nivel educativo tienen en cuenta aspectos de esta etiqueta, como la cantidad de calorías y vitaminas presentes.

“Lo ideal es mirar componente alimenticio que trae el producto, pero yo en lo único que me fijo es en la fecha de vencimiento y el precio, pero no más, ni siquiera en el valor calórico” (Angostura, hombre adulto, área urbana, entrevista individual 29).

“... yo me fijo en la fecha de vencimiento, en la cantidad y en lo nutricional que puede ser. Yo sí miro mucho sobre todo las calorías y todo eso, me fijo (...) en la etiqueta. Pues yo, en mi ignorancia, solo miro calorías y si tiene vitaminas. Si tiene muchas calorías y no tiene vitaminas, pues es descartado” (Sabaneta, mujer adulta, profesional, entrevista individual 67).

4.3.2. Prácticas de consumo de alimentos y comensalismo

La diversidad étnica y cultural del departamento, se expresa en la alimentación propia de las diferentes subregiones. Se identifica la existencia de una comida tradicional paisa, que se ve en todo el departamento, a la cual se integran otras comidas en aquellas áreas limítrofes con otros departamentos, y en donde se ha dado un proceso de mestizaje alimentario debido a dinámicas de migración.

La comida paisa permanece en el gusto y el consumo de las poblaciones, así lo expresan participantes de diferentes municipios, etnias y edades, quienes manifiestan que en sus hogares las preparaciones habituales incluyen aguapanela, chocolate y jugos de frutas; arepa, arroz, fríjoles, plátano en diferentes preparaciones; y carnes, sopas de pasta, de guineo o verduras y sancochos, como se presenta en la Figura 6.

“¿Qué es lo que más se consume acá en el municipio? Arroz, arroz y arroz (...) acá, como buen paisa, comemos arroz, fríjol y sancocho, pues lo que consume uno en la casa” (Abejorral, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 24).

“Lo normal son unos fríjoles y arroz con huevo. Si no es con huevo, con un pedazo de carne, chicharrón, salchichón o chorizo. Y sancocho, también muy tradicional” (Santa Fe de Antioquia, hombre, funcionario municipal, área urbana, entrevista individual 111).



Fuente: Construcción propia a partir del registro fotográfico de campo

Figura 6. Alimentos y preparaciones consumidos en Antioquia

En el caso de algunos municipios de subregiones fronterizas, la comida paisa no es la que predomina, sino una alimentación propia de las culturas que han poblado la subregión, como las comidas cordobesas, bolivarenses y chocoanas, que se expresan en alimentos y preparaciones como el plátano (en patacón o cocido), la yuca, el queso y el pescado, entre otros, como ocurre en Turbo y Nechí. El plátano, la yuca y el arroz son alimentos muy importantes en el consumo diario, y el pescado, aunque es muy valorado, no es de fácil acceso por el costo para algunas familias.

“En estas tierras, la comida que no lleva arroz no es comida. En primer lugar, porque es una cosa usual que aquí se consigue, lo acompaña uno de yuca, plátano o ñame, pero que no falte el arroz. Eso lo hace uno variado, lo hace blanco, lo hace con carne, de coco o de verduras; el asunto es que el arroz tiene que estar” (Nechí, hombre, trabajador informal, área urbana, entrevista individual 143).

“En cuestión alimenticia, consumimos muchos carbohidratos, porque uno no come sin el arroz, la yuca, el plátano o el sancocho. En las áreas rurales no falta la carne, la gallina o el huevo, ahora estamos impulsando la piscicultura (...), la gente consume mucho pescado, pero también hay gente que come carne toda la semana, el campesino lleva más carne que pescado, yo he visto que llevan el hueso y la carne de las carnicerías; el pescadito también lo venden por ahí en la calle y llevan un poquito, ¿por qué? El pescado es más costoso que la carne” (Turbo, funcionario municipal, entrevista individual 151).

En municipios como Remedios y Puerto Berrío, en donde se presentan situaciones de migración, aunque se observan prácticas de otras zonas del país, que incluyen alimentos como pescado, patacón y yuca, la dieta sigue siendo, principalmente, paisa.

“... aquí sancochito, pues a la gente no le falta, de hecho, a veces se hace trifásico. Personalmente, en mi casa la sopa no falta, todos los días tomamos sopas, con el arroz, los frijoles, los garbanzos y las lentejas” (Remedios, mujer adulta mayor, área urbana, entrevista 110).

En los hogares se conservan muchos elementos tradicionales en la alimentación, y se integran nuevas prácticas alimentarias, como dedicar menos tiempo a la cocina, el consumo de alimentos más procesados y de comidas más ligeras en horas de la noche. Esto suele ser más común en las áreas urbanas.

“... tratan de mantener lo básico, pero también se han ajustado a eso. Entonces, es muy normal que vayas a una casa y el jugo ya no está, te ofrecen una gaseosa o esa instantánea. Encontramos que, incluso, un algo puede ser un procesado o un palito de queso” (Sabaneta, funcionaria municipal, área urbana, entrevista individual 5).

En el momento del consumo de alimentos en el hogar, se presentan diversas dinámicas, entre éstas, que en los hogares donde hay estudiantes o trabajadores, sea difícil que la familia se reúna a comer, de modo que solo comparten la comida de la noche o la de los fines de semana. En otros casos, aunque la familia está presente, algunos miembros optan por realizar otro tipo de actividades mientras comen. Aspectos como la cercanía del

lugar del trabajo o estudio, las posibilidades de cocinar en casa, o los horarios y la dinámica establecida por la familia, determinan la posibilidad de comer juntos.

“Acá en la administración municipal, a las doce del día, todos los servidores públicos están saliendo a almorzar a sus casas, todo el mundo sale y se va a la casa. No está la costumbre de traer el almuerzo, traer la coquita, muy pocos realmente lo hacen” (Sabaneta, mujer, funcionaria municipal, entrevista individual 7).

“En mi casa desde que estemos todos, se come siempre en la cocina, y si no hay alguno, pues comen los que hayan. Ya uno llega después y le sirven” (Angostura, hombre adolescente, área rural, entrevista grupal 35).

“... en mi casa tampoco hay comedor y solo hay un televisor en la pieza de mi mamá y mi padrastro. A mí no me gusta el televisor, entonces, yo generalmente como en mi pieza, leyendo (...) extrañamente, siempre que comemos juntos es cuando pedimos comidas rápidas. Sí, por ejemplo, pedimos pizza, o mi padrastro trae hamburguesas o vamos a comer, ahí sí comemos todos juntos en la pieza de mi mamá” (Remedios, mujer adolescente, área urbana, entrevista grupal 96).

4.3.3. Composición de los platos en los diferentes momentos de comida.

En los municipios de Antioquia se consumen los alimentos, en términos generales, aunque con algunas diferencias entre regiones, en siete momentos: tres comidas principales (desayuno, almuerzo y comida), y cuatro “entrecomidas” (tragos, media-mañana, algo y merienda). Las comidas principales son estructuradas y permanecen en el consumo familiar, mientras las “entrecomidas” son platos más pequeños o solo bebidas que no siempre se consumen por todos los miembros del hogar. La estructura usual de estas comidas se presenta en el Cuadro 9.

La base de la alimentación en las comidas principales son el arroz y la arepa, como componentes básicos, acompañados de algún alimento proteico como carne, huevo, pollo o embutidos, además de frijoles o lentejas, plátanos y bebidas como el café y el agua de panela o aguapanela.

“No falta el arroz en las tres comidas, porque si uno no come arroz es como si no comiera” (Nechí, adulto hombre, entrevista grupal 145).

El desayuno, por lo general, se basa en el consumo de arepa con arroz, huevo y una bebida caliente, como chocolate o café con leche o agua de panela. El consumo de leche depende, en gran medida, del acceso que tenga la población a este alimento, al igual que el consumo de carne, pollo, cerdo o pescado. Se destaca la presencia del consumo del huevo en la alimentación de los hogares.

Cuadro 9. Composición del consumo usual de alimentos en Antioquia

Momento de comida	Preparaciones más habituales en el consumo
Tragos	Chocolate o café negro
Desayuno	Arroz con huevo y arepa Bebida: chocolate, aguapanela o café
Media-mañana	Fruta o... Empanada, buñuelo o galletas Bebida caliente: café, chocolate o aguapanela. Bebida fría: jugo, limonada, gaseosa o yogurt.
Almuerzo	Sopa: de lentejas o fríjoles Seco: arroz, carne, plátano y ensalada Bebida: jugo natural de mora o tomate de árbol
Algo	Galletas Bebida caliente: café, chocolate o aguapanela Bebida fría: limonada o yogurt.
Comida o cena	Sopa: fríjoles Seco: arroz o arepa con carne Bebida: jugo natural de mango o mora
Merienda	Producto de panadería (galletas o pan) Bebida caliente: aguapanela, chocolate o café Bebida fría: jugo de fruta o leche

“... arroz con huevo, arepa, quesito, chocolate” (Abejorral, adolescente hombre, entrevista grupal 23).

“Me levanto y desayuno arepita con huevo y algo para tomar, que es milito o cualquier cosa” (Puerto Berrío, adolescente hombre, entrevista grupal 125).

El almuerzo es consumido, usualmente, entre las 12:00 m. y las 2:00 p.m. Tiene tres componentes; sopa, seco y bebida. Las sopas de fríjoles, lentejas, pasta, pollo o carne, verduras o sancocho son las más consumidas. La composición usual del seco es arroz, carne y plátano, ya sea en tajadas, frito o cocido, y la ensalada, esta última está presente en todos los municipios del departamento y, por lo general, es de lechuga o repollo con zanahoria, tomate, cebolla y limón. La bebida más consumida es el jugo natural de frutas de temporada o de cosecha, como el de mango, mora, tomate de árbol o maracuyá, que son los de mayor consumo tanto en el almuerzo como en la comida o cena.

“... se les da el almuerzo, la sopa, el arrocito, una tajadita. Hay veces que hay ensalada, y los primeros días se les da el pedacito de salchichón o algo así frito. Ellos toman sopita, yo hago de pastas, de lentejas, de alverjas; hago cremitas de ahuyama, o calditos como sancochito con yuca, y ya los fríjoles, les voy variando” (Urrao, adulto mujer, entrevista individual 87).

En los hogares se acostumbra a que la comida sea la misma preparación que la del almuerzo, pero en menor cantidad. En el almuerzo y la comida, la sopa es muy importante, siendo las de frijol y lentejas las más utilizadas. Una práctica que permanece en algunos hogares es la de consumir frijoles en la noche acompañados de arroz o arepa con carne, mientras que, en otros, por factores relacionados con la salud o el tiempo para cocinar, la comida se ha convertido en un plato más ligero.

“... a las siete u ocho de la noche, frijoles casi siempre. Frijoles y una tazada de leche con bocadillo o panela, así normal” (Angostura, adolescente hombre, área rural, entrevista grupal 35).

“... por eso le digo, pues por ejemplo en mi casa, los frijoles no faltan todos los días, sobre todo a la hora de la comida, que comemos con huevito, a veces con la carnita, se va como intercalando el arroz, el frijol, el huevo, la arepa y el jugo de fruta pura, pues de fruta natural” (Santa Fe de Antioquia, mujer, funcionaria municipal, entrevista grupal 118).

“Anteriormente, sobre todo para uno que está mayor, la comida siempre eran unos frijoles, su carne o su chicharrón y todo eso la gente ha cambiado mucho, sobre todo en la noche que ve uno que la gente se come algo más liviano, de pronto una arepita, con una carne o un huevo; un sánduche, algo más liviano” (Urrao, mujer, funcionaria municipal, entrevista individual 73).

Esta última tendencia, más práctica y ligera, se asemeja a la composición de un desayuno, en el cual la arepa ocupa un lugar central, acompañada con quesito o huevo, y una bebida fría o caliente.

“... arepa con huevo, arepa con quesito o arroz” (Sabaneta, adulto mujer, entrevista grupal 1).

“... una comida como más suave, por ejemplo, un huevito con arroz y el jugo, o si no, galletas con chocolate” (Nechí, adolescente mujer, entrevista grupal 139).

Respecto a las “entrecomidas”, o los tragos (práctica alimentaria tradicional de la cultura paisa que consiste en el consumo de una bebida, principalmente caliente, como café o chocolate, inmediatamente después del despertar). Quienes consumen la media-mañana, acostumbran alguna fruta como mandarina, el banano, la naranja o la manzana; o un producto frito tradicional con una bebida como café con buñuelo, empanada o pastel.

Con respecto al algo, es más habitual entre los niños, quienes consumen, por lo general, coladas, galletas con café o chocolate.

“... ellos dos toman algoito (...) el pequeño lo tengo con un juguito y dos galletas, casi siempre a las 4:30 p.m. Kevin casi siempre saca una tazada de aguapanela y le miga dos o tres galleticas saltinas” (Urrao, mujer adulta, área rural, entrevista individual 87).

La merienda es el momento de alimentación del día que está más en desuso, al parecer, por influencia de los discursos de los profesionales de salud. Las personas que la consumen

son, en su mayoría, del área urbana y lo hacen por tradición o porque se acuestan tarde. Es habitual que el consumo a esta hora sea solo de una bebida caliente, como agua de panela o café y, ocasionalmente, acompañada de galletas.

“Consumimos merienda cuando vemos televisión, pero como la niña ha estado tan dura para levantarse, nos hemos estado acostado temprano, pero los viernes, que nos quedamos viendo, casi siempre nos tomamos un chocolate con parva, sea galleta o sea pan” (Remedios, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 97).

“Después de la comida ya no comemos más nada, un vaso de agua o un vasito de leche” (Santa Fe de Antioquia, mujer adulta mayor, entrevista grupal 114).

“... si me da hambre me como un pancito, pero ya no más” (Turbo, hombre, adulto mayor, entrevista grupal 161).

No obstante, en algunas subregiones se identificaron variaciones de alimentos y preparaciones en los momentos de consumo, especialmente, en los municipios ribereños como se presenta en el Cuadro 10.

Cuadro 10. Variaciones en los momentos de comida en los municipios visitados

Momento de comida	Variaciones
Tragos	<ul style="list-style-type: none"> En algunos hogares acompañan la bebida de un cereal (galletas).
Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> Se sustituye el huevo por carne o embutidos En Turbo es usual que la bebida del desayuno sea jugo natural. Consumo del tradicional calenta'ó (se evidenció, principalmente, en Abejorral, Angostura, Puerto Berrío y Remedios). Consumo de productos típicos costeños, como la frita de arroz, carimañola y arepa de huevo (principalmente, en Nechí y Turbo). Consumo de pescado (en Nechí) Consumo de sánduche (en Sabaneta) Consumo de plátano en diferentes presentaciones (en Puerto Berrío, Nechí y Turbo). Para algunos estudiantes, la media-mañana que reciben en la escuela, corresponde al desayuno.
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> El consumo de pescado a la hora del almuerzo (en Turbo)
Algo	<ul style="list-style-type: none"> En municipios de clima cálido y ribereños, se acostumbra el consumo de bebidas frías como limonada, gaseosa, leche, bebidas achocolatadas y agua. Consumo de frutas (en Nechí, Remedios y Angostura) Consumo de mecato en los escolares
Comida	<ul style="list-style-type: none"> Consumo de papas fritas (en Urrao, Santa Fe de Antioquia y Abejorral). Consumo de gaseosa y refrescos instantáneos (en Santa Fe de Antioquia, Puerto Berrío y Nechí).
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> Consumo de frutas o jugo natural (en Nechí) Consumo de gaseosa (en Puerto Berrío)

4.3.4. Prácticas alimentarias en la escasez

Las dinámicas sociales en los municipios del departamento están marcadas por situaciones de inequidad, pobreza, escasez permanente y hambre; las familias que las padecen perciben que, si tienen algo para comer, así sea mínimo, su situación no es tan crítica.

“¡Eh ave María!, le llegan a uno momentos muy difíciles, en esos momentos pues mi Dios es tan bueno, que no le falta a uno con el pan de cada día, pero a duras penas. Toca dejar de comprar cosas; por decir algo, cuando a uno le toca pagar servicios, por ejemplo, cuando a mí me llega para pagar servicios de agua y luz, me toca decir: hoy no puedo traer esto, porque tengo que pagar agua y tengo que pagar luz. Entonces, sí me toca aguantar un poquito. Y toca dejar de comprar en esos casos muchas cosas como carne, arroz, todas esas cosas, porque si no tengo para pagar los servicios me los van a mochar” (Angostura, mujer adulta mayor, área rural, entrevista grupal 38).

También hay situaciones coyunturales, generadas por factores económicos y sociales, que impactan de diversas maneras a las poblaciones, en particular, se dificulta el acceso a los alimentos. Entre estas, se destacan las relacionadas con el desplazamiento forzado, los paros armados y restricciones al comercio de alimentos. Algunos municipios, especialmente los que importan la mayor parte de sus alimentos, vivieron situaciones de baja disponibilidad y acceso.

“la única vez que hemos estado así, con escasa disponibilidad y alto costo de los alimentos, es cuando hacen los paros mineros, porque todo se consigue al triple. Una canasta de huevos a treinta mil pesos, un par de panelas a cinco mil o a siete mil pesos. Cuando dicen que el paro empieza, yo traigo un mercado pa’ dos meses, en el último paro no pasé trabajo, pero sí me tocó darle de mi mercado a gente que no tenía, a las empleadas, al uno, al otro, para que no pasaran tantas necesidades” (Remedios, hombre adulto profesional, área urbana, entrevista individual 94).

“... en el paro yo me acuerdo, mi mamá y yo vivíamos juntas, solas, nos teníamos que alimentar, entonces mi mamita nos daba o se iban por allá por esas tiendas por allá lejos, yo me acuerdo que nos íbamos a caminar, a conseguir por allá comida” (Remedios, mujer adolescente, área urbana, entrevista grupal 96).

Las familias que cuentan con más recursos económicos, así como las que producen sus alimentos, pueden abastecerse en estas situaciones, mientras que las familias pobres y que no producen alimentos, tienen mayores dificultades para acceder a estos.

“Por acá hubo no hace ni mucho tiempo un paro camionero, duró quince días, y ya se estaban escaseando los alimentos. Entonces, de lo poco que uno tenía en la casa, porque a veces le quedaba a uno reservita de esta semana, tratar de que le rindiera más, y acogerse de lo que tenía sembrado, pero digo yo, ¿los que no tenían sembrado qué hacían? Si ese paro dura más tiempo la gente se pone a aguantar hambre. Porque yo tengo un palito de yuca, voy y lo arranco, con eso me hago una sopa, me hago migo de yuca, tengo el maicito sembrado, tengo el platanito, uno tiene mucho de qué pegarse mientras que el que esté en el pueblo, ¿de qué se va a pegar? ¿Si se acaba todo lo que hay y el mercado que había? Y

sí, tuvimos un paro camionero bastante fuerte, y fueron solamente quince días. A nosotros nos ayudó fue tener los productos en la casa” (Angostura, mujer adulta mayor, área rural, entrevista grupal 38).

Lo anterior se reafirma con algunas mujeres adultas mayores, para quienes producir alimentos tradicionales es muy importante, y para ello es necesario disponer de fertilizantes.

“Si uno tiene abono puede sembrar mucha cosa, pero si no tiene, las maticas nacen y se mueren. Con abono en mi casa da de todo: maíz, frijol, yuca o plátano. Uno cría animales, pero todo está muy caro, el cuidado y el abono; comida sí da, pero no hay cómo” (Abejorral, mujer adulta mayor, área rural, entrevista grupal 25).

Además de la producción, los cambios en los precios de los alimentos básicos, por diferentes situaciones, constituyen otro factor que dificulta, en gran medida, el acceso a los alimentos de las familias más pobres, lo cual les trae como consecuencia, situaciones de hambre.

“... el banano verde es barato, pero también está caro por esa ausencia del plátano (...) con cien pesos compraba tres bananos, ahora hay lugares en donde a uno le piden cien pesos por un banano” (Turbo, hombre adulto, área urbana, entrevista individual 154).

4.3.4.1. Estrategias instauradas para acceder a los alimentos

Cuando en los hogares se presentan situaciones que hacen que se dificulte la adquisición de los alimentos, las familias se acoplan para enfrentarlas y preservar su alimentación, mediante diversas estrategias para acceder a los alimentos y para hacer ajustes en las preparaciones y, de esta manera, protegerse del hambre.

Una estrategia identificada entre los participantes, y que ha estado siempre presente en la humanidad en estas situaciones, es la ayuda mutua y la solidaridad de la familia y los vecinos, que ayudan a enfrentar, con más confianza y menos sufrimiento, las consecuencias de los momentos críticos.

“Por acá es muy difícil quedarse sin comer, porque otro vecino tiene yuca, el otro tiene plátano (...) bueno, entonces se hace una sopa, puede ser de yuca (...), o va donde el vecino y presta: dame una libra de arroz, que no tengo arroz para hoy, entonces, uno no se queda varado. En ese sentido por acá sí es muy bueno” (Urrao, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 88).

Así mismo, para acceder a los alimentos cuando se presentan situaciones difíciles en los hogares como el desempleo, se recurre al trabajo informal, como el “mototaxismo” y el jornaleo.

“... en estos momentos estamos en un poquito de crisis, porque esta empresa de la Ruta del Sol de la autopista Puerto Berrío - Medellín está parada. Aquí la gente, cuando el hombre

se queda sin trabajo, coge una moto y comienza a hacer mototaxi, porque la comida la dan esas motos” (Puerto Berrío, hombre adulto, área urbana, entrevista individual 133).

Además, cuando disponen de ingresos bajos e inestables, recurren a programas y subsidios alimentarios para acceder a los alimentos.

“El municipio nos da un aporte que es algo muy importante, como un bono nutricional, porque en realidad con lo que uno gana no alcanza a cubrir arriendo, salud y muchas cosas que uno necesita, porque uno muchas veces se queda varado, entonces, uno si paga el arriendo no tiene con qué pagar lo de la casa; si compra la carne no tiene con qué comprar la leche; esto para mí es una bendición” (Sabaneta, mujer adulta, área urbana, entrevista grupal 13).

Así mismo, cuando se presenta una baja producción de alimentos en las veredas y hay pocas opciones de generar ingresos debido a la edad, también pueden recurrir a programas estatales para acceder a los alimentos.

“La verdad sí tenemos la vereda muy pobre (...) si uno tuviera la forma, la comida salía por costalados; cuando uno tiene abono, el frijol da por cantidad, pero ese abono está muy caro; muchas veces nos toca llevar del arrume porque ya la comida no alcanza, y pues al viejo mío ya no le dan trabajo, nosotros vivimos con la platica que nos dan cada dos meses (en el programa de adultos mayores)” (Abejorral, mujer adulta mayor, área rural, entrevista grupal 25).

Adicionalmente, en los hogares se realizan ajustes para enfrentar la escasez de alimentos, uno de estos es dejar de comprar algunos.

“... disminuimos otros (alimentos) que no sean tan importantes, por ejemplo, el mecato, que a veces se lleva mucho, la gaseosa, y no compramos hay veces carne, consumimos huevo” (Santa Fe de Antioquia, mujer adulta, área urbana, entrevista individual 115).

También reemplazan productos o reducen el volumen o cantidad de alimentos que se compran en los hogares.

“... ahora que uno trabaja en esta finca, las situaciones difíciles nunca llegan, porque uno está trabajando y le pagan fijo. Pero, cuando la situación está difícil, después que uno no esté trabajando, ¿qué hacíamos nosotros? Recortábamos todo. Un ejemplo, si compraba cinco libras de azúcar, ya compraba tres, porque no alcanzaba; si eran cuarenta libras de arroz que comprábamos pa’ la semana, ya comprábamos veinte(...), ya ahí sí cambia la alimentación, cuando uno tiene la situación bastante mal. Si hacía sopa de hueso, ya no la hago, porque ya no alcanza, entonces se hace sopa de espagueti, se hace sopa de verduritas, ya se hace cualquier otra cosa(...) La carne más bien no va” (Nechí, mujer adulta, área rural, entrevista individual 146).

Además, para conservar la alimentación diaria acorde a sus gustos, implementan estrategias como cambiar preparaciones a las que están acostumbrados, disminuir los ingredientes de las preparaciones o reducir la variedad en el consumo diario.

“... y pues si le toca a uno todos los días huevos o todos los días arroz con un pedazo de algo, o sea, con tal de no morir de hambre, cierto, le toca apretarse” (Remedios, mujer adolescente, área urbana, entrevista grupal 96).

4.3.5. El comer fuera de casa

La práctica de comer por fuera presenta diferentes tendencias, dependiendo de la edad, el área en que se vive, la oferta de alimentos y los recursos económicos.

En áreas rurales, la práctica de salir a comer por fuera del hogar en familia es poco frecuente, y no hace parte de sus costumbres, además, la escasez de recursos económicos no lo permite en algunos casos.

“Yo casi no salgo de acá. Cuando voy a Berrío, a veces me voy con el desayuno. La vuelta es corta, vuelvo a almorzar aquí o nos tomamos por ahí un caldito de pescado, una empanada o un pastel con un café y ya” (Puerto Berrío, mujer adulta mayor, área rural, entrevista grupal 127).

Entre los jóvenes del área rural, esta práctica es muy ocasional, cuando salen a comer lo hacen para compartir con sus amigos y, en ocasiones, con las familias.

“Yo cuando voy a Abejorral, pues, me gusta mucho una parte donde preparan unos milos, el chocolisto sí lo hacen con leche” (Abejorral, hombre adolescente, área rural, entrevista grupal 21).

En las cabeceras municipales, esta práctica es más frecuente, sobre todo entre los adolescentes, cuando comparten con sus pares, no obstante, en estos escenarios la oferta no es muy amplia, y predominan alimentos más tradicionales. Cuando se sale en familia se comparte el almuerzo o el algo, prefiriendo preparaciones tradicionales y en ocasiones, comidas rápidas.

“... papitas con pollito, porque allá en el paso a nivel, antes de la bomba, venden pollito, deditos y alitas, entonces, pedimos una cosa que vale como siete mil pesos, que trae como seis presitas y pedimos dos porciones de papitas más, le echamos salsita de tomate y ahí comemos. Eso es cada año por la cuaresma, muy contaditas las veces” (Puerto Berrío, hombre, área urbana, entrevista individual 123).

“Aquí no puede faltar el pastel y el bofe. Una señora que quiera ser exitosa tiene que hacer un muy buen pastel, un buen bofe. El bofe es frito (...) es una cosa maravillosa, que en las tardes en Turbo le llaman el “bertildazo”, todo el mundo va a Juan Veintitrés donde Bertilda a comer la rellena, morcilla, todo eso, chorizo. Las tardes son de doña Bertilda, en las noches sí buscan otros puntos” (Turbo, hombre, funcionario municipal, entrevista individual 151).

“... me gustan más las comidas rápidas, como las hamburguesas, que las compro en la calle los fines de semana” (Abejorral, hombre adolescente, área urbana, entrevista grupal 28).

En municipios más urbanizados, como es el caso de Sabaneta, se encuentra una oferta muy amplia de comidas tanto tradicionales como rápidas, las cuales son compartidas por grupos de adolescentes y familias. Se identifica que los adultos tienden a elegir una oferta más tradicional y los jóvenes, más contemporánea.

“Yo veo aquí mucha comida rápida. En todo lado ve uno negocios de comida rápida: hamburguesas, papitas, perros, empanadas, ve uno por todo lado (...) diferente a lo de la casa de uno (Sabaneta, mujer adulta, área urbana, entrevista grupal 1).

Además, el consumo de comida por fuera de casa responde a una tendencia urbana, de reducir el tiempo dedicado a cocinar en el hogar.

“... la mayoría de las veces mi mamá ya no quiere cocinar, entonces salimos, compramos comida y nos la comemos en la casa” (Sabaneta, hombre adolescente, área urbana, entrevista grupal 4).

Los adultos mayores son quienes menos salen a comer fuera del hogar. En algunas familias, esta práctica solo se realiza para celebraciones.

“... Ah, cuando nos llevan a pasear (...) sí, cuando de pronto, de pronto, una ensalada de frutas porque es que muy de vez en cuando” (Remedios, mujeres adultas mayores, área urbana, entrevista grupal 100).

Cabe resaltar que cuando las personas salen a consumir alimentos por fuera de la casa, generalmente, los acompañan con bebidas gaseosas. Esta tendencia se identifica, principalmente, en el área metropolitana y, aunque en las cabeceras municipales también se identifica, no es tan generalizado porque consumen también otras bebidas como guarapo, jugos naturales, horchata, entre otras.

4.3.6. Prácticas alimentarias en instituciones educativas

La oferta alimentaria en instituciones educativas se basa, principalmente, en el restaurante escolar, las tiendas y las loncheras.

El restaurante escolar, en la mayoría de las instituciones educativas de los municipios visitados, es una oferta casera, saludable, tradicional y preparada en la misma institución. Se identificó en algunas instituciones, que, por diferentes motivos, principalmente de infraestructura, el refrigerio no se prepara allí mismo, sino que se brindan preparaciones procesadas como bebidas lácteas, galletas o croissant y una fruta. Tanto para los estudiantes como para los docentes, la alimentación casera y recién preparada representa una oferta saludable, nutritiva y saciadora, vista como la mejor opción para el consumo de los escolares.

—¿De qué manera les ha contribuido el restaurante escolar?

“Pues mucho porque a mí me da mucha hambre, y más que todo, desayunar a las 6:00 a.m., entonces a las 9:00 a.m. una ya tiene hambre, entonces, pues a mí me sirve de mucho porque uno se ve con hambre, va al MANÁ y ya (...) Me gusta porque algunas personas de acá del colegio no tienen la posibilidad de ir a la tienda escolar, porque la familia no les da la plata para desayunar ahí o alguna cosa, entonces se presta mucho para eso (...) Eso nos ha contribuido mucho porque pensar cansa, y da mucha hambre, otra cosa es que dan cosas muy buenas. ¿Cómo va a cambiar de pronto una fruta o algo por un mecato?” (Abejorral, adolescentes, grupo mixto, área urbana, entrevista grupal 28).

En todas las instituciones educativas, la oferta en las tiendas escolares es de alimentos empaquetados, dulces y bebidas azucaradas, aunque también disponen de bebidas lácteas, preparaciones tradicionales como empanadas y buñuelos. Son escasas las tiendas que ofrecen frutas y jugos de fruta.

“A pesar de que hay una gran oferta de empaquetados, la preferencia de los escolares es por las preparaciones tradicionales como la empanada ¿Qué es lo que más les gusta? Las empanadas, ahhhh son un éxito” (Angostura, observación institución educativa rural 53).

“En las instituciones educativas algunos escolares llevan de sus casas loncheras compuestas de alimentos tradicionales, como arroz, papa, huevo, chocolate y ensalada con carne” (Angostura, observación institución educativa rural 53).

4.4. Simbolismos alimentarios

Los aspectos simbólicos de la alimentación que aquí se presentan, desde las voces de los sujetos participantes, permiten reconocer algunos elementos sobre lo que ellos piensan acerca de los alimentos que consumen, a lo cual le atribuyen significados, los cuales, en la mayoría de las veces, orientan las elecciones y preferencias. Los hallazgos más relevantes en cuanto a simbolismos alimentarios se han agrupado en dos subcategorías; la primera, referida a los alimentos más valorados por considerarse indispensables o por ser los que más gustan, sean o no de fácil acceso para las familias; en segundo lugar, los simbolismos alrededor de lo saludable y lo dañino en la alimentación, lo cual permite identificar diferentes discursos que se integran a las experiencias propias y conocimientos cotidianos.

4.4.1. Los alimentos indispensables

Al preguntar a los participantes por los alimentos que no pueden faltar en sus hogares y son priorizados en las compras, son el arroz, la panela, las arepas, los frijoles y el plátano; también se incluyen el huevo, la carne y la pasta. Algunos participantes también mencionan ingredientes básicos para las preparaciones diarias como la sal y el aceite, ciertas frutas y algunas verduras para preparar aliños.

“... los frijoles, la mazamorra, la arepa (también diaria), el agua de panela, yo diría que casi en todas las familias, mínimo una, máximo tres, cuatro veces al día se consume el aguapanela. La panela es un alimento que se consume mucho, en parte porque acá se produce, por otra parte, porque es muy tradicional, entonces se usa para hacer refrescos, preparar postres, preparar el café” (Angostura, hombre adulto, área urbana, entrevista individual 69).

“... los frijoles allá no pueden faltar en el campo y el sancocho, el día lunes y el día martes el sancocho, y los frijoles por la tarde diario; y ya si seguimos con la comida, yo digo que es el arroz y la pasta” (Urrao, hombre adulto, productor, área rural, entrevista individual 81).

“En mi casa lo que no puede faltar es el aceite, la panela y la arepa, que uno la hace en la casa, de todo tipo (...), y las sopas no pueden faltar” (Santa Fe de Antioquia, mujer adolescente, área rural, entrevista grupal 113).

La carne es uno de los alimentos más valorados, se espera que haga parte de las preparaciones del almuerzo o de la comida, dándole significado al momento. No obstante, no siempre se puede consumir por su precio, en este caso, su consumo es limitado en cantidad y frecuencia, o se reemplaza por cárnicos más económicos o por huevos.

“... a mi esposo que no le falte el arroz y la carne, si usted le da todos los santos días carne al desayuno, almuerzo y comida, él es feliz. Yo sí le digo, que no se puede tanto” (Remedios, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 97).

“Lo que siempre compramos, de todo lo primero es la liga (carne). Que se compra el huevo, las carnes frías, y la carne. Y lo que es el arroz, aceite, lo básico de la canasta familiar” (Turbo, hombre adulto, área urbana, entrevista individual 157).

Entre las bebidas indispensables y más valoradas, se destacan las más tradicionales como el agua de panela, el café y el chocolate, especialmente en los municipios con alimentación más tradicional de la cultura paisa. En las zonas más cálidas, como Turbo, Puerto Berrío, Nechí e inclusive Remedios, los jugos cobran importancia dentro de las comidas diarias.

“Las bebidas más importantes son la aguapanela, el chocolate, el tinto” (Urrao, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 90).

“A mí, pues, el agua de panela y los jugos naturales, el de maracuyá (...) a mí que no me falte el guarapo, el agua de panela con limón” (Remedios, mujeres adultas, área rural, entrevista grupal 97).

En municipios con influencias de las culturas cordobesa y chochoana, como Turbo y Nechí, sigue presente el arroz como alimento indispensable, además del plátano, que es muy valorado y altamente disponible, al igual que el queso y el suero.

“... el arroz, por lo regular aquí casi no nos falta, porque nosotros compramos una paca de arroz p'al mes. Y eso nos dura a nosotros (...) Y como por aquí los vecinos tienen platanera, un vecino por allá muy querido, va pa' la platanera y me regala plátano; entonces siempre mantenemos el arrocito, platanito” (Turbo, mujer adulta, área urbana, entrevista individual 156).

4.4.2. Preferencias alimentarias

Las preferencias en todos los grupos de edad incluyen, generalmente, alimentos tradicionales, de consumo diario y ocasional.

“... sancocho de gallina criolla, ese es el más rico (...) la leche, el agua de panela, el arroz, mis hijos no pueden comer sin arroz, en cualquier comida que les haga tiene que tener arroz, sea sancocho o fríjoles” (Santa Fe de Antioquia, mujeres adultas, área rural, entrevista grupal 117).

Algunos adolescentes, además de alimentos tradicionales, que suelen mencionar en primer lugar entre sus preferidos, incluyen también comidas rápidas.

“A mí me gusta mucho la carne de res asada, las costillitas, vea ya me dio hambre, carne de res, hamburguesa” (Sabaneta, hombre adolescente, área rural, entrevista grupal 4).

“... pues a mí desde pequeño me han enseñado a comer de todo y lo que son fríjoles, lentejas, algunas sopas porque no son todas y sí, que no me puede faltar a mí el arroz” (Santa Fe de Antioquia, hombre adolescente, área urbana, entrevista grupal 116).

Los adultos mayores, generalmente, consideran como alimentos preferidos aquellos que hacen parte de su alimentación tradicional, que siempre han consumido y pueden tener más a su alcance.

“... al desayuno, el huevo, a mí me gusta mucho el calentao, ¿la comida predilecta para mí? frisoles recalentados con huevo, una taza así, de chocolate con galletas” (Urrao, adulto mayor, área urbana, entrevista grupal 86).

En aquellos municipios ribereños como Turbo, Nechí y Puerto Berrío, en los cuales la pesca es una actividad importante, el pescado se incluye entre las preferencias de algunas personas, aunque sea costoso. Quienes se dedican a la pesca, establecen preferencias basadas en las diferencias entre peces de agua dulce, agua salada o criados en estanques.

“... aquí naturalmente, lo que más come la gente es la anchoa, esa es muy estable, muy poco migra, es la que más hay aquí. Y el barbudo, el macabí (...) Ya uno está aclimatado a los pescados de acá, tiene muchas más vitaminas que el de agua dulce, entonces ya uno está acostumbrado al pescado de mar (...) a los de río no le paran bolas” (Turbo, hombre adulto mayor, área urbana, entrevista individual 161).

4.4.3. Lo saludable y lo dañino

Las nociones que emergen acerca de lo saludable y lo dañino permiten reconocer cómo se ha integrado a los conocimientos cotidianos, la información suministrada por profesionales

de la salud, los medios de comunicación y la interacción con otras personas. Es así como al preguntar por lo saludable, este concepto se asocia con el consumo de ciertos grupos de alimentos, en especial, frutas y verduras y con un bajo consumo de grasas (fritos) y azúcares (dulces).

“¿Qué es comer saludable?, pues comer más que todo, como las hortalizas, las ensaladas y cosas así” (Santa Fe de Antioquia, mujer adulta, área rural, entrevista grupal 117).

“... saludable, para mí, yo me imagino, buenas verduras, ensaladas, carnita de vez en cuando, porque tampoco carne, carne, carne. Entonces yo digo, saludable para mí, eso, comer buenas verduras, mucha verdura” (Turbo, mujer adulta, área urbana, entrevista individual 156).

Se hacen presentes algunas diferencias según los grupos de edad. Se considera, por ejemplo, que para los niños los alimentos que favorecen su crecimiento son las carnes, los huevos y los lácteos, e incluso algunos productos industrializados.

“... que no les falte a los niños que son los que más lo necesitan, la sopita al medio día, los jugos naturales. Es muy bueno darles Yogo Yogo, Milo, eso les ayuda mucho para el peso” (Remedios, mujeres adultas, área rural, entrevista grupal 97).

Otra mirada sobre la alimentación saludable tiene que ver con el equilibrio en la alimentación, con ideas relacionadas con evitar excesos, consumir diferentes grupos de alimentos, conservar los horarios de las comidas, dedicar tiempo al momento de comer y preferir alimentos tradicionales y naturales.

“Comer saludable, pues en mi concepto sería comer bien y no a deshoras, también saber qué tipo de alimentación va a ingerir, por ejemplo, un día, por decirlo así, que tu almuerzo va a ser una hamburguesa, no va a ser lo mismo que tomarse una sopa y un seco, obviamente, va a ser más saludable y sí, lo que es mantener una fruta diaria, el deporte” (Santa Fe de Antioquia, hombre y mujer, adolescentes, área urbana, entrevista grupal 116).

“... pues comer de todo, o sea las verduras, las proteínas que serían las carnes, harinas (...) pero no mucho de una sola, porque le daría solo una cosa al cuerpo y no le daría lo que necesita. Necesita de todo un poco” (Angostura, hombre adolescente, área urbana, entrevista grupal 21).

“... comer despacio, sentado, sin afán. Coger la comida propia, la fruta, la ensalada, la verdura es la más necesaria, es lo que sostiene el cuerpo, para mí es una de las cosas más ricas” (Nechí, hombre adulto mayor, área rural, entrevista grupal 143).

Algunos participantes, según sus experiencias en los servicios de salud, han integrado algunas nociones de los discursos profesionales y así lo indican al definir sus conceptos e ideas sobre lo saludable.

“La comida más saludable es la ensalada de fruta. Yo creo que es saludable porque los médicos me la han mandado” (Angostura, mujer adulta mayor, área urbana, entrevista grupal 32).

Algunos participantes también relacionan el concepto de lo saludable, con la manera como se producen los alimentos, emergen así ideas como: alimentos libres de agroquímicos, producidos en la huerta y preparados en el hogar.

“Anteriormente las comidas eran saludables porque eran de la huerta a la olla. ¿Cómo me va a decir que una comida arrancada de la tierra, tirada a la olla va ser mala? Para diciembre uno engordaba la gallinita con sobrados, un año se demoraba para comerse esa gallinita, y hoy en día un pollo al mes pesa diez libras, ¿qué es eso?, eso es una chatarra” (Sabaneta, hombre adulto mayor, área urbana, entrevista grupal 10).

“... lo que cultivan sin nada de químico y lo que usted pueda manipular bien; por ejemplo, todo esto, nada es comprado, todo lo manipulo en mi casa. Compró la carne, la muelo, hago los pasteles con mis pollos, hago las tortas, las empanaditas hay veces las hago también de pollo; las papitas, todo es hecho en la casa, porque así usted puede vender el producto y puede garantizar que es una buena alimentación” (Urrao, mujer adulta, vendedora de comidas, área urbana, entrevista individual 85).

La idea de lo dañino en la alimentación, por contraposición a lo saludable, se expresa, generalmente, asociado al consumo de ciertos grupos de alimentos, en especial, grasas y dulces. Lo dañino en algunos casos se relaciona con el exceso en el consumo de alimentos en general, pero también está presente la idea de que el consumo de harinas es malo.

“Mi mamá me ha dicho mucho que no revuelva tanto, que lo que es el arroz y otras cosas que son harinas, que eso nos hace daño, mucha harina” (Puerto Berrío, mujer adolescente, área rural, entrevista individual 128).

También se hace presente la idea de lo dañino asociada a aquellos productos procesados por su alto contenido de conservantes, aditivos y preservantes.

“... esas comidas desechables, por ejemplo, las salchipapas, los sánduches, las hamburguesas, yo no como eso, carnes frías, yo no como esos embutidos” (Santa Fe de Antioquia, mujer adulta mayor, área urbana, entrevista grupal 114).

4.5. Discusión

En términos generales, en todos los municipios se identificaron prácticas de producción de alimentos, que van desde las destinadas para el autoconsumo mediante huertas y cultivos tradicionales destinados para la venta y el consumo familiar, hasta producciones destinadas, solamente, para fines comerciales. Entre los cultivos tradicionales, se encuentran maíz, frijol, caña, yuca, plátano, cebolla, tomate y frutas como tomate de árbol, maracuyá, naranja y limón. Además, se produce leche, queso, carnes y pescado, principalmente, para consumo familiar y venta local. Con lo anterior, se reconoce la importancia de fortalecer la producción de alimentos en los hogares para lograr autonomía alimentaria en las familias,

en especial, las rurales, con lo cual se protege a sus miembros y, en general, a la comunidad de la inseguridad alimentaria (1).

Entre los principales factores que están afectando la producción de alimentos tradicionales para el autoconsumo y disponibilidad local, se destaca la minería, la cual desplaza mano de obra potencialmente utilizada para la agricultura, además, esta afecta la calidad de los suelos, las fuentes de agua y las dinámicas alimentarias de las poblaciones, lo anterior, ha sido documentado por la Defensoría del Pueblo, que en un informe describe más ampliamente los impactos sociales y ambientales de la minería formal e informal (2). Otro factor que afecta la producción de alimentos tradicionales es la ganadería extensiva, que ocupa el suelo destinado a la agricultura y a los bosques, transformándolos en potreros. Al respecto, González y Vásquez (3), afirman que en Antioquia hay una alta tasa de deforestación, especialmente, en tierras de ganadería y agricultura extensiva. Además, la producción creciente de alimentos, bajo la modalidad de monocultivos con fines exclusivamente comerciales, como es el caso del aguacate y banano, desplaza la producción tradicional. Esa situación también se presenta con los cultivos de flores y árboles maderables, principalmente el pino.

La mayoría de experiencias de huertas familiares, escolares y comunitarias incorporan prácticas agroecológicas, e incluso se constituyen en escenarios pedagógicos para la promoción del consumo de vegetales frescos, bajo una mirada del consumo responsable y consciente. En la misma línea, una investigación realizada en Medellín y el oriente antioqueño, plantea que los productores de redes alimentarias alternativas, persiguen objetivos relacionados con el cuidado de la salud, el medio ambiente y la integración de la cadena alimentaria (4). Lo anterior es coherente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 12, Producción y consumo responsables (5), y corroborado por las Naciones Unidas cuando plantean la importancia de la agricultura familiar en la conservación del patrimonio histórico cultural y natural, la preservación de la biodiversidad y la seguridad alimentaria y nutricional (6).

En los municipios visitados, se identificó la permanencia de prácticas alimentarias tradicionales en los hogares, aunque se reconocen cambios en la manera de obtener y preparar los alimentos. Por ejemplo, en muchos hogares no disponen de los alimentos de la huerta, pero estos mismos se compran en tiendas, no cocinan ni muelen el maíz para preparar las arepas, pero sí las compran listas en el mercado para su consumo; expresándose una tendencia moderna en la cual se introduce una oferta de alimentos con mayor grado de procesamiento, que se integran a las preparaciones y dinámicas de lo tradicional. En Colombia, en cambio, no solo se han transformado las maneras de obtener los alimentos, sino también las prácticas de consumo intergeneracionales, relacionadas, principalmente, con los procesos de urbanización (7).

Una investigación realizada en Medellín, identifica que se tienden a preferir los alimentos tradicionales en hogares de todos los estratos, no obstante, se integran a este consumo,

productos industrializados, con diferencias según el acceso económico y el gusto (8), lo cual corrobora lo encontrado en el presente estudio. Se evidencia, además, el rol y la función de la familia y el ámbito familiar en la permanencia de prácticas alimentarias tradicionales (9), las cuales en su mayoría, fomentan la salud de sus integrantes y la sostenibilidad ambiental (10).

Además, se identificó el gusto híbrido de los jóvenes, por un lado, lo tradicional, lo cual es aprendido en los hogares y, por otro, el gusto y preferencia por las comidas rápidas, lo cual aprenden en otros escenarios como las tiendas escolares y establecimientos públicos donde se ofrece este tipo de productos, aspecto observado en la mayoría de los municipios. En un estudio realizado en Medellín se identificó una situación similar, la principal oferta en las tiendas escolares está dada por productos empaquetados y bebidas azucaradas (11). Una causa que explica lo anterior, es la carencia de políticas públicas orientadas a una alimentación sana en las tiendas escolares, lo cual fue identificado en un estudio realizado para Colombia (12).

No obstante, también está presente el restaurante escolar, con una oferta de alimentos tradicionales en las instituciones de educación que tienen la infraestructura para preparar los refrigerios. Dicha oferta es valorada por los jóvenes y representa un factor protector de su salud y de las tradiciones alimentarias. Aquellas instituciones educativas que no preparan los alimentos para la oferta del restaurante en su locación, limitan su oferta a productos procesados, que no satisfacen los gustos alimentarios, ni los requerimientos nutricionales y, menos aún, los ideales relacionados con la alimentación.

Frente a las prácticas alimentarias, se identificaron tendencias relacionadas con la escasez, en poblaciones que viven en condiciones de pobreza y precariedad en su alimentación. Estas prácticas se concretan en ajustes en la compra, preparación y consumo de alimentos, lo cual conlleva a que los sujetos en estas condiciones dispongan de dietas inadecuadas desde lo nutricional y lo cultural. A pesar de lo anterior, valoran el hecho de contar con algún alimento para saciar el hambre física. Prácticas similares se han reconocido en hogares de Medellín, que ante situaciones de escasez alimentaria recurren a la sustitución de alimentos, la modificación de preparaciones, la reducción del tamaño de porciones, la disminución del número de comidas en el día, e incluso a cambiar los horarios de las comidas según la disponibilidad alimentaria (13). En tanto, para Colombia, se reporta que el 51,6% de los hogares realizó alguna estrategia de afrontamiento ante la inseguridad alimentaria, siendo las más frecuentes el consumo de alimentos más baratos o de menor calidad, pedir dinero prestado para la compra de alimentos y disminuir las porciones de alimentos (7).

Se identificó que las formas de obtener los alimentos y de prepararlos han cambiado, debido a las dinámicas familiares que demandan de los miembros del hogar más tiempo dedicado a las actividades laborales. Esta situación ha limitado los momentos de comensalismo, de manera que en muchos hogares, se comparte uno de los momentos de comida, en especial

el de la noche y fines de semana, cambiando de esta manera la dinámica, mas no los consumos. Los hallazgos reportados para el país (7) coinciden con las anteriores dinámicas alimentarias, expresadas en formas de alimentarse más rápidas, menor permanencia y preparación de alimentos en los hogares y cambios en los roles en la alimentación.

Además, permanece una manera estructurada de comer los platos en los momentos principales del día, a diferencia de las “entrecomiditas”, que, aunque no desaparecen, sí tienden a ser desestructuradas, menos generalizadas entre las poblaciones y se les dedica menos tiempo.

Los lugares de compra se han diversificado, además de las tiendas y pequeños mercados de los pueblos. En algunos municipios se han introducido establecimientos de grandes superficies y tiendas de descuento, como opciones más recientes, que resultan atractivas por los precios de los productos, pero que desestimulan el comercio de los alimentos producidos localmente en detrimento de los circuitos cortos de distribución de alimentos, los cuales dinamizan la producción de agricultura campesina, familiar y comunitaria. Sin embargo, a pesar de lo atractivo que puede resultar este comercio moderno, algunos estudios plantean que difícilmente pueden desaparecer los establecimientos tradicionales, debido al tipo de relaciones que se establecen entre tenderos y clientes de proximidad y confianza, que se expresan en la facilidad del crédito o “fiado” (14).

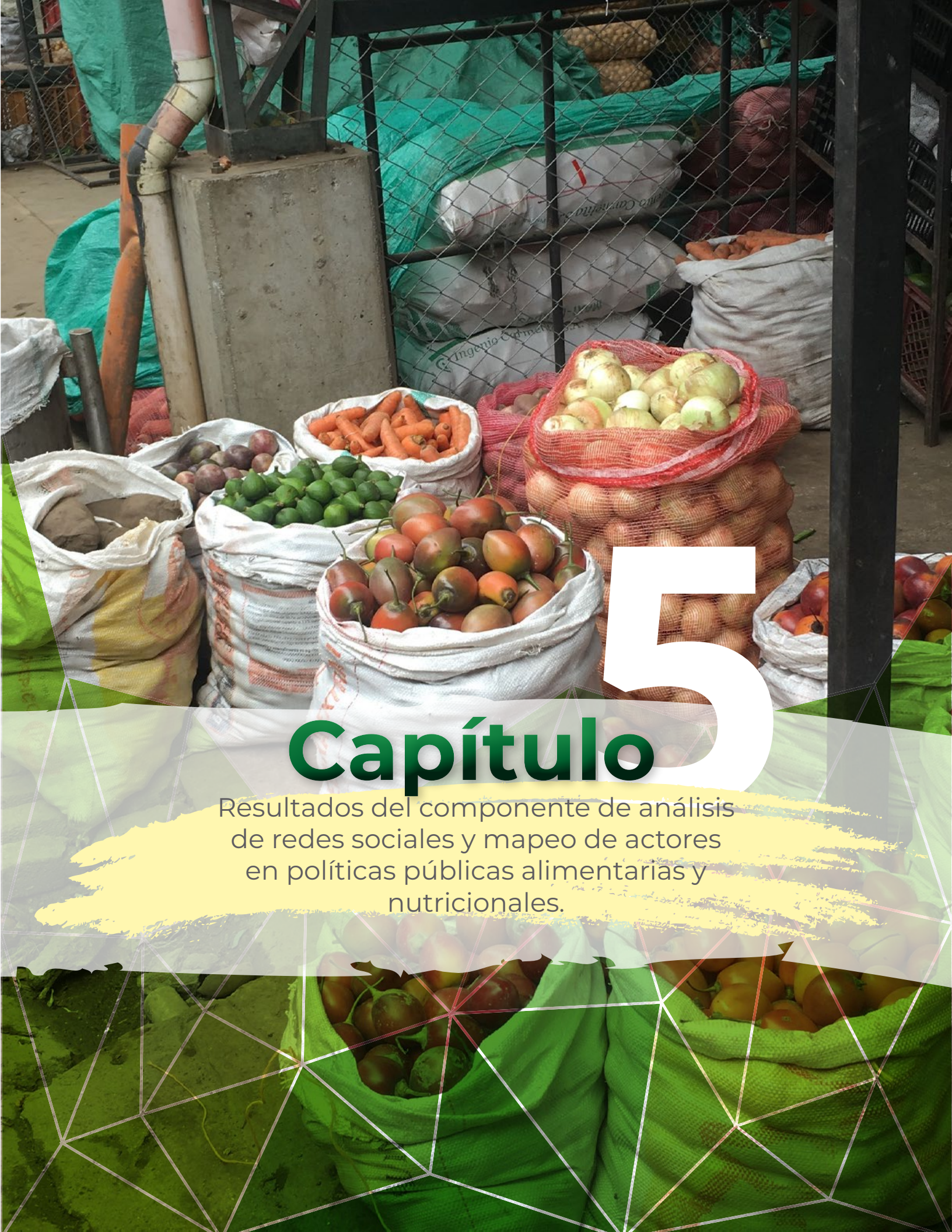
Se identificó que los alimentos indispensables y las preferencias alimentarias en los municipios visitados, corresponden a alimentos tradicionales, los cuales tienen un sentido especial para las poblaciones; pues más allá de los aspectos nutricionales, en la elección alimentaria las personas involucran recuerdos, significados, conocimientos y saberes que le dan sentido al acto alimentario. De esta manera, los alimentos más significativos son el arroz, la arepa y el plátano, como base de la alimentación; el fríjol, persiste como un alimento indispensable y preferido por los antioqueños y hace parte de los momentos de comidas principales. La carne, y en algunos municipios, el pescado, es el eje de los platos principales y lo que le da soporte y sentido a los momentos de comida principal, en especial el almuerzo; la misma representación que tiene el huevo a la hora del desayuno. Respecto a las bebidas, las tradicionales tienen gran significado y representación para las personas, especialmente el café, el chocolate y el agua de panela, así como el guarapo y los jugos de fruta. Estos hallazgos guardan semejanzas con estudios identificados para el país (15) y para Medellín (16), en donde, además, se destacan como razones de las preferencias el gusto, la costumbre, la salud y la nutrición.

Los significados sobre lo saludable y lo dañino tienden a ser similares en los municipios visitados, y responden a una construcción social que integra discursos provenientes tanto de áreas como la biomedicina y la ecología, como de canales de transmisión intergeneracional, medios masivos de comunicación y experiencias propias, dando como resultado maneras de

entender la alimentación, algo que de manera similar ha propuesto Puerta (17). Lo anterior incluye aspectos relacionados con el balance nutricional, los horarios para el consumo, el tiempo dedicado a comer, el comensalismo y emergen también algunos elementos referidos al consumo consciente, en temas como los insumos químicos y aditivos alimentarios.

4.6. Referencias Bibliográficas

1. Herrera G. Inseguridad alimentaria debates y propuestas para su superación Manizales: Universidad de Caldas; 2019.
2. Defensoría del Pueblo. La minería sin control: un enfoque desde la vulneración de los Derechos Humanos.
3. González S, Vásquez A. Estado de los bosques en Antioquia entre 1990 y 2015. En Quintero E, Benavides AM, Moreno N, González S. Bosques Andinos, estado actual y retos para su conservación en Antioquia. Medellín: Fundación Jardín Botánico de Medellín Joaquín Antonio Uribe - Programa Bosques Andinos, Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE); 2017. p. 61-84.
4. Cadavid-Castro MA, Álvarez-Castaño LS, Quintero-Vergara SD, Martínez-Bedoya X, Martínez-López AP. Redes alimentarias alternativas de Medellín y el Oriente de Antioquia: espacios de construcción de confianza. *Perspectivas en Nutrición Humana*. 2019; 21(1): p. 53-69.
5. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible Río de Janeiro; 2012.
6. Naciones Unidas. Decenio de las Naciones Unidas de la Agricultura Familiar (2019-2028); 2018.
7. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2015.
8. Arboleda LM, Villa PA. Preferencias alimentarias en los hogares de la ciudad de Medellín, Colombia. *Saúde e Sociedade*. 2016; 25(3): p. 750-759.
9. López L. La ciencia de familia y las nuevas concepciones en la academia. Manizales: Universidad de Caldas; 2015.
10. Pérez F. ¿Dieta sostenible y saludable?: retrospectiva e implicancias para la nutrición pública. *Revista chilena de nutrición*. 2015; 42(3): p. 301-305.
11. Arboleda LM. Alimentación en las tiendas escolares de Medellín en 2012, disponibilidad y consumo de alimentos. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín; 2012.
12. López G, Torres K, Gómez C. La alimentación escolar en las instituciones educativas públicas de Colombia. Análisis normativo y de la política pública alimentaria. *Prolegómenos - Derechos y Valores*. 2017; 20(40): p. 97-112.
13. Arboleda M. Dinámicas y estrategias alimentarias instauradas en hogares de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2014; 32(3): p. 282-289.
14. Sanclemente J. ¿Desaparecerá el comercio tradicional? *RevDinero*. [Internet]. Disponible en: <https://www.dinero.com/opinion/columnistas/articulo/desaparecera-el-comercio-tradicional-por-juan-sanclemente/253654>
15. Ardila F, Valoyes E, Melo M. Ministerio de educación Nacional; 2013. [Internet]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-336866_archivo_pdf_UNAL_habitos_alimentarios.pdf.
16. Arboleda LM, Zuleta CM. Cultura alimentaria en la zona urbana de la ciudad de Medellín, en cuanto a pautas, prácticas, creencias y significados. Medellín: Colegiatura Colombiana Institución Universitaria y Universidad de Antioquia; 2013.
17. Puerta H. Mujeres entre sabores y saberes cotidianos. En Munévar D. Saberes de mujeres: reconocidos y menos reconocidos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011. p. 95-108.



5

Capítulo

Resultados del componente de análisis de redes sociales y mapeo de actores en políticas públicas alimentarias y nutricionales.

5.1. Presentación

En este componente, el análisis de las políticas públicas se concibe como la “revisión de objetivos, de medios y de acciones definidas por el Estado para transformar parcial o totalmente la sociedad, así como sus resultados y efectos” (1). Es decir, se asume como una herramienta idónea que facilita a los ciudadanos la comprensión de las acciones públicas y los procesos que han acompañado la toma de decisiones de los gobiernos. En este caso, acciones concernientes a los sistemas alimentarios, ambientes alimentarios, soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (SAN), y por supuesto, las políticas públicas alimentarias y nutricionales (PPAN), de manera específica, en el departamento de Antioquia.

Entre las principales finalidades, perseguidas con las diversas labores ejecutadas por este componente, se encuentra el despliegue de un análisis que contribuya con la comprensión de los fenómenos sociales que se estudian, debido a que es, precisamente, “la complejidad de los problemas, o mejor, la percepción actual de su complejidad, la que aumenta la dificultad de implementar soluciones, ya que estas se vuelven cada vez más complejas” (1). En efecto, se convalida que el discernimiento de los problemas públicos constituye el primer paso para aportar a la formulación e implementación de políticas públicas idóneas que puedan ser ese “marco dentro del cual los actores redefinen sus problemas, construyen nuevas representaciones de los mismos e instauran las condiciones sociopolíticas, económicas, y culturales para avanzar en el tratamiento de esas dificultades más apremiantes” (2) en materia de nutrición y alimentación de las poblaciones.

Asumiendo como marco lo anteriormente expuesto, este componente se dedicó a la realización de un análisis que permitiera, a partir de la identificación de los actores, un entendimiento amplio del funcionamiento, las falencias y ventajas de las políticas públicas que apuntan a la consecución de un propósito claro: mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población antioqueña, lo que demanda profundizar en el estudio y observación de esas características propias de cada uno de los actores, al advertir su procedencia, pertenencia, posición, rol, relaciones, intercambios, recursos, funciones, etc. Después del conocimiento de las relaciones en las que estos participan y de efectuar el respectivo análisis de la política pública, se formulan una serie de recomendaciones en la lógica del fortalecimiento institucional, gestión de redes de política pública, y gobernanza.

En este capítulo, se desarrollaron cuatro apartados, el primero de ellos destinado a la descripción de los instrumentos programáticos y de autoridad, en los que se enmarcan todas las acciones de las PPAN en el departamento. El segundo apartado se reservó para el despliegue de los factores endógenos y exógenos que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas y en el funcionamiento de la red en los diferentes municipios de Antioquia. Por otro lado, en el tercer apartado se decidió incluir el análisis descriptivo de las redes sociales,

lineamientos y PPAN del departamento. El cuarto apartado se designó para evidenciar la agenda pública, haciendo una descripción de los que han sido considerados como problemas públicos, complementada con el respectivo despliegue de las propuestas de los actores. Para finalizar, se presenta una discusión de los procesos de reflexión que tuvieron lugar a lo largo de la implementación de la investigación. Finalmente, en el Capítulo 6, se exponen las conclusiones y recomendaciones. Estas últimas recomendaciones, enmarcadas en las líneas estratégicas, sugeridas por el Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia 2020-2031.

5.2. Hallazgos

5.2.1. Políticas públicas y lineamientos internacionales, nacionales y municipales en materia de alimentación y nutrición en Antioquia.

En este capítulo se presenta una recopilación o recolección detallada de las políticas públicas y los lineamientos de PPAN de los que, hasta el momento, disponen las administraciones en los diferentes municipios de Antioquia. En este apartado, se propone la descripción de los instrumentos de autoridad¹ y programáticos,² en los que se encuentran enmarcadas las acciones de las PPAN a nivel departamental. Dicho esto, una de las primeras consideraciones que tienen lugar, es entonces, poder establecer el por qué hablar de políticas públicas alimentarias y nutricionales en el departamento, pero, además, incluir en este apartado todo lo que corresponde, a su vez, con lineamientos. Pues bien, la principal razón está conectada con “la amplitud existente del espectro de entendimiento sobre qué es una política pública también tiene lugar en términos políticos y técnicos en escenarios institucionales del Estado. La confusión en estas esferas, que incluso llega a permear algunas vagas nociones que se tienen en la academia sobre políticas públicas, alcanza el punto de asociar indistintamente políticas públicas con planes de desarrollo, programas de gobierno, proyectos de intervención, leyes, entre otros instrumentos jurídicos y de gobierno” (3).

En este documento se ha querido partir de esa distinción, porque hacerlo facilita, en términos analíticos, ser más precisos al momento de presentar cuál es el estado o la existencia de políticas públicas alimentarias o nutricionales en el departamento, para, simultáneamente, poder estimar cuáles son esos otros instrumentos en el marco de los cuales se han estado implementando acciones en esta materia. De hecho, como lo mencionaba el autor, es muy común que haya confusiones o que no se diferencie de manera clara entre una política

.....
1. Refieren a todas las normas jurídicas y al sistema legal que enmarca una política pública, a saber: leyes, decretos, sentencias, acuerdos, ordenanzas, resoluciones.

2. Es el instrumento que permite la implementación de la política pública, es posible reconocer aquí: planes, programas y proyectos sectoriales de los diferentes niveles territoriales.

pública³ y disposiciones jurídicas; y puesto que las políticas públicas son más que una mera determinación legal para tramitar un asunto de índole público. Es preciso, al momento de hacer revisiones como esta, tener el foco puesto en la existencia de políticas públicas propiamente dichas que estén debidamente reglamentadas, y complementar el análisis y la observación con aquellos lineamientos que sirven de base o que anteceden la formulación de nuevas políticas. Otro de los autores que ha encontrado muy útil y necesaria esta salvedad es Jorge Iván Cuervo, quien, al respecto, dice que “en un plan de desarrollo no encontramos propiamente políticas públicas, se encuentran lineamientos generales de política pública que deben ser desarrollados a nivel de las secretarías departamentales o municipales, y en el caso del gobierno nacional, en los ministerios y otras agencias gubernamentales, como departamentos administrativos, programas presidenciales, entre otros (...) la ley no es la política pública, en las leyes puede haber lineamientos de política pública, obligaciones específicas de realizarlas, e incluso manifestaciones mucho más específicas de lo que sería la política pública, según el grado de especificidad como este elaborada” (4).

En cuanto a los lineamientos internacionales de las políticas públicas alimentarias y nutricionales, Colombia ha reconocido y acogido las orientaciones en materia alimentaria y nutricional propuestas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), entre otras. Dentro de las directrices a destacar se encuentran, en primera medida, la Cumbre Mundial sobre la Alimentación 1996 y 2002, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las Directrices Voluntarias sobre el Derecho a la Alimentación, dentro de las que se encuentran: Directriz 9, Inocuidad de los alimentos y Protección del Consumidor; Directriz 10, Nutrición; y Directriz 11, Educación y Sensibilización. También se deben mencionar la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, la Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Codex Alimentarius de Desarrollo Sostenible o Código Alimentario, el Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia 2014-2019 y la Segunda Conferencia Internacional Sobre Nutrición (CIN).

La mayoría de las directrices internacionales referenciadas permiten un aprovechamiento de las contribuciones técnicas que otros organismos multilaterales pueden aportar, con miras a conseguir el alivio y optimización de todos los procesos y desarrollo del país en materia alimentaria y nutricional. En términos generales, estos instrumentos de nivel internacional han sido estimados como fundamentales, para conseguir el fortalecimiento de las

.....

3. Según André Noel Roth: “Una política pública es un conjunto formado por uno o varios objetivos colectivos considerados como necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratadas, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar los comportamientos de los actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática” (2).

capacidades de las entidades públicas que están vinculadas con el propósito de eliminar el hambre y la malnutrición, reconocer el derecho de las personas a tener una vida adecuada, en la que tengan asegurada una buena alimentación; informar y educar a los consumidores sobre prácticas seguras en los hogares; proteger del engaño y la desinformación de los envases de alimentos, etiquetas y publicidad; asegurar una alimentación saludable, acompañada de actividad física y, finalmente, garantizar la SAN sostenible para toda la población colombiana.

No obstante, aun cuando se cuenta con este amplio conjunto de lineamientos internacionales, lo que se ha podido evidenciar es que estos no necesariamente tienen un asidero o se conectan con las acciones reales de los territorios. Luego de agotar el rastreo con trabajo de campo y la recolección de información primaria propia de esta investigación, se encontró que, en Antioquia, el único municipio que ha incluido dentro de la batería de lineamientos por los que se rige, una disposición de orden internacional, ha sido el municipio de Guatapé, y lo hizo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y con la Carta Social de las Américas, lo que demuestra que aún quedan muchas estrategias por implementar y muchas medidas a las que acudir para mejorar las condiciones alimentarias y nutricionales de la población, sobre todo cuando de acoger otros modelos y buenas prácticas se trata.

En lo relacionado con las políticas públicas alimentarias y nutricionales y lineamientos nacionales, una de las principales características de los programas alimentarios y nutricionales del país es que son ofertados a primera infancia, población en edad escolar y personas mayores, es en la misma medida que muchos de los lineamientos que sirven como complemento a la ya existente Política Pública Nacional en Seguridad Alimentaria y Nutricional 2006-2010 y 2012-2019, son aquellos que recogen o exponen modelos de atención para estas poblaciones, como la Ley 1804, por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, o el Código de Infancia y Adolescencia, soportado en la resolución 13482. En última instancia, hay lugar para subrayar que existen instituciones que trabajan con y para estas poblaciones y, en consecuencia, terminan por convertirse en autoridades que fijan rutas y patrones de acción en lo concerniente al tema alimentario y nutricional en Colombia, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ampliamente reconocido en el territorio nacional.

Por otro lado, se ubican las políticas públicas alimentarias y nutricionales, y lineamientos departamentales. En Antioquia se cuenta con la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional, la cual ha sido reglamentada mediante la Ordenanza 46 del 15 de diciembre de 2016, la misma que derogó la Ordenanza 017 de 2003, que sirve como referente para que los diferentes municipios adelanten la formulación, implementación y, en algunos casos, evaluación de diversas acciones con respecto a la SAN. Se tiene, de igual modo, que esta ordenanza propendió, no solo por la formulación de una política departamental, sino que los esfuerzos estuvieron conducidos a la instauración de un sistema departamental de

seguridad alimentaria y nutricional. Conforme a lo indicado, a nivel departamental existe una política pública que direcciona y orienta las acciones a desarrollar, asimismo se tienen las directrices emitidas por la Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia – MANÁ.

Finalmente, en cuanto a las políticas y lineamientos de políticas públicas alimentarias y nutricionales de los municipios, se evidenció que, municipios como Angostura, Dabeiba, Rionegro, Apartadó, Girardota, Andes, Yondó, Caucasia y Cisneros, cuentan con un acuerdo reglamentario de política pública de SAN. Contrariamente, los municipios Guatapé, Murindó, Sabaneta, Puerto Berrio, Yarumal, Urao, Remedios, Santa Fe de Antioquia y Nechí, no cuentan con acuerdos reglamentarios y, finalmente, se rigen únicamente por algún tipo de lineamiento, generalmente de orden nacional o departamental.

Dentro de los municipios incluidos en la investigación, se tienen municipios muy diversos; hay municipios de primera categoría como Rionegro y Sabaneta; tercera, como Apartadó y Girardota; quinta, Yondó, Remedios, Cisneros, Caucasia, Nechí, Santa Fe de Antioquia; y sexta categoría, Guatapé, Andes, Yarumal, Murindó, Dabeiba, Puerto Berrio, Angostura y Urao. En el Anexo 58 se puede corroborar que no existe una condición unificada respecto al grado de implementación en el que se hallan las PPAN a nivel municipal. La premisa que habría que empezar a sostener, según la información recabada en la investigación, es que no necesariamente los municipios mejor posicionados, dada su categoría, son los que cuentan con política pública; y no aquellos que cuentan con el acuerdo son los que han logrado un mayor grado de implementación de las acciones.

Tanto la reglamentación como la implementación son condiciones que dependen de múltiples factores que no pueden determinarse únicamente por los lineamientos o los determinantes institucionales, sino que involucran, por ejemplo, a los actores y sus relacionamientos, a la gestión y el trabajo en red que logren los involucrados dada su capacidad de agencia, entre muchos otros. Adicional a las políticas públicas con que cuentan algunos de los municipios, puede decirse que en el departamento, buena parte de los municipios rigen su accionar en materia alimentaria y nutricional según lo detallado en el Plan Municipal de Desarrollo, lo que no deja mucho lugar a que puedan desarrollarse de manera extensa muchos programas, proyectos y acciones en términos específicos de seguridad alimentaria y nutricional como sería ideal, y aquellos que alcanzan a cristalizarse, no logran la perdurabilidad y sostenibilidad que se esperaría.

Sin embargo, esta no es la única observación al respecto, en otros casos, incluso, se tiene que las directrices en lo concerniente a la SAN son tomadas tal y como están determinadas en instrumentos de orden nacional, con lo que no se agota un proceso de territorialización que garantice el éxito en el acogimiento de esas medidas en los territorios. Por este motivo, las políticas públicas no han logrado constituirse como dispositivos que contribuyan a la

continuidad de los procesos alimentarios y nutricionales, y no se ha percibido el compromiso de la administración municipal en la implementación de estrategias que trasciendan a lo largo del tiempo, indistintamente del gobernante de turno. Siendo así, en el departamento, los acuerdos y planes municipales no están actualizados, y en caso de estarlo no ocupan un lugar importante en la planeación municipal, pues el diseño y la operatividad de estos se lleva a cabo más como un requisito legal que como una determinación consciente del aprovechamiento de los recursos territoriales. En ciertas ocasiones, a pesar de que se estipule una política pública, las dependencias deciden tomar como marco de acción los planes municipales de desarrollo o los acuerdos a nivel departamental.

Por otra parte, se identificó que, aunque la mayoría de los instrumentos conciben que es necesario hacer una clasificación de la población para la recepción de ayudas, en la actualidad existe un déficit de la información necesaria para la toma de decisiones en cuanto a la ejecución de las políticas públicas en las comunidades, pues a excepción de Sabaneta, no fue percibida la construcción de diagnósticos poblacionales que permitan la caracterización de los habitantes del municipio. Además, no es evidente la distinción de enfoques diferenciales respecto a la participación de las comunidades étnicas (indígenas y afrocolombianos), debido a que, aunque en los instrumentos es realizada una discriminación positiva frente a las particularidades culturales de estas comunidades en términos de consumo de alimentos, las generalidades de los programas institucionales llevan a proveer servicios y recursos unívocos para todas las poblaciones.

A pesar de las disparidades entre los propósitos considerados en la normatividad y la forma en la que esta opera en los territorios, no se agotan en los contenidos, sino que también se desplaza a la forma de operación de las políticas, a través de aspectos como la tercerización y la concepción asistencialista del deber estatal. En relación con el primer fenómeno, la tercerización es vista de manera ambigua, como la posibilidad de acceder a recursos humanos y tecnológicos especializados con los que no cuenta la administración municipal, pero también como la intervención de actores sobre los que la administración municipal no tiene suficientes herramientas de control, por lo que la transparencia es el principal reto a la hora de implementar acciones mediante terceros. En municipios con baja capacidad institucional, el desarrollo de los proyectos está condicionado por la posibilidad de establecer procesos de subcontratación, ya que no se cuenta con las capacidades técnicas y humanas para poner en marcha acciones que se plantean de manera departamental y nacional.

Sumado a lo anterior, los cambios de funcionarios cada cuatrienio implican reprocesos en la cualificación de recursos humanos y pérdida de acumulados de información y conocimiento; también, el clientelismo resiente la idoneidad técnica y el avance de los procesos. La tercerización, por lo general, implica la contratación de personal ajeno a los territorios y las limitaciones financieras limitan las posibilidades de contar con equipos de trabajo profesionalizados (enfermeras en lugar de nutricionistas, monitores y practicantes).

Esto determina bajas capacidades para formular e implementar adecuadamente políticas públicas locales y conlleva a la poca generación o aceptación de propuestas que impliquen procesos integrales de atención a los ciudadanos, dando como resultado el asistencialismo, en el que los proyectos de política pública se truncan porque los actores se benefician puntualmente de los recursos proporcionados y abandonan los proyectos en el corto plazo, como es patente en la mayoría de las iniciativas. Así, hay una baja complementariedad entre las capacidades comunitarias y las institucionales, y un apaciguamiento de la capacidad de agencia de estas.

La interacción entre los funcionarios de las administraciones municipales y los titulares de derechos, beneficiarios o público objetivo de los proyectos y programas, se enfoca en la entrega de recursos (información, complementos alimentarios, insumos, subsidios económicos), pero no se detienen en la definición, evaluación y adecuación de la agenda pública, dando como resultado una participación meramente instrumental, a través del pago de personal, aportes en especie e insumos, tiempo para reuniones y algunas labores de apoyo por parte de la comunidad.

Finalmente, es oportuno mencionar que no todos los municipios que cuentan con política pública en el departamento se adhieren a ella; las políticas públicas requieren, además, de la instauración que parte de la viabilidad, todo un proceso de gestión que le aporte los elementos que requiere para ser efectiva, y este es uno de los factores que está quedándose muy corto aún en la mayoría de los municipios. Nuevamente, en el Anexo 58, se detalla la información de instrumentos de autoridad y programáticos que rigen la SAN en los 18 municipios incluidos en el estudio.

5.2.2. Factores endógenos y exógenos que intervienen en el desarrollo de las PPAN y en el funcionamiento de la red de actores en los municipios.

En el estudio, al analizar los factores endógenos y exógenos que condicionan las PPAN de Antioquia, se identificó un complejo entramado de determinantes políticos, económicos, sociales y culturales que inciden en la producción, distribución, comercialización y consumo sustentable y saludable de los alimentos (Figura 7).

En el análisis de la información, derivada del trabajo de campo del estudio, se evidenció que la producción de alimentos se ubica en un contexto de abandono estatal y de conflictos socioeconómicos. Esto conduce al deterioro de ecosistemas estratégicos que socaban el recurso pesquero y contaminan el agua, especialmente, por causas como la minería, los cultivos ilícitos, el uso excesivo de agroquímicos y la expansión de los monocultivos. Asimismo, se evidenciaron fenómenos como desarraigo, despojo y pérdida del patrimonio familiar por implantación de megaproyectos hidroeléctricos. La producción de alimentos,



Fuente: Elaboración propia

Figura 7. Determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la producción, distribución, comercialización y consumo sustentable y saludable de alimentos. Antioquia, 2019.

además, se encuentra afectada por fenómenos ambientales como el cambio climático, lo cual ha ocasionado la intensificación de épocas de sequías e inundaciones.

Por otro lado, el acceso a la tierra en el departamento tiene una deuda histórica. Esta situación ha perpetuado la concentración en la tenencia de la tierra, la especulación con el mercado de tierras y, de forma muy acelerada, la presión por la urbanización en municipios cercanos a la gran ciudad. En estrecha relación con el fenómeno enunciado, la agricultura familiar, campesina y comunitaria (AFCC) se asume como una agenda incumplida, porque aún no se consolida como una política de desarrollo rural que se decida a saldar el rezago histórico de la población rural y, en especial, del pequeño productor. En esta línea se observó que, pese a la larga trayectoria de proyectos productivos en las localidades, estos no han logrado resolver la problemática de pobreza y de injusticia social en la que está sumida la población rural porque dichos proyectos, entre otras cosas, desconocen las condiciones culturales y agroecológicas de los territorios. Adicionalmente, el apoyo estatal está evidentemente decidido y volcado a apoyar la agroindustria en detrimento de la AFCC.

Otro asunto fundamental fue la comercialización de alimentos, concebida como un modelo que profundiza las inequidades hacia el pequeño productor. Las cadenas largas

de distribución de alimentos, la precaria conectividad terrestre y marítima, la limitada información a los productores, la escasa o nula regulación por parte del Estado, la poca promoción de circuitos cortos, la incipiente infraestructura para acopio y transformación de cosechas y productos primarios con escaso valor agregado, son los principales factores que conllevan a que el modelo predominante de comercialización profundice las pobrezas y las condiciones de inequidad social en las que está sumido el pequeño productor.

Del mismo modo, el cambio en las vocaciones productivas contribuye a la transformación de los entornos alimentarios y ambientales. Los entornos alimentarios están sufriendo una transformación a un ritmo sin precedentes y esto fue evidenciado por los participantes del estudio, quienes planteaban cómo la disminución de la producción local de alimentos, el auge de la comercialización de ultraprocesados en las localidades, el declive de las plazas de mercados, el manejo insostenible y de altos costos de las basuras derivadas del turismo, entre otros, son los principales factores que ocasionan estas dinámicas que inducen a cambios en la producción, comercialización y, por supuesto, en los hábitos y patrones de consumo de alimentos.

Además de lo anterior, se comprobó que la interacción entre instituciones y comunidades étnicas no se asume como un diálogo intercultural, sino como una herramienta de transculturación. Pese a que en las políticas públicas resulta inconcebible hoy hablar de acciones que no consideren el enfoque diferencial, este aún parece un discurso que no logra materializarse plenamente en los territorios. Los principales rasgos que expresan que este enfoque aún es un anhelo, tienen que ver con que los grupos étnicos sintieran presión para que se insertaran en el mercado. No menos importante, es el hecho de que las mismas políticas que dicen tener como uno de sus pilares teóricos el enfoque diferencial, sean las que induzcan a la adopción de una alimentación occidental, porque dichos subsidios no conversan con la cultura alimentaria de los grupos étnicos, asimismo, los proyectos productivos no dialogan con la vocación productiva de los grupos étnicos y de las comunidades.

Finalmente, las capacidades institucionales para la seguridad alimentaria y nutricional poseen limitaciones que impiden trascender el formalismo institucional. A partir de las voces de los participantes del estudio se pudo comprender que los planes de SAN obedecen a un formato estandarizado y que, frecuentemente, no están adaptados a las dinámicas y particularidades de las localidades. La falta de recursos humanos, económicos y de información constituyó una de las principales limitantes para la implementación de las acciones de SAN. Se identificó que los programas, en algunas ocasiones, se utilizaban para propósitos clientelistas. No menos importante resultó el fenómeno de la participación como un asunto instrumental, básicamente para legitimar lo establecido, y que desconocía la voz de la ciudadanía en el diseño y ejecución de las políticas. En este aspecto de la institucionalidad cobró gran relevancia el fenómeno de la tercerización, porque reforzaba la incapacidad

local, debido a que este modelo no dejaba capacidad instalada, y porque los actores locales perdían la posibilidad de incidir en las acciones contratadas a operadores. Asimismo, las lógicas de cambio de gobierno cada cuatrienio que conducían a la discontinuidad en los procesos y a reprocesos y pérdida de aprendizajes por rotación de recurso humano.

5.2.3. Análisis descriptivo de los actores que componen las redes de la política pública alimentaria y nutricional.

En los 18 municipios de la investigación se estableció que existen 86 organizaciones de orden nacional y seis de la esfera internacional que integran las redes de las PPAN en los territorios del departamento (Figura 8).

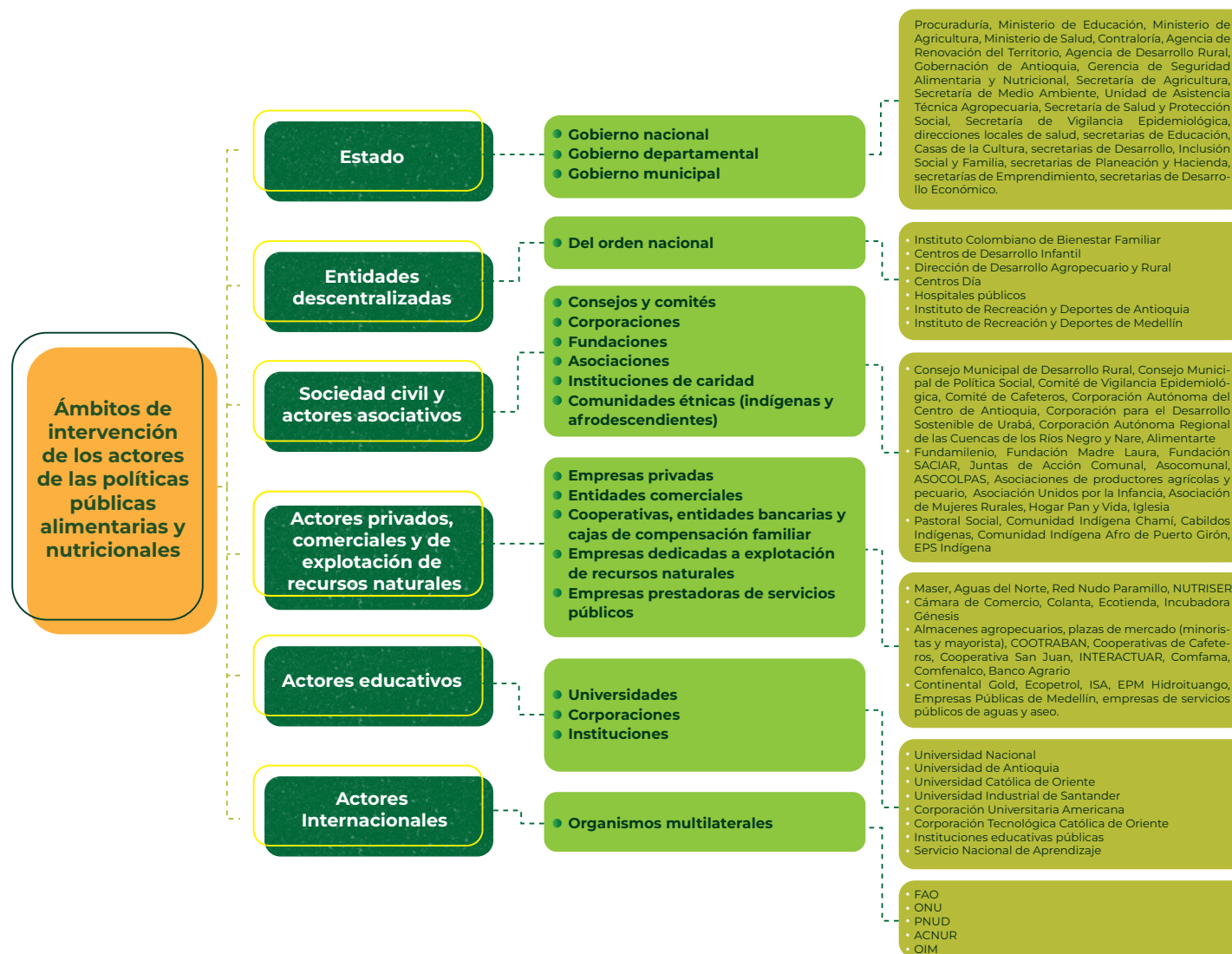
La identificación de estos actores de las PPAN de Antioquia se logró gracias a su caracterización por ámbitos de intervención. En la Figura 8 se presenta la matriz empleada para realizar dicha caracterización.

En el Anexo 59 se presenta una descripción de las 92 organizaciones identificadas en el campo alimentario y nutricional del departamento, detallando su ámbito de acción y sus funciones para el logro de la SAN de los antioqueños.

Ahora bien, el análisis componencial de las redes de PPAN, es decir, aquel que se enfoca en describir las relaciones que se establecen entre los actores vinculados a una temática específica, en un periodo de tiempo determinado, a partir de la identificación de ciertos patrones de comportamiento que se instituyen alrededor de los atributos, los recursos que intercambian y los flujos de acción que adopta cada uno de ellos para el cumplimiento de los propósitos y objetivos definidos, develó asuntos merecedores de atención por parte de las autoridades administrativas, las entidades asociativas, los actores privados, las instituciones educativas y los entes internacionales en las nueve subregiones de Antioquia.

El primer patrón de comportamiento registrado fue que los participantes con mayor grado de centralidad en las redes son los actores gubernamentales a nivel nacional, departamental y municipal. Sin embargo, la distribución de recursos, que es otorgada por ellos, depende de los atributos adquiridos al vincularse a la red de política. Así, los entes nacionales y departamentales disponen de instrumentos de política (de autoridad o programáticos), insumos económicos que proveen a las municipalidades a partir de regalías, recursos técnicos para la mejora de las condiciones agrícolas y de salud, y recursos humanos capacitados para la atención a la comunidad, los cuales están regidos bajo los lineamientos establecidos en la normatividad para la garantía de la SAN.

El intercambio de los recursos que poseen estas instituciones es brindado a través de reglas de acción, consideradas dentro de los parámetros gubernamentales, ya que la idea de



Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Matriz para la caracterización de los actores de las políticas públicas alimentarias y nutricionales, de acuerdo con los ámbitos de intervención.

descentralización de los programas de intervención social aboga por la autonomía relativa frente a la forma en la que operan los proyectos, pero condiciona a los actores hacia el acatamiento de medidas normativas homogéneas en los territorios. En este sentido, los entes administrativos a nivel local son quienes tienen la potestad para la territorialización y la adecuación institucional, en relación con el alcance de los objetivos de la SAN, pero están supeditados al cumplimiento de medidas que reducen el poder en la toma de decisiones, convirtiéndolos en actores con medio nivel de incidencia.

A esto se suma que, al ser la SAN un tema que transversaliza diversos frentes de acción, aparecen rasgos de desconcentración entre las entidades municipales, a saber: las secretarías de Salud, Educación y Agricultura, que ejecutan labores relacionadas con sistemas, ambientes y determinantes para la alimentación y nutrición de manera desarticulada, puesto que cada una se dedica exclusivamente al cumplimiento de tareas específicas.

Por esta desconcentración, las instituciones mencionadas anteriormente suelen fungir como directores en cada uno de los niveles de intervención, pues establecen el marco económico y legislativo bajo el que los actores asociativos, privados, educativos e internacionales deben ceñir sus acciones. No obstante, es relevante establecer diferencias entre el grado de centralidad que ocupa cada actor, debido a que los nacionales y departamentales tienden a situarse como directores con alto nivel de injerencia en la toma de decisiones políticas y administrativas, infiriendo, por ejemplo, en la focalización de beneficiarios, la definición de los procesos de contratación y el tipo de insumos entregados; mientras que los segundos se limitan a realizar procesos de adaptación de los dictámenes con pocas miras a la territorialización. Esto se justifica en la definición de reglas homogeneizadoras a nivel departamental, que ocasionan problemáticas como el desconocimiento de las tradiciones culturales para el consumo de alimentos, el no aprovechamiento de las capacidades institucionales y la poca generación de espacios para la gobernanza en red.

A las redes municipales también se vinculan actores periféricos que desempeñan el papel de aliados, como es el caso de las secretarías de Planeación, Hacienda, Emprendimiento, Desarrollo Económico y de Productividad, que infieren directamente en los procesos, abocados hacia el alcance de los acuerdos de política y los planes municipales de desarrollo. Esto, a partir de la coordinación de acciones de política que tienen por objeto factores colaterales como el ordenamiento territorial en áreas protegidas para la disponibilidad de agua potable, la producción agropecuaria y la construcción y el mantenimiento de infraestructura que coadyuva al fortalecimiento de los ambientes alimentarios. Además, se encuentran entes como la Secretaría de Desarrollo Social, Inclusión Social y Familia, que juegan roles distintos en función del territorio, pues mientras que en algunos sectores del Valle de Aburrá y Norte abanderan causas como la actualización de los instrumentos programáticos de atención ciudadana y programas departamentales para el cuidado de la primera infancia, en las demás subregiones fueron mapeados como actores potenciales

para la consolidación de un modelo de desarrollo alimentario en el que se potencien las capacidades instaladas de los participantes en la red, dado que existe un sentimiento generalizado de falta de aprovechamiento de los recursos provistos por estas.

No obstante, es importante resaltar que no todas las entidades del gobierno municipal se encuentran afines a los propósitos de las PPA, pues en territorios como el Valle de Aburrá se mapearon oficinas como la de Desarrollo y Hábitat o Turismo para el caso de Oriente, cuyos objetivos constriñen con aquellos que propenden por el crecimiento agrícola y pecuario, debido a que los modelos de desarrollo que se apropian en estos espacios simpatizan con los cambios de vocación hacia fines de expansión urbanística, privilegiando, por ejemplo, la construcción de vivienda o de áreas recreativas. Lo anterior ha ocasionado, no solo el desplazamiento de las actividades agropecuarias, sino la reducción de la asociatividad en la ruralidad, dado que existe la concepción de que no es posible incidir de forma directa sobre las disposiciones que amparan estos modelos. Para los actores entrevistados, la adopción de estas dinámicas ha significado una reducción de los recursos legislativos que eran entregados como reglas de comportamiento desde los entes municipales hacia la sociedad civil, para pasar a ser insumos informales materializados en programas de corta duración.

El segundo patrón de comportamiento identificado fue la presencia limitada de entidades asociativas o miembros de la sociedad civil, que a pesar de estar constituidas en la mayoría de las subregiones (a excepción del municipio de Sabaneta en el Valle de Aburrá), solo en los municipios de Remedios, Urrao y Yarumal, son vinculadas conscientemente con los procesos de implementación y evaluación de los planes, programas y proyectos. En este sentido, en la mayoría de los territorios, los flujos de acción y los intercambios de recursos propiciados por estos actores suelen ser informales y de utilidad solo para la puesta en marcha de un objetivo específico o para concentrarse en la ampliación del margen de legitimidad del que gozan las instituciones públicas, pero no en la garantía de procesos integrales planeados de acuerdo con las particularidades contextuales. Aquí es de resaltar las acciones ejecutadas por las Juntas de Acción Comunal y Asocomunal, que transfieren recursos informativos sobre el estado de las comunidades a las agencias de gobierno, con la finalidad de coadyuvar a la socialización de las líneas estratégicas que serán implementadas a futuro y, las iniciativas de las asociaciones de productores que posibilitan el dinamismo de los sistemas alimentarios en el territorio, a pesar de que sus operaciones estén transversalizadas por problemáticas estructurales como los bajos niveles de asociatividad para la producción y la comercialización de alimentos, la discontinuidad en los procesos adelantados por las entidades gubernamentales para el ejercicio de acciones concretas y los criterios de priorización y selección de beneficiarios que en ciertas ocasiones dejan por fuera a algunos de sus miembros.

Dicha razón, hizo que fueran percibidas debilidades en el papel de intermediación que deben tener los gobiernos municipales, como articuladores entre los diversos sectores y

un bajo grado de intersectorialidad que no permite el establecimiento de intercambios rutinarios y reglamentarios de recursos entre las instituciones de la sociedad civil y la administración pública. Frente a esto, solo en Oriente (Guatapé) se observó un proceso participativo de planeación del territorio que logró permanencia en el tiempo, contribuyendo con capacidades instaladas al despliegue de trabajos articulados para la promoción y la implementación de buenas prácticas de crianza, alimentación y nutrición con el Movimiento Niño, desde la década de los noventa hasta la actualidad. En subregiones como Suroeste, Occidente, Bajo Cauca, Urabá, Valle de Aburrá (Girardota) y Norte (Yarumal) se evidencian numerosas organizaciones creadas con apoyo gubernamental, en las que se comparte información, asesoría técnica y recursos financieros, las cuales no han sido vinculadas de forma clara a la red de política para reforzar los procesos de comercio local y regional.

Muestra de esto es que en la totalidad de subregiones, las mesas, los consejos y comités que deben operar como órganos para la discusión de las acciones en materia alimentaria y nutricional, no están nutridos con la presencia de la sociedad civil para el diseño y la formulación de propuestas que estén direccionadas hacia las problemáticas percibidas por las fundaciones, corporaciones o asociaciones, sino que actúan como espacios para la socialización y el seguimiento concomitante a los procesos que ya están siendo implementados y que fueron adoptados de los actores nacionales y departamentales o que se suscriben a los planes de desarrollo municipales. Por tal motivo, se posicionan como actores periféricos con muy bajo nivel de incidencia y poca capacidad de agencia en función de la materialización de las PPAN, con intercambios informales para la provisión de recursos informativos en procesos de consultividad.

Otro de los inconvenientes en la materialización de los lineamientos de política, en relación a la sociedad civil es que en las regiones de Bajo Cauca, Urabá y Occidente es evidente la falta de garantías para el alcance de los enfoques étnicos (indígenas y afro), por lo que los programas pensados a nivel departamental, en numerosas oportunidades riñen con la autonomía alimentaria y la soberanía territorial de estas poblaciones, contrariando las prácticas tradicionales de producción agropecuaria y de consumo de alimentos. Generalmente, este tipo de actores eran tomados como obstaculizadores por las administraciones en la consecución de objetivos de política, pues no son afines a mecanismos de acción como las formas de control de peso, el seguimiento a gestantes y lactantes o debido al rechazo para disponer de alimentos procesados y ultraprocesados dentro de los programas alimentarios como el PAE. Sin embargo, se evidenció que el fortalecimiento y el reconocimiento de los saberes ancestrales es una potencialidad para la transformación de los sistemas de gobierno actuales, debido a que se afirma que la estatalidad no posee los recursos necesarios para instaurar relaciones intersectoriales de forma unívoca.

Las relaciones intersectoriales nombradas por estos actores son propiciadas gracias a la descentralización de funciones para la atención poblacional hacia entidades nacionales,

con las que aúnan esfuerzos para la obtención de recursos económicos y humanos. Por tanto, dichas entidades fueron identificadas en las nueve subregiones de Antioquia como un puente para la coordinación y la complementariedad de las dinámicas asistenciales, ya que instituciones como los hospitales municipales, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Instituto Nacional y Departamental de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER e INDEPORTES), fueron mapeados como los principales aliados para el establecimiento de gestiones frente a la sociedad civil, ya sea porque sus funcionarios son identificados como los sujetos que encarnan la política pública (como es el caso del personal de los Centros de Atención Integral, las madres comunitarias, enfermeras, nutricionistas, entre otros) o porque llevan a cabo trabajos rutinarios a partir de la entrega de complementos alimentarios, la puesta en marcha de jornadas de salud y de promoción de estilos de vida saludable. Este tipo de intervenciones cuentan con el mayor reconocimiento por parte de los sujetos de derechos, por lo que, además de los recursos aludidos anteriormente, son la principal fuente de legitimidad de las instituciones públicas.

Usualmente, los actores descentralizados están supeditados a las disposiciones del gobierno nacional o departamental, por lo que no tienen la potestad de llevar a cabo gestiones que propendan por la intermediación, para la inclusión de actores de tipo asociativo o privado a las redes de política. Pero en subregiones como Oriente, Occidente, Bajo Cauca, Suroeste y Norte se mencionó la participación de corporaciones como CORANTIOQUIA, CORNARE y CORPOURABÁ, además de instituciones de caridad como la Pastoral Social, la Iglesia Católica y los hogares Pan y Vida, que normalmente no se encuentran articuladas con los gobiernos municipales, sino que ofician sus trabajos de manera independiente. Los recursos provistos por estos son informales y usados para la creación de medios de intervención social o la identificación de las potencialidades de los territorios, que sirven de marco para la realización de mediaciones comunitarias, a través de procesos investigativos. Cuando estos actores se vinculan con la administración para el desarrollo de diagnósticos situacionales o la ejecución de un proyecto social como el de huertas familiares, son tomados como aliados para la transferencia de recursos humanos e informativos, que robustecen las redes de gestión social.

El tercer patrón de comportamiento que se expresa en las redes, es que algunos actores privados, principalmente las empresas extractivistas de recursos (EPM, con proyectos como Hidroituango; ISA; Ecopetrol) y las entidades bancarias y comerciales, aunque no participen activamente de la red de política tienen influencia en el desarrollo de la SAN. Las primeras en subregiones como Bajo Cauca, Magdalena Medio y Occidente, en las que cumplen un doble rol, pues son reconocidos por los funcionarios como actores protagónicos en un modelo de desarrollo abocado hacia el crecimiento, con base en la explotación de recursos naturales no renovables, condicionando aspectos como el uso de los suelos para la siembra y el cultivo de los alimentos, pero a su vez generan excedentes a partir de las regalías, los

cuales son destinados a la mejora del espacio y a planes de atención comunitaria, por lo que la mayoría de las asociaciones los perciben como obstaculizadores para el fortalecimiento agropecuario. Es importante destacar el accionar de EPM, por los efectos de megaproyectos como Hidroituango en los recursos naturales, las actividades productivas y los imaginarios de las poblaciones. Por otro lado, en relación con Hidroituango, los productores mencionan que la construcción del proyecto ha disminuido las oportunidades de obtener bienes para la comercialización.

El papel desempeñado de los demás actores privados, es decir, las entidades bancarias, comerciales y las cajas de compensación familiar, es diverso, pues mientras entidades como el Banco Agrario de Colombia, las plazas de mercado mayoristas y minoristas y los productores agropecuarios, ejercen funciones directas que contribuyen a los ejes de comercialización y distribución de alimentos a través del establecimiento de canales de intermediación, la entrega de insumos para la siembra y la ampliación de la red desde la vinculación de distribuidores de otros municipios, zonas del departamento o entidades de orden nacional debido a que varios procesos de distribución se dan a nivel interdepartamental; otros actores como los pertenecientes a las cajas de compensación familiar solo hacen presencia en la red desde la dádiva de subvenciones que son paralelas a las brindadas por los miembros del Estado. Siendo así, los recursos que proveen son visibles en forma de paquetes alimentarios, kits escolares, formación en estilos y hábitos de vida saludable y, en ciertas ocasiones, con campañas direccionadas a la mejora del estado de salud de los habitantes de las subregiones, por ejemplo, desde jornadas de vacunación. La orientación de estos intercambios dista de ser rutinaria por lo que se convierten en actores periféricos en la red de política departamental.

Finalmente, dentro de las redes de política subregionales se identificó un cuarto patrón de comportamiento, el cual se hace visible en la participación de actores académicos y de miembros de entidades de cooperación internacional como garantes de la ampliación de la red política, hacia aquellos sectores que están siendo incluidos en la agenda pública, como orientadores en el diseño de planes de mediación social o como capacitadores de los operadores. Los primeros participan con recursos de conocimiento en el diseño e implementación de proyectos y cuentan con capacidad de incidir en las decisiones tomadas por entes públicos, especialmente en relación con las metodologías que deben ser aplicadas en el desarrollo de los proyectos, por lo que son considerados como claves en el territorio, en la unión de esfuerzos institucionales y comunitarios.

Además, existe una notoria incidencia de la academia a través de la educación formal, en la profesionalización de los habitantes de subregiones como Norte, Bajo Cauca, Urabá y Oriente y de instituciones como el SENA, que proporcionan la tecnificación de los recursos humanos vinculados al trabajo institucional, a partir de la operación y el apoyo a los programas alimentarios y nutricionales.

Asimismo, los actores de cooperación internacional coadyuvan a la cualificación del personal comunitario, con fines de tramitar las capacidades sociales en la ejecución de proyectos públicos. Esto es más visible en los lugares donde se ubican los Espacios Territoriales para la Capacitación y la Reincorporación (ETCR), en el marco de la transición a la paz y los procesos migratorios, no solo desde la educación, sino también desde la provisión de insumos para dar viabilidad a proyectos productivos y de asociatividad en subregiones como Occidente, Bajo Cauca, Urabá, Suroeste y Nordeste, donde la administración ha tenido que realizar una ampliación de la oferta pública para suplir las necesidades requeridas en el marco de estos procesos.

En este sentido, actores como la FAO; OIM; ONU, con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (U.S. Agency for International Development, USAID), y otras agencias de países como Noruega y España, establecen canales de intermediación entre la estatalidad y los grupos sociales vulnerables, para la atención de las necesidades básicas insatisfechas que los gobiernos municipales no están en capacidad de suplir de forma unívoca. Sin embargo, los recursos provistos por estas cuentan con orientaciones poco estables o informales, que no dan la posibilidad de medir los impactos creados en las comunidades o que derivan expectativas en los sujetos de derechos sobre la posible atención que deben recibir a futuro.

5.2.4. Agenda pública: identificación colectiva de problemas alimentarios y nutricionales departamentales.

En cuanto a las políticas públicas y su relación con la definición de problemas, uno de los primeros asuntos que vale la pena destacar, es que las políticas públicas son pensadas, formuladas e implementadas, incluso evaluadas, partiendo de un hecho clave, y es precisamente el modo como hayan sido definidos los problemas públicos a los que estas pretenden aportar una serie de soluciones. Otro aspecto que tampoco puede perderse de vista, es que estos problemas no son datos a priori, sino que son el resultado de una construcción social que adquiere forma en términos políticos y técnicos y dependiendo de diversos factores, pueden o no, ser puestos en consideración por actores con la suficiente capacidad de agencia, para adelantar un proceso de movilización que desemboque en su gestión. En ese sentido, la investigación, permitió hacer una identificación de los problemas públicos o la agenda sistémica asociada con la SAN existente en el nivel departamental, y este apartado será aprovechado para visibilizar y exponer esa agenda encontrada en Antioquia (Figura 9).



Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Agenda pública: identificación colectiva de problemas

Considerando que la agenda sistémica asociada a los problemas en SAN en el departamento es bastante amplia, y que en ella confluyen dificultades de distinto nivel y alcance, se empezará por enunciar una serie de limitantes que podrían ser considerados de orden estructural, dado que trascienden asuntos meramente prácticos. El primero de ellos está ligado a la precariedad en las condiciones económicas de la población en general y de manera más aguda en la población que habita los entornos rurales. Paralelamente, se deben destacar las condiciones deficitarias en acceso al agua potable y saneamiento básico, asuntos que les impiden a las comunidades gozar de la SAN. De hecho, resulta inverosímil en este caso hablar de SAN, cuando son tantos los municipios en los que la mayoría de población residente tiene sus necesidades básicas insatisfechas. A estas dos grandes cuestiones, se suman las altas cifras de desempleo y la falta de acceso a la tierra, o la frecuente situación de informalidad en la tenencia de esta, por parte de población campesina a la que no se le ha concedido nunca un título de propiedad.

Además de lo anterior, fenómenos como la violencia que se vive en el país, y la emergencia de múltiples disidencias de actores armados, han dado como resultado enormes cifras de población en condición de desplazamiento, lo que se ha conectado con una insostenible migración campesina a las grandes urbes, quedándose el campo en esa medida, con

muy poca mano de obra que labre la tierra y la produzca. Esto se ha enlazado al constante traslado de población cualificada a otras zonas en las que sea factible encontrar mejores oportunidades de empleo, ya que como es de esperarse, en una gran proporción de los territorios del departamento, es muy reducido el espectro de posibilidades laborales y de educación superior.

Siguiendo en la misma lógica de enunciación, y contrario a lo que podría creerse, temas de agenda que sí han tenido una relevancia en el contexto político, económico y social del país, como por ejemplo, las negociaciones de paz y el posconflicto, todavía no han tenido mucho que ver con este tema de SAN, en el sentido en que han sido muy pocos los territorios que lograron beneficiarse de la esperada recepción de recursos provenientes de estos procesos, y los que han sido priorizados gozan de procesos discontinuos que no presentan impactos evidentes para la sociedad civil. Asimismo, se encontró que hay un importante déficit en la realización de estudios actualizados, que logren, en efecto, dar cuenta de la real situación en la que se encuentra la SAN en Antioquia.

En este capítulo, se deben señalar además los que fueron considerados en los territorios como problemas estrictamente alimentarios y nutricionales en las comunidades, tales como, los malos hábitos alimentarios que conducen a la población a distintas formas de malnutrición. Por otro lado, la inseguridad alimentaria en niños, niñas y madres gestantes y lactantes, al igual que los altos indicadores de desnutrición a nivel rural y el sobrepeso urbano, este último con una inquietante tendencia al aumento. Se debe subrayar, incluso, el permanente acceso de la población a fuentes alimenticias que proveen energía, pero que tienen un escaso contenido a nivel de proteínas y minerales, lo que puede inducir el fenómeno de doble carga de la malnutrición y, como último agente, se puede declarar la ingesta de alimentos en descomposición, procesados y ultraprocesados, que han modificado los patrones de consumo y las prácticas alimentarias de los pobladores de estos territorios, afectando, a su vez, procesos como el de la producción y comercialización de alimentos en las municipalidades.

En la agenda pública es fundamental, además, visibilizar la relevancia de lo político y lo social como condicionantes de la SAN. En Colombia “buena parte de la mala calidad de las políticas públicas se explica porque no hay una rigurosa definición del problema y, en esa medida, se incrementa la incongruencia de las soluciones propuestas” (4), resulta útil al momento de identificar los problemas, concederles esa condición que poseen de multicausales y multidimensionales, entendiendo que partir de esta premisa permite ir más allá de aspectos que son elementales al momento de identificarlos, para dar paso a aquellos que tienen una relación directa pero que a veces no es posible conectar de antemano. Algo similar ha ocurrido en esta oportunidad, donde una serie de factores sociales y políticos han pasado a convertirse en problemas directamente vinculados con el estado de la SAN en el departamento.

Para comenzar, emerge la ausencia de liderazgos desde los que puedan ser gestionados los proyectos en materia con las instituciones gubernamentales garantes, y la limitada participación social en lo concerniente a la actualización de las PPAN. Esto, siendo un efecto de que las mismas organizaciones sociales y sus respectivos líderes no hayan incluido la temática como uno de los temas fuertes de gestión y seguimiento. Análogamente no puede desconocerse un hecho puntual y es, básicamente, que en la agenda institucional, gubernamental y política, temas como el de SAN han sido puestos en consideración de forma incipiente, pues a pesar de que son incluidas acciones puntuales para su tratamiento, las mismas no se han territorializado de manera adecuada para el mayor aprovechamiento de los recursos.

Aunado a lo anterior, la participación de las comunidades en los espacios y órganos de intervención en relación con las PPAN, es débil debido a la falta del aprovechamiento de la capacidad de agencia que poseen dichos sujetos. En tal sentido, las administraciones no tienen en cuenta la potencialidad de los actores sociales para diversos aspectos, como la definición de los problemas públicos o la evaluación de las alternativas de solución propuestas para los mismos. Sin embargo, hay hechos que no pueden ignorarse como es, en algunas oportunidades, el desaprovechamiento por parte de las comunidades, de talleres, capacitaciones, eventos y otras actividades promovidas desde las mesas de SAN, donde se trata de acompañarlos y orientarlos sobre la adopción de buenas prácticas alimentarias soportadas en el consumo de productos locales.

En términos de esa agenda sistémica, los problemas públicos suficientemente ilustrados por los participantes pueden agruparse asimismo en aquellos asociados a los lineamientos y las PPAN, en este conglomerado, básicamente los actores mencionaron el hecho de que dichas políticas no son correctamente territorializadas, sino, que son a lo sumo modelos extranjeros transferidos y replicados sin que haya mayores consideraciones al respecto. En esa misma lógica, se señaló la estructuración de programas desde arriba como una de las principales variables para que no funcionen.

Además, es importante mencionar la ausencia de programas y proyectos con enfoque diferencial, especialmente de pertenencia étnica, género y discapacidad como uno de los miramientos que, de ser tenidos en cuenta, mayores beneficios podría reportar a los programas y proyectos emprendidos. En este punto también se destacaron aspectos, como la insuficiente cobertura de los programas de alimentación dirigidos a la población de personas mayores y la evidente sobre priorización que las entidades encargadas, han aplicado a los programas dirigidos hacia la primera infancia y de orden nacional como el de alimentación escolar.

Por otro lado, se indicó el desconocimiento generalizado que ha podido constatarse en la población, sobre la existencia y el contenido de políticas y lineamientos en términos de

SAN aprobados en instancias tanto municipales como nacionales. Saltaron a la vista otros asuntos de corte estructural, como la entrega y priorización de beneficios alimentarios a la población, poniendo como prerrequisito el respaldo político, y la poca o ninguna articulación de programas como el de huertas caseras, con sectores tan estratégicamente importantes, como el educativo.

Además de las cuestiones expuestas, en el departamento se cuenta con un territorio particular que impone retos a la SAN. Entre los problemas más destacables vinculados con condiciones territoriales, se tienen, la carencia de estrategias y acciones que favorezcan la conectividad de los territorios, la cual de por sí, es ya una condición que ha encontrado serias limitantes debido al mal estado de las carreteras terciarias, sobre todo, que no logran ser priorizadas en los procesos de restauración. En esta sección, hay lugar además para enunciar ocasiones en las que ha habido lugar a reubicación de poblaciones en territorios que no son aptos para el desarrollo de actividades agrícolas. Pero algunas de las dificultades más significativas, son aquellas que están relacionadas con la dispersión territorial y los problemas de desconcentración de los servicios sociales a causa de factores geográficos, pues se presentan como un reto para la puesta en marcha de programas públicos en territorios alejados y también, la movilidad de la sociedad civil hacia las áreas urbanas.

Asimismo, en el campo de la agenda pública se tiene un acompañamiento y respaldo institucional incipiente. En el estudio se encontró que otra de las enormes fallas tiene que ver con la frágil institucionalidad gubernamental en el sector agropecuario, lo que ha sido un claro impedimento para que los productores puedan contar, en la mayoría de los casos, con los mínimos recursos que requieren para adelantar sus labores agrícolas. Adicionalmente, esta ausencia institucional ha sido la causante de que los productores se vean mucho más vulnerables a fenómenos como la quiebra y el embargo de predios a manos de entidades bancarias. A parte de esto, la población aduce que dicho acompañamiento institucional no ha llegado a convertirse en una robusta presencia en los hogares, que consiga agenciar una educación alimentaria y que minimice los malos hábitos alimentarios. No puede, entonces, obviarse la insostenibilidad de los procesos y proyectos que no adquieren la continuidad ínfima para alentar el despliegue de nuevas iniciativas. Y no se dejan de incluir acá los limitados recursos humanos con que se cuenta para hacerle frente a los retos y labores que exige trabajar en pro de la seguridad alimentaria y nutricional de un departamento como Antioquia.

Por último, se identificaron otros problemas públicos como los asociados a factores culturales, y correspondientes al cuidado del medio ambiente, pero que también redundan o son determinantes en el ámbito de la SAN, caben aquí la existencia de hábitos tradicionales o culturales que acotan o restringen las buenas prácticas alimentarias, la prevalencia de imaginarios sociales que no están conectados con hábitos alimentarios saludables y el poco interés de la población para dedicar tiempo y energía en la preparación de alimentos

saludables. En otro orden de cosas, hay lugar para problemas como las contingencias presentadas en proyectos como Hidroituango y su funesto impacto en el estado de los ecosistemas naturales. Juegan aquí un rol contundente la contaminación de agua a causa de la mala disposición de agroquímicos y el auge agro-minero. Concerniente a los problemas asociados al inadecuado manejo de agroquímicos y disposición de residuos, los actores pudieron identificar los constantes casos de intoxicación con agroquímicos, el manejo inadecuado de basuras, los altos precios en la prestación de servicios como la recogida de basuras y el suministro de energía pública, esto integrado a la constante desatención de los reclamos realizados a las entidades competentes, de regular los precios para hacerlos mucho más justos y equiparables. En última instancia, cobró también relevancia la poca familiaridad que tiene la población con costumbres amigables como la reutilización de residuos, el reciclaje y la consiente disposición de residuos.

5.3. Discusión

En términos de la reglamentación de las políticas públicas asociadas a la SAN en Antioquia, aún se tienen importantes retos a los que hacerle frente, dado que, como pudo observarse en esta investigación, hay una amplia proporción de municipios que aún no cuentan con los instrumentos de autoridad suficientes y necesarios para viabilizar, soportar y respaldar el despliegue de acciones que estén orientadas a garantizar la SAN de sus poblaciones. De hecho, uno de los aspectos más notorios, y que debe ser resaltado, es que, en buena parte de los municipios priorizados en este análisis departamental, fue muy común encontrar algunos que solo contaban con lineamientos de orden nacional o departamental, para orientar el despliegue de acciones a través de las cuales se mejoraran las condiciones alimentarias y nutricionales de sus comunidades. Lo que es importante observar, es que el despliegue de esas acciones difícilmente logra darse en el marco de procesos de coordinación, coherencia y cohesión entre esos diversos niveles de gobierno y rara vez redundan en una convergencia de esfuerzos interinstitucionales para implementar los respectivos lineamientos de política.

Como se sabe, la descentralización ha sido uno de los mayores aportes que trajo consigo la Constitución Política de 1991 al país, con ella se les concedió a los entes territoriales, competencias y, en ese mismo sentido, autonomía para encarar el despliegue de múltiples acciones que, de acuerdo con las necesidades de sus territorios, fueran de imperiosa ejecución. No obstante, esa descentralización política, económica, y administrativa tan necesaria, se ha visto coartada por una enorme centralización nacional y departamental para la formulación y puesta en marcha, en este caso específico, de programas y proyectos concernientes a la SAN, y van desde la imposibilidad de los municipios para definir aspectos clave en la formulación y ejecución de proyectos y programas vinculados con la SAN y, en consecuencia, con la producción, distribución y comercialización sostenible y sustentable de alimentos.

Por otro lado, fue muy claro evidenciar que en algunos de los municipios del departamento que cuentan con PPAN, los procesos de actualización y reformulación de estas, presentan un escaso involucramiento y participación de actores de los diversos ámbitos de la sociedad, a saber, el Estado, la sociedad civil y el mercado, esto sumado al amplio desconocimiento que tiene la población del contenido de políticas y lineamientos en materia.

En relación con los diferentes lineamientos y políticas alimentarias y nutricionales existentes a nivel municipal, se encontró que muchos únicamente perviven como una manera para sustentar formalidades que son inoperantes en el marco de la realidad, ya que no hacen las veces de instrumentos que potencien las capacidades presupuestales, administrativas e incluso políticas de los entes territoriales, para que estos puedan afrontar y tramitar sus problemáticas alimentarias y nutricionales.

Por lo que se refiere a las acciones vinculadas con la SAN, que se despliegan en el marco de los lineamientos y políticas públicas existentes en la actualidad en los diferentes municipios del departamento, es necesario apuntar que están encuadradas en beneficiar sobre todo a grupos poblacionales específicos como el de los niños y el de las personas mayores, obviando que la SAN debe ser garantizada a toda la población, sin importar si se encuentra situada en el campo o en la ciudad, y mucho menos incurriendo en algún tipo de excepción o discriminación fundamentada en razones de sexo, edad, etnia, o raza.

Otro asunto esencial evidenciado es la legitimidad; muchas de las acciones, planes, programas y proyectos que están conectados con los mismos lineamientos y PPAN, que actualmente se encuentran vigentes en algunos de los territorios, no gozan del suficiente respaldo de los habitantes; en muchos casos es común encontrar desconfianza, apatía y falta de credibilidad de los ciudadanos en las gestiones que desarrollan los servidores públicos de los distintos municipios, lo que en efecto genera dificultades o implica ciertos obstáculos para la implementación de políticas y el despliegue de acciones.

En consonancia con lo expuesto hasta aquí, se encontró que en materia de lineamientos y PPAN en Antioquia, muchas de las acciones no están respondiendo a los retos que la actualidad les supone a las comunidades, sobre todo conectados con la imperiosa necesidad de emprender la ruta hacia la generación de cambios civilizatorios, lo que hace más que necesario que se empiece a trascender en el accionar estatal, esa idea de suplir la mera provisión de complementos alimentarios entregados a la población considerada en mayor riesgo de vulnerabilidad.

Conforme al tema específico de agenda pública, se pudo corroborar según la información recabada, que en la mayoría de municipios del departamento no existe una agenda pública propiamente dicha en temas concernientes a la SAN, básicamente la población ha hecho una identificación de problemas que podrían, dadas las circunstancias, ser considerados de carácter público y luego del respectivo proceso de movilización o mediación ingresar a la

agenda gubernamental, no obstante por ahora todos hacen parte de la agenda sistémica gubernamental.

En relación con los problemas que yacen en la agenda sistémica departamental y que se esperaría puedan hacer el tránsito en términos de movilización, e ingresar a la agenda gubernamental para ser gestionados y conectados con la formulación de políticas públicas que los intervengan, se encontraron: asociados a factores de corte estructural, como la falta de acceso de un número importante de municipios al agua potable y el saneamiento básico; conectados con malos hábitos de consumo que desencadenan en fenómenos como la mal nutrición, la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad; vinculados con determinantes políticos, sociales y culturales, como la escasa participación y la poca movilización del tema, incluso por parte de líderes sociales que deberían estar posicionando el tema de la SAN en su discurso; unidos a factores institucionales, territoriales, de disposición de agroquímicos y residuos sólidos; y finalmente, ligados a las limitaciones que han encontrado los campesinos y productores para realizar una eficaz producción, distribución y comercialización de sus productos.

Considerando ahora que el agendamiento de problemas públicos es una de las fases del *PolicyCycle*, y que es una condición necesaria para que haya como resultado la formulación de una política pública, se hace necesario incluso, resaltar que en muchas ocasiones hay problemas públicos que ingresan a la agenda gubernamental y no necesariamente son traducidos al lenguaje de políticas públicas para ser posteriormente gestionados. De hecho, hay políticas públicas reglamentadas que no alcanzan a ejecutarse o implementarse, tal como se encontró en algunos municipios del departamento, que contaban con PPAN, pero a su vez referían menos acciones implementadas respecto a otros municipios sin política reglamentada. En los casos de agendamiento, formulación e implementación de políticas, hay otros factores en buena medida determinantes y son la voluntad política, la gestión de redes y el interés, compromiso y movilización de los actores potencialmente estratégicos que participan o aportan con sus recursos a la política pública.

Por otro lado, en cuanto a los factores endógenos y exógenos que condicionan las PPAN, se encontró que los conflictos relacionados con la tenencia de la tierra y el uso de los suelos (y en general de la riqueza natural), manifiestos en minería a gran escala, cultivos ilícitos, ganadería y agricultura con prácticas inadecuadas; en la expansión de las fronteras agrícolas y ganaderas hacia zonas estratégicas de protección ambiental; en la preponderancia de la producción agroexportadora y en el detrimento de la agricultura campesina de pancoger y para el abastecimiento local; en los procesos de urbanización, donde las rentas inmobiliarias priman sobre las agropecuarias, se constituyen, en conjunto, en una grave amenaza para la soberanía y SAN del territorio antioqueño. Estos conflictos ponen en riesgo la conservación de recursos estratégicos para las actuales y futuras generaciones; causan desplazamientos humanos y despojo de tierras; debilitan la capacidad de abastecimiento local de alimentos

y agua y, en general, obstaculizan la consecución de una seguridad alimentaria sustentable y sostenible.

Además de sortear una carrera de obstáculos durante la fase de producción -costos de los insumos, riesgos fitosanitarios y climáticos, robos de cosechas, por ejemplo, los pequeños y medianos productores agropecuarios, encuentran en la comercialización de sus cosechas un cuello de botella que, en muchos casos, hace fracasar los emprendimientos, lo cual desestimula las actividades productivas agrarias y favorece la migración campesina a los centros urbanos y su vinculación a economías ilegales. El déficit de conectividad vial y de comunicaciones; de bienes públicos para poscosecha, transformación y mercadeo; de información pertinente y el acceso a ella; de circuitos de comercialización más cortos, directos y justos, entre otros determinantes, concurren en la persistencia de esta problemática.

El desempleo y la estacionalidad e informalidad en el trabajo, son las características más visibles de la crítica situación en materia laboral y de ingresos económicos en los municipios. En esto, las actividades meramente extractivas (agrícolas y mineras) y las asociadas al turismo y al crecimiento urbanístico, no logran generar suficiente empleo estable y formalizado. Como consecuencia de esto, la migración campesina y la vinculación de labriegos a la minería ilegal y a cultivos ilícitos, trae decrecimiento en la agricultura tradicional y cambios en valores y costumbres. En general, esta situación laboral y de ingresos es un determinante fundamental para las situaciones, coyunturales y estructurales, de inseguridad alimentaria en Antioquia.

Los ambientes alimentarios están sufriendo un cambio radical, especialmente en las zonas más turísticas y urbanizadas (pero también en las rurales), como consecuencia del decaimiento de la producción para pancoger y el abastecimiento local, la deficiencia en canales públicos de mercadeo (plazas de mercado, mercados campesinos y otros alternativos emergentes) y el auge de las cadenas multinacionales de comercio al detal. Este cambio, apalancado por los poderosos dispositivos publicitarios y de distribución de grandes empresas y por la débil acción estatal en la regulación de esto y la catalización de otras opciones, han llevado al estímulo de prácticas de consumo que sustituyen alimentos locales (no procesados, frescos) por productos procesados y ultraprocesados, lo cual, de manera conjunta con otros componentes de los estilos de vida, está conformando nuevos problemas de salud pública y ambientales, como el sobrepeso, la obesidad y el aumento de volúmenes de basura no biodegradable, con los costos que implica la gestión de ambas situaciones.

En cuanto a las capacidades institucionales para propiciar procesos continuos en políticas públicas territoriales de SAN, no han sido desarrolladas suficientemente y, en general, los determinantes estructurales del hambre y la inseguridad alimentaria parecen rebasar la capacidad institucional actual para removerlos, o habiéndola en algunos casos, carece de

voluntad política para hacerlo; tampoco se ha construido una ciudadanía con el suficiente poder para impulsar o cogestionar con el Estado este proceso. Esto es clave porque mientras se observa una problemática cada vez más compleja, la institucionalidad gubernamental en esta materia, luce desarticulada y en proceso de desmantelamiento, mientras la ciudadanía, en términos generales, evidencia apatía y desconfianza ante las instituciones gubernamentales.

Finalmente, las características componenciales de la red, evidencian la preponderancia de actores gubernamentales de orden nacional, departamental y municipal en la configuración de las redes de política pública en cada uno de los municipios estudiados. Esta centralidad es muestra del debilitamiento de las relaciones intersectoriales entre los diversos ámbitos intervinientes en la política y la falta de intercambio de recursos informativos y de legitimidad entre los mismos. Lo anterior ha llevado a que originen dificultades frente a la obtención de insumos, ya que la aplicación de lineamientos se agota a la puesta en marcha de patrones de comportamiento poco contextualizados que no dan cabida a la implementación de propuestas o alternativas planteadas por los actores privados, económicos, asociativos o educativos. Adicionalmente, las relaciones intergubernamentales, presentan grados de desarticulación para el cumplimiento de la gestión administrativa debido a los pocos espacios para el encuentro y la toma de decisiones relacionadas con el contenido y la operatividad los programas alimentarios y nutricionales. Esto lleva a que en varias oportunidades se identifiquen reprocesos en la atención comunitaria, la focalización de los participantes y la duplicidad de tareas entre los sectores que direccionan y/o coordinan las políticas públicas.

La incidencia de los actores municipales en la toma de decisiones, en torno al tema alimentario y nutricional, presenta niveles medios-bajos. Esto se debe a que en los territorios se identificó una lógica de desconcentración de funciones en lugar de la descentralización. Dado lo anterior, no se cuenta con autonomía para la territorialización de los acuerdos municipales, ni de los programas de entrega de alimentos o de atención a las comunidades. Un ejemplo de esto es el funcionamiento del Programa de Alimentación Escolar en los municipios antioqueños, en el que, a pesar de los ambientes alimentarios diversos y las características heterogéneas de los participantes, se prescriben parámetros de atención homogéneos o los proyectos dirigidos a las comunidades étnicas, que en la mayoría de las ocasiones, van en contra de la preservación de las prácticas tradicionales de las producciones agropecuarias y el consumo de alimentos. Estas medidas no permiten que los programas de intervención comunitaria gocen del impacto debido en las comunidades, ni que los entes administrativos desplieguen las capacidades institucionales, puesto que no se desarrollan las habilidades de los gobiernos zonales para absorber sus responsabilidades, contextualizar los dictámenes legales o administrativos y operar de forma eficiente.

Falta de flujos estables en el intercambio de recursos provistos tanto por los actores sociales como institucionales. Esto aplica frente a los insumos económicos que permiten extender

la acción gubernamental a partir de la entrega de suplementos alimentarios y para los programas de salud y de atención a la población, en las diversas fases del ciclo de vida; los recursos informativos que son provistos a partir de capacitaciones y los implementos técnicos que ceden algunas entidades a las comunidades, para potenciar las labores ejecutadas con relación a los programas agropecuarios. Esta característica ha afectado la distribución de las labores para la atención poblacional y ha propiciado en mayor medida, el desperdicio de conocimientos y la falta de optimización de recursos que pueden ser destinados a la mejora de procesos que no han priorizados pero que fueron planteados como esenciales en la agenda pública.

5.4. Referencias Bibliográficas

1. Roth AN. Introducción al análisis de políticas públicas. Cuad Adm. 2003; 19(30):113–128.
2. Roth Deubel AN. Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora; 2002.
3. Murcia JA. Breves consideraciones sobre los límites y las posibilidades de las políticas públicas territoriales en Colombia. Rev Estud Cienc Política. 2012;(1):9–19.
4. Cuervo-Restrepo JI. La definición del problema y la elaboración de la agenda. En: Ensayos sobre políticas públicas. Universida; 2007. p. 151–65.



Capítulo 6

Conclusiones y aplicación de los resultados en la implementación, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2020-2031

6.1. Conclusiones del componente de determinantes sociales y económicos de la situación alimentaria y nutricional.

6.1.1. Características demográficas y socioeconómicas de los hogares y sus integrantes.

Los datos sociodemográficos permiten evidenciar que Antioquia es un departamento de profundas inequidades sociales y económicas, las cuales se expresan en las marcadas diferencias entre las áreas urbanas y rurales, y de la subregión del Valle de Aburrá, en donde se ubica el área metropolitana de la capital del departamento, frente al resto de las subregiones. En este sentido, se observó que la mayoría de los indicadores fueron más desfavorables para las subregiones más alejadas de la gran urbe y para el área rural. Esta situación refleja el rezago histórico al que han sometido las políticas de desarrollo de corte centralista a los territorios más apartados.

Las subregiones más alejadas presentaron las condiciones más precarias de habitabilidad de sus viviendas y menor acceso a algunos servicios domiciliarios. Aunque se destaca que la disponibilidad de agua en la mayoría del departamento fue alta, se evidenció que aún existe un alto porcentaje de hogares sin el servicio de alcantarillado, y que esta situación fue más evidente para el área rural, lo cual es un factor que profundiza la brecha de calidad de vida entre las áreas rural y urbana, así como entre la subregión de Valle de Aburrá respecto a las demás subregiones del departamento.

Uno de los propósitos del Plan Docenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Departamento de Antioquia (PPAN) es construir ambientes alimentarios saludables que permitan mejorar las prácticas alimentarias en los hogares y afrontar las diferentes formas de malnutrición que se presentan en la actualidad; además, se visualiza el hogar como ambiente gestor y formador de una alimentación saludable y sustentable. Sin embargo, un hogar no puede cumplir con este objetivo si no habita una vivienda considerada saludable y adecuada, se debe partir de la calidad en la estructura y las condiciones higiénico sanitarias, por lo que es necesario que el Departamento de Antioquia y los diferentes municipios destinen los recursos necesarios para mejorar la calidad de las viviendas de los antioqueños, a fin de disminuir el hacinamiento, mejorar la cobertura en disponibilidad de agua y de conexiones sanitarias adecuadas, principalmente en las áreas del departamento que más lo requieren.

La presente investigación también develó las difíciles condiciones socioeconómicas de los hogares del departamento, así como las inequidades de género, las cuales se reflejaron en que la mitad de los hogares no superaron el salario mínimo, por tanto, los bajos ingresos económicos, aunado al bajo nivel educativo y a empleos de baja calidad y estabilidad, limitaron el acceso a una alimentación saludable. La situación se torna más preocupante por el

hecho de que la mitad de los hogares tuvieron como jefe a una mujer, en quienes se observaron condiciones socioeconómicas más desfavorables, por cuanto presentaron bajo nivel educativo, ocupación predominante en oficios del hogar y percibieron menos de medio salario mínimo. Asimismo, un tercio de las familias que dependían de estas mujeres fueron de tipología extensa, lo cual aumenta la posibilidad de tener más personas a cargo. Todos estos aspectos configuran un escenario desfavorable para el logro de la seguridad alimentaria y nutricional de las personas.

Por tanto, un imperativo de justicia social es establecer programas y proyectos que protejan a las mujeres en su rol de madres, amas de casa, jefas de hogar, mujeres trabajadoras y cuidadoras, teniendo en cuenta las desventajas sociales, económicas y culturales que aún se observan y se reflejan en los resultados de este estudio, por cuanto los hogares liderados por mujeres presentaron más bajos ingresos y mayor prevalencia de inseguridad alimentaria y nutricional.

Asimismo, la estructura poblacional del departamento supone un gran desafío para las políticas sociales y, de forma específica, para aquellas relacionadas con la alimentación y la nutrición, dado que Antioquia presenta una tendencia más acelerada de envejecimiento de su población respecto al resto del país, aunado a la disminución en la población infantil, concentración de la mayor parte de la población en edades productivas y el incremento de los hogares unipersonales. Todos estos aspectos representan un reto a corto plazo para el diseño de nuevas formas de cuidado y de atención a la población. Ante esta situación, es necesario que los entes gubernamentales regionales y locales enfoquen sus políticas en la generación de estrategias para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional en las diferentes etapas del curso de vida, teniendo en cuenta sus características y de acuerdo con estas dinámicas poblacionales, tal como lo plantea el Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PPAN) 2020-2031, en la cuarta línea estratégica de protección social para la garantía del derecho humano a la alimentación saludable.

Por tanto, es necesario combinar las políticas de largo aliento con aquellas que abordan las necesidades inmediatas que vulneran a las personas y, de manera prioritaria, atender a los niños y jóvenes, en los que las consecuencias pueden ser irreversibles sino se actúa de forma oportuna. Se requiere fortalecer los programas sociales de alimentación y nutrición con un enfoque diferencial para grupos específicos como niños, adolescentes, adultos mayores y jóvenes rurales, asimismo, para los grupos étnicos. Igualmente, se deben implementar estrategias para promover la participación y permanencia de cada grupo poblacional y ampliar la cobertura, teniendo en cuenta que este tipo de programas hacen parte de las estrategias de acceso a los alimentos que los hogares utilizan en época de escasez. En este sentido, se requieren, de manera urgente, medidas para facilitar el acceso a los alimentos a toda la población, y que incluyan, entre otros mecanismos, incentivos para la compra de los diferentes productos alimentarios y el fortalecimiento y creación de bancos de alimentos.

Todo lo anterior, como ya se ha mencionado, debe ir enmarcado en la cuarta línea estratégica del PPAN.

Dado el estrecho vínculo entre las condiciones socioeconómicas y la seguridad alimentaria y nutricional, se hace necesaria la implementación de acciones intersectoriales que aborden de manera integral los determinantes estructurales que profundizan las inequidades sociales; en consecuencia, se requiere de un abordaje que trascienda estrategias desarticuladas y predominantemente asistencialistas. Es preciso que los planes de gobierno regionales y locales incluyan estrategias que permitan mejorar el acceso a la educación de niños y jóvenes, con el fin de contar con personas más preparadas para enfrentar el ámbito laboral, además de promover la creación de empleos estables y de calidad para los habitantes de la región, tecnificar la mano de obra, apoyar los pequeños emprendimientos y ofrecer herramientas a las familias para que puedan afrontar los altos niveles de inseguridad alimentaria reportados en el departamento. En este sentido, las primeras dos líneas estratégicas del PPAN (Producción y distribución sostenible y sustentable de alimentos) establecen la importancia de fortalecer la agricultura familiar para el autoconsumo como una forma de acceso a alimentos naturales nutritivos, seguros y culturalmente aceptados para toda la familia, y como una opción de comercialización que permite la obtención de ingresos extra, que a su vez contribuyen con el mejoramiento de la calidad de vida del hogar y a la garantía progresiva, estable y sustentable del derecho a la alimentación.

6.1.2. Seguridad alimentaria de los hogares

En Antioquia, las desigualdades económicas, entre ellas la distribución de la tierra; sociales; demográficas; y las formas de producir, distribuir y consumir los alimentos, explican las altas prevalencias de ISAH. Los hogares más vulnerables, además de ser pobres, habitan en las subregiones más marginadas en el área rural y en los espacios urbanos con condiciones socioeconómicas más deterioradas; están integrados por adultos y niños y por más personas, las viviendas están clasificadas en los estratos socioeconómicos más bajos, tienen menor acceso al agua y disponen de servicios sanitarios precarios. Tienen ingresos muy bajos y es alta la participación del gasto alimentario con respecto a los ingresos del hogar, a pesar de ello, el dinero dedicado a la compra de alimentos no es suficiente para adquirir una canasta de alimentos saludables. En estos hogares, los jefes de hogar y, de manera especial, las mujeres que cumplen este rol, presentan condiciones socioeconómicas desfavorables, entre ellas, nivel educativo bajo, están buscando empleo o cuentan con empleos precarios y pertenecen al Sisbén.

Las PPSANA y el PPAN 2020-2031, tienen como principal desafío garantizar la seguridad ali-

mentaria de los hogares más vulnerables, para ello, debe asegurar el derecho humano a la alimentación saludable para los habitantes del territorio antioqueño, y de manera especial para aquellos que tienen acceso limitado o no tienen acceso a una alimentación suficiente y de calidad, mediante programas y proyectos que contribuyan a disminuir las desigualdades económicas, sociales y demográficas y de esta manera contribuir a resolver asuntos estructurales, como el empleo y los ingresos de los hogares, el acceso a los servicios públicos, de manera especial al agua potable, y a los servicios de salud con enfoque de prevención. La promoción del tránsito de los integrantes del hogar por el sistema educativo, para que logren niveles académicos acordes con sus expectativas y capacidades y romper a mediano plazo el ciclo de pobreza e ISAN.

Como lo plantea el PPAN 2020-2031, se requiere de una oferta alimentaria proveniente de sistemas de producción, abastecimiento y distribución de alimentos sustentables, sostenibles, solidarios y equitativos, que posibiliten la adquisición de alimentos saludables a la población. Además, se debe favorecer que los hogares se conviertan en ambientes alimentarios saludables, seguros, sustentables, culturalmente aceptados y justos, que promuevan en sus integrantes una alimentación sostenible para alcanzar resultados beneficiosos y sostenibles de seguridad alimentaria y nutricional.

Las prevalencias de ISAH reportadas para el año 2019 se constituyen en la línea base para el control, seguimiento y evaluación del PPAN 2020-2031, dado que ellas muestran la magnitud, gravedad, distribución y los determinantes, económicos, sociales y demográficos que inciden en ISAH en las diferentes subregiones y los grupos más vulnerables. El seguimiento a las prevalencias de ISAH es necesario para comprobar la eficacia, eficiencia e impacto de los programas y proyectos establecidos en las siete líneas estratégicas del Plan, los cuales fueron diseñados con una visión integradora y con el propósito de introducir cambios en las formas de producir, distribuir, consumir y disponer de residuos alimentarios, para garantizar el derecho a la alimentación de todos los habitantes del territorio (1). De lograrse este propósito, de manera progresiva, Antioquia al 2031 habrá garantizado a sus habitantes el derecho a la alimentación, y por ende, la seguridad alimentaria y nutricional.

Los resultados sobre la SAH y sus determinantes sociales, económicos y demográficos, suministran evidencia para realizar estudios a profundidad que contribuyan a un mejor entendimiento sobre cómo innovar para resolver esta situación que se ha perpetuado en Antioquia. Muy importante que, en la línea estratégica de ciencia, tecnología e innovación para el sistema alimentario, bajo el enfoque del PPAN 2020-2031 y el PANA 2019, se realice el estado del arte sobre la producción del conocimiento, se discuta y establezca la agenda investigativa 2020-2031, la cual debe incluir, como un programa de esta línea, un sistema de seguimiento, control y evaluación del Plan. La evidencia científica será vital en la gobernanza territorial para la SAN.

6.2. Conclusiones del componente de evaluación del estado nutricional, según curso de vida.

6.2.1. Evaluación del estado nutricional por indicadores antropométricos.

La población antioqueña, de acuerdo con los resultados de este estudio, tiene exceso de peso debido a que desde los primeros años de vida se identificaron casos de niños y niñas con riesgo de sobrepeso, y a medida que se avanzó en los diferentes grupos de edad, se encontraron cifras de sobrepeso y obesidad altas, identificándose ya durante la vida adulta, prevalencias que superaron el 50%, es decir que uno de cada dos antioqueños se encontró con sobrepeso u obesidad.

Durante los primeros años de vida, la mayoría de población antioqueña presentó un estado nutricional adecuado por antropometría, sin embargo, en las poblaciones en condiciones menos favorables, como son los del área rural y estratos más bajos, se presentaron prevalencias mayores de riesgo de desnutrición y/o retraso en talla o riesgo de sobrepeso.

A medida que la población va creciendo, se empieza a evidenciar aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, dándose mayor proporción de sobrepeso en las adolescentes mujeres, y valores superiores de obesidad en los hombres adolescentes y en los pertenecientes a estrato dos. Entre los adultos de 18 a 59 años, los del área rural, las mujeres y los de mayor edad, fueron quienes presentaron las prevalencias de exceso de peso superiores, situación que los hace vulnerables a enfermedades y por ende a empeorar sus condiciones de vida.

Todo lo anterior exige la implementación de diferentes estrategias que de manera conjunta aporten a la solución de la problemática encontrada y que permitan alcanzar las metas trazadas para el país, de tal manera que el departamento pueda ser un territorio saludable y amigable con el medio ambiente.

6.2.2. Actividad física y comportamientos sedentarios

La alta prevalencia de niños, adolescentes y adultos en Antioquia que no cumplieron las recomendaciones de AF, sumado al tiempo excesivo que dijeron pasar los jóvenes frente a pantallas (televisor, computador, videojuegos, celulares, etc.) afectarán negativamente la salud de los antioqueños en el corto, mediano y largo plazo, si no se modifican estos comportamientos. Estos resultados señalan la necesidad de promover la AF en los habitantes del departamento y de crear más oportunidades para que las personas puedan ejercitarse.

6.2.3. Evaluación del estado nutricional por indicadores bioquímicos.

De los problemas públicos evaluados por el componente bioquímico del PANA, es importante resaltar que los resultados evidencian la coexistencia de problemas asociados a la ingesta deficitaria y excesiva de nutrientes o patrones dietarios no saludables; doble carga de malnutrición. Lo anterior se vio reflejado en el hecho de que fueron importantes las prevalencias de anemia en distintos grupos poblacionales y a la vez se evidenció la presencia temprana de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), asociadas a la nutrición y la alimentación.

Además de las prevalencias y proporciones reportadas para la población general, el componente bioquímico evidenció desigualdades en los indicadores de salud evaluados; en especial relacionadas con la posición socioeconómica (PSE), el área de residencia (urbano/rural) y el sexo. Dichas desigualdades pueden ser el reflejo de condiciones injustas y prevenibles (inequitativas), que deben ser atendidas por las políticas públicas.

El abordaje de la problemática alimentaria y nutricional, clásicamente se ha realizado desde una aproximación nutricionista. Sin embargo, en el contexto de la doble carga es importante trascender este enfoque y propender por brindar a la población patrones dietarios que aborden de manera conjunta los problemas asociados a las dietas inadecuadas y que a la vez sean sustentables (2); amparados en los derechos a la salud, la alimentación y la soberanía alimentaria. Esto implica incidir en todos los eslabones que impactan el acceso a la alimentación saludable para todos los grupos poblacionales: producción, distribución, ambientes alimentarios, entre otros.

De otro lado, desde el punto de vista de la anemia, es reconocido que las estrategias de intervención fundamentadas en suplementos y alimentos fortificados son efectivas para el manejo de la deficiencia de hierro. De hecho, la anemia y la anemia por deficiencia de hierro ha tenido importantes disminuciones en las últimas décadas a nivel global (3). Sin embargo, en el contexto del departamento de Antioquia, es importante realizar evaluaciones de la eficiencia de las estrategias planteadas (abordando el tema de las desigualdades), con el fin de avanzar en la solución del problema y reducir las cifras de prevalencia de anemia en todos los grupos poblacionales, con el objetivo de pasar de problema público moderado a leve (3), y en un futuro no muy lejano, erradicar esta situación del perfil de salud de los antioqueños.

Finalmente, las estrategias fundamentadas en suplementos nutricionales y alimentos fortificados deben atender la necesidad de abordar la doble carga de malnutrición. Por lo tanto, deben estar focalizadas solo a aquellos individuos que presenten las deficiencias nutricionales y en alimentos cuya composición y grado de procesamiento, no exponga al individuo al riesgo de ECNT asociadas a la alimentación.

6.2.4. Evaluación del consumo de alimentos

En Antioquia hay un claro desbalance en la alimentación: se encontró una mayor frecuencia en el consumo de alimentos con alta densidad de energía y baja densidad de nutrientes, y un bajo consumo de frutas, verduras, legumbres y semillas, lo que se traduce en bajo consumo de proteínas, un alto consumo de grasa saturada y pocas personas con ingesta adecuada de calorías (por exceso o por déficit), vitaminas, minerales y fibra. Estos resultados, en general, coinciden con lo reportado a nivel nacional y sugieren la presencia de una gama de patrones dietarios en la que coexisten carencias alimentarias y nutricionales, con perfiles alimentarios insalubres y desbalanceados que se alejan de las recomendaciones.

En consonancia con el fenómeno de la transición nutricional, se encontró un mayor consumo de alimentos naturales o mínimamente procesados en el área rural y en los adultos mayores y, por el contrario, mayor consumo de alimentos ultraprocesados en el área urbana y en los niños y adolescentes. Con el aumento del aporte calórico en la dieta de alimentos ultraprocesados se encontró una mayor densidad energética en la dieta y un mayor contenido de nutrientes, relacionados con la obesidad y las enfermedades crónicas (kcal/g, grasa total, grasa saturada) y, además, un contenido menor en la dieta de nutrientes protectores de estas enfermedades (fibra y potasio) y requeridos para la ganancia de masa muscular (proteína).

Se requiere trabajar en la construcción de un sistema alimentario más sano, cuidadoso del medio ambiente, equitativo y justo en la producción y comercialización de alimentos naturales y mínimamente procesados de forma diversa, evitando los alimentos ultraprocesados, para alentar la presencia de ambientes alimentarios saludables y sustentables en el departamento que promuevan una ciudadanía alimentaria más sana, como lo plantea el Plan Docenal Alimentario y Nutricional de Antioquia 2020-2031.

6.2.5. Maternoinfantil

De acuerdo con el Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia, la población maternoinfantil se caracterizó por una alta vulnerabilidad económica y social, que condiciona la seguridad alimentaria en el hogar y el estado nutricional del grupo maternoinfantil, reflejado en la presencia de doble carga de la malnutrición, donde coexisten el exceso de peso y deficiente estado nutritivo del hierro.

Los determinantes sociales, el exceso de peso, la anemia y las inadecuadas prácticas de lactancia materna, identificados en el grupo maternoinfantil, perpetúan el círculo del hambre

y la malnutrición, y generan efectos deletéreos e irreversibles en el ciclo de la vida, afectando el desarrollo cognitivo de la población infantil, la capacidad de trabajo, el nivel de ingresos, la salud de las generaciones actuales y futuras y el capital humano de nuestro departamento y del país.

Es imperante que la alimentación adecuada y suficiente se materialice como un derecho de todos los ciudadanos y con énfasis en las mujeres gestantes, las madres lactantes y los menores de 24 meses. El derecho a la alimentación, en el marco de la política pública, debe posibilitarles a las familias, oportunidades en la garantía de derechos civiles, políticos, económicos y sociales, que contribuyan a aminorar la desigualdad social, el desempleo y la pobreza, que afectan directamente la seguridad alimentaria y el estado nutricional.

En Colombia, las políticas públicas para mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil en hogares de estrato socioeconómico bajo, se han enfocado en subsidios y programas de complementación alimentaria, que alivian el hambre de manera temporal, pero poco contribuyen al empoderamiento de la familia para mejorar su situación alimentaria y nutricional. En este sentido, es relevante incrementar el nivel de educación de la mujer, ya que por esta vía no solo se logra que las madres estén más informadas respecto a la crianza, el cuidado de sus hijos y el hogar, si no que, además, se contribuye a mejorar el nivel de ingresos.

En el marco de las nuevas Rutas Integrales de Atención en Salud Materno Perinatales (RIAS-MP), los prestadores de servicios de salud deben garantizar el cumplimiento de la atención con calidad y calidez de la población materno-infantil, donde cobran relevancia las acciones de promoción de la salud como alimentación saludable; suplementación de nutrientes críticos, entre ellos el hierro; la vigilancia de la ganancia de peso de acuerdo con el estado nutricional preconcepcional; la recuperación de un peso saludable en el posparto, y el seguimiento del crecimiento y desarrollo desde el nacimiento y en los primeros años de vida, para alcanzar las metas del Plan Decenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Departamento de Antioquia.

Es necesario fortalecer los programas existentes, así como diseñar, implementar y evaluar proyectos contextualizados en alimentación y nutrición saludable y sostenible, desde diferentes ambientes alimentarios, donde la mujer y la familia se constituyan en sujetos activos y conscientes frente al autocuidado en el ciclo reproductivo, la transformación de prácticas alimentarias y, en especial, de las implicaciones de la crianza y el cuidado infantil.

La evidencia contundente del impacto de la nutrición en los mil días de vida demanda el desarrollo de acciones efectivas de atención y educación nutricional en el periodo preconcepcional, gestacional y posterior a la gestación; para alcanzar la modificación de factores de riesgo, asociados con la salud femenina y materno-fetal. Las intervenciones en educación nutricional deben ser acordes y coherentes con las características del grupo materno-infan-

til, requieren un abordaje interdisciplinario con capacitación al personal de salud y unificación de criterios. La educación nutricional no debe centrarse solo en la difusión de información acerca de los alimentos y sus nutrientes, sino que debe proporcionar las herramientas para reflexionar sobre las causas del problema, con el propósito de generar un cambio de pensamiento para llegar a una acción transformadora y al cambio de hábitos perdurables en el ciclo de vida.

6.2.6. Adulto mayor

La morbilidad encontrada en los AM de Antioquia corresponde a un perfil de enfermedades crónicas, en gran parte atribuible a inadecuados hábitos alimentarios y a inactividad física que, en conjunto, incrementan el riesgo cardiovascular. La alta frecuencia de comorbilidades no solo aumenta las demandas y costos de atención en salud, sino que lleva a polifarmacia, situaciones que se podrían evitar y controlar con una política centrada en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y con el desarrollo de servicios integrales para el AM donde la educación tenga un rol preponderante.

La malnutrición en los AM de Antioquia es considerable; prevalece el exceso de peso en contraste con el déficit, con diferencias importantes por sexo, edad y estrato socioeconómico. Esta es una problemática que amerita atención prioritaria porque compromete la salud y la calidad de vida de este grupo poblacional. Como tal, la malnutrición es el resultado de interacciones de procesos biológicos, económicos y sociales, razón por la cual merece ser abordada desde una perspectiva multifactorial, que permita modular las condiciones biológicas y ambientales, enmarcada en la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez y en el Plan Docenal de Salud para Antioquia, en la línea estratégica de protección social para la garantía del derecho humano a una alimentación saludable durante el ciclo de vida.

Los hallazgos de este estudio ratifican que los síndromes geriátricos, como la sarcopenia y la fragilidad, son más comunes en las mujeres, las personas mayores de 80 años y en condiciones socioeconómicas precarias, por lo que acciones que se dirijan a promover un envejecimiento activo y saludable y a mejorar las condiciones sociales y económicas, reducirían la dependencia, la disfuncionalidad, la morbimortalidad asociada y los costos de atención en salud. Para lograrlo se requiere fortalecer la cultura política como un elemento clave para la gobernanza, fomentando la participación de los AM en todos los espacios donde se tomen decisiones relacionadas con la seguridad alimentaria y nutricional, además de continuar promoviendo programas sociales y de alimentación y nutrición que apoyen a los AM más vulnerables.

La anemia y la altísima proporción de AM con valores bajos de vitamina D representan ries-

gos para la salud en este grupo poblacional, dada la relación con enfermedades agudas y crónicas, e incluso con la mortalidad. Esta problemática emergente lleva a contemplar estrategias intersectoriales como suplementación, fortificación de alimentos, campañas educativas y otras que se articulen al Plan Docenal de Antioquia, con el fin de mejorar estas deficiencias.

Diversos aspectos relacionados con la salud o la funcionalidad de los AM impiden alimentarse de manera adecuada, sin embargo, la mayor limitante para el acceso y el consumo de alimentos es la falta de dinero para comprarlos, aumentando así la inseguridad alimentaria y ocasionando deficiencias nutricionales; en este sentido, cobra importancia la línea estratégica del Plan Docenal de Antioquia dirigida a la producción y distribución sostenible y sustentable de alimentos, mediante la creación de huertas comunitarias para el autoconsumo, que al tiempo fomente la actividad física y mental y además facilite las redes de apoyo entre sus pares. Asimismo, esta problemática podría mejorarse con la línea estratégica de protección social para la garantía del derecho humano a una alimentación saludable, propuesta en dicho Plan Docenal.

6.3. Conclusiones componente de prácticas y simbolismos alimentarios.

Aunque en todo el departamento se producen alimentos tradicionales variados, que aportan al consumo local, ante las problemáticas que ponen en riesgo la agricultura sustentable, se hace necesario que el departamento reconozca e incentive la producción a pequeña escala para el autoconsumo y para garantizar la disponibilidad local de alimentos. Lo anterior cobra relevancia en situaciones coyunturales que se presentan en los municipios, relacionadas con el transporte, el conflicto armado o los desastres naturales, las cuales afectan la disponibilidad alimentaria en aquellos municipios con menor capacidad de autoabastecerse. En consonancia con lo anterior, en el Plan Docenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia 2020-2031 se ha reconocido la existencia de “sistemas productivos que vulneran la sostenibilidad ambiental” y “sistemas comerciales injustos y excluyentes de los pequeños agricultores familiares” y ha propuesto en sus programas, como elemento fundamental, “garantizar un uso más eficiente y responsable de los recursos tierra y agua” (1).

En todos los municipios se identificaron proyectos de huertas familiares, escolares y comunitarias, con diferentes niveles de desarrollo y distintos tipos de acompañamientos y liderazgos. Desde su variedad, todas representan una fuente de alimentos para el autoconsumo y en ocasiones para la venta de excedentes, lo cual contribuye al abastecimiento a nivel local. Por lo anterior, cobra relevancia la propuesta del Plan Docenal, de apoyar estos proyectos y a la vez, promover el comercio justo e incentivar la producción campesina a pequeña escala (1).

En los hogares del departamento permanecen prácticas de consumo alimentario tradicionales, a la vez que se han incorporado elementos modernos, sobre todo en las maneras de obtención, preparación y comensalismos y se han dinamizado los roles relacionados con la alimentación dentro del hogar. Por consiguiente, se hace necesario incorporar dentro de las estrategias orientadas a promover patrones alimentarios saludables y sustentables en el Plan Docenal, aspectos culturales relacionados con la alimentación, los cuales reconocen las prácticas de los sujetos y los sentidos atribuidos a los alimentos.

Se reconocen los restaurantes escolares como escenarios que favorecen una alimentación saludable y tradicional, que responden a las preferencias culturales de los niños y adolescentes, y las tiendas escolares, como lugares de oferta de alimentos no saludables para estos grupos, lo cual se articula con las iniciativas planteadas en el Plan Docenal, que buscan promover ambientes escolares para una alimentación saludable y sustentable (1).

6.4. Conclusiones del componente de análisis de redes sociales y mapeo de actores en políticas públicas alimentarias y nutricionales.

Para generar importantes transformaciones en materia de SAN en el departamento, se debe promover la reglamentación de PPLAN municipales, entendiendo que estas, al ser instrumentos de autoridad, permiten que haya una mayor ocasión de implementación de acciones, al tiempo que facilitan la instauración de programas y proyectos sostenibles, logrando que tengan un deseable grado de permanencia y continuidad.

Del mismo modo, la territorialización se debe considerar como uno de los factores más preponderantes para tener en cuenta en el despliegue de acciones para garantizar la SAN de sus poblaciones, debido a que a este proceso dinámico, marcado por la existencia de redes multifactoriales en los niveles local, departamental y nacional, logra conectar con las dinámicas locales e impactar de manera idónea las situaciones para las que son pensadas.

Por otro lado, se debe impulsar la descentralización y promover el adecuado desarrollo de las capacidades y competencias de los entes territoriales para diseñar, implementar, evaluar y rendir cuentas sobre las PPLAN, en aras de que estas estén cada vez más en coherencia con sus propias necesidades y puedan apostarle en mayor medida al aseguramiento de ambientes alimentarios saludables y sustentables, y a la protección social que garantiza el derecho humano a la alimentación saludable para sus poblaciones.

Así mismo, hay lugar para exponer las múltiples potencialidades que tiene la construcción de relaciones interinstitucionales e intersectoriales, e incluso la apuesta por procesos en los que se tenga por objetivo la gestión de redes, como estrategias que consigan impeler

de forma persistente la participación, consolidación de liderazgos y el involucramiento de actores de diversos ámbitos y sectores a escenarios en los cuales haya lugar para la problematización, discusión y tratamiento de temas concernientes a la SAN.

Adicionalmente, otro de los asuntos a los que hay que concederle mucha más importancia es al de la autonomía de los entes territoriales, una de las quejas constantes de los actores y la población en general fue precisamente que a nivel municipal las organizaciones, asociaciones y demás congregaciones no tienen voz y mucho menos incidencia para generar transformaciones que beneficien o mejoren las condiciones alimentarias y nutricionales de las comunidades, dado que, en los municipios, no se cuenta con autonomía administrativa ni presupuestal que les permita escuchar sus propuestas y en esa medida partir de ellas para ajustar las directrices departamentales o nacionales y ponerlas en coherencia con los retos y necesidades locales.

Otro asunto que se concluye es la necesidad de fomentar, desde las diferentes instancias gubernamentales, pero también desde las distintas organizaciones de la sociedad civil, y desde la misma población en general, la formulación de nuevas PPAAN que ayuden a dar trámite a los diversos problemas públicos que se tienen en los territorios, no solamente los asociados a la SAN de manera específica, sino todos aquellos que puedan ser identificados y agendados por la comunidad; lo anterior entendiendo que una de las formas más plurales de gobierno es aquella que administra y gestiona a través de políticas públicas, considerando que implica gobernar con sentido público y con voluntad política para propender porque las políticas sean operantes y, además, para tener la suficiente apertura, que permita vincular activamente en los diversos procesos a otros actores de la sociedad.

Además, en razón de que la legitimidad, el respaldo y la corresponsabilidad con los que la sociedad pueda apoyar las labores que lidera el gobierno, una de las principales conclusiones se relaciona con la gobernanza, (ese arte o manera de gobernar para el logro de un desarrollo económico, social e institucional que parte del sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil e incluso el mercado), es decir, la mejor ruta para gobernar en un escenario como el que se presenta en este estudio, cargado de desafíos y retos en los que los diagnósticos y determinaciones institucionales no son suficientes, se acompaña de un trabajo sinérgico y en red que representa unas posibilidades incalculables.

De acuerdo con lo observado, este escenario implica que las nuevas políticas públicas, y aquellas que estén siendo reformuladas, estimen o tengan en cuenta nuevos retos asociados con lo alimentario y nutricional, como por ejemplo, impulsar la adopción de hábitos alimentarios y nutricionales saludables en la población del departamento, propender por la autonomía alimentaria y soberanía territorial para los grupos étnicos del departamento de Antioquia, guiar la formalización de vínculos entre asociaciones ciudadanas y empresas cooperativas que hasta el momento han trabajado de manera informal, apostar por la

capacitación y actualización de servidores públicos y productores en cuanto a los requerimientos administrativos para trabajar en pro de la seguridad alimentaria y nutricional de la región, favorecer el desarrollo rural, y promocionar el crecimiento de actividades agropecuarias más competitivas y amigables con el medio ambiente.

Definitivamente, se ha encontrado que es necesario incentivar en la población la participación social y proporcionar espacios para que aflore, puesto que es a través de la participación social, la gestión de recursos y la consolidación de estructuras de movilización y repertorios de acción colectiva, que las redes existentes o las distintas formas de asociatividad pueden trabajar para impulsar e insertar en la agenda gubernamental diversos problemas públicos, que para este contexto específico estén vinculados con la SAN y con las formas en las que se están alimentando los antioqueños.

La principal dificultad ligada a la fase de implementación de políticas públicas es que, en muchas ocasiones no están vinculadas con problemas reales o se formulan para aportar soluciones a problemas que no han sido bien definidos, es por tal razón que una de las principales recomendaciones, previa a la formulación de políticas, es estimar la participación y la voz de los actores en el agendamiento del problema público, la forma en la que han concebido el problema, e incluso, las posibles soluciones o expectativas que guardan al respecto sobre cómo puede ser tramitado o intervenido por el gobierno.

Finalmente, y dado el reconocimiento de múltiples problemas públicos por parte de los habitantes del departamento, es muy importante, necesario y recomendable que se inicien diferentes procesos participativos de actores miembros de los diversos sectores y ámbitos de la sociedad, para avanzar en la priorización de los problemas insertos en esta agenda sistémica y como consecuencia empezar a idear y construir estrategias a través de las cuales movilizar o mediatizar el tema, e insertar dichos problemas públicos conectados con la SAN en la agenda gubernamental.

Las recomendaciones de esta investigación se enmarcarán en los lineamientos establecidos en el Plan Docenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia 2020–2031, más específicamente las recomendaciones del estudio de los actores de las PPAN de Antioquia, se enmarca en los siguientes objetivos: Construir una gobernanza en red en la que el Estado y la sociedad civil logren coordinar acciones para el desarrollo de las políticas que transiten hacia un sistema alimentario saludable y sustentable y, fortalecer la capacidad de gestión de los municipios del departamento, para que logren la estructura institucional necesaria para mejorar su situación alimentaria y nutricional.

En el primer objetivo se definió en el Plan Docenal que una actividad esencial para la construcción de la gobernanza democrática y en red era precisamente la definición de los problemas públicos alimentarios y nutricionales de Antioquia. En este sentido, desde el componente de análisis de redes de políticas públicas y mapeo de actores se propone trabajar,

no solo en la configuración de la agenda con la identificación de estos problemas, sino, además, avanzar en la estructuración de la agenda sistémica como el primer insumo o la base de la que son seleccionados esos problemas que se espera posicionar e ingresar en la agenda gubernamental.

Ahora bien, se sabe que “La naturaleza pública de un problema no está dada de antemano, no es un dato de la causa, es como ya se enunció una construcción social y política. Así que la definición del problema es una fase de profundas connotaciones políticas” (4). Esta involucra actores de diversa índole, con perspectivas y concepciones heterogéneas sobre las circunstancias que viven, las cuales están al mismo tiempo permeadas por contextos cargados de subjetividad.

Por lo tanto, en lo que se refiere a las estrategias para acotar el asunto de la agenda y hacerlo un poco más claro, autores como Roth, indican que para que un problema sea considerado de carácter público debe presentar tres condiciones: en primer lugar, debe tener relevancia social, en segunda medida debe ser de competencia de una autoridad presente o futura y, finalmente, debe ser un problema susceptible de ser traducido al lenguaje de política pública (5). Por ende, y acogiendo dichos parámetros, podrían ser enunciados aquí algunos problemas que conseguirían dar pistas para la futura conformación de una agenda gubernamental en el nivel departamental en materia de seguridad alimentaria y nutricional, dado que hasta hoy, el tema de cómo se alimentan los antioqueños y la necesidad de hacerle frente a los retos asociados, no es uno de los propósitos sobre los que estén puestas las miradas, los recursos, y el interés de muchos de los sectores que deberían estar involucrados en ello.

Como resultado de este proceso investigativo, se consiguió precisamente recabar información que da cuenta de cómo los habitantes de los diferentes municipios y subregiones del departamento han avanzado en la identificación de una serie de acciones conectadas con el alivio de esos problemas que ellos han podido clasificar como públicos y que asimismo acusan, es necesario que se incluyan en la agenda gubernamental, en razón de que pueden favorecer el adecuado desarrollo de procesos a los que está supeditada la seguridad alimentaria y nutricional de la población que hace parte de sus comunidades. Uno de los principales aspectos que es perentorio resaltar en este sentido, es que esa identificación de acciones apuntó directamente a la intervención de fenómenos estructurales como, por ejemplo, la importancia de gestionar en los municipios asuntos tan primarios como el de acceso al agua potable y saneamiento básico, ya que contar con este servicio tendrá repercusiones positivas en el adecuado almacenamiento, disposición, preparación y consumo de los alimentos.

La necesidad manifiesta y urgente de educar a la población en temas de hábitos alimentarios, nutricionales y seguridad alimentaria fue otra de las acciones resaltadas, destacando

que, si bien los programas pensados y ejecutados sobre todo en términos de suministro de paquetes y complementos alimentarios pueden ayudar, poco o ningún efecto tienen cuando no logran conectarse con la sensibilización, formación y capacitación de la población a la que están dirigidos; será pues, mucho más complejo intervenir problemas públicos tan agudos como la desnutrición, mal nutrición y obesidad, solo abasteciendo alimentación adecuada, si la población que la recibe no ha acogido e interiorizado buenas prácticas alimentarias. Esto, claro está, sin dejar de velar y promover el despliegue de acciones para atender los casos de inseguridad alimentaria, y la implementación de estrategias que permitan contrarrestar los malos hábitos alimentarios en la población al garantizar el suministro de productos de calidad en los diversos programas y proyectos institucionales.

Adicionalmente, se ha podido encontrar que se estableció la urgencia de cualificar, tecnificar, apoyar y orientar a los diferentes productores y campesinos de la región, para que mejoren y le den valor agregado a sus productos, en aras de que puedan acceder al mercado, teniendo un mayor grado de competitividad. No obstante, esta no es la única consideración al respecto, asimismo se ha insistido en la necesidad de que el gobierno regule y controle las dinámicas de comercialización e intercambio para que puedan ser más justas y legales y que al mismo tiempo se le apueste a la creación y mantenimiento de escenarios de mercado en los que haya una conexión directa entre productores y compradores, que posibilite minimizar, o en el mejor de los casos, eliminar la presencia de intermediarios que tanto afectan las ganancias, rentabilidad y motivación para trabajar de los campesinos.

De manera semejante hubo otros aspectos referenciados por los participantes del proyecto de investigación, los cuales tuvieron que ver con el tema de conectividad; en este caso específico, se ha señalado la importancia de construir nuevas vías y restaurar aquellas que así lo requieran en diversos municipios, toda vez que, a nivel territorial y geográfico, algunas zonas del departamento encuentran verdaderamente complejo realizar el traslado de sus productos agrícolas para su posterior comercialización.

Por último, en esta materia ha emergido la cuestión de trabajo colaborativo, interinstitucional e intersectorial que contribuya a la optimización de la calidad de los productos que generan los campesinos. El factor sinérgico y de trabajo conjunto es necesario en este caso para asegurar el avance y el éxito de los procesos; se destaca acá cualquier tipo de asistencia vinculada con la asesoría, el control de la calidad y la orientación con la que puedan colaborar instituciones con mayores conocimientos técnicos.

Todo lo anterior cobra sentido cuando se entiende que, proveer a los productores de insumos para el cultivo de las tierras y el trabajo agropecuario, sin trabajar en garantizarles medios y escenarios de producción y comercialización adecuados a sus capacidades, o que permitan potenciarlas significativamente es, de hecho, emprender programas o proyectos descontextualizados, destinados al fracaso, o que no van a generar resultados sostenibles y

coherentes con las condiciones de la población de campesinos y productores.

Situado en último lugar, pero no por eso menos importante, uno de los aspectos a tener en cuenta está relacionado con lo imprescindible que es territorializar las acciones de política que se emprendan; en ocasiones ocurre que se transfieren programas o proyectos de un territorio a otro sin mayores consideraciones, y esto finalmente ocasiona que no se alcancen los resultados esperados y se incurra únicamente en el desperdicio de recursos públicos. En una dirección parecida se incluye la importancia de diseñar proyectos y transversalizar en la gestión gubernamental el enfoque diferencial; para el caso de las acciones de políticas alimentarias y nutricionales se ha hecho un especial llamado a incluir enfoques tales como pertenencia étnica, género, discapacidad y ciclo de vida.

Lo que puede decirse en esta instancia es que estos problemas y acciones priorizadas por los actores, no necesariamente son coherentes con la agenda que ejecutan en los municipios las administraciones, de hecho, muy poco de lo aquí condensado está proyectado o es en efecto materializado a través de las acciones que se han trazado en la agenda gubernamental, esta puede decirse que opera para tener injerencia y tramitar asuntos de urgencia, uno de los más comunes fenómenos de la gestión estatal: concentrar esfuerzos y recursos para mitigar eventos que representan urgencia y dejar relegado el tratamiento de condiciones o problemáticas estructurales y que implican la deconstrucción de imaginarios colectivos o construcción y promoción de nuevas dinámicas o culturas.

El principal reto de la gestión gubernamental está precisamente en poder atender ambas, ya que ese trabajo concomitante es el que garantiza resultados acertados junto con su permanencia y sostenibilidad. El reto de la ciudadanía es dinamizar e insertar este tipo de temas a través de medios como la movilización, la mediatización y la mediación, para que sean incluidos en la agenda gubernamental y las acciones que desarrolla el gobierno apunten efectivamente a mitigar todas las problemáticas que han sido, en buena medida, ilustradas en el Capítulo 5.

6.5. Referencias Bibliográficas

1. Gobernación de Antioquia, Universidad de Antioquia. Resumen ejecutivo del Plan Docenal de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Antioquia 2020-2031. Medellín; 2019.
2. Mozaffarian D, Rosenberg I, Uauy R. History of modern nutrition science-implications for current research, dietary guidelines, and food policy. *BMJ*. 2018;361:1-6.
3. Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, Wulf SK, Johns N, Lozano R y col. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood J*. 2015;123(5):615-25.
4. Cuervo J. La definición del problema y la elaboración de la agenda. En: *Ensayos sobre políticas públicas* Universidad Externado. 2009. p. 151-65.
5. Roth Deubel AN. Introducción al análisis de políticas públicas. *Cuad Adm*. 2003;19(30):113-128.

Perfil alimentario y nutricional de Antioquia 2019

Documentos anexos

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional - MANÁ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Escuela de Nutrición y Dietética



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



PIENSA EN GRANDE

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1.** Alimentos que hacen parte de los grupos de alimentos del subcomponente de adquisición
- Anexo 2.** Lugares o formas de adquisición de alimentos
- Anexo 3.** Tipo de etiquetas que puede presentar un PAEBNA
- Anexo 4.** Cajas modelo empleadas en la encuesta de etiquetado nutricional de productos alimentarios empacados y bebidas no alcohólicas (PAEBNA).
- Anexo 5.** Medidas antropométricas aplicadas a cada grupo poblacional.
- Anexo 6.** Clasificación antropométrica del estado nutricional de niños y niñas de cero a cinco años.
- Anexo 7.** Clasificación antropométrica del estado nutricional de niños, niñas y adolescentes de cinco a 17 años.
- Anexo 8.** Clasificación antropométrica del estado nutricional para adultos de 18 a 60 años de edad, según el índice de masa corporal (IMC).
- Anexo 9.** Perímetro de cintura para adultos de 18 a 60 años.
- Anexo 10.** Clasificación del índice de masa corporal en adultos de sesenta y más años, según Organización Panamericana de la Salud.
- Anexo 11.** Clasificación del perímetro de cintura, asociado a complicaciones metabólicas.
- Anexo 12.** Valores de referencia para normalidad de la circunferencia braquial, por edad y sexo, según National Health and Nutrition Examination Survey NHANES III.
- Anexo 13.** Perímetro de pantorrilla para la evaluación del adulto mayor
- Anexo 14.** Clasificación del IMC pregestacional
- Anexo 15.** Clasificación del estado nutricional de la embarazada, según índice de masa corporal y edad gestacional.
- Anexo 16.** Puntos de corte de perímetro de brazo y pierna media en mujeres gestantes y lactantes.
- Anexo 17.** Rangos permitidos según medida y grupo poblacional evaluado
- Anexo 18.** Variabilidades permitidas para las medidas antropométricas
- Anexo 19.** Cuestionario Mundial sobre actividad física de la Organización Mundial de la Salud.
- Anexo 20.** Cuadro de los Municipios elegidos y sus características.

- Anexo 21.** Ejemplo de guion de un grupo de participantes
- Anexo 22.** Encuesta de caracterización de los participantes
- Anexo 23.** Técnicas realizadas por grupo etario en cada municipio
- Anexo 24.** Técnicas realizadas en el área rural y urbana de cada municipio
- Anexo 25.** Sistema Categorial utilizado en el análisis de la información
- Anexo 26.** Ingreso desde el servidor
- Anexo 27.** Ingreso y ejecución de encuestas en el aplicativo (bioanalistas)
- Anexo 28.** Ingreso y ejecución de encuestas en el aplicativo (encuestadores)
- Anexo 29.** Sincronización y exportación de respuestas en el aplicativo
- Anexo 30.** Cuestionario del Perfil alimentario y nutricional de Antioquia 2019
- Anexo 31.** Manual del supervisor
- Anexo 32.** Manual del crítico del dato
- Anexo 33.** Manual del encuestador
- Anexo 34.** Manual del encuestador de consumo de alimentos
- Anexo 35.** Manual del bioanalista
- Anexo 36.** Libro de códigos de alimentos para el encuestador de consumo
- Anexo 37.** Formato de registro de control diario de información para encuestadores, nutricionistas y bioanalistas (F1)
- Anexo 38.** Formato de registro de control de la información del supervisor por municipio (F2)
- Anexo 39.** Formato de cobertura total por subregión (F3)
- Anexo 40.** Aval del comité de bioética
- Anexo 41.** Consentimiento informado general
- Anexo 42.** Consentimiento informado del adulto responsable del niño menor de cinco años
- Anexo 43.** Asentimiento del menor entre 6 y 17 años
- Anexo 44.** Tabla de modelos de adquisición en el hogar, según grupos de alimentos, área de residencia y subregiones del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.
- Anexo 45.** Tabla del tipo de adquisición en los hogares de las subregiones del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.
- Anexo 46.** Tabla con la prevalencia de malnutrición en niños y niñas menores de cinco

años, por características sociodemográficas en cada una de las subregiones de Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 47. Tabla con el comportamiento del perímetro cefálico en los niños y niñas, por diferentes características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 48. Tabla con la prevalencia de malnutrición en niños mayores de cinco años y adolescentes, por características sociodemográficas en cada una de las subregiones de Antioquia (sin Medellín) 2019.

Anexo 49. Tabla con el comportamiento del perímetro de cintura de los adolescentes de 10 a 17 años, según características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 50. Tabla con la prevalencia de malnutrición en adultos de 18 a 59 años según características sociodemográficas en cada una de las subregiones de Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 51. Tabla con el comportamiento del perímetro de cintura de los adultos de 18 a 59 años, según características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 52. Tabla con la fuerza prensil en niños y adolescentes, según área de residencia y características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 53. Tabla con la fuerza prensil en adultos, según área de residencia y características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 54. Tabla con las horas de comportamiento sedentario en adultos según área de residencia, subregión y características sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 55. Tabla con la prevalencia de malnutrición de los niños menores de 24 meses, según subregión y variables sociodemográficas. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 56. Tabla de los grupos de alimentos consumidos por los niños menores de 24 meses del departamento de Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 57. Tabla con las características demográficas y perfil de morbilidad por subregiones. Antioquia (sin Medellín), 2019.

Anexo 58. Instrumentos de autoridad y programáticos que rigen la seguridad alimentaria y nutricional en algunos municipios del departamento de Antioquia.

Anexo 59. Caracterización de las funciones de los actores de las redes de políticas públicas alimentarias y nutricionales según sus ámbitos de intervención.



PERFIL ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL DE ANTIOQUIA 2019

 **UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
Escuela de Nutrición y Dietética

MANÁ
Gerencia de Seguridad
Alimentaria y Nutricional

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



PIENSA EN GRANDE