

**CARACTERIZACIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LA  
POBLACIÓN MIGRANTE, ATENDIDA POR LA ORGANIZACIÓN ACCIÓN  
CONTRA EL HAMBRE EN BOGOTÁ, AÑO 2019**

Daniela Rincón Camargo

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA  
Bogotá D.C., 18 de noviembre de 2019

**CARACTERIZACIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LA  
POBLACIÓN MIGRANTE, ATENDIDA POR LA ORGANIZACIÓN ACCIÓN  
CONTRA EL HAMBRE EN BOGOTÁ, AÑO 2019**

Daniela Rincón Camargo

**TRABAJO DE GRADO PASANTIA.** Organización Acción Contra el Hambre

Presentado como requisito parcial para optar al título de

Nutricionista, Dietista

Luz Nayibe Vargas M.MSc.

Directora

Jennifer Guzmán Romero ND.MSc.

Codirectora

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA FACULTAD DE CIENCIAS  
CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA  
Bogotá D.C., 18 de noviembre de 2019

### **Nota de Advertencia**

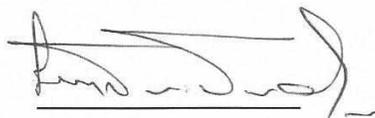
Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por qué no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

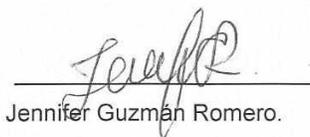
**CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y  
NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN MIGRANTE, ATENDIDA POR ACCIÓN CONTRA EL  
HAMBRE EN BOGOTÁ, AÑO 2019**

Daniela Rincón C

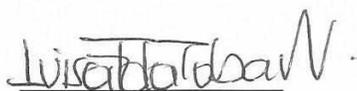
**APROBADO**



Luz Nayibe Vargas M.  
N.D M.MSc.  
Director



Jennifer Guzmán Romero.  
N.D M.MSc  
Codirector



Luisa Fernanda Tobar  
ND. MSc.  
Jurado

**CARACTERIZACIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LA  
POBLACIÓN MIGRANTE, ATENDIDA POR LA ORGANIZACIÓN ACCIÓN  
CONTRA EL HAMBRE EN BOGOTÁ, AÑO 2019**

Daniela Rincón C

**APROBADO**

---

Concepción Judith Puerta  
Bacterióloga, PhD.  
Decana de la Facultad de Ciencias

---

Luisa Fernanda Tobar Vargas  
ND. MSc.  
Directora de Carrera Nutrición y Dietética

## Dedicatoria

*"A Dios, primeramente, el mejor padre y amigo que se puede tener. Por sostenerme con su mano poderosa y no dejarme desfallecer en momentos difíciles, por su infinito amor y misericordia hacia mí, por fortalecerse en mis debilidades, por el gran regalo de su gracia que siempre me acompaña y simplemente por mostrarme que sus planes son mucho mejores y más grandes que los míos."*

*"A mi familia por ser tan única, especial y un apoyo incondicional. A mi padre por sus constantes palabras de sabiduría y su increíble paciencia en sus explicaciones académicas, tan pertinentes y necesarias. A mi madre por ser la mejor compañía en las noches largas de estudio, por cuidarme y preocuparse porque todo me saliera bien. A mi hermana por siempre creer en mí y por recordarme que lo importante son los tesoros en el cielo y lo que coseche cada día para la eternidad."*

*"Pues yo sé los planes que tengo para ustedes —dice el SEÑOR—.*

*Son planes para lo bueno y no para lo malo,  
para darles un futuro y una esperanza." (Jeremías 29:11)*

## **Agradecimientos**

A mi directora de tesis por aceptar ser la tutora de este trabajo, por ser parte fundamental de mi formación como profesional y como ser humano durante mi proceso académico. Quien me transmitió sus conocimientos y experiencia con paciencia, dedicación y pasión por su labor como docente y nutricionista, reflejando sus ganas inagotables de aportar soluciones a las problemáticas del mundo, pero sin olvidar los valores, los principios y la humanidad misma.

A la organización Acción contra el Hambre por abrirme las puertas y por permitirme involucrarme en el interesante mundo de la cooperación internacional y la ayuda humanitaria. A mi jefa y codirectora Jennifer Guzmán, por su gran corazón, humildad y disposición para enseñarme su infinidad de conocimientos, darme consejos y guiarme durante la construcción del trabajo de investigación. Por ser un gran ejemplo como nutricionista y como ser humano.

Al equipo de terreno de Bogotá: Carolina, Luis Fernando, Lina, Tatiana, Angie, Cristian, Paola y Lorena, por recibirme con los brazos abiertos desde el principio. Por compartir no solo sus conocimientos sino también su amistad. Por enseñarme lo que significa verdaderamente la ayuda humanitaria: dar desde lo profundo del corazón, sin distinción de edad, sexo o nacionalidad y más importante aún, dar sin esperar recibir nada a cambio.

Gracias.

## **Tabla de contenido**

2. Planteamiento del problema .....	15
3. Justificación.....	16
4. Marco teórico .....	18
<b>4.1 Migración y estatus migratorio.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Legislación migratoria internacional y nacional existente .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Situación de salud, alimentación y nutrición en la población migrante que reside en Colombia.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) .....</b>	<b>20</b>
<b>4.5 Estrategias de afrontamiento frente a la seguridad alimentaria y nutricional.....</b>	<b>21</b>
<b>4.6 Organizaciones no gubernamentales (ONG) y atención a población migrante .....</b>	<b>22</b>
<b>4.6.1 Acción contra el Hambre.....</b>	<b>22</b>
5. Objetivos .....	23
<b>5.1 Objetivo general:.....</b>	<b>23</b>
<b>5.2 Objetivos específicos:.....</b>	<b>23</b>
6. Metodología .....	23
<b>6.1. Tipo de investigación y fuentes de datos .....</b>	<b>23</b>
<b>6. 2 Población Estudio: .....</b>	<b>24</b>
<b>6.3 Descripción Variables del Estudio.....</b>	<b>24</b>
<b>6.4 Instrumentos y Recolección de Información.....</b>	<b>24</b>
<b>6.5 Aspectos éticos: .....</b>	<b>27</b>
<b>6.6 Análisis de la información .....</b>	<b>27</b>
7. Resultados y análisis de resultados.....	27
<b>7.1 Características generales de la población .....</b>	<b>27</b>
<b>7.2 Seguridad alimentaria en la población migrante .....</b>	<b>29</b>
<b>7.2.1 Percepción de la seguridad alimentaria en el hogar:.....</b>	<b>29</b>
<b>7.2.2 Prácticas relacionadas con la lactancia materna .....</b>	<b>30</b>
<b>7.3 Estrategias de afrontamiento .....</b>	<b>30</b>
<b>7.4. Consumo y prácticas alimentarias.....</b>	<b>31</b>
<b>7.4.1 Frecuencia de consumo.....</b>	<b>31</b>
<b>7.4.2 Prácticas Alimentarias.....</b>	<b>33</b>
<b>7.5 Estado nutricional de la población migrante .....</b>	<b>34</b>

<b>7.5.1 Estado nutricional de niños(as) menores de 5 años:</b> .....	34
8. Discusión de resultados .....	38
<b>8.1 Características generales de la población</b> .....	38
<b>8.2 Seguridad alimentaria</b> .....	39
<b>8.4 Consumo y hábitos alimentarios</b> .....	41
<b>8.5 Estado nutricional</b> .....	42
9. Conclusiones: .....	43
10. Recomendaciones .....	44
11. Bibliografía .....	45
11. Anexos .....	51

## Índice de gráficas

<b>Gráfica 1</b> . Estrategias de afrontamiento frente a la inseguridad alimentaria.....	30
<b>Gráfica 2</b> . Resultados del indicador Peso para la longitud/talla en niños y niñas de 0 a 5 años.....	34
<b>Gráfica 3</b> . Resultados del indicador Peso para la longitud/talla en niños y niñas entre 0 y 5 años por sexo.....	35
<b>Gráfica 4</b> . Resultados del indicador Peso para la longitud/talla en niños y niñas entre 0 y 5 años, por grupos de edad .....	35
<b>Gráfica 5</b> . Resultados del indicador longitud/talla para la edad en niños y niñas entre 0 y 5 años	36
<b>Gráfica 6</b> . Resultados del indicador longitud/talla para la edad en niños y niñas entre 0 y 5 años según el sexo .....	36
<b>Gráfica 7</b> . Resultados del indicador longitud/talla para la edad en niños y niñas entre 0 y 5 años por grupo de edad .....	36
<b>Gráfica 8</b> . Resultados del indicador IMC/EG en mujeres en estado de gestación .....	37
<b>Gráfica 9</b> . Resultados del indicador IMC en mujeres lactantes .....	38

## Índice de anexos

<b>Anexo 1:</b> Variables de estudio .....	51
<b>Anexo 2:</b> Consentimiento informado.....	53
<b>Anexo 3:</b> Cuestionario de caracterización socio demográfica de la organización ACH .....	54
<b>Anexo 4:</b> Cuestionario de percepción de seguridad alimentaria en el hogar. ....	55
<b>Anexo 5:</b> Cuestionario de estrategias de afrontamiento .....	56
<b>Anexo 6:</b> Cuestionario de prácticas en la lactancia materna.....	57
<b>Anexo 7:</b> Cuestionario de frecuencia de consumo .....	57

## Glosario

- ACH:** Acción contra el Hambre
- ACNUR:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
- AFP:** Administradoras de fondos de pensiones
- CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- DNP:** Departamento de Planeación Nacional
- EDA:** Enfermedad diarreica aguda
- ELCSA:** Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria
- ENCOVI:** Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
- ENSIN:** Encuesta Nacional de Situación Nutricional
- FAO:** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
- GABA:** Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
- HDDS:** Puntaje de Diversidad Dietética en el Hogar
- HFFSM:** Módulo de Encuesta de Seguridad Alimentaria del Hogar
- ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- ICRMW:** Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares
- INSA:** Inseguridad alimentaria
- INSAN:** Inseguridad alimentaria y nutricional
- IRA:** Infección Respiratoria Aguda
- OACDH:** Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
- OIM:** Organización Internacional para las Migraciones
- OIT:** Organización Internacional del Trabajo
- ONG:** Organización No Gubernamental
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- OSAN:** Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional
- PEP:** Permiso Especial de Permanencia
- SAN:** Seguridad Alimentaria
- SDIS:** Secretaria de Integración Social
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- SIVIGILA:** Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

## Resumen

**Objetivo:** Caracterizar la seguridad alimentaria y estado nutricional de población migrante, atendida por la organización Acción contra el Hambre en Bogotá, entre julio y octubre de 2019. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Se aplicó encuesta de caracterización socioeconómica, cuestionario de percepción de seguridad alimentaria en el hogar y estrategias de afrontamiento, encuesta de prácticas en lactancia materna, cuestionario de frecuencia de consumo y prácticas alimentarias; a población migrante (n=88) atendida por Acción contra el Hambre. Los resultados se procesaron con SPSS 22.0; mientras que el estado nutricional se analizó con información secundaria sistematizada en Excel. **Resultados:** El 93.2% de la población presentó algún grado de inseguridad alimentaria (prevalció la INSA severa con 63.6%). Consumir alimentos menos preferidos o más económicos y reducir el tamaño de porciones fueron las estrategias de afrontamiento más empleadas (84.1% y 77.3% respectivamente). Asimismo, el consumo de cereales, azúcares, grasas, aceites y proteínas de origen animal fue elevado. En los indicadores antropométricos, se observó mayor prevalencia de riesgo de retraso en talla/longitud (42.6%) y de desnutrición aguda (13%) en menores de 5 años; predominio de bajo peso para la edad gestacional en gestantes (26.9%), y de sobrepeso en lactantes (17.9%). **Conclusiones:** A pesar del estado nutricional adecuado de la mayoría de migrantes, gran parte de la población encuestada presenta INSA, mediada por múltiples factores socioeconómicos y culturales que los hacen recurrir constantemente a estrategias de afrontamiento; situación sumada a un alto grado de vulnerabilidad y precarias condiciones de vida que demuestran la necesidad de mejorar el acceso, especialmente en salud, para esta población.

**Palabras claves:** *migración, seguridad alimentaria, estrategias de afrontamiento, consumo, estado nutricional, niños y niñas menores de 5 años, mujeres gestantes.*

## Abstract

**Objective:** Characterized the situation of household food security and nutritional status of the migrant population, served by Action Against Hunger in Bogotá, during July and October of 2019. **Materials and methods:** Descriptive and cross-sectional study. Different surveys included: socio-economic context, household food, crop strategies, and breastfeeding practices, that were applied to migrants (n=88). Also, a food frequency questionnaire was applied. Information was analyzed using SPSS 22.0. On the other hand, nutrition status was evaluated, from a secondary information source, and analyzed with Excel 2006. **Results:** Food insecurity and the use of crop strategies among migrants were very high (93.2% and 85% respectively), being less preferred food (84.1%) and reduce portions (77.3%) the most used. Elevated consumption of carbohydrates, fats, sugars, and animal-based protein was found. On the other hand, a higher prevalence of risk of stunting (42.6%) and under nutrition (13%) compared to wasting in kids under 5 years, was established. Moreover, pregnant women presented a high prevalence of under nutrition (26.9%), meanwhile breastfeeding women presented a higher percentage of overweight (17.9%). **Conclusions:** A big part of migrant population presents so they use coping strategies to mitigate food insecurity effects. However, nutritional status tend to be adequate en most of migrants. It's important to have in mind that these 2 variables are affected by different socio-economic and cultural factors. Furthermore, high vulnerability and poor lifestyle conditions found in the migrant population make more relevant the necessity to improve the access to basic services like health.

**Key words:** *migration, food security, coping strategies, food consumption, nutritional status, kids under 5 years old, pregnant women.*

## 1. Introducción

***"La alimentación es una actividad central de la humanidad y una de las marcas más significativas de una cultura." -Mark Kurlansky***

El fenómeno migratorio no es algo reciente en la agenda internacional; por el contrario, los registros históricos muestran que, desde hace mucho tiempo, el ser humano ha estado en constante tránsito por diferentes motivos como nuevas oportunidades laborales y económicas, escapar de conflictos y violencia, reunirse con familiares etc. No obstante, aunque la población migre a otros países cercanos geográficamente, el choque cultural es inevitable, donde la alimentación es uno de los componentes mayormente afectados. Estudios recientes han demostrado que estos cambios dietarios pueden tener efectos deletéreos en la salud y poner en riesgo la seguridad alimentaria y nutricional. Por lo anterior, los individuos buscan mitigar los efectos de la migración por medio de la aculturación o adaptación de patrones dietarios y costumbre alimentarias, acordes con la oferta y las características del lugar receptor. Sin embargo, la población migrante no siempre cuenta con los recursos suficientes para cubrir las necesidades alimentarias básicas, lo cual trae como consecuencia, la desestructuración del sistema alimentario familiar e incrementa el riesgo de presentar Inseguridad Alimentaria y Nutricional (INSAN). Afectándose a su vez las estrategias de abastecimiento (compra, producción, intercambios, etc.), el consumo de alimentos y la composición de la dieta, junto con su aporte nutricional.

En la actualidad Colombia atraviesa una coyuntura de migración masiva, encabezada principalmente por personas de origen venezolano (1.488.373 personas) que han llegado en condiciones precarias, con ingresos económicos deficientes y en su mayoría, con estatus migratorio irregular. En el marco de este escenario anterior, la Organización No Gubernamental Acción contra el Hambre (ACH), ha decidido brindar atención médico nutricional a la población migrante más vulnerable que ha llegado a Bogotá (niños/as menores de 5 años, gestantes y mujeres lactantes).

A partir de lo anterior, este proyecto de investigación pretende identificar la situación y percepción de la seguridad alimentaria y nutricional de la población migrante beneficiaria de la atención médico nutricional de Acción contra el Hambre en Bogotá, **con el fin de orientar y fortalecer las acciones de vigilancia alimentaria y nutricional.**

## 2. Planteamiento del problema

La migración puede definirse como el traslado de personas de su lugar usual de residencia a otra parte del mismo territorio; o a un país diferente, que requiera cruzar fronteras internacionales, a pesar del estatus legal del individuo, la duración de la estadía, los motivos de la salida, el hecho ser voluntario e involuntario; entre otros factores (OIM, 2019).

Entre el 2017 y el 2019, se ha visto un aumento acelerado de las migraciones y los desplazamientos de las personas a países distintos a los de origen, donde se reporta su mayor número hasta ahora. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas-ONU (ONU, 2017), en el 2017, el número de migrantes en todo el mundo alcanzó los 258 millones de personas; cifras conformadas por 36.1 millones de niños y niñas, junto con un 48% de mujeres. Además, se espera que éste fenómeno siga en aumento. Si bien, estos sucesos pueden traer beneficios al país receptor; las pocas regulaciones así como los recursos insuficientes pueden crear desafíos considerables como el aumento en la inseguridad alimentaria debido a escasez de alimentos, incremento en epidemias, enfermedades infecciosas, sino también otras problemáticas de salud pública, que afectan principalmente a niños y niñas menores de 5 años, mujeres en estado de embarazo; además del debilitamiento y/o colapso de las estructuras económicas y políticas del país receptor (ONU, s/f). Por lo anterior, organismos de cooperación internacional, gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONG), entre otros, han realizado intervenciones en salud pública que buscan disminuir estas complicaciones. Sin embargo, no todas han sido exitosas (Seal, Dolan, & Trenouth, 2017).

En Latinoamérica, el desplazamiento forzado y movimientos migratorios de población proveniente de Centroamérica presentó en 2017, un aumento del 56%. Para el caso de Colombia, en los últimos 2 años, un gran número de migrantes de origen venezolano ha llegado al país, el cual señala en la actualidad una población de 1.488.373 ubicados principalmente en Bogotá (22%), Norte de Santander (13%) y La Guajira (12%); la mayoría de ellos(as) en situaciones nutricionales y de salud precarias (Ministerio de Relaciones exteriores, 2018). **Esta situación coincide con los resultados de estudios adelantados en otros países.**

Una investigación llevada a cabo en Cape Town, Sudáfrica, evaluó el impacto de la migración en las costumbres dietarias y el consumo de alimentos en el periodo de gestación, demostrando mayores dificultades en el acceso a alimentos saludables y de consumo frecuente, en comparación con las gestantes no migrantes (Hunter-Adams & Rother, 2016).

En un estudio realizado en individuos de Zimbawe que migraron a Sudáfrica, se encontró que el 60% de esta población presentaba inseguridad alimentaria severa, junto con una dieta

poco diversa, donde prevaleció solamente 2 grupos de alimentos (Crush & Tawodzera, 2017). Otro estudio realizado en población materno infantil migrante del Ecuador, reveló que el 78% de las madres padecía inseguridad alimentaria y que el 35% de los niños participantes sufría de anemia (Weigel & Armijos, 2018).

Sin embargo, pese a los avances legislativos al igual que la voluntad política global, la población migrante aún presenta grandes dificultades y retos que comprometen especialmente su calidad de vida y estado de salud, puesto que están expuestos a riesgos en salud antes, durante y después de su proceso de desplazamiento (ONU, Unión interparlamentaria, & OIT, 2014).

Además, el efecto migratorio en Colombia ha tenido un fuerte impacto sobre el sector salud, por el aumento en el número de personas que requieren estos servicios, los altos costos de éste y el deterioro de las condiciones de salud pública de los municipios receptores (DPN, 2018). Respecto a la población migrante que reside en Colombia, una encuesta realizada por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) en el 2018, reportó que 80% de los venezolanos que son refugiados en Colombia, sufre inseguridad alimentaria y hambre, y solo el 1,7 % de las mujeres lactantes recibe algún tipo de suplemento nutricional (EFE, 2018). Lo anterior, conlleva a que estas personas presenten un consumo deficiente de alimentos, sin cubrir los requerimientos diarios de nutrientes (consumo promedio de proteína es de 1,5 días a la semana) por lo que deciden entonces reducir el número de comidas o el tamaño de las porciones, entre otras estrategias (Ministerio de Salud y Protección social, 2018).

### **3. Justificación**

En los últimos años, el estado de salud de los y las migrantes ha cobrado importancia, a tal punto de ser reconocido como una prioridad de salud pública a nivel global (Ross et al., 2017). Gran parte de la población migrante suele desplazarse de países subdesarrollados a países desarrollados; no obstante, en la actualidad hay otra importante proporción de personas que se movilizan a las naciones en vía de desarrollo, las cuales aún presentan “puntos ciegos” por parte de autoridades estatales, entidades del gobierno e investigadores respecto a las políticas de atención en salud para los migrantes. Por lo anterior, aunque se reconoce que la migración es un determinante de la salud, esta relación bidireccional (salud-migración), no ha sido estudiada y comprendida a profundidad, y las acciones en torno a ésta, permanecen limitadas, las cuales influyen negativamente la calidad de vida de este grupo poblacional (Wickramage, Vearey, Zwi, Robinson, & Knipper, 2018).

Otra de las grandes consecuencias que genera el proceso migratorio y el desplazamiento forzado es la inseguridad alimentaria y problemas de malnutrición (desnutrición, exceso de

peso y carencia de micronutrientes). Esta situación a su vez, puede dificultar el acceso a los alimentos, lo cual impacta de manera adversa las prácticas alimentarias de la población, especialmente niños y mujeres en estado de gestación (ONU et al., 2014).

Frente a esta situación, se han realizado esfuerzos legislativos como la creación de resoluciones, leyes, convenciones, llevados a cabo por diferentes organizaciones internacionales; a pesar de esto, aun muchos de los y las migrantes carecen del acceso a servicios en salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento de enfermedades, vacunación etc) protección y/o apoyo financiero. Cabe tener en cuenta que la migración es un evento dinámico y cambiante, por lo que es fundamental generar y mantener un sistema de información actualizada, que permita ser comparable a través del tiempo; para que, de esta manera, las variables obtenidas puedan integrarse de manera exitosa en las encuestas demográficas y de salud de los países en cuestión (Vearey, 2014). Así mismo, el realizar seguimiento de la situación de salud, alimentación y nutrición, permite orientar acciones que promuevan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo altamente vulnerable.

En Colombia se instauró el Conpes 3950 de 2018, que plantea estrategias de atención a los y las migrantes venezolanos en términos de seguridad social, educación, oportunidades laborales, en general, facilidades para que se inserten a la comunidad de manera más sencilla y oportuna (DPN, 2018). Además, la Secretaría de Salud de Bogotá formuló un plan de atención en salud a migrantes con el fin de garantizar la prestación de estos servicios junto con acciones preventivas y promocionales a la población con situación migratoria definida regularizada. Aunque diferentes entidades territoriales han reportado e identificado el acceso o asistencia en salud que se han presentado, la información obtenida es insuficiente y excluye a gran parte de los migrantes por su estatus migratorio irregular, lo que trae como consecuencia un subregistro y dificulta conocer a profundidad las principales características de la mayor parte de población migrante, al igual que su estado alimentario y nutricional (Sector & AI, 2017).

En aras de brindar atención a la población migrante no cubierta por los servicios de salud, algunas organizaciones no gubernamentales especializadas en cooperación internacional e intervenciones de ayuda humanitaria han decidido brindar estos servicios de manera gratuito, especialmente a los grupos más vulnerables. Entre estas organizaciones se encuentra Acción contra el Hambre.

La entidad previamente mencionada es una organización humanitaria internacional que lucha contra las causas y los efectos del hambre, salvando la vida de niñas y niños desnutridos. En Colombia cuenta con diferentes proyectos dirigidos a la población migrante en 6 zonas (Bogotá, Guajira, Guaviare, Montería, Norte de Santander, Pasto y Puerto Asís). Estas intervenciones van enfocadas a fortalecer los medios de vida productivos, el

abastecimiento de agua segura, saneamiento básico para las familias, la atención en salud y nutrición en población vulnerable (Acción contra el Hambre, 2016). En la ciudad de Bogotá, a partir de mayo de 2019, la organización ha desarrollado diversas acciones orientadas a la población migrante, en los componentes de salud sexual y reproductiva, apoyo psicosocial en salud y nutrición; éste último enfocado en mujeres gestantes, lactantes y niños menores de 5 años. Los proyectos tienen lugar en la localidad de Teusaquillo, en el Centro integral de atención al migrante (CIAM), en el Centro de atención al migrante (CAMIG) perteneciente a la localidad de Fontibón y en el Centro Abrazar, ubicado en Barrios Unidos (Acción Contra el Hambre, 2019).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio tiene como propósito caracterizar la situación de seguridad alimentaria y nutricional de población migrante, atendida por la organización Acción contra el Hambre en Bogotá, a fin de orientar acciones que impacten de manera positiva en el estado de salud además del nutricional y por consiguiente, la calidad de vida de la población migrante.

#### **4. Marco teórico**

##### **4.1 Migración y estatus migratorio**

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2019) define a un migrante como cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia, donde se resalta la migración internacional como la más prevalente con un 3% de la población mundial. En el caso de la salida de las personas de un país o región, se utiliza el término emigración, mientras que, desde el país de destino, este fenómeno se entiende como inmigración (la llegada de una población a una nación o región concreta) (Ayuda en acción, 2017). Esta situación es independiente de la situación jurídica de las personas; el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; las causas de éste y/o la duración de su estancia.

Existen diferentes estatus migratorios, los cuales determinan los beneficios a los que puede acceder la población:

- a) "Migrante irregular: persona que ingresa a, o vive en, un país del cual no es ciudadano o ciudadana, violando sus leyes y regulaciones de inmigración" (Castles, 2010).
- b) "Migrante regular: individuo que se desplaza por medio de canales regulares y legales" (OIM, 2006).

Para el 2018, el ACNUR presenta un resumen de la situación global y las tendencias de este suceso donde se evidencia que un total de 70,8 millones de personas se vieron desplazadas

debido a la persecución, los conflictos, la violencia o las violaciones a los derechos humanos, de los cuales 25.9 millones fueron refugiados

#### **4.2 Legislación migratoria internacional y nacional existente**

Diferentes entidades internacionales han unido sus esfuerzos por crear y mejorar la legislación relacionada con la migración. Entre los documentos más relevantes se encuentran la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (ICRMW) en 1990 (ACNUD, 2014) la Declaración de New York para refugiados y migrantes (2016) y el Pacto mundial para la migración segura, ordenada y regular (2018). Estos documentos reconocen la necesidad de un abordaje integral a la movilidad humana y fortalecer la cooperación a nivel global, mediante la creación de mecanismos que protegen a las poblaciones migrantes, para así lograr migraciones ordenadas, seguras, regulares y responsables (OIM, 2019).

En lo que respecta a Colombia, el país presenta una crisis migratoria importante, que ha ido en aumento en los últimos 3 años, donde la población migrante de nacionalidad venezolana prevalece. De acuerdo con el último informe presentado por el Ministerio de Relaciones exteriores (septiembre, 2019) hay un total de 1.488.373 venezolanos(as) en la nación, de los cuales 665.665 cuentan con un estatus regular, mientras que 742.390 son irregulares. De esta población, el 48% de individuos son mujeres, y el 52% son hombres. Como medidas regulatorias frente a estas alarmantes cifras; el gobierno colombiano junto con otros países del mundo, han decidido implementar nueva legislación y recurrir a estrategias que contribuyan al reconocimiento y cumplimiento de los derechos de la población migrante.

1. A nivel global, la Unión Europea (UE) y Naciones Unidas en octubre de este año (2019) acordaron aumentar la ayuda monetaria a los países de América Latina que reciben a cientos de venezolanos diariamente.

2. Así mismo, Colombia decidió crear la “Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela” (Conpes 3950 del 23 de noviembre de 2018), el cual tiene como objetivo principal, generar estrategias para la atención de la población migrante desde Venezuela en áreas críticas (salud, educación, primera infancia etc). Junto con esto, se otorgó la nacionalidad colombiana por nacimiento a los niños y niñas, hijos de padres venezolanos, que hayan nacido en Colombia desde el 19 de agosto de 2015 y a los que nazcan hasta que la situación de Venezuela mejore. Sin embargo, el marco normativo colombiano para la migración, tiene su origen hace casi un siglo. Durante este periodo de tiempo se establecieron políticas como la Ley 40 de 1920, el Conpes 3603 de 2009, Ley 1465 de 2011, Resolución 3015 de 2017 y Resolución 6045 de 2017; las cuales, incluyen temas de

protección y garantía de derechos a extranjeros y migrantes, regularización y control de extranjeros; entre otros (Valencia, 2018).

3. Finalmente, en el Plan Distrital de la actual Alcaldía (2016-2019) se propuso y desarrolló el Plan Distrital de Atención e Integración de Migrantes el cual, a través de la Secretaría de Integración Social, articula la atención en salud y educación, mediante diferentes procesos y estrategias:

1. Ruta de atención inmediata

2. Ruta de atención para mujeres

3. Atención en empleo

**4. Apertura del Centro Integral de Atención al Migrante (CIAM):** donde los y las migrantes reciben orientación psicosocial y jurídica, atención médico-nutricional entre otros servicios.

**5. Centro de acogida 'La Maloka:** La Secretaria General de Bogotá habilitó un lugar para atender a migrantes en situación altamente vulnerable, localizado en la localidad de San Cristóbal (Secretaria General de Bogotá, 2019)

#### **4.3 Situación de salud, alimentación y nutrición en la población migrante que reside en Colombia**

La atención en salud a la población migrante venezolana, se ha incrementado entre 2017 a 2018, especialmente lo correspondiente a hospitalización y procedimientos. Esto, como resultado de la capacidad de acceso a urgencias por parte de los y las migrantes más vulnerables. También se reportaron mayor número de eventos de salud pública en 2018 frente a 2017, entre los principales se encuentra el bajo peso al nacer (14 casos frente a 3 casos) y la desnutrición aguda en menores de 5 años (pasó de 13 a 87 casos). (Ministerio de Salud y Protección social, 2018). En cuanto al estado de salud y nutrición de la población venezolana, son limitados los datos disponibles. Sin embargo, por medio del sistema de vigilancia epidemiológica (Sivigila) se han identificado los eventos más relevantes como son la malaria (36,8 %), desnutrición aguda en menores de 5 años (6,6 %), VIH/SIDA/mortalidad por SIDA (6,2 %) y tuberculosis (4,0 %). (Ministerio de salud y protección social, 2018)

#### **4.4 Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)**

Según la FAO (2011), "la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) existe cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico, social y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana". La seguridad alimentaria puede ser descrita como un fenómeno que afecta a las personas de manera individual y, por lo tanto, el riesgo de que

el individuo no goce de un estado nutricional óptimo va a ser la consecuencia de la situación previamente mencionada (FAO, 2011). Son componentes de la SAN: disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad de los alimentos. Estos ejes, a su vez se enmarcan en las dimensiones de medios económicos, calidad de vida y bienestar e inocuidad de los alimentos (OSAN, 2011).

De acuerdo al OSAN (2011), los componentes que conforman la SAN son: 1) la disponibilidad hace referencia a la oferta de alimentos en cantidad y calidad suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de toda la población, ya sea produciéndolos en el país o importando de otros; 2) el acceso se entiende como la cantidad de alimentos a los cuales puede acceder una familia, una comunidad o un país; 3) consumo por otra parte, se considera como la ingesta de alimentos de una persona; que se ve afectada por factores como las creencias y las prácticas alimentarias; 4) la utilización o aprovechamiento biológico se define como la capacidad que tiene el organismo de aprovechar de manera integral todos los beneficios nutricionales de los alimentos. Finalmente, 5) la calidad e inocuidad se describe como el conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, lo cual exige el cumplimiento de una serie de normas en la cadena alimentaria y en consumo, para ser un eje transversal a los demás (OSAN, 2011).

De acuerdo con el último informe del Estado de Seguridad Alimentaria en el mundo (FAO, OPS, PMA, & UNICEF, 2018), se evidenció que el 9,2% de la población mundial (o algo más de 700 millones de personas) se vio expuesto a niveles graves de inseguridad alimentaria y el 17.2% experimentó INSA moderada, en el 2018. En la migración también se puede experimentar inseguridad alimentaria, sobre todo en casos no exitosos (migración de forma irregular) donde los ingresos económicos no alcanzan a cubrir las necesidades básicas de la familia, incrementando la pobreza en el hogar y la necesidad de recurrir a estrategias de afrontamiento de emergencia (FAO et al., 2018)

En Colombia, según la ENSIN, 2015 la INSA redujo a 54,2% de los hogares con respecto a 2010, cuando se situó en 57,7%. Sin embargo, más de la mitad de los hogares colombianos continúa con dificultades para conseguir alimentos (ICBF, UN, & Ministerio de salud y protección social, 2015).

#### **4.5 Estrategias de afrontamiento frente a la seguridad alimentaria y nutricional**

Como manera de disminuir los posibles efectos secundarios que acarrea un estado de inseguridad alimentaria permanente, donde los recursos son limitados o nulos, los hogares adaptan técnicas y/o comportamientos de resiliencia más comúnmente llamados estrategias de afrontamiento. Estas estrategias pueden presentarse en diferentes momentos de crisis alimentaria, sin embargo, es frecuente, que los hogares las adopten en un estadio temprano

de INSA. (Dil Farzana et al., 2017). Igualmente, estas estrategias pueden ser clasificados en 4 grupos, según la necesidad a la que respondan: a) Cambio dietario: en términos de calidad, precios y preferencias alimentarias, b) Incremento en la disponibilidad alimentaria a corto plazo, pero que no son sostenibles a largo plazo, c) Disminuir el número de miembros del hogar que hay que alimentar y d) Estrategias de racionamiento de alimentos en cuanto a cantidad, tamaño y número de porciones ingeridas.(Anderson, 2010)..

Con relación a Colombia, la ENSIN 2015 evidenció que el 51.6% de los hogares a nivel nacional, practicó alguna estrategia de afrontamiento en los últimos 7 días, donde las zonas rurales (55.8%) y la etnia indígena (71.3%), fueron los más perjudicados.

#### **4.6 Organizaciones no gubernamentales (ONG) y atención a población migrante**

Las Naciones Unidas define las ONG como agrupaciones de ciudadanos voluntarios, sin ánimo de lucro, que se organizan en un nivel local, nacional o internacional para abordar cuestiones de bienestar público, pero con actividades muy diversas según el enfoque que decidan manejar.

##### **4.6.1 Acción contra el Hambre**

Es una organización humanitaria internacional que se originó en Francia en 1979 y tiene como misión salvar vidas por medio de la eliminación del hambre a través de la prevención, la detección y el tratamiento de la malnutrición en situaciones de desastre y después de cualquier emergencia. Actualmente tiene sedes en más de 50 países, fundamenta sus bases en 3 ejes o sectores de acción; WASH, Salud y Nutrición, Seguridad Alimentaria y Medios de Vida (SAMV) que focalizan su servicio a los niños y niñas menores de cinco años, a través de proyectos que buscan prevenir y tratar la desnutrición aguda severa y moderada en éste y otro grupos etarios vulnerables; apoyar el desarrollo de una política pública que luche contra la desnutrición; y proveer educación alimentaria y nutricional a las familias sobre hábitos alimentarios adecuados. (Acción contra el Hambre, 2016).

La organización ha tenido un papel de gran relevancia en la crisis migratoria. Para el primer semestre de 2019 fueron beneficiados 18.016 personas migrantes por los proyectos llevados a cabo. A partir de las líneas de acción, mas de 9000 personas se vieron favorecidos a nivel de la Seguridad Alimentaria y medios de vida, alrededor de 2400 personas recibieron algún tipo de intervención en nutrición y salud y más de 40 mil personas se han beneficiado de las intervenciones de agua, higiene y saneamiento (WASH) (Acción contra el Hambre, 2019). En la ciudad de Bogotá, para el periodo enero-abril del 2019, 64.7% de los migrantes atendidos por la organización fueron capacitados en prácticas higiénico-sanitarias, 5.2% recibió kits de higiene y el 4.6% aprendió acerca de rutas de cuidado en salud.

## 5. Objetivos

### 5.1 Objetivo general:

Caracterizar la seguridad alimentaria y nutricional de población migrante, atendida por la organización Acción contra el Hambre en Bogotá, entre julio y octubre de 2019.

### 5.2 Objetivos específicos:

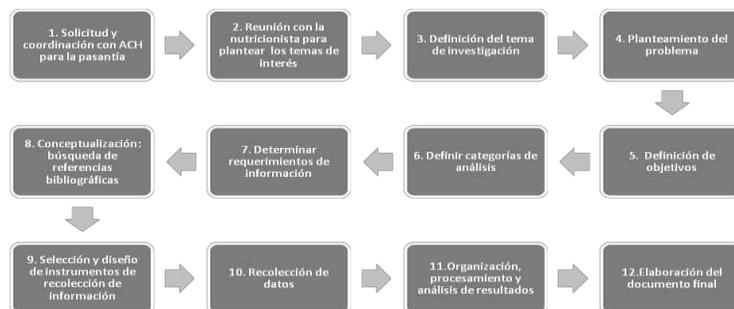
- Identificar la percepción de la seguridad alimentaria en población migrante atendida por Acción contra el Hambre en Bogotá, por medio de la Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (HFSSM).
- Evaluar el patrón de consumo de alimentos en la población migrante atendida por Acción contra el Hambre en Bogotá, por medio de un cuestionario de frecuencia de consumo.
- Caracterizar el estado nutricional por antropometría de los menores de cinco años, mujeres gestantes y lactantes migrantes atendidos por Acción contra el Hambre en el Centro Integral de Atención a Migrantes (CIAM), en el Centro de Atención al Migrante (CAMIG) y el Centro Abrazar de la Secretaria de Integración Social (SDIS) en el 2019

## 6. Metodología

### 6.1. Tipo de investigación y fuentes de datos

El presente estudio se enmarcó en una investigación de tipo descriptivo, mixto, transversal, la cual se desarrolló en las siguientes etapas:

**Cuadro 1:** Flujograma de la metodología de investigación



Fuente: Elaboración propia con base en metodologías propuestas por S. Baltasar (Gomez Bastasar Sergio, 2012) y (Torabi et al., 2016)

## **6.2 Población Estudio:**

Población migrante de Bogotá atendida por la organización Acción contra el Hambre en el Centro integral de atención al migrante (CIAM) ubicado en la localidad de Teusaquillo, Centro de atención al migrante (CAMIG), localizado en Fontibón, y Centro Abrazar situado en la localidad de Barrios Unidos. Para la caracterización de la situación de seguridad alimentaria se trabajó con la población migrante que asiste a estas instituciones, y que aceptó participar en el estudio, mediante la firma de un consentimiento informado, con los siguientes criterios de participación:

1. Persona migrante beneficiaria de la atención médico-nutricional y/o psicosocial ofertada por la organización Acción contra el Hambre, en los siguientes puntos: Centro Integral de atención a migrantes (CIAM) localizado en Teusaquillo, el Centro de atención al migrante (CAMIG), ubicado en la localidad de Fontibón el Centro Abrazar situado en Barrios Unidos.
2. Persona migrante (hombre o mujer) mayor de 18 años que exprese de manera voluntaria, su consentimiento para participar en el estudio.

## **6.3 Descripción Variables del Estudio**

La información recolectada, se analizó a partir de 4 categorías de análisis i) Características socio demográficas de la población migrante ii) Estado nutricional por antropometría, iii) Percepción de la situación de SA y iv) Estrategias de afrontamiento (Ver anexo 1).

## **6.4 Instrumentos y Recolección de Información**

La información es recolectada por Acción contra el Hambre, en formatos de la organización, por lo cual no se diseñaron cuestionarios adicionales para evaluar el estado nutricional. La población que se analizó en esta categoría se enfoca en niños(as) menores de 5 años, mujeres gestantes y lactantes.

**Caracterización socio-demográfica:** enfocada en variables relacionadas con edad, sexo, condición laboral y socioeconómica, estatus migratorio, necesidades básicas y de salud. Variables similares, han sido anteriormente utilizados en estudios llevados a cabo en migrantes en Colombia (Quintero-Lesmes & Herran, 2019), migrantes latinos en Estados Unidos (Haldeman, Gruber, & Ingram, 2008) y en Indonesia (Hasanah, Mendolia, & Yerokhin, 2017). Se utilizó la encuesta estructurada creada por la organización Acción contra el hambre (2019) (Ver anexo 3).

**Evaluación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN:** se llevó a cabo mediante la descripción de los componentes de acceso, consumo y estado nutricional de la población

migrante. Así mismo, se identificó la percepción de seguridad alimentaria en las familias migrantes. Esta variable se enfocó en evaluar las diversas situaciones que conllevan a la inseguridad alimentaria experimentada en los hogares, por lo cual midió los grados de severidad de la INSA, en leve, moderada y severa, principalmente a partir del acceso económico reportado en por el hogar.

El instrumento de evaluación de la percepción de seguridad alimentaria en el hogar fue adaptado a partir de la encuesta de seguridad alimentaria en el hogar (HFSSM), creada por el departamento de agricultura de Estados Unidos (USDA), la cual tiene como propósito que los encuestados describan comportamientos y actitudes que se relacionen con esos aspectos o dominios de la experiencia de la inseguridad alimentaria (Hamilton et al., 1997). También se tuvo en cuenta el instrumento de medición de INSA aplicado en la ENSIN 2010, el cual fue adaptado de la Escala Latinoamericana y del Caribe de Seguridad Alimentaria (ELCSA), para la formulación de las preguntas y el vocabulario a emplear. La encuesta fue respondida a partir del último mes como referencia. (Ver anexo 4)

**Acceso:** El componente fue evaluado a partir de las variables de a) frecuencia de ingreso económico (diario, semanal, mensual), b) ingreso salarial recibido mensualmente en términos de SMMLV, c) el acceso a programas y/o subsidios alimentarios y d) las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por los hogares para suplir las necesidades alimentarias

**Estrategias de afrontamiento:** El instrumento de recolección de información utilizado se adaptó a partir de los indicadores sugeridos por la organización Acción contra el Hambre y los determinados por el proyecto FANTA, que han sido utilizados en estudios previos en población gestante (Saaka, Oladele, Larbi, & Hoeschle-Zeledon, 2017) y migrante (Dunga & Dunga, 2017). No obstante, se tomó el último mes como periodo de referencia para medir la regularidad en que estas estrategias son utilizadas. Asimismo, se determinaron las 5 estrategias de afrontamiento a las que más recurren las personas y el grado de severidad de cada una de ellas, acorde con los resultados de varias investigaciones realizados anteriormente. Por último, se añadió un sexto ítem “otros”, con la finalidad de indagar otras posibles estrategias para enfrentar la inseguridad alimentaria, pero que son considerados negativas, tales como: actividades ilícitas, mendicidad, explotación laboral, vender bienes personales, entre otros (Zone, State, & Dessalegn, 2018). (Ver anexo 5)

**Consumo:** Dado el contexto de la población migrante beneficiaria de la organización Acción Contra el Hambre, se evaluó los patrones de consumo, por medio de una encuesta de frecuencia de consumo semicuantitativa del último mes. De este modo, se propusieron 2

variables: a) grupos de alimentos consumidos, b) frecuencia o número de veces en que se consumen. Estas variables tuvieron como objetivo, reportar los grupos de alimentos de mayor consumo entre los inmigrantes encuestados, además se toma en consideración su lugar de origen, el riesgo nutricional y el de inseguridad alimentaria

**Cuestionario de frecuencia de consumo:** indagó sobre los alimentos de mayor frecuencia de consumo en el último mes, a raíz de la alta movilidad de la población estudio. Esta información se organizó en 10 grupos de alimentos (Ver anexo 7) considerando la clasificación definida en las GABA de Colombia, el Puntaje de Diversidad Dietética en el Hogar (HDDS). Además, contó con 9 categorías de frecuencia, tomadas de Willet et al, 2007. El cuestionario de frecuencia de consumo (lista de chequeo de alimentos) fue elaborado partiendo de las variedades de fuentes de información internacionales como:

- Cuestionarios utilizados y validados previamente en estudios realizados en refugiados (Ross et al., 2017), en migrantes en Cabo verde (Cabral, Cunha, & Vaz de Almeida, 2019) y refugiados en Estados Unidos (Wang, Min, Harris, Khuri, & Anderson, 2016)
- Guías de alimentación para Venezuela” (Instituto Nacional de nutrición & Fundación Cavendes, 1991), “El trompo de los alimentos de Venezuela (Ministerio del poder popular para la alimentación & Instituto Nacional de Salud, 2007) y Encuesta Nacional de condiciones de vida de Venezuela del año 2016 (Fundación Bengoa, CENDES, & UCV, 2016)
- Encuesta Nacional de situación nutricional ENSIN del 2015 (ICBF et al., 2015) y Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años (GABA) (ICBF & FAO, 2015).

**Prácticas alimentarias:** A razón de la situación migratoria y los cambios que ésta puede generar en el consumo de alimentos, se consideraron otras variables de estudio como el lugar y el número de comidas ingeridas al día, la capacidad de conservar los alimentos y los métodos de cocción más utilizados (Ver anexo 8), las cuales han sido previamente analizadas en un estudio aprobado y ajustado en población de la Amazonia peruana (Ambikapathi et al., 2018)

**Aprovechamiento biológico:** se caracterizó la variable del estado nutricional por antropometría, en mujeres migrantes en estado de gestación, mujeres lactantes y niños(as) menores de 5 años que hayan sido atendidos por la organización Acción contra el hambre en el Centro integral de atención al migrante (CIAM) ubicado en la localidad de Teusaquillo,

en la Fundación de atención al migrante (FAMIG), localizado en Fontibon, o en el Centro Abrazar en la localidad de Barrios Unidos, a partir de información secundaria, recolectada y suministrada por la organización desde el 17 de mayo hasta el 31 de octubre del 2019. Se tomó como referencia la resolución 2465 de 2016 de Colombia (Ministerio de salud y protección social, 2016) en los niños(as) menores de 5 años y las lactantes. Para las mujeres gestantes se utilizó el indicador IMC/EG (Atalah S & Castro S, 2004)

**6.5 Aspectos éticos:** se aplicó un consentimiento informado (ver anexo 2) a los participantes, explicando de manera detallada el objetivo del estudio, las actividades a desarrollar, y la invitación a participar de éste, de manera voluntaria.

### **6.6 Análisis de la información**

El análisis de la información una vez recolectada, se inició con la tabulación de los datos obtenidos en la matriz de Microsoft Excel 2016 y se analizó con el programa SPSS versión 22.0 mediante estadística descriptiva y análisis bivariado. Para el análisis de las entrevistas semiestructuradas, se transcribieron y sistematizaron los datos y se codificó la información de la población migrante para proteger su identidad. El análisis se llevó a cabo según las categorías definidas previamente

## **7. Resultados y análisis de resultados**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos de medición previamente mencionados y la recolección de los datos, que tuvo como objetivo analizar la situación de seguridad alimentaria y el estado nutricional de migrantes atendidos por Acción contra el Hambre en Bogotá.

### **7.1 Características generales de la población**

La población estudio para evaluar la SAN estuvo conformada por 88 personas que aceptaron participar mediante firma de consentimiento informado, durante el periodo entre julio y octubre del 2019. La población que fue atendida correspondió en 54.5% al CIAM, 29.5% al CAMIG y 15.9% al Centro Abrazar. Del total de la población, 94.3% fueron mujeres y 5.7% hombres, con edades entre los 14 a 26 años (52.3%) y entre los 27 a 59 años (47.7%). El 97% de los y las migrantes fueron de origen venezolano, mientras que solo el 2.3% reportaron ser colombianos retornados. Se hallaron migrantes ubicados en las 19 localidades de Bogotá. Sin embargo, la mayor concentración de la población se encontró en Santa Fe (17.1%), Fontibón (15.9%) y Rafael Uribe Uribe (12.5%).

Así mismo, se evidenció que el 78% presenta un estatus migratorio irregular, frente al 15.9% que es regular; además de un 5.7% de personas que se encontraban en un estado pendular o en tránsito (Tabla 1). Respecto al tiempo de permanencia de cada migrante en el país, el 39.8% ha permanecido entre 1 y 6 meses (como el más prevalente), seguido de estadías con menos de 1 mes o más de año con 21.6% respectivamente y finalmente, un 17 % refirió llevar entre 6 meses y 1 año en Colombia (Tabla 1)

En lo que respecta al acceso a servicios de salud, se evidenció que sólo el 10.2% de las personas migrantes están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, cifra que a su vez corresponde al 50% de los individuos que cuentan con estatus migratorio regular; en comparación al 89.8% que no está afiliado, lo que dificulta el acceso a estos servicios. Aunque el 50% de la población reportó nunca asistir a instituciones o establecimientos donde se preste el servicio de salud, se detectó que un 39.8% de las personas si ha ido a un hospital y un 9% ha ido a Centros de Salud (4.5%) o a otros lugares a recibir atención médica (4.5%), donde la mayoría de las veces ha sido atendida (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características generales de la población migrante atendida en centros CIAM, CAMIG y Centro Abrazar. Julio-octubre 2019

	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Estatus Migratorio</b>		
Irregular	69	78.4
Regular	14	15.9
Pendular/ en tránsito	5	5.7
<b>Tiempo de permanencia en el país</b>		
Menos de 1 mes	19	21.6
Entre 1 y 6 meses	35	39.8
Entre 6 meses y 1 año	15	17
Más de un año	19	21.6
<b>Afiliación al SGSSS</b>		
Si	9	10.2
No	79	89.8

Fuente: Base de datos de investigadora. Septiembre a octubre de 2019. n=88

Entre otras características de la población, al observar la estructura de las familias se encontró que el 31.8% de ellas están conformadas por cuatro integrantes, el 23.9% por tres integrantes y el 17% por dos integrantes, donde predominan hijos e hijas entre los 6 meses y 5 años (68.2%).

Respecto a características de vivienda, higiene, agua y saneamiento, el 58% de la población vive en apartamento o casa, en paga diarios el 18.2%, en albergues el 13.6% y en otros lugares como la calle o potreros el 10.2%. En cuanto a otros servicios básicos, los hogares

predominantemente consumen el agua del acueducto de Bogotá (90%), frente a unos pocos (9.1%) que prefieren el agua embotellada o de bolsa. De forma semejante, se encontró que casi el total de los y las encuestados (96.6%) tienen sanitario con flujo de agua en su lugar de residencia. En referencia a la actividad laboral, el 62.5% se ubica en el comercio informal, seguido de otras formas de trabajo con el 15.9% (auxiliar de cocina, empleada doméstica, peluquería etc.) mientras que el 9.1% expresó no contar con un trabajo o ingreso económico. De las personas que realizan el comercio informal como actividad laboral (62.5%) el 87.3% manifestó recibir una remuneración salarial diaria, mientras que del 15.9% que realizaban otros trabajos, el 42.9% reportó recibir un ingreso diario. Del total de encuestados, el 64.8% refirió recibir el pago de manera diaria, el 15.9% de forma semanal y solo el 11.4%, obtuvo un salario mensual.

En cuanto a los subsidios o apoyos que han recibido, por parte de ONGs Cruz Roja, Plan Internacional y Acción contra el Hambre, el 30% reporta haber sido beneficiario, principalmente de kits de higiene y/o aseo (20.5%) y víveres (5.7%), lo cual favorece a todos los integrantes de la familia, sin importar el grupo etario.

## 7.2 Seguridad alimentaria en la población migrante

### 7.2.1 Percepción de la seguridad alimentaria en el hogar:

La percepción de alguna forma de inseguridad alimentada reportada por la población migrantes fue del 93.2%, donde la INSA severa predomina con 63.6%, seguido de INSA leve con 20.5% e INSA moderada (9.1%), respectivamente. (Tabla 2).

**Tabla 2.** Percepción de inseguridad alimentaria en el hogar

Situación de seguridad alimentaria	Frecuencia	Porcentaje (%)
Seguridad Alimentaria	6	7.8
INSA leve	18	20.5
INSA moderada	8	9.1
INSA severa	56	63.6

Fuente: Base de datos de investigadora. Julio a octubre de 2019. n=88

Entre otros resultados relevantes, se halló que los individuos con estatus migratorio irregular presentaron el mayor porcentaje de inseguridad alimentaria con 72.8%, donde prevalece la INSA severa (46.7%) tanto en la población irregular como regular (11.4%). De igual modo, todos los individuos en tránsito presentaron inseguridad alimentaria severa (5.7%).

### 7.2.2 Prácticas relacionadas con la lactancia materna

Se encontró que el 31.8% de las madres no vieron afectada la práctica de lactancia materna a causa de la migración; mientras que el 11.4% si considera haber disminuido la práctica.

La mediana de lactancia materna exclusiva fue de 2 meses. A su vez, el 15.9% refiere dar lactancia materna complementaria como máximo hasta los 12 a 18 meses de edad. Para los dos casos (tanto en lactancia exclusiva como complementaria), la leche materna fue consumida principalmente del seno/pecho (37.5%). En lo que respecta a la introducción de la alimentación complementaria, el 12.5% de las madres la inició a los 6 meses, mientras que el 11.4% a los 4 meses. Algunas de las razones de la introducción precoz de la alimentación complementaria reportadas por las encuestadas fueron "el bebé ya no agarraba el seno", "sentía que quedaba con hambre si solo le daba la leche materna", entre otros. Asimismo, el 27.3% de las familias reportó haberles dado a sus hijos(as) sopas y/o caldos como primer alimento diferente a la leche materna, seguido de frutas y/o verduras con el 8.8%. También se evidenció que el 21.6% de los niños y niñas recibió fórmula láctea en algún momento, la cual fue suministrada por las madres o por otras personas (categoría: otros), mientras que el 6.8% fue otorgada por una entidad y/o profesional de la salud.

### 7.3 Estrategias de afrontamiento

A partir del análisis de las estrategias de afrontamiento, se evidenció que (85%) de la población tuvo que recurrir a alguna estrategia de afrontamiento como forma de prevenir o reducir la inseguridad alimentaria en el hogar. Las estrategias más utilizadas fueron 1) Consumir alimentos menos preferidos o menos caros con 84.1% y 2) Reducir las porciones de las comidas y/o reducir el número de comidas consumidas en el día, que correspondió al 77.3%. En los dos casos, realizar estas prácticas con una frecuencia diaria obtuvo la mayor proporción. Por el contrario, la estrategia de "Pasar días enteros sin comer", fue referido por el 25% de la población (Gráfico 1).

**Gráfica 1 . Estrategias de afrontamiento frente a la inseguridad alimentaria. Población Migrante**



Fuente: Base de datos de investigadora. Julio a octubre de 2019 n=88

Otras estrategias de afrontamiento consideradas negativas, fueron la mendicidad con un 40%, comer de la basura 5,7%, y finalmente, el

3.4% refirió haber vendido bienes personales. Con respecto a la frecuencia de estas prácticas, la mayoría reportó realizarlas de manera ocasional (22.7%) igualmente, a partir del análisis de correlación se evidenció que los hogares con INSA severa recurrieron a más estrategias de afrontamiento y con mayor regularidad que los que presentaban otro grado de inseguridad alimentaria. Asimismo, se observó una relación directamente proporcional entre el número de integrantes del hogar y las estrategias de afrontamiento a las que recurren, donde las familias con 1 o 2 integrantes practican con mayor regularidad estrategias como la reducción de porciones y/o tiempos de comida (33% y 73.4% respectivamente) y el consumo de alimentos menos caros o menos preferidos (33.3% y 86.6%). Por su parte, en los hogares de mayor número de integrantes, además de practicar las estrategias mencionadas anteriormente, se suele restringir el consumo de los adultos. Por otra parte, también se encontró que el 71.7% de las personas que reportaron ingresos de forma mensual no tuvieron que recurrir a estrategias de afrontamiento; por el contrario, el 100% de los hogares que no reportaron ingresos, emplearon por lo menos 3 de las estrategias positivas durante el mes.

#### **7.4. Consumo y prácticas alimentarias**

##### **7.4.1 Frecuencia de consumo**

Según los hallazgos obtenidos a partir del cuestionario de frecuencia de consumo, hay 5 grupos de alimentos mayormente consumidos por la población estudio: 1) Cereales raíces tubérculos y plátano, 2) Aceites y grasas, 3) Azúcares y dulces 4) Condimentos y bebidas; todos estos ingeridos por el 100% de la población y 5) Carnes, pescados, embutidos y huevos, con un consumo del 98.9% de los individuos encuestados. Por el contrario, el grupo de alimentos que reportó el menor consumo fue el de las comidas rápidas (60.2%)

**Grupo Cereales-tubérculos y plátanos:** Dentro de los alimentos mayormente consumidos se encontraron: la arepa de maíz blanco, con una frecuencia semanal prevalente de 14.6% (2-4 veces por semana) y del 30.3% para un consumo de 2-3 veces por día; la pasta, de la misma manera, con una ingesta semanal de 2-4 veces por semana del 33.7% de los encuestados y un consumo diario (1 vez por día) del 4.5%, como los valores más destacados. El tercer alimento de mayor consumo fue el pan blanco con una ingesta predominante del 28.1% entre 2-4 veces a la semana, mientras que para la frecuencia diaria, preponderó el consumo entre 2-3 veces con un 16.9%; seguido del arroz, el cual reportó un consumo de 20.7% entre 2-4 veces a la semana y de 37.1% una vez al día, siendo éstas las frecuencias más destacadas y finalmente la papa (pastusa o sabanera), fue incluida en las

comidas del 36% de la población entre 2-4 veces por semana y el 14.6% las consumió 1 vez al día, siendo estas dos frecuencias las más comunes.

**Grupo de lácteos y derivados:** los más consumidos son el queso costeño y la leche entera entre 2-4 veces a la semana (33.7% y 24.7% respectivamente). Para estos mismos alimentos, el consumo diario fue del 10.1%.

**Frutas:** el cambur/banano fue la fruta más consumida en una frecuencia semanal de 2-4 veces por el 21.3% de la población y una frecuencia diaria (1 vez al día) del 3.4%; seguido de la manzana que hizo parte de la alimentación entre 2-4 veces a la semana mayoritariamente (18%) y solo el 2.2% de los individuos la consumieron diariamente (1 vez al día). La guayaba y la mandarina también hicieron parte de la ingesta alimentaria de los encuestados entre 2-4 veces a la semana (15.7% y 14.6% respectivamente) y una ingesta diaria más baja correspondiente al 3.4% a la mandarina y solo 1.1%, la guayaba.

**Verduras:** se reportó la mayor ingesta de la zanahoria, el tomate, la cebolla y el pimentón entre 2-4 veces a la semana (31.5%, 29.2%, 25.8% y 21.3% respectivamente). Por el contrario, en la frecuencia diaria de 1 vez al día, la cebolla fue la más consumida (24.7%), seguida del pimentón y la zanahoria con 14.6% cada uno y finalmente la zanahoria, ingerida por el 12.4% de la población estudio.

**Carnes, Pollo, Huevo:** el pollo, los embutidos y el huevo ocuparon los primeros lugares, con una frecuencia de 2-4 veces a la semana (47.2%, 41.6%, y 28.1% en su orden). Respecto a la ingesta diaria, el que predominó fue el huevo con 20.2%, seguido de los embutidos con 10.1% y por último el pollo con 5.6%.

**Leguminosas y mezclas vegetales:** los frijoles/caraotas y las lentejas son los que se ingirieron de manera más habitual en este grupo de alimentos. En la semana prevaleció el consumo de 2 a 4 veces, en el caso de las lentejas con 42.7% y los frijoles con 28.1%, mientras que en la ingesta diaria solo el 1.1% de los individuos reportó consumir frijoles 1 vez al día.

**Grasas y aceites:** el aceite vegetal fue utilizado por el 100% de la población; durante la semana por el 10.2% (2-4 veces por semana), en comparación con el 76.4% que lo consumió entre 2 y 3 veces por día. En el segundo lugar se encontró la mantequilla, empleada por el 19.1% de los encuestados entre 2-4 veces por semana y 24.7% la utilizaron 1 vez al día.

**Azúcares y dulces:** El azúcar, la panela y los chocolates fueron los alimentos consumidos con mayor regularidad. Tanto el azúcar como la panela son utilizadas por el 15.7% de los individuos entre 2-4 veces a la semana, sin embargo, el azúcar es usada entre 2-3 veces por día por el 60.7% y la panela solo por el 3.4% una vez al día. En el caso de los chocolates, el

20.2% de los individuos lo consumieron entre 2-4 veces por semana, mientras que el 4.5% lo hizo 1 vez al día.

**Espicias, condimentos y bebidas:** la sal y las especias fueron utilizados con mayor regularidad entre 2 y 3 veces al día (89.9% y 33.7% respectivamente). Por el contrario, la frecuencia semanal fue baja con 1.1% en el caso de la sal (5-6 veces por semana) y del 28% en las especias (2-4 veces por semana). En lo que se refiere a las bebidas, el agua, el café y la gaseosa ocuparon los primeros puestos. El 44.6% de los encuestados reportó tomar agua 6 o más veces al día, como el valor más alto; en comparación con la ingesta entre 5-6 veces a la semana del 4.5% de la población estudio. De manera similar se halló que los encuestados toman café entre 2 y 4 veces por semana en un 11.2%, mientras que un 27% lo toma una vez al día. Por último, la gaseosa fue consumida de 2-4 veces en la semana por el 18% y el 9%, una vez al día.

**Comidas rápidas:** los pastelitos o empanadas reportaron hacer parte de la dieta de forma más recurrente con una ingesta semanal de 2 -4 veces del 21.3%, y de 1.1% diario (1 vez al día).

**Grupo "otros":** la sopa, el refresco en polvo y el maní fueron los alimentos mayormente mencionados por la población. Se demostró que el 15.7% tomó sopa entre 2-4 veces por semana y el 3.4% con una frecuencia de una vez al día. Por su parte, el refresco en polvo lo bebió el 9% entre 2-4 veces por semana y el 3.4%, diariamente. Finalmente, el 6.7% comentó consumir maní entre 2 y 4 veces a la semana, mientras que el 1.1% refirió hacerlo entre 2-3 veces al día

#### 7.4.2 Prácticas Alimentarias

Se identificaron algunos aspectos relacionados con prácticas alimentarias, donde cabe resaltar que el 59.1% de la población estudio mencionó consumir los alimentos en el apartamento o casa; seguido del 20.5% en la calle o el trabajo, 11.4% consume los alimentos en un albergue y finalmente el 9.1% lo hace en un paga diario. Los tiempos de comida suelen hacerse en compañía, el 48.9% dijo comer en compañía de su esposo(a) y sus hijos(as), el 20% lo hace solo o con amigos(as) y compañeros(as) venezolanos, el 17% come con sus hijos(as) y el 11.4% sólo con su esposo(a). Los colombianos retornados también refirieron comer acompañados de su esposo(a) y/o hijos(as).

En lo que respecta a los tiempos de comida, se evidenció que comer 2 veces al día es la frecuencia con mayor predominio (39.8%) teniendo siempre como prioridad el almuerzo, seguida de 3 veces al día (35.9%). Comer 4 o 5 veces al día representó el valor más bajo, con 5.7%. Todos los colombianos retornados, reportaron comer 3 o más veces al día.

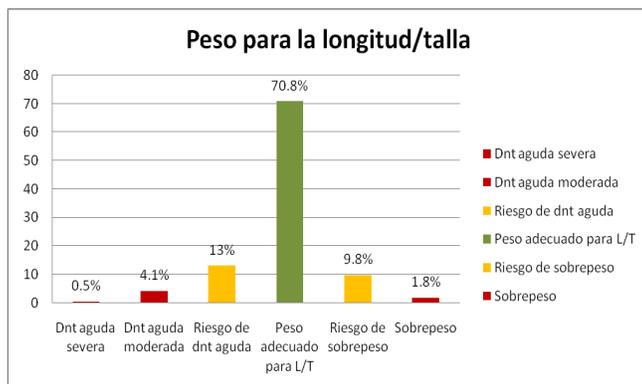
Respecto a la disponibilidad para conservar los alimentos, sólo el 29.5% refiere tener posibilidad de hacerlo porque cuentan con una nevera y respecto a los medios de almacenamiento se evidenció el uso predominante de envases plásticos (37.5%) o bolsas (15.9%). Sobre los métodos de cocción al momento de preparar los alimentos, se encontró que la población prefiere la técnica de guisado (40.9%), la fritura (25%) o el asado (21.6%).

## 7.5 Estado nutricional de la población migrante

La descripción de la situación nutricional por antropometría corresponde a información secundaria tomada previamente por la organización Acción contra el Hambre entre los meses de julio a octubre de 2019. Dado que la atención de la organización se enfoca en niños y niñas menores de 5 años, mujeres gestantes y lactantes, la información presentada a continuación comprenderá únicamente estos grupos.

### 7.5.1 Estado nutricional de niños(as) menores de 5 años:

**Gráfica 2.** Resultados del indicador Peso para la longitud/talla en niños y niñas de 0 a 5 años



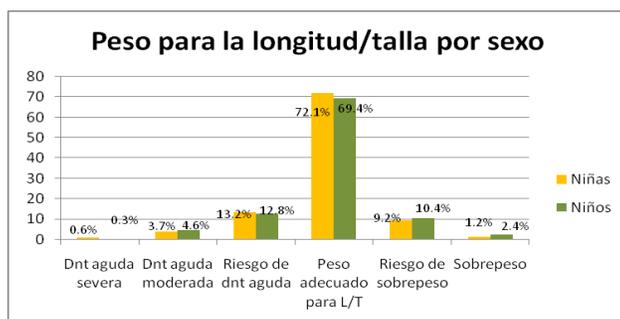
Fuente: Información secundaria, base de datos Acción contra el Hambre de julio a octubre de 2019. n=653

De acuerdo con la Gráfica 2, se observa como un factor positivo que la mayoría de la población evaluada tuvo un peso adecuado para su longitud o talla (70.8%). No obstante, se puede observar una

prevalencia de riesgo de desnutrición (DNT) aguda del 13%, de los cuales el 75.3% son irregulares y el 80% son de origen venezolano; seguida del riesgo de sobrepeso (9.8%). De esta cifra, el 81.3% son venezolanos irregulares. Respecto a los hallazgos de algún grado de desnutrición aguda, el 4.1% de los niños(as) reportó desnutrición aguda moderada, de los cuales 81.5% de ellos son irregulares, en comparación con el 18.5% de niños que cuentan nacionalidad colombiana, mientras que solo el 0.5% desnutrición aguda severa, de los cuales todos son población migrante irregular venezolana. En comparación con el exceso de peso para la longitud/talla, ningún niño(a) evaluado presentó obesidad. Sin embargo, el 1.8% evidencia tener sobrepeso, de los cuales, el 91.7% reportó ser venezolano con estatus migratorio irregular.

También se evidenció que, del total de niños y niñas con algún grado de desnutrición aguda, el 36.7% no recibió lactancia materna exclusiva; mientras que en el caso de los niños y niñas que presentaron sobrepeso, la lactancia materna exclusiva fue de 58.3%. Además, se observó que el 20% de los niños y niñas que presentaba desnutrición aguda (tanto moderada como severa), también presentó enfermedad diarreica aguda (EDA) en el momento de la valoración.

**Gráfica 3.** Resultados del indicador Peso para la longitud/talla en niños y niñas entre 0 y 5 años por sexo

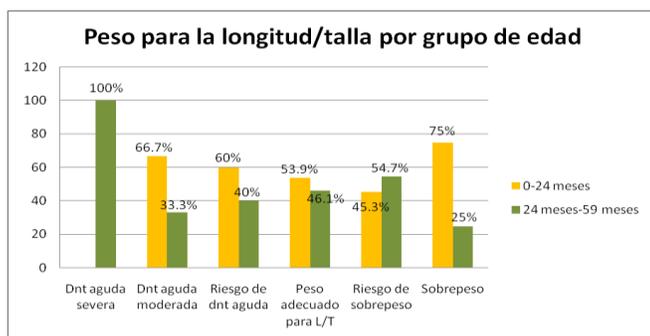


Fuente: Información secundaria, base de datos Acción contra el Hambre de julio a octubre de 2019. n=653

La prevalencia de desnutrición aguda severa fue ligeramente mayor en niñas (0.6%) que en niños (0.3%). De forma opuesta, las niñas presentaron

menor desnutrición aguda moderada (3.7%) que los niños (4.6%). En cuanto al riesgo de desnutrición aguda, las niñas mostraron mayor prevalencia con 13.2% respecto a los niños (12.8%). Por el contrario, se encontró mayor riesgo de sobrepeso en los niños (10.4%) que en las niñas (9.2%), al igual que en el indicador de sobrepeso con 2.4% de prevalencia en los niños y 1.2% en las niñas.

**Gráfica 4.** Resultados del indicador Peso para la longitud/talla en niños y niñas entre 0 y 5 años, por grupos de edad



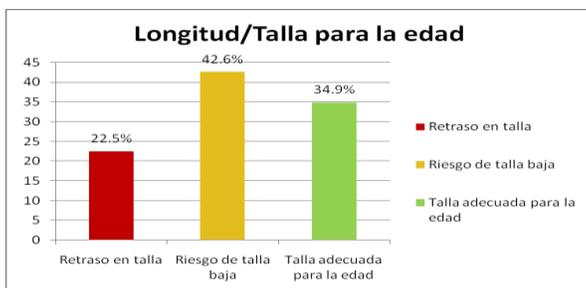
Fuente: Información secundaria, base de datos Acción contra el Hambre de julio a octubre de 2019. n=653

De acuerdo a los hallazgos obtenidos en la gráfica 4, se puede observar que todos los casos de desnutrición aguda severa se presentan en niños y niñas entre

los 24 a 59 meses. Sin embargo, para el resto de las clasificaciones nutricionales, no sucede lo mismo. En el grupo de 0-24 meses prevalece la desnutrición aguda moderada (66.7%), el riesgo de desnutrición aguda (60%), el peso adecuado para la longitud o talla (53.9%) y el sobrepeso (75%), a diferencia del grupo entre los 24 y 59 meses.

**Gráfica 5.** Resultados del indicador longitud/talla para la edad en niños y niñas entre 0 y 5 años

Fuente: Información secundaria, base de datos Acción contra el Hambre de julio a octubre de 2019. n=653

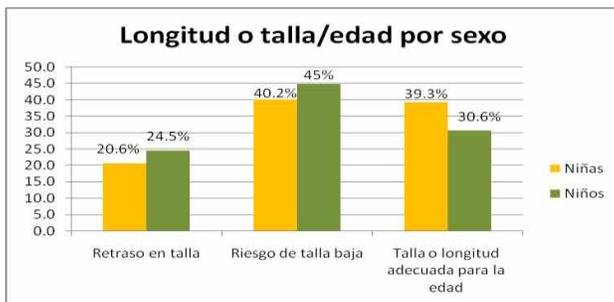


Según lo reportado en la gráfica 5, el riesgo de retraso en talla (desnutrición crónica) en los niños de 0 a 5 años, fue el más prevalente con 42.6%, seguido de la longitud/talla adecuada para la

edad con 34.9% y finalmente, el retraso en talla con 22.5%. En cuanto a los niños y niñas que presentan retraso en talla, el 60.5% no recibe ni recibió lactancia materna complementaria, y el 46.3% no fue alimentado con leche materna de forma exclusiva los primeros 6 meses de edad.

**Gráfica 6.** Resultados del indicador longitud/talla para la edad en niños y niñas entre 0 y 5 años según el sexo

Fuente: Información secundaria, base de datos Acción contra el Hambre de julio a octubre de 2019. n=653

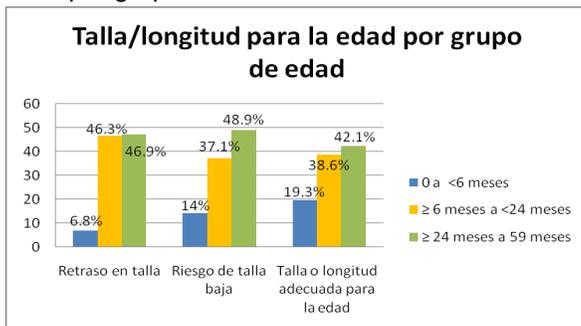


En lo que concierne a este indicador del sexo, cabe resaltar que es mayor el número de niñas con una talla adecuada (39.3%). De forma opuesta,

la prevalencia de retraso en talla y riesgo de talla baja se evidencia en el grupo de los niños con 20.6% y 40.2% respectivamente. (Ver gráfica 6)

**Gráfica 7.** Resultados del indicador longitud/talla para la edad en niños y niñas entre 0 y 5 años por grupo de edad

Fuente: Información secundaria, base de datos Acción contra el Hambre de julio a octubre de 2019. n=653



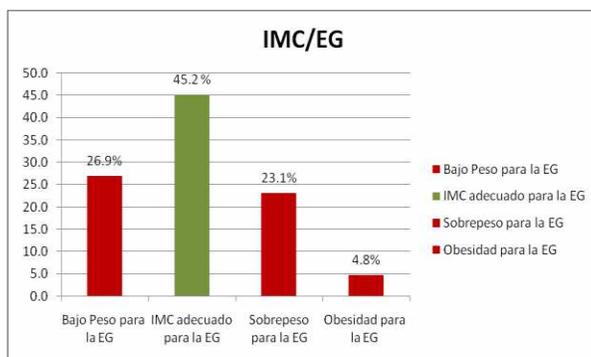
De acuerdo a la gráfica 7, se reportó que la población de niños entre los 24 y 59 meses representa las mayores prevalencias en los 3 casos siendo

46.9% en retraso en talla, 48.9% en riesgo de talla baja y 42.1% en talla/longitud adecuada para la edad, con respecto a los otros 2 grupos de edad.

### 7.5.2 Estado nutricional de las gestantes

En la evaluación del estado nutricional de las gestantes, se observó que aun cuando casi la mitad de las mujeres tienen un IMC adecuado para la edad gestacional (45.2%), hay una prevalencia significativa (26.9%) que cuenta con bajo peso para la edad gestacional; todas (100%) de origen venezolano y el 92.9% de ellas, irregulares. También se halló sobrepeso (23.1%) y obesidad (4.8%), de las cuales el 98% de Venezuela y el 95.8% con estatus migratorio irregular. (Ver gráfica 8). Otro punto importante a resaltar es que el 11.1% son mujeres menores de 18 años. En el caso de las mujeres gestantes con bajo peso, el 44.6% haber tenido alguna complicación de salud asociada al embarazo y el 66.1% reportó consumir medicamentos y/o suplementos dietarios. En el grupo de las mujeres con sobrepeso, el 54.9% tuvo complicaciones de salud y el 52.9% dice consumir medicamentos y/o suplementos dietarios. Por último, de las gestantes con obesidad, el 55.6% también presentó complicaciones a nivel de salud y consumió medicamentos y/o complementos dietarios.

**Gráfica 8.** Resultados del indicador IMC/EG en mujeres en estado de gestación



Fuente: Información secundaria, base de datos Acción contra el Hambre de mayo a octubre de 2019. n=208

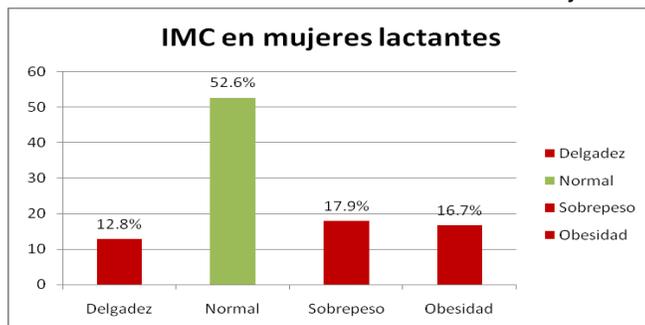
### 7.5.3 Estado nutricional de las mujeres lactantes

De acuerdo a los hallazgos que se observan en la gráfica 9, más de la mitad de las lactantes cuentan con un Índice de Masa Corporal- IMC en normalidad (52.6%). No obstante, el resto de las mujeres presenta un estado nutricional no adecuado, donde la mayor prevalencia se reporta en sobrepeso (17.9%), seguida de la obesidad (16,7%). De manera opuesta, el 12.8% presentó delgadez. El 100% de las mujeres con bajo peso y con sobrepeso son de nacionalidad venezolana e irregulares, mientras que las mujeres que presentaron obesidad, el 9.9% son colombianas con capacidad de acceder a los servicios de salud.

De manera similar al grupo de las gestantes, el 8.9% de las mujeres lactantes son menores de 18 años. De estas menores de edad, el 28.6% tiene obesidad y el 14% delgadez. El 100% de ellas no se encuentra afiliada al sistema de salud; sin embargo, todas reportaron

estar en compañía de su familia (madre, hijos) y/o pareja. Una de las limitaciones observadas en este grupo poblacional, fueron los ingresos económicos inestables como resultado de no tener una fuente de trabajo segura (77.8%).

**Gráfica 9.** Resultados del indicador IMC en mujeres lactantes



Fuente: Información secundaria, base de datos Acción contra el Hambre de mayo a octubre de 2019. n=78

## 8. Discusión de resultados

Este es el primer estudio realizado por la Organización Acción contra el Hambre en Bogotá, que mide la

seguridad alimentaria de las familias migrantes y el estado nutricional de mujeres gestantes y lactantes y niños y niñas menores de 5 años, independientemente del estatus migratorio. Los resultados de percepción de la seguridad alimentaria y el estado nutricional por antropometría de la población migrante demuestran importantes desafíos respecto a la legislación migratoria y la vigilancia en salud pública. El objetivo de este estudio fue caracterizar la seguridad alimentaria y el estado nutricional por antropometría de la población migrante mencionada anteriormente que fue atendida por la organización Acción contra el Hambre en la ciudad.

### 8.1 Características generales de la población

La gran mayoría de la población encuestada fueron mujeres (94.3%), lo cual puede deberse al rol que suelen desempeñar en labores de cuidado de los hijos(as) y del hogar. Junto con esto, y debido a las dinámicas de género dentro de los hogares, la necesidad de obtener recursos económicos para cubrir las necesidades básicas conlleva a que la pareja (por lo general el hombre) trabaje todos los días fuera de casa, muchas veces lejos del hogar, como lo reporta un estudio de migración y salud global (Wickramage et al., 2018).

En su mayoría, los y las migrantes atendidos por Acción contra el Hambre, se encuentran en una situación significativa de vulnerabilidad social y económica, lo cual es debido en gran medida al estatus migratorio irregular en el que se encuentra el 78% de la población. Lo anterior se ve relacionada con las políticas contradictorias que surgen entre el Estado y el mercado, las cuales buscan admitir a aquellos migrantes que sean considerados "económicamente productivos y socialmente aceptados", de esta manera se evita que generen una carga para el país, como lo propone Castles (2010).

Entre otros hallazgos relevantes en este estudio, gran parte de la población migrante no tuvo garantizado el acceso a atención primaria en salud, ni fue beneficiada de ningún tipo de programa o subsidio público o privado, debido principalmente a la falta de regularización en el estatus migratorio, la desinformación con respecto a los servicios ofertados por entidades ONGs e instituciones, o la demora en el proceso de la asignación del puntaje SISBEN, en el caso de los migrantes con documentación al día. Por el contrario, la alta capacidad de acceso a servicios públicos básicos a pesar del tipo de vivienda, se puede explicar como resultado de la adecuada cobertura de éstos, provista por Bogotá (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2019). Respecto al consumo de agua, gran parte de los encuestados afirmaron consumir agua del acueducto de Bogotá, porque consideran que es de "buena calidad" y "no genera mayores gastos económicos", que como si se consumiera agua de botella o bolsa, lo que afecta negativamente la seguridad alimentaria en el hogar.

## **8.2 Seguridad alimentaria**

La alta prevalencia de inseguridad alimentaria reportada por el presente trabajo (93.2%) es muy superior a la encontrada en Colombia (54.2%) de acuerdo con la ENSIN 2015. No obstante, es consistente con el informe de inseguridad alimentaria en migrantes venezolanos a nivel nacional presentado por el Programa Mundial de alimentos (PMA) en el 2018, que mostró un 80% de personas afectadas con INSA (Programa Mundial de Alimentos, 2018).

Un determinante crucial en el grado de severidad de la inseguridad alimentaria resultó ser el estatus migratorio, donde la población migrante irregular y pendular o en tránsito, presentó los mayores porcentajes de INSA severa. Esta situación podría presentarse a causa de las precarias condiciones en las que estos grupos poblacionales llegan al país, el constante desplazamiento entre diferentes ciudades y/o regiones; la incapacidad para acceder a programas o subsidios alimentarios otorgados por el gobierno, a un empleo formal y un salario estable; y en general a los servicios esenciales, así como lo señala un estudio realizado en 2019 por la ONG Médicos sin Fronteras con migrantes irregulares en la Unión Europea (Médicos Sin Fronteras, 2019)

La inseguridad alimentaria leve, más prevalente entre los y las migrantes regulares e irregulares con respecto a la INSA moderada, puede estar influenciada por el tamaño del hogar el número de integrantes que tienen un empleo y los ingresos económicos que este genera, así como las edades de los miembros del hogar y la adopción temprana de estrategias de afrontamiento. Algo similar reporta un estudio realizado previamente en población migrante en Zimbawe (Crush & Tawodzera, 2017) que sugiere que, si bien una familia numerosa puede facilitar e incrementar las fuentes de ingreso económico, esto puede

verse afectado por la edad de los miembros que la conforman y por otro lado, la necesidad de obtener mayor cantidad de alimento para satisfacer las necesidades alimentarias y nutricionales de todos los miembros del núcleo familiar, especialmente cuando hay niños(as) y/o mujeres gestantes.

Otro hallazgo a tener en cuenta es que la mayoría de los hogares encuestados que referían tener por lo menos 1 hijo(a), mencionaron que los menores de edad no disminuyeron su consumo de alimentos de manera significativa. Lo anterior a su vez, concuerda con el supuesto de inseguridad alimentaria, donde los padres, madres o cuidadores(as) tienden a proteger a los niños(as) del estrés alimentario; supuesto que también fue evidenciado por Dien et al., (2008) cuya investigación sugiere que los(as) jefes del hogar suelen limitar su dieta en un esfuerzo de resguardar a sus hijos(as) de los efectos negativos de la inseguridad alimentaria.

Sin embargo, es necesario resaltar que la encuesta de percepción de seguridad alimentaria, al contar solo con 6 preguntas, y abordar un periodo de tiempo de 1 mes, pudo quedarse un poco corta al evaluar la situación a profundidad; asimismo, no hizo distinción en la composición familiar (mononuclear, presencia o ausencia de hijos, etc).

### **8.3 Inseguridad alimentaria y su relación con las estrategias de afrontamiento:**

Los hogares con mayor grado de inseguridad alimentaria emplearon con mayor frecuencia diferentes estrategias de afrontamiento, dentro de las cuales prevaleció el consumo de alimentos menos caros y/o menos preferidos (84.1%) y la disminución de las porciones o tiempos de comida (77.3%), como formas de mitigar la escasez de alimentos. Asimismo, estas dos estrategias fueron las más practicadas según un estudio llevado a cabo en familias migrantes en Malawi (Dunga & Dunga, 2017). No obstante, algunas familias en INSA leve o en seguridad alimentaria, también emplearon estas estrategias, lo cual puede verse como un mecanismo anticipado para futuras situaciones de incertidumbre relacionadas con la disponibilidad y el acceso a los alimentos. Otra posible explicación frente la utilización de estrategias de afrontamiento, aún en los hogares con seguridad alimentaria, es la prioridad o preocupación primaria de los jefes(as) del hogar de cubrir las necesidades básicas de techo y comida (Goleman, Daniel; Boyatzis, Richard; Mckee, 2019)

Como fortaleza del estudio, cabe mencionar el análisis de las estrategias de afrontamiento positivas como negativas, lo que permite identificar de alguna manera, otros derechos que se le pueden estar vulnerando a la población migrante. No obstante, una limitación en la aplicación del cuestionario de estrategias de afrontamiento fue la temporalidad que se tuvo en cuenta (1 mes), lo que dificulta un análisis y comparación con otros estudios realizados previamente, puesto que la gran mayoría evalúan el índice de estrategias de afrontamiento

que tuvo en cuenta 1 semana como período de tiempo; lo cual dificultó la comparación con otras investigaciones relacionadas

#### **8.4 Consumo y hábitos alimentarios**

El impacto que genera la migración en el consumo de alimentos y prácticas alimentarias es evidente según los resultados obtenidos, los cuales demuestran una dieta más variada para los y las migrantes en Bogotá, que, aunque no es la ideal, ofrece mayor cantidad de alimentos que en el país de origen, dada las condiciones precarias de éste. Lo anterior confirma la idea de que el desplazamiento a otra región o país puede incrementar el gasto en comida en al menos 6 grupos de alimentos, incluidas las frutas y verduras, los snacks y los alimentos preparados en casa. De acuerdo con Saaka et al. (2017) el proceso de migración y aculturación conllevan a que la población migrante aumente el consumo de alimentos de alto valor calórico y pobre densidad nutricional. Estos cambios en la dieta pueden relacionarse con los motivos de compra de los víveres (los más económicos y de mayor rendimiento), limitaciones para conservar y almacenar la comida, disponibilidad de alimentos, y facilidad de acceso a algún tipo de ayuda o subsidio, ya sea por parte de las personas, instituciones y ONGS.

La arepa, el arroz, la pasta y proteínas de origen animal como el pollo y los embutidos, fueron los alimentos de mayor consumo por la población migrante, no solo por ser económicos y de fácil acceso, sino por ser una parte significativa y fundamental de su cultura, además de considerarlos saludables. Lo anterior sugiere que las familias migrantes con inseguridad alimentaria priorizan gastar sus limitados recursos en comidas más tradicionales (Drewnowski, 2009; Henjum, Morseth, Arnold, Mauno, & Terragni, 2019). El consumo insuficiente de frutas y verduras puede explicarse por la falta de educación alimentaria y nutricional, patrones de consumo mediados por la cultura y preferencias alimentarias reportadas por la población estudio, junto con la adaptación a los constantes cambios que se presentaban en el mercado venezolano, como lo demostró la Encuesta Nacional de Vida Venezuela (Fundación Bengoa et al.) en 2016. Esto a su vez puede incrementar el riesgo de carencia de micronutrientes (vitaminas y minerales), de enfermedades cardiovasculares y metabólicas y generar un estado pro inflamatorio.

Si bien la frecuencia de consumo de alimentos contó con gran variedad de opciones alimentarias, y una amplia gama de categorías de frecuencia lo cual permite una evaluación más rigurosa del consumo dietario; los diferentes estatus migratorios y el tiempo de permanencia en Colombia, dificultó el análisis de la información, puesto que el tiempo que algunos(as) migrantes llevaban en Bogotá era menor al tiempo determinado para evaluar la frecuencia de consumo (1 mes).

### 8.5 Estado nutricional

La prevalencia de desnutrición aguda (4.6%) en niños y niñas menores de 5 años fue menor, frente a la desnutrición crónica con 22.5%; siendo esta última mayor a la reportada por la ENSIN en el 2015 para Colombia (10.8%) y para Suramérica (9.9%). A partir de esto, se teoriza que la alta prevalencia de retraso en talla se debe a periodos prolongados de nutrición subóptima y enfermedades infecciosas y prevalentes en la infancia (IRA, EDA) que tuvieron que vivir los niños y niñas en su nación de origen (Woldemicael, 2009).

En el caso de la desnutrición aguda, se encontró que los bebés que no reciben lactancia materna de forma exclusiva, tienen mayor riesgo de presentarla, puesto que la leche materna es considerada el alimento más efectivo para mantener la salud del bebé y el estado nutricional de la madre durante la gestación (Kroening & Dawson-Hahn, 2019).

Una alteración en el peso respecto a la talla/longitud de los niños y niñas tanto por exceso o por déficit también puede estar estrechamente relacionado con los bajos ingresos económicos de los padres o cuidadores. Por el contrario, en los hogares con mayores recursos económicos, incrementa la posibilidad de tener un mejor estado de salud y facilita la compra de alimentos de alto valor nutricional, como lo sugiere González-Pastrana & Díaz-Montes (2015).

Del mismo modo, pertenecer a un hogar numeroso puede ser un factor de riesgo para un estado nutricional inadecuado en los niños y niñas, quizás porque al aumentar el tamaño familiar se tiende a consumir alimentos más baratos y se siguen dietas menos variadas, generando así problemas nutricionales (Montagna, 2015). Además de lo mencionado anteriormente, otros factores externos como el cambio climático, y la influencia del entorno familiar pueden ser claves en el desarrollo de exceso de peso o desnutrición aguda. (González-Pastrana & Díaz-Montes, 2015).

Por otro lado, las mujeres gestantes también presentaron una doble carga nutricional (bajo peso gestacional con 26.9% y sobrepeso con 23.1%), lo que puede deberse, como en el caso de los niños y niñas, a que probablemente no contaron con una alimentación nutritiva y variada, ni con la posibilidad de acceder de manera oportuna a controles prenatales y a la suplementación necesaria de micronutrientes (ácido fólico, hierro, calcio) debido a barreras para la atención en salud (Fernandez -Niño et al., 2019).

Respecto al estado nutricional de las mujeres lactantes, la prevalencia de exceso de peso en esta población puede deberse a inadecuadas prácticas en la lactancia materna (inicio tardío, tiempo insuficiente en que el bebé lacta, falta de educación alimentaria y nutricional, entre otras). De acuerdo con Jevitt, Hernandez, & Groër (2007) las mujeres con obesidad (IMC >30) tienden con mayor frecuencia a no lactar a su hijo(a), incrementándose el riesgo nutricional para ambos a largo plazo.

Cabe aclarar que el análisis se centró en datos antropométricos, por lo que no se abordaron indicadores bioquímicos, ni signos clínicos en la evaluación del estado nutricional

No se reportaron conflictos durante la realización del estudio.

## **9. Conclusiones:**

1. Primeramente, se evidenció que, en la población estudiada, las tareas y roles en el hogar están definidos en función del género. Asimismo, predomina la jefatura masculina en los hogares no monoparentales y la actividad económica informal. También se evidenció un limitado acceso a servicios de salud y de subsidio o apoyo monetario, en su mayoría por la prevalencia de irregularidad del estatus migratorio.

2. Las estrategias de afrontamiento a la INSA más empleadas fueron el consumo de alimentos menos preferidos y/o menos caros, junto con la disminución del tamaño de las porciones, especialmente en hogares con INSA severa. Aplicar estrategias de afrontamiento también se asoció con el estatus migratorio irregular y núcleo familiar mayor o igual a 4 integrantes.

3. En lo que respecta al consumo de alimentos, se encontró una ingesta predominante de 5 grupos de alimentos. 1) Cereales raíces tubérculos y plátano, 2) Aceites y grasas, 3) Azúcares y dulces 4) Condimentos y bebidas; 5) Carnes, pescados, embutidos y huevos, algunos de los cuales no tenían acceso en su país de origen. Por el contrario, se reportó un bajo consumo de comidas rápidas. En cuanto a la frecuencia en la ingesta de los alimentos, comer entre 2-4 veces a la semana y un consumo diario de 1 vez al día fueron los más comunes en los alimentos de los grupos mencionados previamente.

3. En las prácticas alimentarios se encontró que la mayor parte de la población realiza 2 tiempos de comida (39.8%), donde el almuerzo es el más importante y generalmente acompañado de su familia. Además, se identificó dificultad para conservar los alimentos por el impedimento de acceder a una nevera o refrigerador.

4. La población que ha visto más afectado su estado nutricional es la de las mujeres gestantes, debido principalmente a las limitaciones económicas para el acceso a los alimentos y suplementos de micronutrientes, fundamentales en el periodo de gestación.

Lo mencionado previamente refleja el alto grado de vulnerabilidad en que se encuentra la población migrante, haciendo relevante el tema política pública y la necesidad de incrementar las facilidades a los servicios básicos, especialmente de acceso en salud y medios de vida adecuados.

## **10. Recomendaciones**

Con el fin de contribuir a la mejora en la situación de seguridad alimentaria y nutricional y el acceso adecuado a medios de vida por parte de la población migrante en Bogotá, se proponen las siguientes recomendaciones, que se espera sean tenidas en cuenta por parte de Acción contra el Hambre, y logren trascender a la esfera distrital y nacional, a través de la incidencia en política pública.

### **Para la organización:**

1. Realizar la toma de hemoglobina en sangre a todas las personas que reciben atención médico nutricional. Este indicador podrá ser utilizada junto con medidas antropométricas para dar un diagnóstico más acertado de la situación de salud y nutrición del individuo.
2. Aumentar brigadas móviles o determinar puntos fijos de atención en las localidades con mayor porcentaje de migrantes de la ciudad (Kennedy, Suba, Bosa).

### **De manera general:**

1. Fortalecer el trabajo entre entidades públicas y organizaciones de ayuda humanitaria, para favorecer la inclusión de como odontología, pedagogía, salud sexual y reproductiva, salud y nutrición, dentro de la oferta de servicios.
2. Facilitar la regularización de los y las migrantes, para contribuir a la inserción de esta población en el mercado laboral
3. Generar espacios de discusión e intercambio de ideas con la academia, con el fin de que se conozca a mayor profundidad la realidad migratoria de la ciudad y se planteen posibles soluciones a partir de diferentes áreas de conocimiento.
4. Tener en cuenta las precarias condiciones de vida en las que se encuentra gran parte de los y las migrantes, al momento de tomar decisiones y dar recomendaciones frente al manejo de los casos detectados de desnutrición aguda
5. Fortalecer las capacidades en materia de orientación y apoyo al migrante respecto a la oferta de servicios con que cuenta la ciudad y los lugares a donde puede acudir esta población, a fin de facilitar la recepción de información adecuada, pertinente y oportuna.

Para futuros se sugiere indagar y evaluar acerca del consumo teniendo en cuenta el tamaño de las porciones, para así identificar con más precisión, variables como la ingesta energética y el consumo de los macro y micronutrientes. También se recomienda indagar sobre la ingesta de alimentos de los menores de 5 años y niños en edad escolar, además de evaluar el estado nutricional de la población adulta (>18 años) y adulta mayor (> 65 años), identificando no solo la antropometría sino otros determinantes sociales de la salud.

## 11. Bibliografía

- Acción contra el hambre. (2016). ASI TRABAJAMOS PARA ASEGURAR UNA BUENA NUTRICIÓN. Recuperado el 23 de julio de 2019, de <https://www.accioncontraelhambre.org/es/que-hacemos>
- Acción contra el hambre. (2019). *SITREP MIGRATORY CRISIS*. Bogotá.
- ACNUD. (2014). Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares. Recuperado el 30 de julio de 2019, de 2014 website: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cmw.aspx>
- ACNUR. (2019). *EN 2018 Resumen de Tendencias*. Recuperado de <https://www.acnur.org/stats/globaltrends/5d09c37c4/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2018.html>
- AFP. (2019). ONU y UE piden aumentar la ayuda para atender a migrantes venezolanos. *El Tiempo*, p. 2. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/mundo/europa/onu-y-ue-piden-aumentar-ayuda-para-atender-a-migrantes-venezolanos-428394>
- Ambikapathi, R., Rothstein, J. D., Yori, P. P., Olortegui, M. P., Lee, G., Kosek, M. N., & Caulfield, L. E. (2018). Food purchase patterns indicative of household food access insecurity, children's dietary diversity and intake, and nutritional status using a newly developed and validated tool in the Peruvian Amazon. *Food Security*, 10(4), 999–1011. <https://doi.org/10.1007/s12571-018-0815-2>
- Anderson, E. S. (2010). *Technical Report: Coping Strategies Index (CSI) Development*. Recuperado de [https://fscluster.org/sites/default/files/documents/care\\_wbg\\_csi\\_technical\\_report.pdf](https://fscluster.org/sites/default/files/documents/care_wbg_csi_technical_report.pdf)
- Atalah S, E., & Castro S, R. (2004). Maternal obesity and reproductive risk. *Revista Medica de Chile*, 132(8), 923–930. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000800003>
- Ayuda en acción. (2017). Tipos de migración humana. Recuperado el 24 de julio de 2019, de <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/migraciones/tipos-de-migracion-humana/>
- Banco de la república. (2017). Organizaciones no gubernamentales y derechos humanos. Recuperado el 28 de julio de 2019, de <http://www.banrepcultural.org/biblioteca-virtual/credencial-historia/numero-156/organizaciones-no-gubernamentales-y-derechos-humanos>
- Cabral, D., Cunha, L. M., & Vaz de Almeida, M. D. (2019). Food choice and food consumption frequency of Cape Verde inhabitants. *Appetite*, 139, 26–34.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.04.005>

- Cancillería de Colombia. (2019). Colombia ha recibido en 2019 cerca de USD \$68 por migrante venezolano por parte de cooperación internacional: Canciller Holmes Trujillo. Recuperado el 14 de octubre de 2019, de <https://www.cancilleria.gov.co/newsroom/news/colombia-ha-recibido-2019-cerca-usd-68-migrante-venezolano-parte-cooperacion>
- Castles, S. (2010). Migración irregular: causas, tipos y dimensiones regionales. *Migración y Desarrollo*, 7(15), 49–80.
- Cepal, & ONU. (2018). Seguridad Alimentaria y Nutricional América Latina y el Caribe. Recuperado el 28 de julio de 2019, de <https://dds.cepal.org/san/marco-conceptual>
- Crush, J., & Tawodzera, G. (2017). South-South Migration and Urban Food Security: Zimbabwean Migrants in South African Cities. *International Migration*, 55(4), 88–102. <https://doi.org/10.1111/imig.12346>
- DANE. (2016). Indicadores económicos. Recuperado el 28 de julio de 2019, de 2016 website: <https://www.dane.gov.co/index.php/116-espanol/informacion-georreferenciada/2419-estratificacion-socioeconomica-metodologia>
- Dien et al., 2013. (2008). Understanding the Link between Poverty and Food Insecurity among Children: Does the Definition of Poverty Matter? *Bone*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- Dil Farzana, F., Rahman, A. S., Sultana, S., Raihan, M. J., Haque, M. A., Waid, J. L., ... Ahmed, T. (2017). Coping strategies related to food insecurity at the household level in Bangladesh. *PLoS ONE*, 12(4), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171411>
- DPN. (2018). *Documento Conpes 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela*. 1–115. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3950.pdf>
- Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition Reviews*, 67(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00157.x>
- Dunga, H. M., & Dunga, S. H. (2017). Coping Strategies Among the Food-Insecure Household. *Journal, International Social of Studies, Humanity*, 9(1), 91–107.
- EFE. (2018, septiembre 14). *ONU: El 80% de los refugiados venezolanos en Colombia sufren inseguridad alimentaria*. p. 1. Recuperado de <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/onu-el-80-de-los-refugiados-venezolanos->

en-colombia-sufren-inseguridad-alimentaria/20000013-3749335

- FAO. (2011). *Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria*. Recuperado de <http://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf>
- FAO, OPS, PMA, & UNICEF. (2018). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018*. Recuperado de <https://www.unicef.org/colombia/media/616/file/Aimentaria-y-nutricional-2018.pdf>
- Fernandez -Niño, J., Rojas-botero, M. L., Bojorquez-chapela, I., Giraldo-gartner, V., Sobczyk, R. A., & Acosta-reyes, J. (2019). Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano : primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista de la Universidad Industrial de Santander.*, 51(3), 208–219.
- Fundación Bengoa, CENDES, & UCV. (2016). *Encuesta nacional de condiciones de vida: Venezuela 2016 alimentación*. Recuperado de <https://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/images/ENCOVI-2016-Pobreza.pdf>
- goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, A. (2019). THE COPING STRATEGIES OF SUDANESE REFUGEE WOMEN IN KAKUMA REFUGEE CAMP, KENYA. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gomez Bastasar Sergio. (2012). *Metodología de la investigación*. Estado de México.
- González-Pastrana, Y., & Díaz-Montes, C. (2015). Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. *Revista de Salud Publica*, 17(6), 836–847. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.43642>
- Haldeman, L. A., Gruber, K. J., & Ingram, K. P. (2008). Determinants of food security and diet among rural and urban latino/hispanic immigrants. *Journal of Hunger and Environmental Nutrition*, 2(4), 67–84. <https://doi.org/10.1080/19320240802032503>
- Hamilton, W. L., Cook, J. T., Thompson, W. W., Buron, L. F., Frongillo, E. A., & Olson, C. M. (1997). *Household Food Security in the United States in 1995*. Recuperado de <https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/SUMRPT.PDF>
- Hasanah, A., Mendolia, S., & Yerokhin, O. (2017). Labour Migration, Food Expenditure, and Household Food Security in Eastern Indonesia. *Economic Record*, 93, 122–143. <https://doi.org/10.1111/1475-4932.12344>
- Henjum, S., Morseth, M. S., Arnold, C. D., Mauno, D., & Terragni, L. (2019). “I worry if I will have food tomorrow”: A study on food insecurity among asylum seekers living in

- Norway. *BMC Public Health*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6827-9>
- Hunter-Adams, J., & Rother, H. A. (2016). Pregnant in a foreign city: A qualitative analysis of diet and nutrition for cross-border migrant women in Cape Town, South Africa. *Appetite*, 103, 403–410. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.004>
- ICBF, & FAO. (2015). *Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana* (p. 314). p. 314. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/guias-alimentarias-basadas-en-alimentos.pdf>
- ICBF, UN, & Ministerio de salud y protección social. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015*. Recuperado de <http://www.prosperidadsocial.gov.co/temporales/Encuesta Nacional de la Situación Nutricional - ENSIN 2015.pdf>
- Instituto Nacional de nutrición, & Fundación Cavendes. (1991). *Guías de alimentación para Venezuela*. Recuperado de <https://www.fundacionbengoa.org/materiales/materiales/Guías De Alimentacion.pdf>
- Kroening, A. L. H., & Dawson-Hahn, E. (2019). Health Considerations for Immigrant and Refugee Children. *Advances in Pediatrics*, 66, 87–110. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2019.04.003>
- Maxwell, D. G., & R, C. (Bill & G. F. (2008). *The Coping Strategies Index A tool for rapid emergencies Second Edition*. (september 2017). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/259999318>
- Médicos Sin Fronteras. (2019). Europa es un castigo colectivo para los migrantes, una tragedia humana. Recuperado el 31 de octubre de 2019, de 2019 website: <https://www.msf.es/actualidad/grecia/europa-castigo-colectivo-los-migrantes-una-tragedia-humana>
- Ministerio de Relaciones exteriores. (2018). *MÁS DE 870 MIL VENEZOLANOS ESTÁN RADICADOS EN COLOMBIA*. p. 1. Recuperado de <http://migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/comunicados/comunicados-2018/julio-2018/7929-mas-de-870-mil-venezolanos-estan-radicados-en-colombia>
- Ministerio de salud y protección social. *Resolución 2465 de 2016*. , (2016).
- Ministerio de salud y protección social. (2018). *Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio*. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social. (2004). *Sistema de Seguridad Social en Salud*. 24.

Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/GUIA INFORMATIVA DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO.pdf>

Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2019). Cobertura

Servicios Públicos. Recuperado el 29 de octubre de 2019, de 2019 website:

<https://www.datos.gov.co/Vivienda-Ciudad-y-Territorio/Cobertura-Servicios-Publicos/qhgd-jun6>

Ministerio de Trabajo. (2018). Salario mínimo en Colombia para 2019. Recuperado el 27 de

julio de 2019, de <http://www.mintrabajo.gov.co/prensa/mintrabajo-es-noticia/2018/>

[/asset\\_publisher/nMorWd1x7tv1/content/salario-minimo-en-colombia-para-2019-queda-en-828-116](http://www.mintrabajo.gov.co/prensa/mintrabajo-es-noticia/2018/-/asset_publisher/nMorWd1x7tv1/content/salario-minimo-en-colombia-para-2019-queda-en-828-116)

Ministerio del poder popular para la alimentación, & Instituto Nacional de Salud. (2007). *El*

*trompo de los alimentos*. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-as878s.pdf>

MONTAGNA, C. P. (2015). Obesidad infantil. *La Semana médica*, 105(7), 280–284.

OIM. (2006). Glosario sobre Migración. *Derecho Internacional sobre Migración*, N°7 (ISSN

1816-1014), 38. Recuperado de [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_7\\_sp.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf)

OIM. (2019). ¿Quién es un migrante? Recuperado el 22 de julio de 2019, de

<https://www.iom.int/es/quien-es-un-migrante>

ONU. (s/f). Migración. Recuperado el 22 de julio de 2019, de

<https://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/>

ONU, Unión interparlamentaria, & OIT. (2014). *Humanos Y Gobernanza*. Recuperado de

[https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MigrationHR\\_and\\_Governance\\_HR\\_PUB\\_15\\_3\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MigrationHR_and_Governance_HR_PUB_15_3_SP.pdf)

OSAN. (2011). Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia:

Componentes y lineamientos para su implementación. En *Universidad de Antioquia*.

Recuperado de <http://www.osancolombia.gov.co/doc/libroosan.pdf>

Programa Mundial de Alimentos. (2018). Programa Mundial de alimentos posterga

indefinidamente asistencia alimentaria en Cúcuta, Colombia. Recuperado el 1 de

agosto de 2019, de 2018 website: [https://es.wfp.org/noticias/programa-mundial-de-](https://es.wfp.org/noticias/programa-mundial-de-alimentos-posterga-indefinidamente-asistencia-alimentaria-en-cucuta)

[alimentos-posterga-indefinidamente-asistencia-alimentaria-en-cucuta](https://es.wfp.org/noticias/programa-mundial-de-alimentos-posterga-indefinidamente-asistencia-alimentaria-en-cucuta)

- Quintero-Lesmes, D. C., & Herran, O. F. (2019). Food changes and geography: Dietary transition in Colombia. *Annals of Global Health*, 85(1), 1–10. <https://doi.org/10.5334/aogh.1643>
- Ross, W. L., Gallego-Pérez, D. F., Lartey, A., Sandow, A., Pérez-Escamilla, R., & Hromi-Fiedler, A. (2017). Dietary patterns in Liberian refugees in Buduburam, Ghana. *Maternal and Child Nutrition*, 13(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.12401>
- Saaka, M., Oladele, J., Larbi, A., & Hoeschle-Zeledon, I. (2017). Household food insecurity, coping strategies, and nutritional status of pregnant women in rural areas of Northern Ghana. *Food Science and Nutrition*, 5(6), 1154–1162. <https://doi.org/10.1002/fsn3.506>
- Seal, A., Dolan, C., & Trenouth, L. (2017). *REFANI Synthesis Report*. <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-021985-1.50014-x>
- Secretaria General de Bogotá. (2019). SuperCADE Social ha atendido cerca de 8.000 personas. Recuperado el 28 de octubre de 2019, de <https://secretariageneral.gov.co/node/3777>
- Sector, D., & Al, S. (2017). Migracion Plan de Respuesta. *Minisalud*, 1–75. Recuperado de [file:///C:/Users/Camilo Camacho/Documents/Camilo Andres Camacho Avila/Universidad De Caldas/Maestria Salud Publica/I Semestre/Modelos De Desarrollo/Bibliografias/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf](file:///C:/Users/Camilo%20Camacho/Documents/Camilo%20Andres%20Camacho%20Avila/Universidad%20De%20Caldas/Maestria%20Salud%20Publica/I%20Semestre/Modelos%20De%20Desarrollo/Bibliografias/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf)
- Torabi, M., Drahansky, M., Paridah, M. ., Moradbak, A., Mohamed, A. ., Owolabi, F. abdulwahab taiwo, ... Abdul Khalid, S. H. . (2016). We are IntechOpen , the world ' s leading publisher of Open Access books Built by scientists , for scientists TOP 1 % . *Intech, i(tourism)*, 13. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5772/57353>
- United explanations. (2015). 5 claves para comprender la Inseguridad Alimentaria en el Mundo. Recuperado de <http://www.unitedexplanations.org/2015/10/22/inseguridad-alimentaria/>
- USDA, & Economic Research Service. (2012). *U.S. Household Food Security Survey Module: Six-Item Short Form* (p. 5). p. 5. Recuperado de <https://www.ers.usda.gov/topics/food-nutrition-assistance/food-security-in-the-us/survey-tools.aspx>
- Valencia, A. (2018, octubre 29). *Conozca cuáles son los requisitos legales para migrantes en territorio nacional*. Recuperado de <https://www.asuntoslegales.com.co/actualidad/conozca-cuales-son-los-requisitos-legales-para-migrantes-en-territorio-nacional-2787067>

- Vearey, J. (2014). Healthy migration: A public health and development imperative for south(ern) Africa. *South African Medical Journal*, 104(10), 663–664.  
<https://doi.org/10.7196/SAMJ.8569>
- Wang, Y., Min, J., Harris, K., Khuri, J., & Anderson, L. M. (2016). A Systematic Examination of Food Intake and Adaptation to the Food Environment by Refugees Settled in the United States. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 7(6), 1066–1079.  
<https://doi.org/10.3945/an.115.011452>
- Weigel, M. M., & Armijos, R. X. (2018). Household Food Insecurity and Psychosocial Dysfunction in Ecuadorian Elementary Schoolchildren. *International Journal of Pediatrics*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/6067283>
- Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*, 18(1), 1–9.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>
- Willet, W., & Harvard, U. (2007). *Dietary Assessment* (p. 4). p. 4. Recuperado de [https://regepi.bwh.harvard.edu/health/FFQ/files/2007\\_GRID\\_FFQ.pdf](https://regepi.bwh.harvard.edu/health/FFQ/files/2007_GRID_FFQ.pdf)
- Woldemicael, G. (2009). *Breastfeeding practices of immigrant mothers in Canada: The role of immigration status, length of residence, and ethnic minority (Work in Progress)*. (October 2009), 14–16.
- Zone, S., State, O. R., & Dessalegn, B. (2018). Transitory coping strategies of food - insecure smallholder farmer households : the case of Ilu Gelan District , West. *Agriculture & Food Security*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40066-018-0204-2>

## 11. Anexos

### Anexo 1: Variables de estudio

Categoría	Definición	Indicadores	Referencias
Condiciones sociodemográficas (variables e	Sexo del participante	Sexo (número de mujeres, hombres, niños, niñas)	DANE ( 2016)
	Miembros de un único núcleo familiar	Composición familiar	
	Acceso a agua, higiene y saneamiento básico	% de prevalencia de carencias críticas en los entrevistados(as)	
	Lugar de residencia	Tipo de vivienda (albergue, paga	

instrumento establecido por el Programa para los beneficiarios)		diario, apto, etc)	
	Acceso a servicios de salud (SGSSS)	% de entrevistados(as) que están afiliados al SGSSS % de entrevistados(as) que han asistido a un centro de salud	Ministerio de Salud y Protección Social (2004)
	Dinero que recibe un individuo periódicamente por su trabajo,	Ingreso económico en términos de cantidad SMMLV) y periodicidad (diario, semanal, mensual)	Ministerio del Trabajo (2018)
	Condición migratoria asignada por la autoridad del país receptor	-Estatus migratorio -Documentos legales que presenta el individuo	Ministerio de Relaciones Exteriores (2018)
Seguridad alimentaria	Situación en que el individuo tiene acceso físico, social y económico a alimentos seguros y nutritivos que satisfacen sus necesidades dietéticas y preferencias alimentarias. Debe estar presente la disponibilidad acceso y la utilización biológica de los alimentos (FAO, 2011)	<b>Componente de Acceso:</b> Percepción: -% de hogares con inseguridad alimentaria leve -% de hogares con inseguridad alimentaria moderada -% de hogares con inseguridad alimentaria severa	Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (HFFS)  (ICBF et al., 2015) y (USDA & Economic Research Service, 2012)
	Ingesta de alimentos de un individuo	<b>Componente de Consumo:</b> -Grupos de alimentos mayormente consumidos por el individuo	Cuestionario de frecuencia de consumo adaptado (Willet & Harvard, 2007)
Estrategias de afrontamiento	Actividades realizadas por el hogar, destinados al acceso y disponibilidad de alimentos, cuando los recursos son limitados	-% hogares que utilizan estrategias de afrontamiento -Estrategias de afrontamiento más utilizadas	Índice de estrategias de afrontamiento (Maxwell & R, 2008)  Estudios realizados en Suráfrica (goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019) y Etiopia (Dil Farzana et al., 2017)
Estado nutricional por antropometría (información tomada por ACH)	Mediciones corporales con el que se determinan los diferentes niveles y grados de nutrición de un individuo	<b>Menores de 5 años:</b> Peso/talla o Peso/ longitud (P/T-P/L) Talla/ edad o Longitud/edad (T/E-L/E) <b>Mujeres gestantes:</b> Índice de masa corporal/edad	1.Tablas de Atalah (Atalah S & Castro S, 2004) 2. Resolución 2465 de 2016 (Ministerio de salud y protección social,

como parte del proyecto: ECHO)		gestacional (IMC/EG) <sup>1</sup> <b>Mujeres lactantes</b> Índice de masa corporal/edad (IMC/E) <sup>2</sup> (menores de 17 años) Índice de masa corporal (IMC) <sup>2</sup> *Información secundaria facilitada por ACH	2016)
--------------------------------	--	---	-------

Fuente: Elaboración propia



## Anexo 2. Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### ""CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN MIGRANTE, ATENDIDA POR ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE EN BOGOTÁ, 2019"

La organización **Acción contra el Hambre**, junto con la Pontificia Universidad Javeriana, realizarán un estudio con el objetivo de "identificar y analizar la situación de seguridad alimentaria en la población migrante que se encuentra en Bogotá y que ha sido atendida y/o beneficiada por intervenciones realizadas por la organización Acción contra el Hambre, durante este año 2019.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, y consiste en las siguientes actividades:

1. Una encuesta sobre con aspectos socioeconómicos y demográficos
2. Una encuesta sobre percepción de seguridad alimentaria y las estrategias utilizadas cuando el acceso a los alimentos es limitado.
3. Un cuestionario de alimentos frecuentemente consumidos.

El tiempo estimado para el diligenciamiento de los cuestionarios es aproximadamente 45 minutos.

Las encuestas serán recopiladas por la investigadora, quine procesará los resultados.

Esta actividad se desarrollará en las instalaciones del Centro Integral de Atención al Migrantes (CIAM) en la localidad de Teusaquillo, o en la Fundación de atención al migrante (FAMIG), en Puente Aranda. La información recolectada será de uso exclusivo de la organización Acción contra el Hambre y la investigadora, para fines científicos y académicos, y se tratará de forma confidencial. El estudio no representa ningún costo económico ni riesgo para la salud de los/las participantes.

Consiento voluntariamente participar en las actividades mencionadas y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento. Al ser una participación voluntaria, no recibiré incentivo económico alguno.

Yo \_\_\_\_\_, acepto las condiciones descritas en este documento, acepto mi participación voluntaria en el estudio. Me han explicado de que trata el estudio y mi papel en éste. Firmo \_\_\_\_\_ y recibo una copia a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del 2019

En caso de presentar alguna duda, o requiere alguna información adicional, puede contactar a Daniela Rincón C - Pasante en Acción contra el Hambre (ONG) -Estudiante Nutrición y Dietética, Pontificia Universidad Javeriana - Correo electrónico: d\_rincon@javeriana.edu.co

### Anexo 3: Cuestionario de caracterización socio demográfica de la organización ACH

Tipo ID jefe de hogar:		TI O CC O CE O ASI O		No. ID:		Nacionalidad:		¿A qué EPS(s) están afiliados los distintos miembros de la familia? (marque con X una o varias):							
Nombres y apellidos del jefe de hogar:								Medimás		Salud Total		Sura EPS			
								Nueva EPS		Coosalud		Sanitas			
Sexo:		Edad del jefe de hogar: Años		¿El jefe de hogar afiliado al SGSSS?:		SI O NO O		EPS		Saludvida		Ecoopsos		Ninguna	
										Comparta		Coomeva		Otra, ¿cuál?:	
Cómo se compone la familia: ingrese el número de integrantes por grupo de edad y sexo				M		F		Tiempo de permanencia en el país: O Menos de 1 mes O Entre 1 y 6 meses O Entre 6 meses y 1 años O Más de un año O No aplica				¿La Familia participa en programas de apoyo alimentario/subsidios? (marque con X una o varias):		¿La familia se beneficia de algún Programas ICBF? (marque con X una o varias):	
Total												Familias en Acción		Generaciones con Bienestar	
0 a 6 meses sin cumplir												Jóvenes en Acción		Modalidad institucional (CDI-HI)	
6 meses a 5 años sin cumplir												Colombia Mayor		Modalidad familiar (DIMF-FAMI)	
5 años a 12 años cumplidos								Cuantas veces a retornado a su país de origen en los últimos 6 meses: O De una a tres veces O De cuatro a cinco O Mas de seis O No he ido O No aplica				ReSa (PS)		Modalidad comunitaria (HCB)	
jóvenes entre 13 y 17 años												Red Unidos		1000 días para Cambiar el Mundo	
Adultos 18 a 59 años								Cuantos miembros de su familia son migrantes: _____ O No aplica				Ninguno		Ninguna	
Adultos 60 o más años												Otro, ¿cuál?:		Otra, ¿cuál?:	
¿Actualmente su ingreso económico es? (única opción, la más frecuente)			Aproximadamente cuanto representa estos ingresos (Si aplica marque con un x una única opción)			¿Usted o su familia reciben algún tipo de apoyo o subsidio?			Si alguna de las respuestas anteriores fueron afirmativas. ¿A quién/quienes beneficia? (Marque con una x)						
Diario			Semanal			Ayuda monetaria			Toda la familia						
Semanal			Entre 50-100 mil			Kits/enseres de higiene y aseo (cepillo de dientes, jabón, desodorante etc)			Niños y niñas menores de 5 años						
Mensual			Entre 100-150 mil			Enseres de cocina (ollas, platos, cubiertos etc)			Niños y niñas mayores de 5 años						
Actualmente sin ingresos			Entre 150-200 mil			Viveres			Mujeres gestantes/ mujeres lactantes						
Aproximadamente cuanto representa estos ingresos (Si aplica, marque con un x una única opción)			>200 mil			Otros			Otro ¿Cuál?:						
Diario			Aproximadamente cuanto representa estos ingresos (Si aplica marque con un x una única opción)			Ninguno			ESTATUS MIGRATORIO						
Entre 5-10 mil			Mensual			Ninguno			Regular (con PEP)						
Entre 10-15 mil pesos			< 1 SMMLV (\$828.116)			Tipo de vivienda			Irregular (sin PEP)						
Entre 15-20 mil			1 SMMLV			Hogar de paso/ Albergue			Pendular/en tránsito						
>20 mil			> 1 SMMLV			Paga Diario			Otro						
						Arriendo/Apto									
						Otro ¿Cuál?:									
# mujeres gestantes:		# personas discapacitadas:		Qué grupo(s) étnicos componen su hogar (marque con X una o varios):				Etnia:				¿Cuánto tiempo deben caminar/esperar para obtener agua? (única opción, la más frecuente):			
				<input type="checkbox"/> In Indígena <input type="checkbox"/> Rom (Gitano) <input type="checkbox"/> Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afro <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores				<input type="checkbox"/> Motilón Bari <input type="checkbox"/> Yukpa/Serranía del Perijá <input type="checkbox"/> U'wa <input type="checkbox"/> Chitareros <input type="checkbox"/> Ingas <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> No aplica				<input type="checkbox"/> Menos de 30 minutos <input type="checkbox"/> Más de 30 minutos <input type="checkbox"/> No tiene que esperar / desplazarse			
# mujeres lactantes:		# no afiliados a SGSSS:		<input type="checkbox"/> R Raizal de San Andrés <input type="checkbox"/> Palenquero de San Basilio								<input type="checkbox"/> A cielo abierto en cualquier lugar <input type="checkbox"/> A cielo abierto en una zona específica <input type="checkbox"/> Letrina seca			
¿Cuáles son las principales actividades económicas de donde se deriva el sustento de la familia? (Selección Múltiple):		¿Cuándo un miembro de la familia se enferma, a dónde acude para recibir atención médica?(marque con X una única opción):		Cuánto se demora en el desplazamiento desde su casa a la IPS (hospitales, clínicas, centros de salud) donde le atienden(marque con		¿De dónde toman el agua para consumo? (única opción):		¿Quién es el responsable de la gestión /recolección del agua en el hogar? (única opción, el/la que con mayor frecuencia se encarga):				¿En qué lugar realizan sus necesidades fisiológicas? (única opción, la más frecuente):			
						<input type="checkbox"/> Acueducto municipal <input type="checkbox"/> Acueducto comunitario <input type="checkbox"/> Agua embotellada / bolsa		<input type="checkbox"/> Niño/niña menor de 5 años							

<input type="checkbox"/>	Agricultura y ganadería	<input type="checkbox"/>	Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>X una única opción:</b>	<input type="checkbox"/>	Pozo con bomba / molino	<input type="checkbox"/>	Niño /niña entre 5 y 10 años	<input type="checkbox"/>	Sanitario con flujo de agua
<input type="checkbox"/>	Pesca	<input type="checkbox"/>	Clínica Privada	<input type="checkbox"/>	Menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/>	Pozo con extracción manual	<input type="checkbox"/>	Niño/niña entre 10 y 18 años	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿Cuál? _____
<input type="checkbox"/>	Artesanías	<input type="checkbox"/>	Centro de Salud	<input type="checkbox"/>	Entre 30 y 60 minutos	<input type="checkbox"/>	Río / quebrada / nacimiento	<input type="checkbox"/>	Mujer entre 18 y 60 años	<input type="checkbox"/>	¿Qué hacen con las basuras? (única opción, la más frecuente):
<input type="checkbox"/>	Comercio	<input type="checkbox"/>	Médico tradicional	<input type="checkbox"/>	Entre 1 hora y 2 horas	<input type="checkbox"/>	Aguas lluvias	<input type="checkbox"/>	Hombre entre 18 y 60 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A cielo abierto
<input type="checkbox"/>	Pastoreo	<input type="checkbox"/>	Médico Particular	<input type="checkbox"/>	Más de 2 horas	<input type="checkbox"/>	Carrotanque	<input type="checkbox"/>	Hombre o mujer mayor de 60 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Entierran
<input type="checkbox"/>	Empleo formal	<input type="checkbox"/>	Agente propio de salud			<input type="checkbox"/>	Jagüey			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Queman
<input type="checkbox"/>	Comercio informal	<input type="checkbox"/>	Nunca asiste			<input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Las recoge un camión/vehículo recolector
<input type="checkbox"/>	Jornaleo	<input type="checkbox"/>	Otro, ¿Cuál? _____								
<input type="checkbox"/>	Otro, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	Ninguno								

#### Anexo 4: Cuestionario de percepción de seguridad alimentaria en el hogar.

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (HFFSM)		
Las siguientes preguntas tratan acerca de los alimentos consumidos en su hogar durante el último mes y la capacidad para comprar la comida que necesitaba.		
<b>A continuación, le voy a leer diferentes situaciones que han experimentado algunas familias en otras circunstancias, relacionadas con la situación alimentaria y el acceso a los alimentos. Para cada una de estas, por favor indique si la situación es verdadera la mayoría de las veces, verdadera algunas veces o nunca ha sucedido, en el último mes</b>		
1. "La comida que compré para su familia no rindió lo suficiente, y no tenía dinero para comprar más". ¿En su hogar, esta situación ha ocurrido en el último mes?	a) Frecuentemente b) A veces c) Nunca d) No sabe/no responde	Frecuencia Veces por mes _____ Veces por semana _____
2. ¿Alguna vez se quedaron sin dinero en su hogar para comprar alimentos variados y nutritivos en el último mes?	a) Frecuentemente b) A veces c) Nunca d) No sabe/no responde	Frecuencia Veces por mes _____ Veces por semana _____
3. ¿Usted y/o los miembros de su familia tuvieron que disminuir la cantidad de alimentos consumidos, o saltarse el desayuno, almuerzo o cena, por falta de dinero para la comida?	a) Si b) No (saltar siguiente pregunta) c) No sabe/no responde	Frecuencia Veces por mes _____ Veces por semana _____
4. (Si la respuesta fue afirmativa a la pregunta anterior), ¿Cuántos días sucedió esto en el último mes?	a) _____ días b) No sabe/no responde	Frecuencia Veces por mes _____ Veces por semana _____
5. Durante el último mes ¿Usted o alguien de su familia tuvo que comer menos de lo que cree que debía comer por falta de dinero para la comida?	a) Si b) No c) No sabe/no responde	Frecuencia Veces por mes _____ Veces por semana _____
6. ¿Usted o algún miembro de su familia sintió hambre en algún momento pero no comió porque no contaban con dinero suficiente para la compra de alimentos?	a) Si b) No c) No sabe/no responde	Frecuencia Veces por mes _____ Veces por semana _____

### Anexo 5: Cuestionario de estrategias de afrontamiento

Continuando con el tema, en los últimos 30 días, cuando tuvo limitaciones en la alimentación o cuando no le fue posible obtener alimentos por falta de dinero para comprarlos, con qué frecuencia su hogar tuvo que:

Estrategia	Frecuencia					No aplica
	¿Todo el tiempo? (Todos los días)	¿Muy a menudo? (3-6 veces/semana)	¿Algunas veces? (1-2 veces/semana)	¿De vez en cuando? (<1 vez/semana)	Nunca (0 veces/semana)	
1. ¿Consumir alimentos menos preferidos o menos caros?						
2. ¿Pedir alimentos prestados o depender de la ayuda de amigos y parientes?						
4. ¿Reducir el consumo de alimentos de los adultos para que los niños puedan alimentarse?						
6. ¿Pasar días enteros sin comer?						
7. Otra						

¿ A tenido que recurrir a estrategias que normalmente no haría, o que no hubiera querido hacer para acceder a los alimentos ?

- a) Robar
- b) Abandono escolar de los niños/ Sacar a los niños del colegio para ponerlos a trabajar
- c) Otras actividades ilícitas (micro tráfico, extorsión, entre otras)
- d) Mendicidad/pedir dinero en las calles
- e) Vender bienes personales
- f) Trabajar más horas de lo normal/ explotación laboral
- g) Otra ¿Cuál?
- h) Ninguno/niega
- i) No sabe/no responde

### Anexo 6: Cuestionario de prácticas en la lactancia materna

Encuesta semiestructurada de prácticas en la lactancia materna		
<p>1. Cuál ha sido su experiencia con la lactancia materna en el proceso de migración ¿Ha disminuido o abandonado esta práctica?</p> <p>a) Si ha disminuido b) No ha disminuido c) No la ha abandonado d) Si la ha abandonado</p>	<p>2. ¿Hasta qué edad, su hijo/hija recibió leche materna de manera exclusiva, como único alimento?</p> <p>a) Actualmente lactando (___) meses b) 1 mes c) 2 meses d) 3 meses e) 4 meses f) 5 meses g) 6 meses h) &gt; 6 meses</p>	<p>3. ¿A qué edad usted le inició otros alimentos diferentes a la leche materna?</p> <p>a) 1 mes b) 2 meses c) 3 meses d) 4 meses e) 5 meses f) 6 meses g) &gt; 6 meses</p>
<p>4. ¿Cuál fue el primer alimento o preparación que le ofreció al niño (a) diferente a la leche materna?</p> <p>a) Tubérculos b) Coladas c) Sopas y/o caldos d) Huevo y/o carnes e) Frutas y/o verduras f) Leguminosas f) Otro ¿Cuál? _____</p>	<p>5. ¿Continuó la lactancia materna después de que su hijo(a) cumpliera los 6 meses?</p> <p>a) Si b) No ¿Por qué?</p> <p>* Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa: ¿Hasta qué edad?</p> <p>a) 6 meses-1 año b) 1 año- 1 año y medio c) 1 año y medio-2 años d) &gt; 2 años e) Otro ¿Cuál? _____</p>	<p>6. ¿Cuántas tomas de leche materna suministra al día?</p> <p>a) 1-2 tomas b) 3-4 tomas c) 5-6 tomas d) &gt; 6 tomas</p> <p>Cómo la suministra? (Si aplica)</p> <p>a) Biberón/tetero b) Vasito c) Seno/Pecho e) Otro ¿Cuál? _____</p>
<p>7. Le ha dado fórmulas lácteas a su hijo/a?</p> <p>a) Si ¿Por qué? b) No</p>	<p>8. ¿Quién suministró las fórmulas lácteas? (Si aplica)</p> <p>a) Entidad y/ o profesional de salud c) Institución privada o pública d) Organización no gubernamental (ONG) e) Otra ¿Cuál? _____</p>	<p>9. ¿Cómo suministra las fórmulas lácteas? (Si aplica)</p> <p>a) Biberón/tetero b) Vasito c) Otro ¿Cuál? _____</p>

### Anexo 7: Cuestionario de frecuencia de consumo

A continuación va a encontrar una lista con varios alimentos. Para cada uno de estos, indique con una x en la casilla correspondiente a la frecuencia en la que ha consumido estos alimentos durante el último mes. Por ejemplo, si consume arepa 1 vez por día, va a marcar con una x la casilla que corresponde a 1 vez por día.







maiz, de soya etc)									
Margarina/ Mantequilla									
Manteca									
Aguacate									
<b>8. Azúcares y dulces</b>									
Azúcar (blanca, morena)									
Miel									
Papelón/panela									
Chocolates									
Postres									
Dulces									
<b>9. Condimentos y bebidas</b>									
Espicias (pimienta, comino, albahaca etc)									
Sal									
Té									
Café									
Agua									
Gaseosa									
Refrescos o Jugos procesados (Hit, Del Valle, Ades etc)									
Chocolate									
Chicha									
<b>10. Comidas rápidas</b>									

Hamburguesa									
Pizza									
Perro caliente									
Pastelitos/ empanadas									
<b>¿ Hay algún otro alimento o comida que consuma durante la semana, que no haya nombrado en la lista anterior?</b>  <b>(Por ejemplo alimentos tradicionales venezolanos, bebidas, frutos secos, frutas deshidratadas o cualquier alimento que no se haya mencionado en la lista anterior)</b>					<b>Otros alimentos que consume</b>			<b>Frecuencia semanal</b>	

#### **Anexo 8:** Prácticas alimentarias

Continuando con el tema del consumo de alimentos, le voy a realizar unas preguntas acerca de sus patrones y prácticas alimentarias.

1. En qué lugar consume los alimentos?

- Hogar de paso
- Comedor comunitario
- Plaza de mercado
- Paga diario
- Apartamento/ Arriendo
- Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántas veces comes al día? y ¿Cómo son los horarios de comida?

COMIDA	Si/no	HORARIO

3. ¿Cuándo consume los alimentos, con quién lo hace?

4. Tiene disponibilidad para conservar los alimentos? \_\_\_si \_\_\_No ¿En dónde?

-¿Qué utiliza para conservar los alimentos? (Si aplica)

5. ¿Qué técnica o método de cocción utiliza con mayor frecuencia para preparar los alimentos?