

“ESTADO NUTRICIONAL Y DETERMINANTES SOCIALES EN NIÑOS ENTRE 0 Y 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD INDÍGENA INGA DEL RESGUARDO DE YUNGUILLO Y LA POBLACION RED UNIDOS, DEL MUNICIPIO DE MOCOA, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO”.

**TESIS MAESTRIA
FASE INFORME FINAL**

**INVESTIGADORES
MARIA EMMA VALLEJO SOLARTE
LUZ MARINA CASTRO CASTRO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
MAESTRIA SALUD PÚBLICA
COHORTE III
MANIZALES OCTUBRE 2014**

TABLA DE CONTENIDO

Presentación	7
1. Área problemática, antecedentes y problema	8
2. Justificación	27
3. Objetivos	30
3.1 Objetivo general	30
3.2 Objetivos específicos	30
4. Referente teórico	31
5. Operacionalización de variables	56
6. Estrategia metodológica	65
6.1 Tipo de estudio	65
6.2 Población	65
6.3 Instrumentos y procedimiento	66
6.4 Plan de análisis	68
6.5 Consideraciones éticas	69
7. Resultados	71
7.1 Resultados resguardo de Yunguillo	74
7.1.1. Determinantes	74
7.1.8 Valoración del estado nutricional según indicadores antropométricos	91
7.2 Resultados Red Unidos	99
7.2.1 Determinantes	99
7.2.2 Valoración del estado nutricional según indicadores antropométricos	113
7.3 Comparación entre el estado nutricional de los niños de red unidos y del resguardo yuguillo.	119
7.4 Análisis de relación del estado nutricional de los niños con los determinantes seguridad alimentaria, ingresos, sexo, nivel educativo de la madre y del padre	121

7.5 Análisis por conglomerados	123
8. Discusión	126
9. Conclusiones	135
10 Recomendaciones	136
11. Referencias bibliográficas	137
12. Anexos	142

Lista de Graficas

Gráficos	Pag
Grafico N 1 Distribución porcentual por grupo etáreo de los niños por resguardo.	73
Grafico N 2 Distribución de los niños de 0 a 5 años por comunidad y por sexo. Putumayo 2013.	73
Grafico N 3 Distribución de los niños de 0 a 5 años por Tipo de familia. Putumayo 2013.	74
Grafica N 4 Distribución porcentual de abastecimiento de agua en cada comunidad indígena. Putumayo 2013	77
Grafica N 5 Distribución porcentual de servicio sanitario que utilizan las comunidades indígenas.	78
Grafica N 6 Distribución porcentual según método de eliminación de basura en el hogar de las comunidades indígenas.	78
Grafico N 7. Distribución porcentual según los aspecto que representan el mayor gasto en dinero en el Hogar Putumayo 2013	82
Grafico N 8 Distribución según si han recibido educación en temas de nutrición. Putumayo 2013.	87
Grafica No 9. Distribución porcentual de como los padres y/o cuidador consideran el estado nutricional del niño. Putumayo 2013	87
Grafica N 10 Distribución de los niños por edad según la valoración nutricional peso para la talla. Putumayo 2013	88
Grafica N 11 Distribución de los niños por edad según la valoración nutricional talla para la edad. Putumayo 2013	89
Grafica N 12 Distribución de los niños por edad según la valoración nutricional peso para la edad. Putumayo 2013	94
Grafica N 13 Distribución de los niños por edad según la valoración nutricional IMC. Putumayo 2013.	94
Grafica N 14 Distribución porcentual por grupo etáreo de los niños de Red Unidos	97
Grafica N 15 Distribución de los niños de 0 a 5 de Red Unidos por sexo.	98
Grafica N 16 Distribución de los niños de Red Unidos por tipo de familia. Putumayo 2014	98
Grafica N 17 Distribución de los padres de los niños de Red Unidos según estado civil	99
Grafica N 18 Distribución del padre y la madre de Red unidos según el	99

nivel educativo	
Grafica N 19 Distribución según principal fuente de abastecimiento de agua en las viviendas de los niños de Red Unidos.	100
Grafica N 20 Distribución según acceso al abastecimiento de agua en las viviendas de los niños de Red Unidos.	101
Grafica N 21 Distribución de servicio sanitario que utilizan en la vivienda de los niños de Red Unidos	101
Grafica N 22 Distribución según servicio sanitario de la vivienda de los niños de Red Unidos	102
Grafica 23. Distribución según método de eliminación de basura la vivienda de los niños de Red Unidos	102
Grafica 24. Distribución según Ingreso mensual de la familia. Red Unidos	105
Grafica 25. Aspecto que representa mayor gasto en Dinero en el Hogar. Red Unidos	106
Grafica 26. Distribución de Como considera el estado nutricional del niño	110
Grafica 27 Distribución porcentual de Escala percepción de seguridad alimentaria. Red Unidos.	111
Grafica 28. Distribución porcentual del Indicador Peso para la talla en relación con Edad en años	113
Grafica 29. Distribución porcentual del indicador Talla para la edad en relación con Edad en años	114
Grafica 30. Distribución porcentual del indicador Peso para la edad en relación con la Edad en años	114
Grafica 31. Distribución porcentual del Indicador Índice de Masa corporal en relación Edad	115
Grafica N. 32. Dendograma de clasificación jerárquica	120
Grafica N 33.Plano factorial de los niños según la pertenencia Indigents o Red Unidos	121
Grafica N 34.Plano factorial de los niños según el indicador peso para la edad.	122
Grafica N 35.Plano factorial de los niños según el indicador IMC.	122

Grafica N 36.Plano factorial de los niños según el indicador talla para la edad	123
Grafica N 37.Plano factorial de los niños según el indicador peso para la talla	123

Lista de Tablas

Tablas	Pág.
Tabla N 1 Distribución de los padres de los niños de cada comunidad según estado civil de los padres. Putumayo 2013.	74
Tabla N 2 Distribución del padre y la madre de cada comunidad según el nivel educativo. Putumayo 2013.	75
Tabla N 3 Distribución en cada comunidad según el material de los techos de la vivienda. Putumayo 2013.	79
Tabla N 4 Distribución en cada comunidad según la actividad laboral de la madre y el padre. Putumayo 2013.	81
Tabla N 5 Ingresos mensuales de las familias en cada una de las comunidades. Putumayo 2013.	82
Tabla N 6 Promedio de gasto en alimentos de las familias en cada una de las comunidades. Putumayo 2013	83
Tabla N 7 Personas que comen en la misma olla en cada una de las comunidades. Putumayo 2013	83
Tabla N 8 Alimentos frecuentes en el centro de ventas. Putumayo 2013	84
Tabla N 9 Distribución porcentual según frecuencia de consumo de alimentos. Putumayo 2013	85
Tabla N 10 Distribución porcentual de los cuidadores según la de Escala percepción de seguridad alimentaria. Putumayo 2013	88
Tabla N 11 Distribución de los niños de la vereda Osocochoa según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013	89
Tabla N 12 Distribución de los niños de la vereda San Carlos según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013	90
Tabla N 13 Distribución de los niños de la vereda Tandarido según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013	91
Tabla N 14 Distribución de los niños de la vereda Yuguillo según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013	92

Tabla N 15 Distribución de los niños por sexo según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013	95
Tabla N 16 Distribución según material predominante en el techo, paredes y piso de la vivienda de los niños de Red Unidos. Putumayo 2013	103
Tabla N 17 Distribución según la actividad laboral de la madre y el padre. Red Unidos Putumayo 2013	104
Tabla N 18 Alimentos frecuentes en el centro de ventas Red Unidos. Putumayo 2013	107
Tabla N 19. Distribución porcentual según frecuencia de consumo de alimentos. Red Unidos. Putumayo 2013	109
Tabla N 20 Distribución de los niños de Red Unidos según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013	112
Tabla No 21 Distribución de los niños por sexo según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Red Unidos. Putumayo 2013	115
Tabla No 22. Clasificación de los niños del Resguardo Yuguillo y Red Unidos según el indicador talla para la edad. Putumayo 2012	116
Tabla No 23. Clasificación de los niños del Resguardo Yuguillo y Red Unidos según el indicador IMC. Putumayo 2012	116
Tabla No 24. Clasificación de los niños del Resguardo Yuguillo y Red Unidos según el indicador Peso para la edad. Putumayo 2012	117
Tabla No 25. Clasificación de los niños del Resguardo Yuguillo y Red Unidos según el indicador peso para la talla. Putumayo 2012	118
Tabla 26. Pruebas de la relación entre los indicadores antropométricos y la pertenencia a Indígena so Red Unidos.	118
Tabla No. 27. Relación entre los indicadores antropométricos y las variables.	119

PRESENTACIÓN

La investigación “Estado nutricional y determinantes sociales en niños(as) entre 0 y 5 años de la comunidad indígena Inga del resguardo de Yunguillo y población de Red Unidos 0-5 años, del municipio de Mocoa departamento del Putumayo” tiene sus antecedentes principales en los resultados de las Encuestas Nacionales de Nutrición (ENSIN) de los años 2005 y 2010 y el Diagnóstico Nutricional realizado en el Departamento de Putumayo en el año 2011 “Acción contra el Hambre” que muestran que los niños presentan deficiencias en su estado nutricional.

El objetivo general de la investigación es establecer el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad indígena Inga del municipio de Mocoa y los niños de 0 a 5 años de Red Unidos y su relación con los determinantes sociales en el año 2012.

La investigación se diseñó como un estudio transversal, analítico correlacional, se realizó valoración nutricional de los niños a través de la toma de medidas antropométricas y aplicación de un cuestionario a sus padres o cuidadores.

Se utilizó el modelo de determinantes de la Organización Mundial de la Salud OMS, que los clasifica en determinantes estructurales de la salud y determinantes de la salud intermedios. La investigación indagó por los determinantes sociales: ingresos, lactancia materna exclusiva, complementaria, anamnesis alimentaria (valor calórico total), nutrición: peso, talla, edad, acceso a servicios públicos y acceso a alimentos.

Los resultados de la investigación se presentan a las autoridades sanitarias y a los líderes de las comunidades indígenas como insumo para la orientación de las políticas y acciones de salud pública dirigida a la disminución de la malnutrición en los niños entre 0 y 5 años del departamento.

ESTADO NUTRICIONAL Y DETERMINANTES SOCIALES EN NIÑOS ENTRE 0 Y 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD INDÍGENA INGA DEL RESGUARDO DE YUNGUILLO Y POBLACION DE RED UNIDOS DEL MUNICIPIO DE MOCOA, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

1. AREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA

El estado nutricional es el resultante del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo, lo que expresa distintos grados de bienestar de las personas y que, en sí mismos, son dependientes de la interacción entre la dieta, los factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico (1).

La malnutrición describe una condición patológica, consecuencia del desequilibrio en el estado nutricional, y puede deberse a un déficit en la ingesta de nutrientes, a un estado de sobre nutrición o a una alteración en la utilización de estos nutrientes en el organismo. Es así como se establece de acuerdo con el exceso o el déficit de nutrientes la clasificación: desnutrición, sobrepeso, obesidad y deficiencia de nutrientes. La malnutrición es, del mismo modo, un factor de riesgo que incrementa la prevalencia de mortalidad y morbilidad en las poblaciones, disminuyendo la capacidad productiva y, en general, la calidad de vida, lo que refleja en elevados costos sociales (2).

La magnitud del problema de malnutrición es relevante en salud pública tanto a nivel nacional como internacional. Sin embargo, las poblaciones "en riesgo" no se descubren con frecuencia. En nutrición y salud pública, las personas consideradas en riesgo de desarrollar malnutrición deberían ser una preocupación prioritaria. La prevención es más factible y costo-eficiente, si se identifican los grupos en riesgo y se comprenden claramente las causas de la malnutrición (3).

La historia de la desnutrición ha representado en el mundo uno de los flagelos más relevantes en el desarrollo de la humanidad tiene un componente genético, raza y etnia, lo que conlleva a que no se alcancen los objetivos personales en la población, incrementando cinturones de pobreza , desigualdades y exclusión por falta de oportunidades en salud, educación, empleo, saneamiento básico y tenencia de tierra; es por esto que se describe como los determinantes intermedios se han constituido en circunstancias que contribuyen y perpetúan la desnutrición en el mundo.

El estudio de los determinantes sociales de la salud , reconoce elementos de la estructura social que condicionan la posición de las personas en la sociedad

que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores de la salud (4) por centrar su interés en las diferencias en las condiciones de salud, entre los estratos sociales, tiene como fundamento el análisis de las inequidades en salud, entendida como aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas. Bajo este enfoque, los investigadores han hecho un esfuerzo considerable para explicar cómo las desigualdades sociales se convierten en enfermedades y problemas de salud. Este intento es quizás el de mayores retos para la ciencia, ya que se trata de establecer los mecanismos a través de los cuales los individuos “encarnan” las desigualdades de la sociedad que habitan (5).

La idea de que la salud materna y el desarrollo fetal son determinantes críticos de la salud durante la adultez, incrementó su reconocimiento alrededor de los años noventa, con particular relevancia en este campo se encuentra la Hipótesis de Barker, que observa consistentemente la relación entre el bajo peso al nacer y el riesgo posterior de enfermedad cardiovascular (6).

Los determinantes sociales juegan un rol crítico en las fases tempranas del desarrollo durante la concepción, la gestación y el periodo posnatal siendo etapas sensibles para el desarrollo cerebral y biológico que continúan durante la niñez y la adolescencia (7). Es aquí donde las circunstancias contemporáneas propuestas por Hertzman y colaboradores (8) toman mayor relevancia. Estos autores proponen que estas circunstancias pueden ser organizadas de acuerdo a tres niveles de agregación social: macro, meso, y micro.

Macro: Ambiente socioeconómico nacional, donde el principal determinante de la salud es el ingreso per cápita y su distribución equitativa.

Meso: o nivel de la sociedad civil que incluye una serie de factores como redes, normas y realidades sociales que posibilitan la cohesión y la capacidad de las instituciones sociales para responder a las necesidades humanas y cambiantes.

Micro: Determinantes sociales de la salud asociados con las personas.

Algunas investigaciones podrían ejemplificar estos niveles, en el primero es ilustrativo el estudio realizado por Barker (6) desde un diseño descriptivo ecológico correlacional con una muestra de 81 países en el que se pudo observar que el coeficiente intelectual de las naciones estuvo negativamente correlacionado con el analfabetismo, labor agrícola, la mortalidad y la incidencia de bajo peso al nacer y positivamente correlacionado con el acceso a la educación secundaria y el producto interno bruto.

Un informe de Naciones Unidas y el Programa Mundial de Alimentos-PMA (9).- Reconoce América Latina y el Caribe por su diversidad, riqueza y contrastes, produce lo suficiente para alimentar a sus 550 millones de habitantes. No obstante, cerca de 52 millones de personas no tienen acceso a alimentos suficientes para llevar una vida activa y sana.

Además, 9 millones de niños y niñas menores de 5 años sufren de desnutrición crónica. Para estos niños -en su mayoría indígenas y afro-descendientes- la pobreza, el hambre y la pérdida de oportunidades siguen siendo factores determinantes de su vida cotidiana. Se estima que al menos otros 9 millones de niños están en riesgo de desnutrirse.

Por sus consecuencias, la desnutrición crónica (déficit de talla para la edad), que en algunas zonas afecta a más de un 70% de los niños como es el caso entre poblaciones indígenas, constituye la manifestación más grave del hambre en la región. La relevancia de la desnutrición crónica, el mejor indicador de calidad de vida, radica en que indica un problema estructural, acumulando las consecuencias de la falta de una alimentación y nutrición adecuada con inadecuadas prácticas de cuidado y falta de una buena atención de salud y un entorno saludable.

La deficiencia de micronutrientes más graves en la región es la anemia, que todavía afecta a 22 millones de niños en edad preescolar, limitando su desarrollo y su capacidad de aprender.

Esta precaria situación nutricional de los niños empeora como consecuencia de vivir en zonas afectadas repetidamente por sequías, huracanes, terremotos y heladas. A ello hay que añadirlos efectos de la crisis de los precios de los alimentos, del petróleo y del sistema financiero que han obligado a las familias pobres a recortar el número de comidas al día y a reducir la calidad de alimentos que consumen.

Si hay algo efectivo en la guerra contra la pobreza y en la erradicación de la desnutrición infantil es garantizar que los niños y niñas, menores de 3 años, reciban una adecuada nutrición, ya que es el periodo más crítico en el desarrollo psíquico y psicomotor.

Con la finalidad de apoyar a los gobiernos de la región en sus planes para erradicar la desnutrición infantil, el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), en colaboración con los gobiernos, organizaciones regionales y agencias de la ONU, impulsa la Iniciativa Regional "Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe" (9).

En cuanto a la malnutrición por exceso en Chile por ejemplo en un estudio titulado (10). Factores determinantes del exceso de peso en escolares, se ha señalado que la prevalencia de obesidad ha aumentado, tendencia que afecta a la mayoría de los países de América Latina, y que ha llevado a la OMS a

postular que estamos frente a una epidemia global. En este país, se han identificado altas cifras de este problema, observándose variaciones de la prevalencia del exceso de peso según distribución geográfica, nivel social, etnia y escuelas. Lo que se ha atribuido a distintas prácticas de alimentación y mayor sedentarismo relacionados con el avance socioeconómico alcanzado por el país.

A continuación se presentan algunos de los antecedentes acerca de la alimentación en Colombia.

Colombia alimentación en la pre conquista

En este período de tiempo las sociedades en general buscaban, consciente o inconscientemente, un equilibrio entre los recursos de que disponían y el tamaño de la población. Por tal motivo, las sociedades prehispánicas de Colombia regularon su crecimiento poblacional de cinco maneras: la lactancia materna prolongada, la abstinencia sexual, el aborto, el infanticidio y la discriminación de las niñas y mujeres, principalmente (11).

De esta manera, la lactancia materna prolongada favoreció el distanciamiento de los embarazos; la abstinencia sexual, más que excepción, fue la regla, en virtud de creencias como aquella de que las relaciones sexuales en vísperas de las faenas de cacería le hacían perder a los hombres sus fuerzas y habilidades; practicaron en no pocas veces el aborto, al percibir el embarazo no deseado como un atentado contra el equilibrio de los recursos y la situación de cada grupo, y practicaron el infanticidio de los recién nacidos con defectos congénitos evidentes, así como contra uno o los dos gemelos por la creencia de que esos seres eran expresión clara de conductas infractoras de normas por parte de los padres. Por ser sociedades con conflictos permanentes en las que las guerras dependían de la fuerza, le otorgaban más valor a los niños –futuros guerreros- que a las niñas, actitud que fue la responsable de prácticas como el infanticidio de las niñas hasta tanto no naciera un varón.

Por otra parte, se encuentra evidencia en lo concerniente a la alimentación de las sociedades colombianas prehispánicas, según lo referido por autores como Pita Martín (12), quien describe la alimentación de los pueblos precolombinos y la influencia de la Conquista, afirmando que la dieta antes de este período era adecuada para mantener un estado nutricional que asegurara un desarrollo biológico aceptable.

A continuación se describe una caracterización de la alimentación de las diferentes culturas precolombinas.

La dieta de los mayas y aztecas era nutricionalmente balanceada. Su energía provenía del maíz y se complementaba con raíces y tubérculos, consumían muy poca carne y no conocían la leche de animales domésticos. El poder complementario de las legumbres con el maíz ofrecía un aporte proteico adecuado en calidad.

En algunas ocasiones se consumían animales pequeños provenientes de la caza y productos de la pesca. La dieta era de bajo contenido lipídico y el cacao era una fuente importante de grasa, pero estaba reservado a las clases altas y a las festividades religiosas.

Se recalca que la desnutrición infantil no fue un problema nutricional en América, ya que la lactancia materna era prolongada. Por ejemplo, esta práctica tiene una duración de 13,6 meses en niños emberá-katíos (13).

Si bien no se consumían lácteos, el tratamiento del maíz con agua de cal, “nixtamalización”, proveía el calcio necesario luego del destete. En ese proceso el maíz era molido y tratado durante la noche con agua de cal.

Como se expresó anteriormente, el papel de la mujer en la salud de niño ha sido fundamental a través del tiempo. Para estudiar la situación de la mujer indígena prehispánica es importante el análisis de los mitos y los cambios sucedidos en la condición de la mujer a través del tiempo. En el artículo escrito por Rostworowski (14) se referencian fuentes primarias como las del Inca Garcilaso, quien escribió sobre las costumbres y creencias practicadas en el período de la infancia; según él, las madres lactaban a sus hijos y no se acostumbraba, por lo general, reemplazarlas, aunque la madre no tomaba en brazos al bebé, para que no fuese llorón.

Durante la lactancia, la cual duraba alrededor de dos años, no eran permitidas las relaciones sexuales entre los padres por temor de que se afectara la leche o la criatura se volviese débil.

Cuando el bebé comenzaba a gatear, era considerado el segundo ciclo de la infancia.

Garcilaso, cuenta que se destetaba a los niños pasados los dos años, y para los varones tenía lugar el primer corte de pelo; no especifica lo que sucedía con las niñas o si esta ceremonia era sustituida por otra. En dicha oportunidad, el niño recibía su nombre (15).

Después de reconocer la influencia en la alimentación de los pueblos colonizados seguidamente se menciona cómo esas nuevas prácticas influenciaron la lactancia materna de los infantes en la post Conquista.

Colonia e independencia

La Colonia surgió con la creación, por parte del emperador Carlos V, de la “Real Audiencia” de Santa Fe, en 1550. La historia colonial transcurre con el progresivo vasallaje de los indígenas rebeldes y la importación de esclavos africanos y la teología, la caza de brujas y el eurocentrismo, como los pilares de la vida intelectual.

En los siglos XVII y XVIII surge una imponente y compleja organización burocrática, jurídica, social y política del Estado español en las Indias, que con las reformas introducidas a finales del siglo XVIII se prolonga hasta la emancipación de los territorios americanos (16).

Este acercamiento a la cultura europea trajo como resultado información sobre prácticas de crianza ideales, ya sea por el contrabando de libros que se dio a partir de la segunda mitad del siglo XVIII o por el contacto directo con criollos que volvían de Europa (16). Es así como llegaron manuscritos como los de Jaime Bonells (1786), médico, quien escribió sobre la salud infantil, enfatizando sobre los perjuicios que acarrearán las madres que rehúsan criar a sus hijos; las desventajas de dar sus hijos a amas de cría; la importancia de la lactancia materna y sus grandes ventajas; y además, los peligros que corren los niños criados por un ama o nodriza mercenaria: aparición de enfermedades como ictericia, sífilis y disentería, entre las más frecuentes. Otro ejemplo es el de Bernardo Domínguez Rosains, canciller y secretario de la Academia de Sevilla, quien publicó en 1774 sobre normas de higiene prenatal, señalándose el régimen de vida que las madres debían seguir para criar niños sanos.

Por último, el texto de Valentín González, publicado en 1772, relativo al exceso y disminución de la leche en las nodrizas y modos de remediar ambos vicios, en el que igualmente se critica a las madres que no crían de pecho a sus hijos.

También, para esta época aparece, en 1797, en España, *El Conservador de los Niños*, una obra de pequeña extensión, escrita por Agustín Ginesta, dirigida a las madres con el fin de que administren los cuidados a sus hijos recién nacidos y en los primeros años de vida. La obra se estructura en cuatro partes, correspondientes cada una de ellas a las etapas en que el autor divide el período de la niñez, de la siguiente manera:

- Primera etapa: desde el mismo momento del nacimiento hasta que el niño empieza a mamar, período que va del segundo al tercer día del parto.
- Segunda etapa: desde esa fecha hasta la salida de los primeros dientes, pudiéndose alternar a partir de entonces la alimentación materna con la artificial.
- Tercera etapa: hasta que se destete al niño.
- Cuarta etapa: coincide con los primeros años, período en el que el niño habla, camina y se alimenta por sí solo.

Dentro de las recomendaciones a la madre o familiares, se destacan:

- Dejar al niño en ayunas las primeras horas.
- Introducirle el dedo pequeño, untado con aceite, en el ano, para estimular el recto y de esta manera pudiera expulsar el meconio.
- Vestirlo de forma sencilla y colocarlo al lado de la madre, en la cuna o encima de un colchón.
- A partir de las 12 horas del nacimiento la madre podía empezar a amamantarlo, insistiendo en que la mejor leche para el niño es la de la propia madre y no la de otra mujer.

En la segunda etapa hace referencia a la alimentación del niño durante los primeros meses de vida, diferenciando la leche materna de la suministrada por una nodriza, la cual debía reunir ciertas condiciones físicas y morales. “La leche de la que cría transmite evidentemente sus calidades morbosas a los niños y, aún quizá, influye en el carácter moral; por esto, conviene que la nodriza o madre propia, goce de salud y sea de buena condición” (Ginesta, 1797).(17) Continúa la obra señalando el horario de lactancia más adecuado: “Si el niño digiere bien, se le acostumbrará a que mame en horas determinadas, esto es, cada dos en los principios y más adelante cada tres y cada cuatro, pero por la noche se le dará siempre más de tarde en tarde”, (Ginesta 1797). (17) Relata que como primera alimentación que puede complementar a la leche materna en caso de insuficiencia de ésta, se recomienda la papilla y sopa hecha de pan, agua y aceite, criticando otros tipos de alimento como la leche de harina de trigo o el arroz y la sémola. “El orden de preferencia de leche de origen animal, cuando no es posible la de mujer, es el siguiente: burra, cabra, oveja y vaca”. Así mismo, Ginesta (1797)(17) concluye este capítulo con diversos consejos sobre las condiciones que ha de reunir la habitación en donde se ha de colocar al niño: un lugar ventilado, sin humo; señalando, por último, la importancia del llanto como medio para comunicarse.

Sin embargo, a medida que permeaba este conocimiento, se continuaba con otras prácticas, entre las cuales se encuentran: aumento de los hospicios debido al gran número de infantes abandonados, la crianza de los niños por nodrizas, la educación artificial de los niños ricos y la lactancia materna prolongada en sectores pobres (práctica que llegó de España impulsada por la religión católica como una forma de planificación familiar) durante los tres primeros años de edad.

En resumen, este es un período en el que se evidencia un choque de conocimientos en el cual, por un lado, los médicos empiezan a escribir sobre la crianza, la educación y la medicación de los niños, y por otra parte, al tiempo imperan prácticas de crianza en su mayoría inconvenientes, como las descritas anteriormente.

En la segunda parte de este artículo se hace mención a las creencias y costumbres de algunas comunidades indígenas en torno a la alimentación de

pecho y complementaria de los niños pequeños, prácticas que aún perduran en muchas de esas comunidades (17).

Situación de la lactancia materna en algunas comunidades indígenas colombianas.

Antes de abordar este tema se hace necesario reconocer el sistema de salud que rige a estas comunidades. Históricamente los pueblos indígenas han sufrido los efectos de la colonización y de las políticas de asimilación, así como de los modelos occidentales de desarrollo. Muchas políticas, programas y medidas elaboradas por personas o instituciones no pertenecientes a la comunidad han sido inapropiados; las diferencias de cosmovisión, e incluso de la noción de “desarrollo”, a menudo generan enfoques ineficaces y potencialmente perjudiciales.

Además, la experiencia colonial, las políticas de asimilación y las actitudes discriminatorias colocan a los pueblos indígenas en peores condiciones de marginalidad social y política que otras poblaciones pobres (15). En general, los sistemas de salud de las comunidades indígenas difieren pero se fundamentan en el mantenimiento de la armonía de los individuos con sus comunidades y con el universo que los rodea.

Es así como, en el marco de los derechos humanos, se establecen cinco derechos específicos a las comunidades indígenas, de los cuales se resalta el derecho a lo propio que menciona la cultura como el hecho de que las personas tienen costumbres, creencias y formas de vida propias y que aunque en ocasiones parezcan inconsistentes, brindan a las personas o a los pueblos su propia identidad; sin embargo, y respetando lo anterior, estas creencias o costumbres, sobre todo en cuestiones de tipo nutricional y de salud, como es el caso de la lactancia materna y su relación con la alimentación complementaria, puede ser el origen de consecuencias como la desnutrición y las enfermedades infantiles.

Actualmente se ha constatado un significativo deterioro del estado nutricional de las comunidades indígenas colombianas. Según un estudio sobre aspectos nutricionales de grupos indígenas y afrocolombianos realizado entre 1992-1993,(19) los problemas más frecuentes, considerando los 23 asentamientos visitados, fueron la desnutrición crónica en los menores de cinco años, donde los grupos más afectados fueron los Waunana del Chocó y Curripaco de Guainía, con el cien por ciento de la población en esa situación. Los grupos Guayabero, Guambiano, Pasto, Páez, Murui Muinane, Coreguage, Arhuaco y Cuna se encontraron con desnutrición en un rango del 41,2% hasta el 86,8%, lo que hace pensar en una ruptura en la transferencia generacional de conocimientos; si bien la introducción de alimentos provenientes de Europa tras el período de la Conquista influenciaron el abandono de los tradicionales, se

agrega el elemento de la desvalorización, ejercida por la sociedad mestiza y española o europea sobre los hábitos ancestrales.

Según Sánchez (18), los principales problemas de salud en las comunidades indígenas son la desnutrición, los altos índices de morbilidad, el desconocimiento de su cultura médica y la constante dificultad para cubrir a la totalidad de la población con los servicios de salud necesarios.

Así mismo, señala que dentro de los hábitos de crianza cultural más arraigados entre los indígenas se encuentran la lactancia materna prolongada.

El estado nutricional de la población indígena, además de estar relacionado con las enfermedades que se presentan está íntimamente influenciado por los niveles de seguridad alimentaria, determinada por los factores que inciden principalmente en el acceso a los alimentos: la existencia de tierras inadecuadas para la producción, las condiciones atrasadas en lo concerniente a la tecnología y, por supuesto, los hábitos culturales y creencias relacionados con la alimentación y el cuidado de los niños.

La relación desigualdad social y salud, respecto, quienes reconocen la necesidad de considerar este factor, argumentan que pertenecer a una raza/etnia puede limitar las posibilidades de ascenso social y, consecuentemente, restringir el acceso a servicios de salud, educación, vivienda y saneamiento, entre otros beneficios sociales (19).

En ese sentido estos investigadores sugieren que, en los estudios sobre desigualdades socioeconómicas y en particular, cuando se refieren al proceso salud-enfermedad, se incorpore con más frecuencia el factor raza o etnia, como dimensión analítica, Alertan que en la mayoría de las investigaciones sobre el vínculo de la sociedad y la salud, se han privilegiado las características socioeconómicas como base de sus modelos explicativos y se revela cierto tabú al estudiar las variables raza o etnia. En esto con quienes desacreditan el uso de esta variable y explican que la resistencia a su utilización, lo origina el rechazo de la comunidad científica a distinguir a las personas según su herencia biológica e implementar políticas públicas basadas en esta evidencia, tal como se hizo en la Alemania de *Hitler* para justificar la política de limpieza racial (19).

Para Wilkinson, el valor analítico de la variable raza o etnia, se ha mal interpretado. No se trata de que una persona sea blanca, negra o amerindia para ser vulnerable a determinada enfermedad, si no que las diferencias genéticas hacen vulnerables a las personas frente a los factores de riesgo que ocasionan dicha enfermedad.

La argumentación de Wilkinson (21), resulta particularmente apropiada para el caso latinoamericano, donde aún se insiste en el uso de esta variable para explicar las diferencias en la salud y expectativa de vida de las clases sociales en desventaja, principalmente de la población indígena de estos países; si parafraseamos al autor, diríamos que no se trata de pertenecer al pueblo quechua en el Perú, negro en Brasil, mapuche en Chile o náhuatl en México, sino de las condiciones en que viven estos grupos de la población, los que, generalmente, representan uno de los sectores más depauperados, explotados y discriminados, en otras palabras, el problema no es la herencia genética, sino la marginación o franca exclusión en la que viven los indígenas de estos países, pero en la que también viven grandes grupos de población no indígena, por tanto, la utilidad del análisis de este factor, sería para implementar políticas que favorezcan a las poblaciones marginadas de estos países

El estudio de la gran expedición humana que describe la situación nutricional y alimentaria de 26 grupos indígenas y cinco grupos afrocolombianos aborda, entre otros aspectos, la alimentación de la mujer gestante y lactante, además del estado nutricional del menor de cinco años. En resumen el problema más relevante identificado fue la desnutrición crónica de la niñez indígena que está ocasionada por la interrelación de todos los factores de la disponibilidad, el consumo de alimentos y la utilización descritos anteriormente. Todo esto repercute negativamente en el crecimiento y desarrollo de los niños (19).

También se encontraron grupos cuyos niños alcanzaron un crecimiento óptimo para la edad, entre estos están los Huitoto de Caquetá y los Tukano y Desano de Asunción en Guaviare con un 22.2% de los niños considerados altos y los Embera del Chocó con un 21.4%, esta situación es el reflejo de una convivencia en armonía con el medio y las condiciones necesarias para lograr mantener una alimentación adecuada en energía y nutrientes, suficientes para desarrollar su potencial genético de crecimiento (19).

En el país se encuentran descripciones por regiones de la alimentación y el consumo de leche materna que se presentan a continuación:

Región Atlántica

Las madres lactantes de la comunidad Chimila-Magdalena incluyen en su alimentación la batata, la avena y la mazamorra porque consideran que les ayuda a producir más leche materna. En este período retiran la ahuyama “porque le da diarrea al niño” y la yuca porque es una costumbre. Generalmente retiran la leche materna y otros alimentos cuando los niños se enferman.

En La Guajira las indígenas wayúu prolongan la lactancia materna exclusiva hasta el décimo mes de vida del niño; para las madres lactantes de la Sierra Nevada de Santa Marta es importante consumir alimentos como batata, maíz pilado, harina de plátano diluida en agua, lechuga y agua de panela, con el fin de aumentar la producción de leche, al contrario de alimentos como ahuyama, yuca y avena, que según ellas seca la leche. Durante el primer mes de vida, el niño recibe agua de panela; al cuarto, colada de plátano en agua, y desde esta edad se le empieza a dar malanga.

Durante la lactancia para las mujeres de la comunidad Yukpa-Yuko, de la Serranía de Perijá, la chicha en gran cantidad es un líquido especial para la producción de leche; el limón, según estas mujeres, corta la leche y la va secando. A los niños desde los dos meses se les ofrece coladas de agua de panela y harina de trigo, también plátano machacado con panela, y a partir de los seis meses se le ofrece los alimentos que usualmente consume la familia.

Región pacífica

Para la comunidad Embera, del Cauca, asentada en los departamentos de Chocó, Nariño, Cauca y Valle, durante la gestación las mujeres continúan con su alimentación tradicional, a base de tubérculos, arroz, aceite, pescado, coco. Además, algunas adicionan frutas y leche, otras eliminan las frutas ácidas, aceite, pescado de mar, carne de res y conejo y alimentos enlatados, porque aseguran que este consumo implica un riesgo de perder a sus hijos. Durante el período de lactancia también se continúa con la alimentación tradicional.

La lactancia materna es exclusiva hasta los siete o doce meses, y los primeros alimentos complementarios a ésta son, comúnmente, la colada de plátano y la sopa de pescado, que son suministrados cuando el niño alcanza la edad de ocho o nueve meses. El principal problema de este grupo indígena es el del alto riesgo de desnutrición en menores de cinco años, posiblemente por la introducción tardía de la alimentación complementaria, además del déficit de ingesta proteica y los recurrentes episodios de enfermedades infecciosas así como la restricción de algunos alimentos en estos períodos.

La comunidad Waunana, del Chocó, fue otra de las valoradas. Para este grupo no se relacionan datos con respecto a las prácticas en torno a la lactancia materna, pero cabe mencionar que la situación nutricional de los menores de cinco años está deteriorada debido a que el cien por ciento de la población presenta algún grado de riesgo por tal motivo, este dato permite inferir que de una u otra forma las prácticas o creencias que tenga esta comunidad con respecto a la alimentación durante los primeros años de vida, y especialmente durante la época de lactancia influye significativamente en esa situación.

Las indígenas Emberá del Chocó durante la gestación se alimentan como lo hacen a diario, solamente las que cuentan con recursos adicionan leche en polvo a la dieta. Un caso particular y comparado con otras comunidades, es que no omiten o eliminan ningún alimento, no porque exista alguna creencia en torno a ello, sino porque no se halla una amplia disponibilidad y variedad de alimentos. Únicamente existe la creencia de que no se deben consumir ácidos, debido a que “se daña el niño”.

Con respecto al período de lactancia, algunas de las madres, además de la alimentación usual, tratan de incluir el consumo de leche “porque aumenta la producción de leche materna”. La lactancia materna es exclusiva hasta los cinco o seis meses, ya que en esta edad empieza a participar el niño en la alimentación familiar, empezando por el ofrecimiento de sopas de pescado o carne de animales del monte y coladas de plátano machacado, arroz o maíz, así como de las frutas que estén en cosecha “hasta que ya coma igual que los grandes”.

Respeto de la comunidad indígena Cuna –Antioquia y Chocó- no se mencionan datos sobre lactancia materna, pero cabe resaltar que según la valoración nutricional realizada a los menores de cinco años, el riesgo elevado de desnutrición crónica fue el problema más destacado.

En la comunidad indígena Páez, del Cauca, la lactancia materna exclusiva varía de una familia a otra puesto que algunas madres la practican hasta los tres o cuatro meses y otras la prolongan hasta los ocho meses de edad del niño, donde se inicia la alimentación complementaria con papa y “comida seca”.

Otra comunidad del Cauca, como la de los indígenas Guambianos, practican la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro o seis meses e inician la complementaria con sopa de pasta, generalmente hasta el año, edad en que el niño es introducido en la alimentación familiar y destetado.

Las mujeres de la comunidad Colimba, de Pasto, ofrece lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses e inician con otros alimentos hasta el año o año y medio.

Región de la Orinoquía

En los Llanos Orientales las indígenas Guahíbos ingieren grandes cantidades de leche de vaca por la creencia de que ésta aumenta la suya, la cual también se utiliza para dar al niño con panela o azúcar si existe una complicación por parte de la madre; además de esta preparación se le ofrecen coladas de harina de trigo, casabe y plátano, hasta los seis meses, período en el que lo integra a la alimentación familiar.

En la comunidad Piaroa (Vichada), el aumento de consumo de líquidos inicia tardíamente, entre los nueve meses y el primer año de vida, generalmente se ofrecen coladas de plátano.

Región Amazónica

Las comunidades Tukano-Desano-Piratapuyo, en el asentamiento de Asunción (Guaviare), en período de lactancia acostumbran a consumir pescado en mayor cantidad, al igual que la leche.

La lactancia materna es exclusiva hasta los seis o siete meses, en esta edad se inicia la alimentación complementaria con agua de panela, casabe, fariña, carne de monte, caldo de pescado; cuando la mujer no puede lactar se incluye la leche en polvo a la alimentación del niño.

Las citadas comunidades Tukano-Desano- Piratapuyo, en el asentamiento de Panure, en su alimentación durante el período de gestación no suelen agregar la sal y el azúcar. Consideran que la sal daña la dentadura del niño y el azúcar lo hace poner pálido. En relación con la lactancia materna exclusiva, ésta se prolonga hasta los doce meses.

Para la comunidad Coreguaje del departamento de Caquetá no se debe comer ardilla porque le da rasquiña en el ombligo al niño; tampoco se debe cortar la mazorca, pues la leche que sale del maíz le puede tapar su nariz. Cuando las madres no lactan se ofrecen preparaciones como coladas de plátano, leche de vaca o en polvo, y la lactancia materna ocupa los dos primeros años de vida del niño. La lactancia exclusiva culmina a los siete y ocho meses, es aquí donde se inicia la complementaria, con coladas de plátano, jugos de fruta y agua de panela.

En la comunidad Huitoto, también del departamento de Caquetá, las mujeres gestantes evitan la leche en polvo “para evitar que el niño se engorde”.

La complementaria se inicia a los dos meses; se ofrece colada de plátano o maizena, y a los seis, comida sólida; cuando cumple dos años se integra a la alimentación familiar.

Las mujeres indígenas de la población MuruiMuinaneJiriJiri del Caquetá, tienen una lactancia exclusiva muy corta, ya que ofrecen a sus hijos desde los dos meses colada de plátano, leche en polvo, caldo de papa o huevo, y al año de edad ya participa en la alimentación familiar.

Por otra parte, las mujeres de las comunidades indígenas Quechua, Kofán, Siona, Inga del Putumayo, llevan la lactancia exclusiva hasta los tres meses y empiezan la alimentación complementaria con caldo de gallina, yema de huevo y colada de plátano a los seis meses; la lactancia materna general finaliza a los dos años.

Estudios sobre desnutrición realizados en la población indígena.

Un estudio (22) de tipo descriptivo transversal tuvo como objetivo establecer relaciones entre el estado nutricional, anemia ferropénica y parasitosis intestinal en niños menores de cinco años. El estudio se realizó en el asentamiento humano de Chayhua del distrito de Huaraz, departamento de Ancash-Perú. A toda la población de niños menores de cinco años se le tomó peso, talla, muestra de sangre venosa y muestra de heces fresca para examen directo. Los datos se procesaron y se determinó el estado nutricional, anemia ferropénica y parasitosis intestinal. Se encontró que el 62% de la población padecía de algún tipo de desnutrición, hallándose 38% con desnutrición crónica, 16% con desnutrición crónica reagudizada y 8% con desnutrición aguda. La incidencia de anemia ferropénica en la población fue de 64%; la incidencia de parasitosis intestinal, de 84%, siendo los parásitos de infestación en su mayoría la *Giardia lamblia* y la *Entamoebacoli*. No existe relación significativa entre estado nutricional-anemia, estado nutricional- parasitosis, parasitosis anemia en la población estudiada, pero es seis veces más riesgoso para tener algún tipo de desnutrición el tener anemia y parasitosis. La desnutrición, la anemia ferropénica y la parasitosis intestinal continúan siendo un problema de salud pública en esta población infantil.

Un estudio (23) El ideal dietario (caza, pesca y recolección) tradicional, es insostenible por la baja productividad y las condiciones socioeconómicas. La prevalencia de deficiencia en la ingesta diaria (Atausí>Nusidó) es alta: energía 73,2%, proteínas 36,6%, ácido fólico 34,2%, calcio 93%, vitamina A 61,4% y cinc 75,7%. La desnutrición crónica se presentó en el 68,9% (0-10 años), y talla baja en 77,1% (10-19 años), el sobrepeso en el 45% (adultos) y a otras edades se asoció con el patrón alimentario y la baja estatura. Ambas comunidades poseen mayor desnutrición que el nivel nacional y la más dependiente de la selva (Atausí) presenta mayores problemas nutricionales. Los actuales hábitos alimentarios no cubren los requerimientos nutricionales e influyen en la desnutrición crónica encontrada, junto con otros factores que incrementan la inseguridad alimentaria en indígenas embera, en relación a la población.

Un estudio evaluó determinantes de talla en 5 países de Latinoamérica (Colombia, Bolivia, Perú, Guatemala y Nicaragua) concluyó que la asociación de las prácticas alimenticias con talla para la edad era débil y poco consistente en niños menores de 1 año, pero iba aumentando con la edad y describe como factores determinantes para este indicador la escolaridad materna, la higiene, el número de niños menores de 5 años en el núcleo familiar, la paridad materna mostro patrones inconsistentes (10).

Entre las razones que subyacerían a este fenómeno, se encuentran una mayor ingesta alimentaria, especialmente en grupos más desfavorecidos, quienes al aumentar sus ingresos sin una adecuada educación nutricional, optarían por

comprar alimentos de alta densidad energética, los que contribuirían a la ganancia de peso.

Adicionalmente, se ha verificado un aumento del sedentarismo, que si bien compromete a todas las clases sociales y áreas geográficas, sería mayor en grupos de menores recursos económicos que habitan en viviendas pequeñas, con espacio físico limitado, en vecindarios con carencia de áreas verdes y calles inseguras, que no estimulan el caminar ni la práctica de ejercicios y asisten a escuelas con infraestructura que no permite una física deseable (22).

La persistencia de la desnutrición es en la mayoría de casos más alta en los individuos de los quintiles más pobres que en los individuos más ricos. En la India por ejemplo un estudio realizado (Gwatkin & otros 2003), afirma que de una muestra representativa de niños analizados en condiciones de desnutrición global, el 61% pertenecían a familias de bajos recursos, mientras que solo el 21% de los niños hacían parte de hogares con ingresos altos. Larrea y Kawachi (2004) concluyendo también que la desigualdad económica tiene un fuerte efecto sobre los niveles de hambre de la población. Los gastos que requieren una familia pobre para solventar una situación nutricional crítica pueden condenarla a una trampa de pobreza de la cual es difícil recuperarse (24).

La desnutrición crónica tiene una relación positiva y fuerte con los niveles socioeconómicos reflejando una fuerte inequidad en contra de los grupos de personas más vulnerables. Esta inequidad sumada a la mayor probabilidad de sufrir desnutrición genera una brecha entre la población con los ingresos más altos y la de los más bajos difícil de mencionar (24). Las Enfermedades transmisibles, desnutrición y la mortalidad tanto materna como infantil aquejan mucho a los pobres que a los ricos. Las razones para que esto ocurra pueden resumirse en que son mucho más vulnerados a las enfermedades por falta de saneamiento básico, atención médica y alimentación suficiente entre otros. Así mismo es menos probable que sean ellos los que soliciten atención médica porque carecen del ingreso necesario para acceder a estos sistemas o no pueden acceder aun centro médico con facilidad (24).

Características de la población Indígena del Putumayo

El pueblo Inga está compuesto por 15.450 indígenas, entre ellos 7.725 son hombres y 7.725 son mujeres. La mayoría de ellos, el 62,4% habita en el departamento de Putumayo, específicamente en el Valle del Sibundoy, a 2.200 metros sobre el nivel del mar. Sin embargo, pueden encontrarse miembros de la comunidad inga en Nariño, en el Cauca y en zonas urbanas de Bogotá y Cali. Esta etnia tiene un espíritu comerciante y una tradición viajera, actividad que se ha potenciado gracias a los avances tecnológicos. Son reconocidos

principalmente por su habilidad para las artesanías, sus conocimientos chamánicos, poderes curativos y alto nomadismo (26).

La comunidad indígena Inga proviene del imperio Inca pueblo que tenía como función la avanzada militar y el resguardo de las fronteras con el fin de impedir la sublevación de las comunidades ya sometidas al imperio. Así, luego de someter a los Camsa y evitar la resistencia de los indígenas Kwalker de Nariño, llegan al Valle del Sibundoy donde permanecen aislados de los demás pueblos quechua hasta la segunda mitad del Siglo XIX. En la época de la colonia se desplazaron a los departamentos de Nariño y Caquetá, donde fue impactada su cultura debido a las misiones capuchinas. Durante los años 30, la guerra contra Perú y la colonización militar permitieron que el pueblo Inga migrara hacia zonas urbanas y que aproximadamente mil indígenas del Alto Putumayo se encaminaran hacia pueblos vecinos (26).

En la década de los 90, iniciaron un proceso de organización para conseguir territorios para sus resguardos, defender la tierra de conflictos e invasiones e impulsaron iniciativas de etnoeducación y producción agrícola. Es un pueblo que ha desarrollado procesos de interculturalidad con otras comunidades indígenas, y, a pesar de su espíritu viajero, mantienen un vínculo afectivo fuerte con su lugar de origen. Tal nomadismo les ha permitido a los indígenas Inga tener un conocimiento amplio de las plantas y su uso para la medicina tradicional. Por ello, se les atribuye el uso de la planta yagé, utilizada para rituales espirituales y curaciones de diversas enfermedades (26).

La ONG acción contra el hambre realizó Misión Colombia & Ecuador(27) este es un estudio de la situación nutricional y de seguridad alimentaria en el departamento del Putumayo con un compromiso con la Secretaria de Salud Departamental y la gobernación del Putumayo con el propósito de generar información actualizada, que sirva como soporte para la toma de decisiones en Política Pública en el marco del POA 2011. El estudio se aplicó en los 13 municipios, incluidas las zonas rurales con representatividad regional según el censo 2005 y las bases del SISBEN de cada uno de los municipios

Los resultados que arrojaron el estudio son los siguientes:

Desnutrición crónica 30,9% para el caso del alto putumayo (municipios de San francisco, Sibundoy, Colon y Santiago), el 17,2% para el caso del medio y bajo Putumayo.

La prevalencia de desnutrición global y riesgo de desnutrición global es mayor en la zona del alto con un 27%, mientras que en el medio y bajo Putumayo es del 20,1% dichos datos se encuentran por encima de los datos reportados a nivel nacional. En cuanto a inseguridad alimentaria se encontró un alto grado

de relación con los resultados arrojados la encuesta ENSIN 2010(4), En donde Colombia tiene una prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar de 42.7 % y en la subregión donde se clasifica el departamento del Putumayo, Amazonia, Orinoquia la prevalencia fue de 45,0% Siendo los hogares del departamento del Putumayo los que presentan mayor prevalencia de inseguridad alimentaria con casi el 60% de los hogares.

De acuerdo con la revisión anterior esta investigación se propone responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es el estado nutricional de los niños indígenas del resguardo de Yunguillo y Red Unidos 0-5años del Municipio de Mocoa en el departamento del Putumayo y su relación con los determinantes sociales ?

Características de la población de Red Unidos del Putumayo

El Departamento Nacional de Planeación – DNP tiene como una de sus funciones contribuir a la formulación, evaluación y seguimiento de las políticas públicas, planes y programas orientados a reducir la pobreza, promover el empleo y mejorar la equidad. En este sentido el DNP ha liderado el diseño de la Red de Protección Social contra la Extrema Pobreza, con el objetivo de atender las necesidades de la población más vulnerable, y cumplir con las metas y las estrategias asociadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La Red de Protección Social contra la Extrema Pobreza fue creada a partir del documento CONPES Social 102 de 2006, por recomendación de la Misión para el Diseño de una Estrategia de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad – MERPD, que hace referencia a un concepto de pobreza multidimensional y a la existencia de “Trampas de pobreza”, como factores que hacen que la pobreza persista intergeneracionalmente si no son atacadas de manera integral.

La Red es una estrategia de intervención integral y coordinada de los diferentes organismos y niveles del Estado, con el objetivo de generar, construir y fortalecer en el millón y medio de familias que se encuentran en situaciones tanto de pobreza extrema como de desplazamiento, la capacidad de gestionar su propio desarrollo, para mejorar sus condiciones de vida, a través de:

(i) Integrar la oferta de servicios sociales para hacerlos coincidir alrededor de la familia de manera simultánea, (ii) brindar transitoriamente, acompañamiento familiar y acceso preferente para asegurar que los recursos e intervenciones permitan superar condiciones mínimas de calidad de vida que no están cubiertas, y (iii) generar corresponsabilidad con las familias para que éstas se comprometan con la superación de su situación (28).

La Red pretende coordinar y focalizar la intervención de la oferta social del Estado mediante la implementación de las acciones que promuevan que las familias alcancen 45 Logros Básicos y las entidades territoriales cumplan con 22 Condiciones Básicas, agrupados en 9 dimensiones que influyen en la superación de la pobreza:

- a. **Identificación.** Los miembros de la familia cuentan con los documentos esenciales que los identifican como ciudadanos colombianos y les permiten el acceso a los servicios sociales del Estado.
- b. **Educación y Capacitación.** Las niños, niñas, jóvenes y adultos acceden al sistema educativo y permanecen en él, adquiriendo competencias básicas, ciudadanas y laborales que contribuyen a su desarrollo integral.
- c. **Salud.** Mediante el acceso preferente al sistema de salud, las personas reciben los servicios de atención y participan en los programas de promoción y prevención. Así la familia reduce la mortalidad evitable y la morbilidad.
- d. **Nutrición.** Todos los miembros de la familia cuentan con una nutrición adecuada y tienen buenos hábitos en el manejo de alimentos.
- e. **Habitabilidad.** La familia cuenta con condiciones de habitabilidad segura, acordes con su contexto cultural.
- f. **Dinámica Familiar.** La familia cuenta con un tejido familiar fortalecido y mecanismos saludables de convivencia y de expresión de afecto. Además, reconoce la importancia de las relaciones entre sus integrantes, para su propio desarrollo.
- g. **Bancarización y Ahorro.** La familia está inserta en el sistema financiero como medio de acceso oportuno a oportunidades de trabajo, ingresos y seguridad familiar. Adicionalmente, crea una cultura de ahorro para lograr metas propuestas por sí mismas.
- h. **Apoyo para Garantizar el Acceso a la Justicia.** La familia beneficiaria tiene acceso a los servicios de la justicia formal y no formal para la solución de sus conflictos, conocimientos de sus derechos, fomento de los valores y fortalecimiento de la convivencia de manera oportuna y eficaz.
- i. **Ingresos y Trabajo.** La familia accede a ingresos autónomos (monetarios o en especie) a través de diferentes medios de sustento.

El cumplimiento de los Logros /Condiciones Básicas en cada dimensión se apoyará en un modelo de gestión basado en tres componentes:

- j **El Acompañamiento familiar y comunitario** consiste en la atención personalizada a las familias con el fin de lograr el reconocimiento de potencialidades, el fortalecimiento de habilidades y capacidades para superar su situación de pobreza extrema. Se implementa a través de cogestores sociales, quienes levantan información acerca de la situación de los Logros Básicos Familiares -LBF. En el marco de corresponsabilidad, las familias

elaboran un Plan Familiar con metas de corto, mediano y largo plazo para el alcance de sus LBF.

k La Gestión de la Oferta y Acceso Preferente a Programas Sociales del Estado pretende gestionar la oferta de las entidades nacionales y territoriales, a través del acceso preferencial de las familias de la Red a la oferta social del Estado para alcanzar los LBF. Se busca eliminar las barreras de acceso a los servicios sociales para las familias vulnerables, integrando la oferta programática de las entidades que componen la estrategia y ajustando la oferta con respecto a las necesidades de la población vulnerable.

l El Componente de Fortalecimiento Institucional busca consolidar los Sistemas de Protección Social locales, mediante la implementación de acciones que generen capacidades territoriales para atender las necesidades de las familias de la Red y contribuir al alcance de los LBF.

La Red articula los esfuerzos de 18 entidades nacionales, y los focaliza en los dos quintiles más bajos del nivel 1 del SISBEN 2 (82% de las familias vinculadas). Se adopta una estructura operativa y de gestión desde una lógica de red, que permite generar los flujos de recursos y de información necesarios para lograr los objetivos propuestos. De esta forma, los tres niveles de gobierno (Nación, Departamentos y Municipios) son corresponsables por la implementación de esta estrategia a nivel territorial.

A la fecha 2, 8.564 cogestores sociales han acompañado a 1.387.913 familias y conformado una línea de base de información sobre su situación. Los entes territoriales cofinancian el acompañamiento y orientan recursos para atender las familias Unidos, para lo cual se han firmado convenios con 1.028 municipios y 12 gobernaciones. A su vez, se ha gestionado la oferta de más de 50 programas de las entidades nacionales que componen la estrategia, y se han establecido 72 alianzas con organizaciones del sector privado.

En marzo de 2011, el Gobierno Nacional lanzó el Plan Nacional De Prosperidad Social-PNPS, que busca promover acciones coordinadas para reducir significativamente la desigualdad y la pobreza extrema y se propone como hoja de ruta para alcanzar las metas sociales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos, más empleo, menos pobreza, más seguridad”. El PNPS definió que a partir de la fecha, la Red de Protección Social contra la Extrema Pobreza se denomina Red Unidos y se constituye en la segunda fase de la Red Juntos, nombre que ostentaba la Red entre 2007 y 2011.(29)

El PNPS: (a) identifica acciones para hacer más eficiente la identificación y caracterización de las familias Unidos, (b) procura por una mayor oferta de servicios hacia esta población y ajustes para hacer más pertinente la existente,

(c) promueve una relación más estratégica con los entes territoriales, (d) incentiva el establecimiento de alianzas publico-privadas y el desarrollo de negocios inclusivos que generen riqueza para todos, (e) promueve la innovación social y, (f) asegura criterios claros para definir en qué casos se seguirá o no acompañando a las familias hacia la ruta de la superación de la pobreza extrema.

2. JUSTIFICACIÓN

En el mundo, 143 millones de niños menores de cinco años presentan desnutrición DNT (30). Se estima que esta es causa fundamental del 53% de todas las muertes de niños y niñas menores de cinco (31). Estas muertes representan solamente una parte de los niños que en los países en desarrollo sufren de desnutrición, sin embargo, muchos de ellos sobreviven. Para estos niños que sobreviven, la malnutrición a edades tempranas genera un incremento en el riesgo de enfermedades infecciosas, baja talla, baja capacidad de aprendizaje y a largo plazo daño en el potencial de desarrollo físico, intelectual y productivo en la etapa adulta, con consecuencias para la familia, la comunidad, el país y el mundo (32), lo que repercute finalmente en una alta carga económica y limitación del desarrollo humano. La desnutrición es la resultante de múltiples factores asociados: económicos, políticos y sociales, y es a la vez, la causante de múltiples problemas de salud, como la susceptibilidad a las infecciones recurrentes, que contribuyen a las altas tasas de mortalidad en esta población.

La mortalidad infantil por causa de la desnutrición es un indicador importante de desarrollo de un país, sin embargo, el subregistro de las muertes de los niños y niñas por causas asociadas a la DNT como las muertes por enfermedades infecciosas, no permite la cuantificación real de la mortalidad por esta causa.

Para el año 2000, las cifras sobre la situación de la salud de los niños en Colombia mostraron como problema importante la mortalidad en la población de niños y niñas menores de cinco años; en donde se registraron 801 muertes por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, 1.038 muertes por enfermedades infecciosas intestinales y 1.630 muertes por infecciones respiratorias agudas (33). Mortalidad que podría ser prevenible a través de una atención oportuna y un diagnóstico temprano de la desnutrición.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años para 1996 en Colombia según los indicadores básicos de DANE fue de 28,1 por mil nacidos vivos; para el año 2006 esta tasa se estimó en 22.0 por mil nacidos vivos, por lo tanto esta situación no se modificara sustancialmente hasta cuando en el país se desarrollen acciones y direccionar esfuerzos y recursos hacia programas y proyectos que tengan un impacto para reducir la desnutrición severa y la mortalidad por desnutrición.

Las estadísticas de mortalidad más recientes de DANE corresponden al año 2006, las cuales registraron 544 muertes por desnutrición en niños menores de cinco años (33) (ver tabla 1).

Tabla N. 1 Tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales en Colombia Años 2003-2006.

Año	Total Defunciones en menores de cinco años	Proyección ¹	Tasa
2.003	692	4.392.309	15,7
2.004	589	4.361.047	13,5
2.005	643	4.343.774	14,8
2.006	544	4.316.261	12,6

Fuente: DANE - Estadísticas Vitales

⁽¹⁾DANE. Información estadística proyecciones de población 2005-2011 sexo y Grupo de edad en Colombia.

Según los datos de la encuesta ENSIN 2010 (4) la desnutrición crónica en niños menores de 5 años paso de 15.9 % en el 2005 a 13.2% en 2010 esto quiere decir que hoy en Colombia uno de cada 8 niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica los que significa que su talla no corresponde a su edad.

La lactancia materna exclusiva, según la OMS, esta debe ser exclusiva en los primeros 6 meses, bajo de 2.2 meses en el 2005 a 1.8 meses en el 2010, presentando serias diferencias en las diferentes regiones del país. Es decir el 4 % de los niños menores nunca fue amamantado.

Algunos de los resultados de la ENSIN 2010 (4) se muestran a continuación:

- Uno de cada dos niños menores de 4 años, presenta déficit de Zinc, carencia que puede retrasar el crecimiento, debilitar el sistema inmune o disminuir la capacidad de aprendizaje.
- Uno de cada cuatro niños menores de 4 años, presenta Anemia, una condición que puede deteriorar la maduración del cerebro, afectar la concentración, la capacidad de aprendizaje, aumentar riesgo de retardo mental y el crecimiento físico.

- Uno de cada dos niños no consume alimentos ricos en Vitamina A, lo que puede generar problemas oftalmológicos y déficit en el proceso de crecimiento.
- Uno de cada cinco niños y niñas menores de cinco años NO tiene su esquema de vacunación completo.
- Uno de cada cuatro no asiste a controles de crecimiento y desarrollo.
- Los hogares en cabeza de mujeres pasaron del 30% en el 2005 al 34% en el 2010.
- Uno de cada seis niños padecen sobrepeso u obesidad.
- El 19% de la población de adolescentes son Madres.
- Uno de cada dos (la mitad) de los niños y niñas nacidos en los últimos cinco años fueron deseados y planeados. Uno de cada cuatro fue reportado como francamente no deseado.
- Una de cada cinco mujeres gestantes no asiste a un servicio de salud.

En el año 2010 se presentaron 2.796 casos de violencia sexual denunciada contra niños menores de 4 años. Sin embargo, el sub-registro de delitos sexuales llega a un 70%, lo que quiere decir que el número de casos de violencia sexual es mucho mayor.

- En el 2010, 50 niños entre los cero y los cuatro años fueron asesinados.
- 3,4 menores de edad murieron por causas violentas cada día en 2010.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad indígena Inga del Resguardo de Yunguillo y de la población Red Unidos del municipio de Mocoa y su relación con los determinantes sociales .

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad indígena Inga que pertenecen al Resguardo de Yunguillo y de la población Red Unidos del municipio de Mocoa a través de indicadores antropométricos.
- Describir los determinantes sociales del estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad indígena Inga perteneciente al Resguardo de Yunguillo y de la población Red Unidos del municipio de Mocoa.
- Comparar el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad indígena Inga perteneciente al Resguardo de Yunguillo y de la población Red Unidos del municipio de Mocoa.
- Identificar la relación entre el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad indígena Inga perteneciente al Resguardo de Yunguillo y de la población Red Unidos del municipio de Mocoa y los determinantes: sexo, ingreso, seguridad alimentaria, nivel educativo del padre y de la madre, estado civil y pertenencia a programa de alimentación complementaria.

4. REFERENTE TEORICO

4.1 Evolución de los determinantes sociales

La medicina social latinoamericana ha surgido como un campo desafiante, por los aportes que ha hecho a la comprensión de los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención y a su complejidad, así como por el uso de teorías, métodos y técnicas escasamente conocidos por la salud pública. El eje en los orígenes sociales de la enfermedad y la muerte temprana desafía las relaciones de poder económico y político en las sociedades.

Los temas y hallazgos han llegado a ser pertinentes para problemas médicos y de salud pública en todo el mundo, y en especial para el análisis y la propuesta de alternativas a la inequidad en salud, la reforma de los sistemas sanitarios, los estudios de género, el estudio de las micro políticas y macro políticas que afectan a la atención sanitaria y a la salud de los trabajadores, entre otros. Los profesionales de la medicina social latinoamericana han usado teorías y métodos que distinguen sus esfuerzos de los de la salud pública. En particular, el eje en el contexto social e histórico de los problemas de salud, el énfasis en la producción económica y en la determinación social, y la vinculación de la investigación y la formación con la práctica política, han proporcionado enfoques innovadores para algunos de los problemas más importantes de nuestra época (34).

Las barreras de idioma y posiblemente el escepticismo acerca de las investigaciones que provienen del “Tercer Mundo” han favorecido el desconocimiento de esta importante corriente entre los profesionales sanitarios de los países del “Primer Mundo”. Asimismo, el lenguaje y los métodos tradicionales de circulación de las revistas latinoamericanas de medicina social han sido un obstáculo para que accedan a esta importante producción científica muchos profesionales sanitarios de todo el mundo, cuyos trabajos podrían beneficiarse de los avances de la medicina social si esta estuviera más difundida y accesible. Para los EE. UU. y para otros países, la producción de la medicina social latinoamericana puede llegar a ser algo sumamente valioso tener en cuenta, en especial en esta era de globalización, con sus peligros para la salud pública (34).

Por lo anterior es importante describir la historia narra que el concepto salud-enfermedad se ha venido estudiando permanentemente y que no se ha desarrollado totalmente, existen instituciones muy importantes como la “OMS en 1946 definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (énfasis agregado). Desde esta perspectiva se empezó a intentar integrar

el enfoque biomédico-tecnológico predominante, con el contexto social. Si bien han sido muchos los esfuerzos por mantener esta mirada más general, en ocasiones esta integración se ha deteriorado, a menudo por el contexto económico y político dominante (35)

Desde los años 50 en la OMS describió la importancia del impacto de lo social en la salud. Aun así, la crisis de algunos países por la posguerra, la política de la guerra fría y la descolonización obstaculizó la aplicación de esta visión y favorecieron un enfoque basado en la aplicación de las tecnologías de la salud

La investigación en el desarrollo del concepto de salud-enfermedad ha seguido evolucionando desde los años 60 y 70 los modelos que en ese momento se estaban implementando, no eran resolutivos para satisfacer la demanda de la población más pobre, donde se unieron diferentes países en el mundo para fortalecer programas comunitarios, siendo la población más vulnerable participe de estos programas que contribuían a mejorar sus condiciones de salud (35).

Diversos conceptos se propusieron y fue en 1974 el ministro de salud Marc quien plantea entender la salud desde la perspectiva de los campos de la salud, indicando como el estado de la salud estaba condicionando por el estado de la biología humana, el ambiente los estilos de vida y la organización, por lo tanto son los estilos de vida los que más impacto tienen en la situación de salud sobre y el estado de los servicios de salud (35).

La OMS ha jugado un papel muy importante en la Salud Pública mundial y es esta institución quien intento en cabeza de Mahler por integrar en el mundo la visión social de la salud, en septiembre de 1978, en Alma-Ata, Kazajstán se celebró la primera conferencia internacional en salud, destinada a convertirse en un hito en la salud pública moderna. Esta conferencia conocida como Alta Atta produjo por un consenso político un documento donde se abrazó la meta de Mahler de “Salud para Todos en el año 2000” (SPT), con la Atención Primaria en Salud (APS) como el vehículo para lograrla (35).

Pero solo fue hacia los años 80 donde la conferencia de Alma-Ata fue muy difícil llegar a un acuerdo en el que muchos países participaron y plasmaran el cómo mejorar las condiciones de salud de la población ,pero se realizó una evaluación de la estrategia de atención primaria donde sus resultados fueron valorados y se concluyó que no eran los esperados , donde ciertos sectores empezaron a discutir sobre el costo efectividad de la APS y que necesitaba ser reformada y fortalecida para alcanzar los resultados esperados.

Sin olvidar que fue en esta época la política neoliberal fue promovido por países ricos en donde se encontraban líderes mundiales como Ronald Reagan EU, Margaret de Thatcher Gran Bretaña y Alemania Kohl, Helmut, quienes impulsaron el neoliberalismo por ser países donantes y sus estrategias las realizaron a través de instituciones económicas como el Banco Mundial y Fondo Monetario internacional. La recesión económica en la década de los 80 tuvo grandes repercusiones y llevo muchos países de bajos y medianos ingresos a un colapso económico donde su salida coyuntural era reprogramación de la deuda. Por lo anterior descrito las economías del norte marcaban la diferencia donde las instituciones financieras internacionales (IFI) podían intervenir las economías de países en desarrollo ya que tenían ventajas económicas sobre estos países.

Su evolución hacia los Años 90 donde las economías se marcaron volátiles en el llamado Nuevo Orden Económico Mundial donde se presencié una disminución de la autoridad de la OMS; y el liderazgo sobre la salud mundial fue asumido por organismos como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) quienes se posicionaron y empleado formulas económicas asumieron las ayudas a los países a través de préstamos para que estos en cierta forma intentaran lograr su desarrollo.

A principios del 2000 los Gobiernos de Inglaterra, Estados Unidos y la OMS toman conciencia de la necesidad de un cambio en los modelos predominantes en salud. Es así como en el 2005 la OMS crea la Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud. Y fue del 6 al 8 de septiembre 2000 donde se llevo a cabo la Cumbre del Milenio realizada en Nueva York, donde se reunieron 191 países (siendo 189 estados miembros en este entonces). Fue muy importante la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio porque se definió un nuevo marco de trabajo integrado para el desarrollo mundial que una vez más se ha focalizado en el entrelazamiento de los retos de desarrollo y la necesidad de acción simultánea, coordinada a través de una variedad de sectores incluidos la política macroeconómica, la alimentación y la agricultura, la educación, el género y la salud. Declaración del Milenio; los objetivos formulados se describen a continuación:

1. Objetivo: Erradicar la pobreza extrema
2. Objetivo: Lograr la enseñanza primaria universal
3. Objetivo: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
4. Objetivo: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
5. Objetivo: Mejorar la salud materna

6. Objetivo: Combatir el VIH/SIDA el paludismo y otras enfermedades
7. Objetivo: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Objetivo: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Los ODM (objetivos del desarrollo del Milenio) constituyen una prueba de la voluntad política de establecer asociaciones más sólidas, y comprometen a los países a tomar nuevas medidas y aunar esfuerzos en la lucha contra la pobreza, el analfabetismo, el hambre, la falta de educación, la desigualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y materna, la enfermedad y la degradación del medio ambiente. El octavo objetivo, reafirmado en Monterrey y Johannesburgo, insta a los países ricos a adoptar medidas para aliviar la deuda, incrementar la asistencia y permitir a los países más pobres el acceso a sus mercados y tecnología (36).

“Los ODM (Objetivos del Desarrollo del Milenio) relacionados con la salud no se lograrán en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. Este momento del "cambio de marea" constituye una oportunidad histórica para la acción en los determinantes sociales, así como una oportunidad de cambiar la teoría y la práctica de lo que acerca que constituye la política sanitaria en contraposición con las políticas pertinentes sobre la prestación de los servicios de atención salud (36).

Según el informe de Desarrollo Humano Colombia 201142 (36), el país aumentó 6 puntos entre los años 2000 y 2010, –pasó de 0,78 a 0,84– en consonancia con la tendencia mundial (cuadro 1). Es la medida de bienestar propuesta por Naciones Unidas para analizar el avance de los países, y tiene tres dimensiones: una vida larga y saludable (medida a partir del indicador de esperanza de vida); acceso al conocimiento (medida por la tasa de matriculación y la tasa de analfabetismo) y, un nivel de vida digno (medido por el ingreso per cápita). Alegra que el país haya avanzado. Pero el asunto crucial es que hay grandes diferencias entre departamentos y entre municipios, tanto en los valores absolutos, como en el ritmo con que se avanza.

Tabla No 2. Evolución del IDH por componente 2000-2010.

CUADRO 1

Evolución del IDH por componente. 2000-2010

Año	Esperanza de vida (años)	Población analfabeta (%)	Escolaridad combinada (%)	Índice de logro educativo	Índice de esperanza de vida	Índice del PIB	Índice de desarrollo humano
2000	71,9	9,1	69,1	0,836	0,782	0,723	0,780
2001	72,2	9,0	68,3	0,834	0,787	0,718	0,780
2002	72,6	8,8	6,79	0,834	0,793	0,726	0,784
2003	72,9	8,7	6,83	0,836	0,798	0,738	0,791
2004	73,2	8,5	6,96	0,842	0,803	0,750	0,798
2005	73,5	8,4	7,21	0,851	0,808	0,754	0,804
2006	73,7	8,2	7,58	0,865	0,812	0,733	0,803
2007	74,0	8,0	8,05	0,881	0,817	0,743	0,814
2008	74,3	7,9	8,57	0,900	0,821	0,757	0,826
2009	74,5	7,7	9,07	0,918	0,825	0,751	0,831
2010	74,8	7,5	94,7	0,932	0,829	0,758	0,840

Fuente: cálculos IDH 2011, a partir de proyecciones de población, Estadísticas Vitales, Cuentas Nacionales, Encuestas de Hogares, OMC.

Para el 2010 los índices más altos los tienen Bogotá (0,90) y Santander (0,87), Putumayo (0,759) y los más bajos La Guajira (0,69) y Chocó (0,73). Mientras que Bogotá avanzó 6 puntos (de 0,844 en el 2000 a 0,904 en el 2010) de desarrollo humano en esos diez años, La Guajira avanzó medio (de 0,686 en el 2000 a 0,691 en el 2010). Se puede evidenciar las grandes desigualdades existentes en Colombia.

En el año 2000 en desarrollo de la Cumbre del Milenio en el año 2000 en Naciones Unidas, 189 naciones, entre ellas Colombia, se comprometieron con los ocho Objetivos del Milenio (ODM): (1) erradicar la pobreza extrema y el hambre; (2) garantizar la educación básica universal; (3) promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres; (4) reducir la mortalidad infantil; (5) mejorar la salud materna; (6) combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades; (7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, y (8) promover una asociación mundial para el desarrollo.

Se definieron 18 metas y 48 indicadores que cada país adaptó a su contexto y realidad local. En Colombia, mediante el documento Conpes 091 de 2005, se concretaron 57 metas e indicadores ODM para ser alcanzados al año 2015.

Aunque hay avances importantes, subsisten enormes brechas que impiden el acceso de toda la población, a las mismas oportunidades. Son brechas entre ricos y pobres, pero también entre regiones y entre el campo y la ciudad. Con razón se habla de una Colombia pujante, moderna y urbana que puede compararse con países desarrollados, y otra pobre, rural, atrasada, característica de sociedades feudales.

Tabla No 3. Los ODM por grupos de municipio según índice de ruralidad.

CUADRO 1.1 Los ODM por grupos de municipios según el índice de ruralidad

Categorías	Personas en pobreza por NBI (total)	Tasa de cobertura bruta en educación media. 2009	Tasa de violencia de pareja contra la mujer por 10.000 mujeres	Mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos 2008	Atención institucional del parto 2008	Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por 100.000 habitantes	Hogares en déficit cualitativo 2005
Centros urbanos	33,42	74,39	17,23	17,39	91%	3,62	35,12
Centros Intermedios	50,14	58,10	10,62	21,07	85%	1,94	54,21
Municipios de alta ruralidad	74,66	27,52	9,03	39,09	72%	2,57	61,85
Promedio							

Fuente: cálculos PMUO, proyecto ODM, con base en cifras oficiales.

Pobreza

Las cifras de NBI (indicador trazador del ODM 1) muestran que en los centros urbanos, en promedio, la pobreza es 2,3 veces menor que en municipios de alta ruralidad, debido a que en estos últimos persisten amplias diferencias en las condiciones de las viviendas, en el acceso y disponibilidad de servicios públicos, en la baja escolaridad y en las escasas posibilidades de generación de ingresos y empleo dignos y permanentes.

4.1.1 Educación

Respecto al ODM 2, las tasas de cobertura bruta en educación media en los municipios de alta ruralidad son 2,7 veces menores que en los centros urbanos. Las largas distancias que aún recorren niños, niñas y adolescentes para llegar a las escuelas y el costo de oportunidad de ingresar o permanecer en el sistema educativo comparado con el de trabajar, gravitan sobre la deserción en secundaria que, según la teoría del capital humano, perpetúa los círculos de pobreza.

4.1.2 Violencia contra las mujeres

El indicador trazador del ODM 3 muestra menor incidencia de la violencia contra las mujeres, en la medida en que va aumentando la ruralidad. Este resultado, sin embargo, debe ser tomado con precaución: los patrones culturales derivados del machismo y el desconocimiento de las capacidades de las mujeres se arraigan

más en las poblaciones rurales que en las urbanas. Las cifras pueden estar subestimadas debido, entre otros factores, a la falta de acceso a la información por parte de las mujeres rurales, a la escasa o nula posibilidad de registrar los hechos violentos y a la inexistencia de garantías de protección, cuando estos eventualmente son denunciados.

4.1.3 Mortalidad en menores de 5 años

Las cifras de la mortalidad en menores de 5 años (indicador trazador del ODM 4) muestran que en municipios de alta ruralidad los niños se mueren 2,4 veces más que en los centros urbanos. Los costos de las atenciones y servicios prenatales se multiplican cuando se trata de llegar a las gestantes ubicadas en zonas rurales dispersas, como sucede con la búsqueda activa de menores de 5 años para completar los esquemas de vacunación.

Las dificultades de acceso a agua potable, el desconocimiento sobre el manejo de enfermedades prevalentes en la primera infancia para su pronta remisión a servicios de salud y las distancias entre los lugares de residencia y los centros de asistencia médica, profundizan la problemática en la zona rural. Esto incide en los resultados del índice de supervivencia propuesto en el cálculo del índice de desarrollo humano municipal (IDHM).

4.1.4 Atención institucional del parto

Una situación similar se observa en la atención institucional del parto (ODM 5). En los municipios de alta ruralidad este promedio es inferior en 19 puntos porcentuales frente al que se registra en los centros urbanos, lo cual muy posiblemente incide en mayores tasas de mortalidad de las gestantes y de los recién nacidos. Ante la dificultad de traslado de las gestantes hacia los servicios de atención del parto, y en algunos casos por desinformación, se siguen presentando partos en la casa o en lugares inadecuados y atendidos por personas no calificadas.

4.1.5 Mortalidad por VIH/SIDA

La mortalidad por VIH/SIDA (indicador trazador del ODM 6) es considerablemente baja en los municipios con alta concentración de población rural. Sin embargo, aumenta su incidencia en las regiones donde hay presencia de trabajadores agrícolas itinerantes y en regiones mineras y de megaproyectos.

Hasta ahora la epidemia se considera fundamentalmente urbana por tres factores principales: (a) el estigma, la discriminación y la vulneración de derechos en una persona eventualmente seropositiva por VIH es más fuerte en un municipio pequeño que en uno grande o en una ciudad, lo cual lleva a la persona a abandonar el municipio antes de dar a conocer su situación serológica; (b) la atención de las patologías de alto costo como el VIH y los servicios de salud requeridos son considerablemente mejores en servicios de salud, con niveles altos de complejidad, que solo se encuentran en los centros urbanos; y (c) el VIH/SIDA en Colombia es una epidemia concentrada, es decir, mantiene prevalencias superiores al 5% en grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) y no superiores al 1% en mujeres gestantes.

4.1.6 Calidad de las viviendas y saneamiento básico

En relación con el ODM 7, la situación de los municipios de alta ruralidad es similar a la descrita para los ODM 1, 2, 4 y 5. El déficit cualitativo de vivienda es elevado y presenta una brecha considerable frente al observado en los centros urbanos; lo mismo acontece con las coberturas de acueducto y alcantarillado. En las zonas rurales se evidencian graves deficiencias en la calidad de los materiales de las viviendas (techos, paredes y pisos), en la disposición final de excretas, en el hacinamiento y en el acceso a servicios públicos, especialmente de agua potable.

4.1.7 Índice de ruralidad y avance de los ODM departamental

Las conclusiones anteriores se han obtenido luego del análisis municipal diferenciado por conglomerado.

Sin embargo, las mismas conclusiones se observan en el nivel departamental al cruzar el índice de ruralidad, calculado por el INDH 2011, y el índice de avance de los ODM departamental, calculado por el proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo Local (ODML) del PNUD.

La línea de tendencia, la cual presenta un buen grado de ajuste (70%), muestra la relación inversa que existe entre la ruralidad y el avance sobre los ODM en los departamentos: a mayor ruralidad, menor avance. Se destacan los rezagos frente a los ODM en departamentos de alta ruralidad como Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Chocó, Guaviare, La Guajira, Putumayo, Vaupés y Vichada.

Si bien el país transita hacia la urbanización y los departamentos son los que menor población concentran, desde la perspectiva propuesta por el paradigma del

desarrollo humano, bajo ninguna circunstancia, ni las personas ni estos territorios deben ser excluidos de políticas que busquen igualar sus posibilidades y capacidades con las que tienen los pobladores de departamentos o municipios de mayor población urbana.

Los resultados anteriores son una evidencia clara de los retos que enfrenta el país para equiparar las condiciones y las oportunidades de desarrollo entre las zonas urbanas y las rurales, para lo cual se requiere especial incidencia y focalización de los programas y políticas de desarrollo en las zonas rurales.

4.2 Modelo de determinantes de la salud de la OMS

La CDSS (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud) Organización Mundial de la Salud. Presentó la definición de DSS (Determinantes Sociales de la Salud) como: “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos que depende a su vez de las políticas adoptadas” (37).

La comisión explica que la mayor parte de las inequidades sanitarias, (diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en la situación sanitaria), y se pueden clasificar en determinantes estructurales y determinantes intermediarios.

Determinantes estructurales: Conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social. Incluye las relaciones de género y de etnia. Están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales.

Determinantes intermediarios: Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

Para desarrollar esta investigación se realizó un modelo de análisis de los determinantes de la malnutrición basado en el modelo de la comisión de determinantes.

Cuadro No 1. Modelo de análisis de los determinantes de la malnutrición basado en el modelo de la comisión de determinantes.(37)



Muchos países latinoamericanos han realizado procesos de investigación sobre los determinantes sociales y es por eso que el 7 y 8 de abril del 2011 se realizó en la ciudad de Asunción el Taller de “Intersectorialidad y Determinantes Sociales de la Salud para la Reducción de la Desnutrición Crónica en Paraguay” que tuvo como objetivo socializar experiencias de lucha exitosa contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil en Latinoamérica, desde un análisis de los procesos de articulación sectorial. La jornada propició la asistencia de autoridades nacionales e internacionales y contó con la participación especial del Representante de la FAO, Ing. Jorge Meza Robayo, que hizo una presentación sobre el programa de seguridad alimentaria de la FAO. El evento fue organizado por el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, que promueve una intervención articulada para la lucha contra la pobreza y la desnutrición infantil, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (38).

Actualmente Colombia cuenta con marcos estratégicos para la acción del Estado en la lucha contra la pobreza, los cuales han sido plasmados en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) no. 91, elaborado en 2005. Allí se fijan las metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio, destacándose el crecimiento económico a través de mecanismos que brinden oportunidades preferentes a los pobres, para construir y proteger sus propios activos en términos de acceso a la propiedad de la tierra y la vivienda, la educación, el crédito y el

manejo social del riesgo. En términos de la reducción de inequidades, las políticas actuales buscan fortalecer el Sistema de Protección Social para reducir la vulnerabilidad de la población en aspectos como salud, trabajo, riesgos profesionales y pensiones. Dentro del Plan nacional de desarrollo prosperidad para todos 2010 – 2014 contempla el fortalecimiento del reconocimiento y la protección de los grupos étnicos y de las relaciones interculturales (29).

En el mundo , Latinoamérica y en Colombia es muy evidente los niveles de desigualdades existentes en población general y más en grupos étnicos donde las políticas generadas por los gobiernos no han logrado disminuir la brecha existente para reducir el impacto de los determinantes sociales en la salud, el trabajo, riesgos profesionales y pensiones de la población; lo que conlleva a realizar una reflexión y plantear políticas públicas sostenibles para mejorar las condiciones socio-económica, culturales y ambientales que afectan a la población. Es evidente que en la región los niños menores de 5 años de acuerdo a la falta de equidad y justicia social impedirán su desarrollo en este mundo globalizado.

A mediados del siglo XIX de acuerdo a varios investigadores pudieron establecer la relación existente entre las inadecuadas condiciones sociales, económicas ambientales y precarias practicas alimentarias de trabajadores de fábricas urbanas europeas, lo que incrementaban la morbi-mortalidad de esta población, y fue en este periodo donde nació la salud pública y la epidemiología para abordar estos temas tan importantes en la época (39).

Al desarrollarse el modelo higienista este se estableció en Europa y Estados Unidos, quien origino el modelo unicausal con énfasis en aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de estrategias curativas en la población (40).

Este modelo tuvo gran trascendencia después de ser conocido en Latinoamérica, y fue la base para la formación de los profesionales de la salud y en la formulación de políticas sanitarias latinoamericanas durante el XX.

Fue muy importante el modelo higienista a finales del siglo XIX y siglo XX por su efectividad en control de las enfermedades infecciosas en las que se encontraron la fiebre amarilla, sarampión y viruela que cobraron muchas vidas en el mundo (41).

Siendo la unicausalidad el enfoque del higienismo, fue muy relevante en esa época, pero la investigación científica evoluciono hacia el enfoque multicausal y fueron ellos quienes direccionaron su trabajo de investigación hacia la

multicausalidad de las enfermedades crónicas avanzando significativamente en su capacidad resolutoria de tratar las enfermedades (41).

Hacia el siglo XX con la evolución de las reformas liberales, muchas naciones formularon y aplicaron reformas a los sistemas de salud dándoles gran participación a nuevos actores en el sistema, quienes hacían parte del sistema financiero y les interesa la gran rentabilidad económica que lograrían sacrificando las grandes necesidades en salud de la población y dejando en segundo plano las directrices de OMS (Alma Ata) quien orientaba la aplicación de estrategias intersectoriales en salud, donde la participación ciudadana es base fundamental para mejorar su calidad de vida.

Es por lo anterior descrito se puede establecer que la desnutrición crónica en niños menores de 5 años es un factor relevante y se encuentra condicionado “Por variados determinantes socioculturales y adquiere muchos significados sociales. Reconociendo la enorme influencia de los condicionantes económicos, biológicos, ambientales, tecnológicos, políticos, etc., aquí nos interesamos por los de carácter más sociocultural.

Además la alimentación de cualquier población puede determinarse por el nivel educativo, el empleo, el género y la edad, la diferenciación étnica, la cobertura social, las redes sociales de apoyo, el empoderamiento y la participación ciudadana, la cohesión social, etc., y se encuentra mediatizada por la conservación de tradiciones familiares o comunitarias (celebraciones, fiestas populares, actitudes hospitalarias, costumbres religiosas, tabúes...) por la publicidad y el marketing, y por otros factores socioculturales. La pobreza en Latinoamérica afecta a la tercera parte de población y la desnutrición a una sexta parte de la región. Aunque la educación ha mejorado en todos los Países en las dos últimas décadas, todavía necesita progresar. La tasa de desempleo es mayor para los más pobres, las mujeres y los jóvenes, y es superior también en el ámbito rural y para la población indígena. Las mujeres sufren el doble que los varones las consecuencias de las crisis alimentarias. Y en relación al estado de salud y de la nutrición en las poblaciones indígenas se observa una menor esperanza de vida respecto al resto de la población, mayores tasas de mortalidad infantil, más pobreza, y más desnutrición y hambre entre los niños menores de cinco años y entre las mujeres pertenecientes a minorías étnicas y hogares pobres en zonas agrícolas” (41).

En nuestros días, es perfectamente constatable que la situación de la salud de cualquier grupo de población está estrechamente relacionada con los procesos más generales de la sociedad. Estos procesos se traducen, en la vida cotidiana,

en las condiciones de vida y en los estilos de vida, expresándose reflejados en perfiles diferenciales de riesgo y de problemas de salud (42).

Enfrentar estas diferencias, y más aún cuando constituyen desigualdades sociales, es una de las mayores prioridades de las intervenciones de la salud pública. Para hacerlo con éxito, los trabajadores de la salud pública han de identificar los procesos de reproducción social más estrechamente vinculados al perfil de problemas prioritarios de cada grupo social y territorio e identificar las instituciones en cuya cotidianidad se reproducen dichos problemas. De esta forma, estaremos en condiciones de definir las estrategias de intervención más adecuadas a cada circunstancia. También, de esta manera, conoceremos los límites de nuestras intervenciones para modificar las condiciones de vida y de trabajo de las poblaciones y, por tanto, de sus perfiles de los problemas prioritarios de salud (42).

4.3 SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

En Perú la desnutrición crónica o retardo en el crecimiento constituye un problema social y de salud pública. Los informes de la ENDES del período 1996-2007 muestra que 4 de cada 10 niños están afectados con desnutrición crónica, porcentajes que han permanecido constantes en los últimos 10 años (43).

La literatura sobre el tema ha demostrado, entre otros, que la desnutrición crónica infantil aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad y deteriora el crecimiento y el desarrollo durante la niñez temprana. Inclusive, su impacto negativo se extiende a la adolescencia y aún a la edad adulta, reduciendo la capacidad de trabajo y el rendimiento intelectual, hecho que, a su vez puede contribuir a disminuir la

productividad económica de las personas. (UNICEF, 1998) (43).

A continuación se presenta diversos estudios realizados en comunidades indígenas relacionando el estado nutricional con los determinantes sociales.

Un estudio evaluó determinantes de talla en 5 países de Latinoamérica (Colombia, Bolivia, Perú, Guatemala y Nicaragua) concluyó que la asociación de las practicas alimenticias con talla para la edad era débil y poco consistente en niños menores de 1 año, pero iba aumentando con la edad y describe como factores determinantes para este indicador la escolaridad materna, la higiene, el número de niños menores de 5 años en el núcleo familiar; la paridad materna mostro patrones inconsistentes (10).

En cuanto a la Malnutrición por exceso en Chile en el estudio Factores determinantes del exceso de peso en escolares, se ha señalado que la prevalencia de obesidad ha aumentado, tendencia que afecta a la Mayoría de los países de América Latina, y que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a postular que estamos frente a una epidemia global. En Chile, se han comunicado altas cifras de este problema, observándose variaciones de la prevalencia del exceso de peso según distribución geográfica, nivel social, etnia y escuelas. Lo que se ha atribuido a distintas prácticas de alimentación y mayor sedentarismo relacionados con el avance socioeconómico alcanzado por el país. Entre las razones que subyacerían a este fenómeno, se encuentran una mayor ingesta alimentaria, especialmente en grupos más desfavorecidos, quienes al aumentar sus ingresos sin una adecuada educación nutricional, optarían por comprar alimentos de alta densidad energética, los que contribuirían a la ganancia de peso.

Adicionalmente, se ha verificado un aumento del sedentarismo, que si bien compromete a todas las clases sociales y áreas geográficas, sería mayor en grupos de menores recursos económicos que habitan en viviendas pequeñas, con espacio físico limitado, en vecindarios con carencia de áreas verdes y calles inseguras, que no estimulan el caminar ni la práctica de ejercicios y asisten a escuelas con infraestructura que no permite una física deseable (10).

Los indígenas y afrodescendientes suelen habitar en tierras de poca calidad productiva en lugares de difícil acceso y con fuertes carencias de acceso a infraestructuras y servicios básicos de salud, educación y seguridad social, por lo que les afectan negativamente varios determinantes de su salud y su nutrición. Según datos del Banco Mundial el 10% de la población de América Latina y el Caribe se identifica como indígena en la actualidad.

Existen muchos contrastes entre los distintos países y dentro de ellos mismos. Así en Bolivia y Guatemala la población que se identifica como indígena es mayoritaria alcanzado el 71% y 66% respectivamente, mientras que en países como Perú y Ecuador la población originaria conforma una parte importante de su sociedad con un 47% y un 38% respectivamente (41).

En México la evaluación del estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de edad mostró que tienen mayor probabilidad de presentar baja talla y bajo peso que los no indígenas. Las diferencias son mayores en áreas urbanas y en las regiones geográficas con mejores condiciones de vida, y se explican principalmente por factores socioeconómicos. La probabilidad de anemia entre poblaciones fue sólo modestamente mayor en zonas urbanas que en zonas

rurales, y las diferencias son explicadas en menor grado por factores socioeconómicos (44).

La Encuesta Nacional de Demografía 2010, muestra que los factores de riesgo de la salud, guardan una estrecha relación con el nivel socioeconómico y éste con las condiciones de las viviendas. De aquí la tendencia generalizada de concebir la problemática de la vivienda en función de lo económico y ello también del estado general de la salud de la población. Cuando el estado de las viviendas es precario, el número e intensidad de los factores de riesgo son más elevados y las amenazas a la salud son más severas. Es decir, las condiciones de las viviendas se tornan en agentes de la salud de sus habitantes (45).

En términos generales los problemas sanitarios y sociales de las áreas residenciales contemplan ciertos factores que incluyen:

- Territorialidad y tenencia
- Materiales de construcción
- Acceso a los servicios (educación y salud)
- Aguas de consumo y residuales
- Disposición de desechos sólidos
- Vectores
- Marginalidad, desempleo, violencia y adicciones

Estos factores están asociados a las condiciones socio-económicas de la población y a los problemas de salud; las clases sociales más desfavorecidas usualmente presentan los problemas más importantes de localización y tenencia de vivienda, pobres materiales de construcción, sin diseños técnicamente fundamentados, áreas pobremente o no urbanizadas, muchas dificultades en el acceso a educación y salud, agua de consumo mal o pobremente tratada, mala disposición de los residuos, proliferación de vectores sin control y un ambiente social desfavorable, entre otras. Por otra parte, las clases sociales más favorecidas cuentan con viviendas con características totalmente opuestas a las mencionadas anteriormente.

Un mundo más equitativo sería más sostenible y menos problemático desde todo punto de vista ya que eliminando los factores de pobreza llevaría a un incremento de los niveles educativos, ello a mejores pautas de la atención primaria de la salud de las poblaciones más expuestas, mejores prácticas de nutrición, un mejoramiento progresivo de la salud física y psíquica de los individuos y a un mejor desempeño social, familiar y profesional. Pero una sociedad con una

economía empobrecida con necesidades básicas insatisfechas y falta de acceso a servicios básicos lleva a un deterioro progresivo de la salud, a conductas inadecuadas, muchas veces acompañadas de consumo de sustancias tóxicas y el riesgo de originar conductas violentas, que cierran el círculo de la marginalidad y miseria (45).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (**ENDS 2010**) contiene información sobre la calidad de las viviendas de los hogares y sobre cada una de las personas en el hogar.

Esta información es básica para tener un mejor conocimiento de las variables de los hogares, de la salud de las mujeres y de los niños. Las variables de las viviendas, que sirven para conocer las condiciones de vida de las familias, se refieren principalmente a los servicios con que cuentan, tales como conexión a los servicios públicos (acueducto, alcantarillado luz eléctrica, recolección de basuras), número de cuartos para dormir, materiales de pisos y paredes y combustible utilizado para cocinar. Las variables relacionadas con las personas del hogar, se refieren a la edad, sexo, etnia, residencia habitual, parentesco con el jefe del hogar, estado civil, educación, si actualmente está asistiendo a una institución educativa, actividad económica, trabajo infantil, asistencia de niños menores de seis años a instituciones de educación preescolar y asistencia de las personas a programas o modalidades de apoyo alimentario.

Servicio de electricidad

- Prácticamente la totalidad de los hogares urbanos (99%) están conectados a la electricidad en comparación con el 91 por ciento en la zona rural, si bien esto representa un ligero aumento de lo observado en el 2005 (89%). A nivel de región, la menor disponibilidad de servicio eléctrico se observa en la Orinoquía-Amazonía y en la región Caribe (93% y 96%, respectivamente).
- El 73% de los hogares tiene conexión al acueducto público y 11 por ciento al acueducto comunal, este último básicamente restringido a la zona rural (42 por ciento). En la zona urbana el acueducto público llega a 91 por ciento de las viviendas y en la zona rural sólo al 17, inferior éste a lo observado en las encuestas anteriores (22% en el 2005 y 27% en el 2000). Esta situación estaría indicando que las políticas públicas no le están dando prioridad a proporcionar estos servicios a zonas donde más se necesitan. Apenas la mitad de los hogares en la Orinoquía-Amazonía tienen conexión a acueducto público, en comparación con Bogotá y la Central (98% y 75%, respectivamente).

Tipo de servicio sanitario

- A nivel del país, el 75% de los hogares tiene conexión del inodoro al alcantarillado, sin ningún cambio desde el año 2005 y para el 15% la conexión es a pozo séptico. En la zona urbana, 92% de las viviendas tiene conexión a alcantarillado, contra sólo 22% en la rural. Bogotá y la región Central son, de nuevo, las regiones que tienen los mayores niveles de conexión a alcantarillado (99% y 79%). La región Caribe presenta el menor nivel de hogares con inodoro conectado a alcantarillado (53%), si bien es la región con mayor conexión a pozo séptico (32%).

Principal material de los pisos

- Los dos materiales más usados en la construcción de los pisos son cemento (38%) y baldosa (50%). Los pisos de baldosa habían aumentado del 39% al 46% entre el 2000 y el 2005.
- El cemento es más común en las zonas rurales que en las urbanas (60% y 31%, respectivamente), pero en la zona urbana el 61 por ciento de los hogares urbanos tiene piso de baldosa en comparación con apenas 16 por ciento en la zona rural. El piso de baldosa es el material predominante en Bogotá (73%) y el cemento en la Amazonía-Orinoquía (59 por ciento).
- La proporción de viviendas con piso de tierra ha venido disminuyendo del 9% en el año 2000 al 6 por ciento en 2010.

Principal material de las paredes

- El 85% de las viviendas tiene paredes de bloque o ladrillo, material que es predominante en las construcciones urbanas (93%) y alcanza un mínimo en la Orinoquía-Amazonía (76%). A nivel nacional el 6 por ciento de los hogares tiene paredes de madera burda pero en la Orinoquía-Amazonía alcanza el 23%.

Combustible utilizado para cocinar

El gas, ya sea el que viene por tubería o comprado en pipetas, es el combustible más utilizado hoy en día en las cocinas (80%), en tanto que solamente el 4% de los hogares cocina con electricidad.

- El gas natural se usa principalmente en Bogotá (86%) y en las regiones Caribe y Oriental (59 y 41%), en tanto que el gas propano se usa principalmente en las zonas rurales (40%) y en la Orinoquía-Amazonía (59 por ciento). La región con el mayor nivel de uso de electricidad para cocinar es la Central (7%). En la región Oriental y en la Amazonía-Orinoquía, menos del uno por ciento la usan.
- Como era de esperar, la leña/madera/carbón de leña no se utiliza en los hogares de Bogotá pero el 20 %de los hogares de la región Caribe utilizan dicho material para cocinar. Y en la zona rural es el combustible utilizado por la mitad de los

hogares para cocinar. Si se excluye Bogotá, el menor uso de este material para cocinar se observa en la región Central (12%).

Eliminación de basuras

- A nivel nacional el 80 % de las viviendas tiene servicio de recolección de basuras. En el 12 por ciento de las viviendas se quema la basura y en el 4% la botan al patio, lote, zanja o baldío.
- El servicio formal de eliminación de basuras se tiene en el 97% de las viviendas urbanas, mientras los servicios informales se usan más en las zonas rurales (73%). Donde menos se usa el servicio formal es en la región Caribe (68 por ciento). Después de Bogotá, la región con el mayor nivel de eliminación formal de basuras es la Central. En el resto de regiones, en alrededor de tres de cada cuatro hogares la basura se elimina a través del servicio de aseo.
- La basura es quemada en el 46 por ciento de los hogares de las zonas rurales y apenas el 27% es recolectada por el servicio. Los mayores niveles de quema de basuras se observan en las regiones Caribe y Oriental.

Número de cuartos para dormir

- El 23 % de las viviendas sólo tiene un cuarto para dormir, 38 % dos cuartos y 29 % tienen tres.
- En Bogotá se observan los menores niveles de hogares con un solo cuarto (17%) y los mayores niveles de hogares con tres cuartos (36%). Por otro lado, la Orinoquía-Amazonía presenta los mayores niveles de hogares con un solo cuarto (37%) y los menores niveles de hogares con tres cuartos (21%).

Tipo de vivienda ocupada por el hogar

- El 79 % de las viviendas son casas y el 19 % apartamentos. La mitad de las viviendas (51%) son casas propias y el 28 por ciento casas en arriendo. De los apartamentos, la mayoría son arrendados (13%).
- Los apartamentos son más comunes en la zona urbana (24%) que en la zona rural (2%). Las casas se observan más en la región Caribe (94 por ciento), Orinoquía-Amazonía (88%) y Pacífica (84%). Los apartamentos constituyen el 39 % de las viviendas de Bogotá y el 22 % de la Central (43).

4.4 Evaluación del estado nutricional

Para esta investigación se utilizaron los parámetros de evaluación y la clasificación que propone la Resolución 2121 del 2010 (46). Por la cual se adoptan los nuevos patrones de crecimiento en Colombia.

La antropometría es el conjunto de mediciones corporales con el que se determinan los diferentes niveles y grados de nutrición de un individuo mediante parámetros antropométricos e índices derivados de la relación entre los mismos. Con los datos de peso, talla, edad y género se construyen los Indicadores Antropométricos: Peso / Edad (P/E) Indicador de Desnutrición Global, Talla / Edad (T/E) Indicador de Desnutrición Crónica, Peso / Talla (P/T) Indicador de Desnutrición Aguda; indicadores básicos para evaluar el estado nutricional, los cuales son comparados con patrones de referencia establecidos por la organización mundial de la salud (OMS) 2005.

La talla sirve para relacionarla con el peso y obtener indicadores que permiten clasificar el Estado Nutricional en diferentes categorías. Al confrontar los valores de peso/edad, talla-edad y peso para la talla, se puede utilizar como patrón de referencia para observar la posibilidad de que presenten adecuación exceso o déficit. El sistema de clasificación utilizado por defecto para presentar el estado nutricional de los niños es el z-scores o estándar desviación resultados. Este sistema de clasificación ha sido recomendado por la OMS-Organización Mundial de la Salud.

Puntos de corte nuevos patrones de crecimiento

Cuadro No 2. Puntos de corte de Niños y niñas menores de 2 años- Res 2121 del 2010(46).

Niños y niñas menores de 2 años		
Indicador	Punto de corte (desviación estándar)	Denominación
Talla/Edad (T/E)	< -2	Talla baja para la edad o retraso en talla
	-2 a < -1	Riesgo de talla baja
	-1	Talla adecuada para la edad
Peso/Edad (P/E)	< -3	Peso muy bajo para la edad o desnutrición global severa (es una subclasificación del peso bajo para la edad)
	< -2	Peso bajo para la edad o desnutrición global
	-2 a < -1	Riesgo de peso bajo para la edad
	-1 a = 1	Peso adecuado para la edad
Peso/Talla (P/T)	< -3	Peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa (es una subclasificación del peso bajo para la talla)
	< -2	Peso bajo para la talla o desnutrición aguda
	-2 a < -1	Riesgo de peso bajo para la talla
	-1 a = 1	Peso adecuado para la talla
	> 1 a = 2	Sobrepeso*
> 2	Obesidad*	
Índice de Masa Corporal (IMC/E)	> 1 a = 2	Sobrepeso
	> 2	Obesidad
Perímetro cefálico	< -2	Factor de riesgo para el neurodesarrollo
	-2 a = 2	Normal
	> 2	Factor de riesgo para el neurodesarrollo

Cuadro No 3. Puntos de corte de Niños y niñas entre de 2 y 5 años- Res 2121 del 2010

Niños y niñas entre los 2 y 5 años		
Indicador	Punto de corte (desviación estándar)	Denominación
Talla/Edad (T/E)	< -2 -2 a < -1 -1	Talla baja para la edad o retraso en talla Riesgo de talla baja Talla adecuada para la edad
Peso/Edad (P/E)	< -2	Peso bajo para la edad o desnutrición global
Peso/Talla (P/T)	< -3	Peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa (es una subclasificación del peso bajo para la talla)
	< -2	Peso bajo para la talla o desnutrición aguda
	-2 a < -1	Riesgo de peso bajo para la talla
	-1 a = 1	Peso adecuado para la talla
	> 1 a = 2 > 2	Sobrepeso Obesidad
Índice de masa corporal (IMC/E)	> 1 a = 2	Sobrepeso
	> 2	Obesidad
Perímetro cefálico	< -2	Factor de riesgo para el neurodesarrollo
	-2 a =+2	Normal
	> 2	Factor de riesgo para el neurodesarrollo

Fuente: Resolución 2121 del 2010(46)

TÉCNICA UTILIZADA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS (46):

TOMA DE PESO

- ✓ Se utiliza balanza digital con capacidad de 150 kg y pesa bebés para los niños menores de 2 años.
- ✓ Se calibra la balanza a cero.
- ✓ La medida se toma con la mínima cantidad de ropa.
- ✓ El niño debe mantenerse quieto en el centro de la plataforma, mirando al frente, brazos abajo, asegurándose de que no se apoyara en ningún lugar.
- ✓ El dato se registró inmediatamente en el formato adecuado.

TOMA DE LONGITUD - TALLA

Para los niños menores de 2 años (LONGITUD)

- ✓ Antes de iniciar se debe explicar a la madre y/o responsable que se va a tomar la talla del niño y que requiere de su colaboración para que el niño se sienta tranquilo.
- ✓ Se coloca la cinta métrica en el centro de la mesa la cual estaba pegada a la pared.

- ✓ Se verifica que el niño estuviese sin zapatos y que en la cabeza no tenga objetos que alteren la medida.
- ✓ Se coloca al niño decúbito supino (boca arriba) y con ayuda de la madre y/o del agente educativo comunitario tomaron la cabeza del niño con ambas manos, colocándolas a cada lado de la misma sin ejercer mucha presión se mantuvo la cara del niño recta.
- ✓ Verificar que los hombros, espalda, glúteos y talones del niño estén en contacto con la cinta.
- ✓ Tomar las rodillas del niño con la mano izquierda, estirándolas con movimiento suave pero firme lo más rápido posible y con ayuda de una escuadra formando un ángulo de 90° entre los pies del niño y la mesa.
- ✓ El dato se registra inmediatamente en el formato adecuado.

PARA LOS NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS:

- ✓ Se utiliza tallímetro o estadiómetro
- ✓ La medida se tomó con el niño de pie, sin zapatos, sin adornos en la cabeza que puedan obstruir la toma, sobre la superficie del suelo, controlando que sus talones, glúteos, espalda y plano posterior de la cabeza estuviesen apoyados con la cinta métrica y verificando que los talones estuvieran juntos.
- ✓ El niño debe mirar al frente y trazando una línea imaginaria del plano de Frankfort; y con ayuda de una escuadra la cual debe formar un ángulo de 90° con la parte posterior de la cinta.
- ✓ El dato se registró inmediatamente en el formato adecuado.

4.5 DESNUTRICIÓN Y DETERMINANTES SOCIALES

El estado nutricional de una persona es la resultante del equilibrio entre la ingesta de alimentos y sus requerimientos de nutrientes. A su vez, el aprovechamiento de los nutrientes ingeridos depende de diversos factores como la combinación de alimentos o las condiciones del sistema gastrointestinal que los recibe (47).

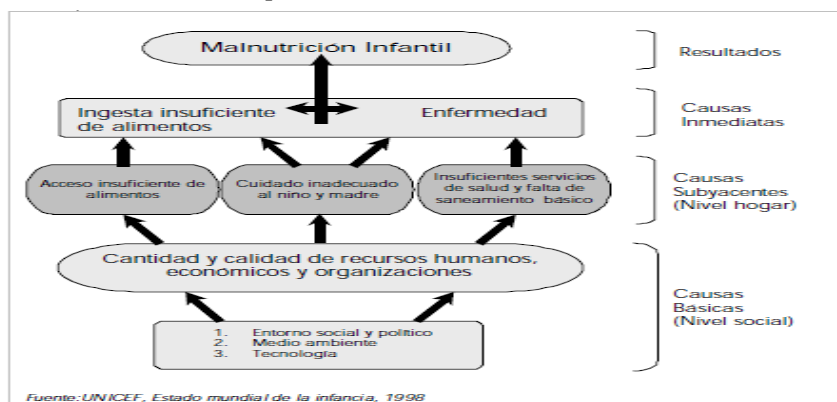
Lo anterior resulta útil para entender como aquellas sociedades incapaces de asegurar un aporte suficiente de nutrientes para todos sus miembros y tienen una alta carga de morbilidad; son justamente aquellas que tienen los mayores problemas de déficit nutricional infantil.

Estas dos condiciones: ingesta insuficiente y enfermedad se potencian mutuamente. Como se explica más adelante, los niños desnutridos tienen menos resistencia a las enfermedades, principalmente infecciosas, por lo que tienen mayor riesgo de caer enfermos. Las infecciones pueden causar pérdida de apetito, incremento del metabolismo, mala absorción intestinal por tránsito acelerado y reducción en las sales biliares y lesiones en la mucosa intestinal, todo lo cual empeora aún más el estado nutricional (47).

En 1990 la UNICEF propuso un modelo explicativo de la malnutrición infantil, el cual tiene la virtud de haber resistido las nuevas evidencias que han aparecido desde entonces. Además de describir comprensivamente los fenómenos relacionados al problema nutricional, ha logrado organizarlos por niveles de proximidad causal, sin perder capacidad explicativa y sencillez (47).

Por estas virtudes, se explica el modelo UNICEF para explicar las causas del problema nutricional (ver cuadro siguiente).

Cuadro No 4. Modelo explicativo de la malnutrición infantil-Unicef



Fuente: UNICEF, Estado mundial de la infancia, 1998

A estas dos condiciones se les llama “causas inmediatas” de la desnutrición y el modelo de UNICEF nos ayuda a entender que responden a otras, las cuales pueden ser agrupadas según correspondan al ámbito del hogar o al ámbito de lo “social”.

En el grupo de las causas relacionadas con el hogar, se encuentran acceso insuficiente a alimentos, acceso insuficiente a servicios de salud y saneamiento básico, y por último cuidado inadecuado a niños y madres.

El acceso a alimentos si bien está fuertemente relacionado con el nivel de ingresos, también depende de las decisiones económicas que realicen las personas del hogar. Por ejemplo, se ha observado que sólo entre el 8 a 10% del incremento de ingreso es invertido en alimentos.

El acceso a servicios de salud permite atenuar la carga que representan las enfermedades de cualquier tipo, mientras que los servicios de agua potable y manejo de excretas contribuyen a interrumpir la contaminación fecal dentro del hogar (48).

Por cuidado inadecuado se considera a aquellas prácticas que no permiten una debida alimentación o desarrollo del niño (ej. alimentación pasiva o falta de estimulación psicomotora), o aquellas que imposibilitan a la madre que alimente y cuide de su niño (ej. trabajo físico excesivo durante la gestación, hipovitaminosis A en la madre, falta de tiempo para la lactancia materna o estimulación del niño, etc) (48).

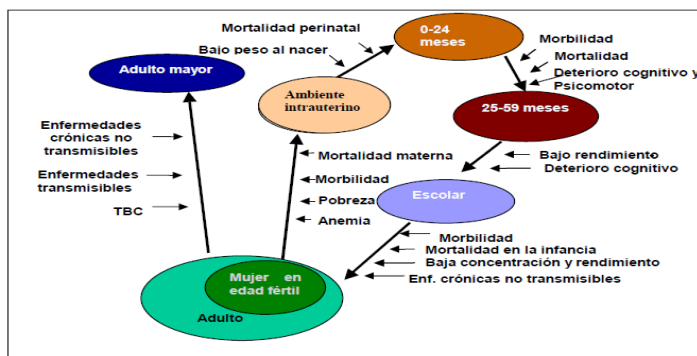
Entre las causas básicas, hay un primer grupo de aquellas condiciones que si bien dependen directamente del entorno social, tienen una expresión observable en cada hogar. Incluye aspectos relacionados al capital humano, como nivel educativo o de información de los padres y cuidadores del niño, así como su disponibilidad para atenderlo. También incluye a los recursos económicos, que se refiere al nivel de ingresos, disponibilidad de bienes, calidad del empleo, etc. Por último se encuentra el subgrupo de recursos organizacionales, que se refiere a la capacidad de acceder a aquellos bienes y servicios que la participación en redes sociales ofrece, como por ejemplo: programa de Vaso de Leche, Comedores Populares o el conocimiento popular transmitido entre pares.

El entorno social y político, así como el medio ambiente y la tecnología, se consideran las fuerzas conductoras de la dinámica social, y como tal resultan las causas primarias del estado nutricional.

Debido a que para describir éstas se requiere capturar las tendencias presentes en el conjunto de la sociedad, las observaciones a hogares como las realizadas en este estudio, no resultan suficientes (48).

Por otro lado CEPAL, propone otro modelo explicativo: los efectos de la desnutrición se pueden manifestar a lo largo de todo el ciclo vital, dado que las necesidades y requerimientos de nutrientes cambian a lo largo de la vida de las personas. En este proceso, cabe destacar las etapas asociadas a: la vida intrauterina y neonatal, el lactante y el preescolar, la vida escolar y la vida adulta (49).

Cuadro No 5. Ciclo de la desnutrición



Fuente: Adaptado de Branca, F. y Ferrari, M. (2002).

Causas de la desnutrición

Los principales factores que se asocian al apareamiento de la desnutrición como problema de Salud Pública se pueden agrupar en: medioambientales (por causas naturales o entrópicas), socio-culturales-económicos (asociados a los problemas de pobreza e inequidad) y los político institucionales, los que en conjunto aumentan o disminuyen las vulnerabilidades bio-médicas y productivas, y a través de estas condicionan la cantidad, calidad y capacidad de absorción de la ingesta alimentaria que determinan la desnutrición.

La relevancia que tiene cada uno de estos factores depende de la intensidad de la vulnerabilidad resultante y de la etapa del ciclo de vida en que se encuentran las personas.

Los factores medioambientales definen el entorno en que vive un sujeto y su familia, incluyendo los riesgos propios del medio ambiente natural y sus ciclos (como las inundaciones, sequías, terremotos y otros) y los producidos por el mismo ser humano, o entrópicas (como la contaminación de las aguas, el aire y los alimentos, expansión de la frontera agrícola, etc).

El ámbito socio-cultural-económico incluye elementos asociados a la pobreza y equidad, escolaridad y pautas culturales, nivel de empleo y de salarios, acceso a seguridad social y cobertura de los programas asistenciales.

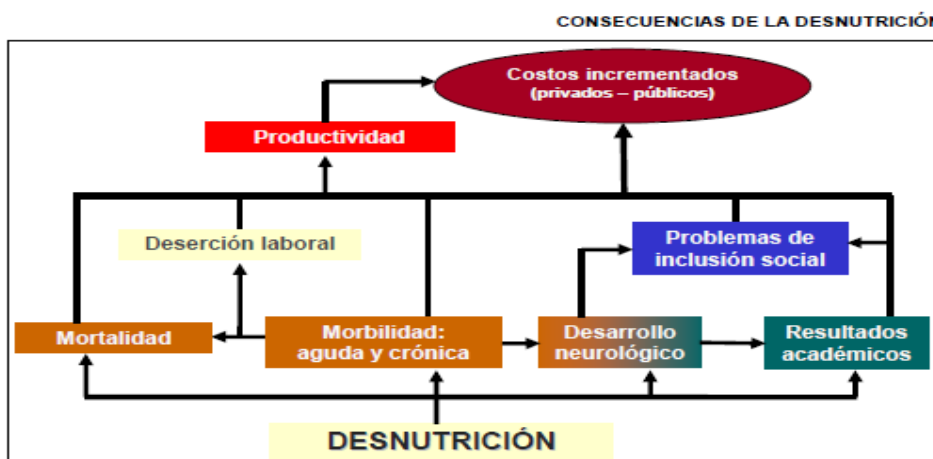
Los factores político-institucionales incluyen a las políticas y los programas gubernamentales orientados a resolver los problemas alimentario-nutricionales de la población.

Entre los factores productivos se incluyen aquellos directamente asociados con la producción de alimentos y el acceso que la población en riesgo tenga a ellos. La disponibilidad y autonomía en el suministro energético de alimentos de cada país

dependen directamente de las características de los procesos productivos, del nivel de aprovechamiento que éstos hagan de los recursos naturales y del grado en que dichos procesos mitigan o aumentan los riesgos medioambientales.

Finalmente, los factores bio-médicos consideran a aquellos que residen en el plano de la susceptibilidad individual a adquirir desnutrición, en la medida que la insuficiencia de ciertos elementos limita la capacidad de utilización biológica de los alimentos que consume (independientemente de su cantidad y calidad) (49).

Cuadro No 6. Consecuencias de la desnutrición



Fuente: Cepal

Dichos efectos pueden presentarse de manera inmediata o a lo largo de la vida de las personas, los que se convierten en mayor probabilidad de desnutrición posterior entre quienes la han sufrido, en las primeras etapas del ciclo vital, y mayor incidencia de otras consecuencias. Así, problemas de desnutrición intrauterina pueden generar dificultades desde el nacimiento hasta la adultez (49).

En el caso de la salud, distintos estudios demuestran que la desnutrición aumenta la probabilidad de apareamiento y/o intensidad de algunas patologías, así como de muerte en distintas etapas del ciclo de vida. La forma en que estas consecuencias se presentan depende del perfil epidemiológico de cada país.

A nivel educativo, la desnutrición afecta el desempeño escolar como resultante del déficit que generan las enfermedades y por las limitaciones en la capacidad de aprendizaje asociadas a un menor desarrollo cognitivo. Esto se traduce en mayores probabilidades de ingreso tardío, repitencia, deserción y consecuentemente, bajo nivel educativo (49).

5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	CÓDIGO
Determinantes estructurales / Variables Sociodemográficas				
Edad del niño(s)	Cuantitativa	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento a la fecha de la evaluación.	0 – 1 año 11 meses 29 días 2 años 11 meses 29 días 3 años 11 meses,29 días 4 años 11 meses, 29 días	1 2 3 4
Edad de la madre	Cuantitativa	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento a la fecha de la evaluación.	10-14 15-19 20-24 Mas.	1 2 3 4
Sexo del niño(s)	Cualitativa	Condición de ser Hombre o Mujer, determinado por características biológicas: anatómicas y funcionales.	Hombre Mujer	1 2
Estado civil de la madre	Cualitativa	Situación jurídica en la familia y la sociedad.	Soltero Casado viudo Unión libre Divorciado	1 2 3 4 5
Procedencia	Cualitativa	Es la extensión geográfica de un país, región, lugar determinado. Para designar la originalidad de las personas incluyendo a los factores humanos.	Urbana Rural	1 2
Grupo étnico	Cualitativa	Grupo humano que comparte y reconoce como propias ciertas características culturales específicas, que determinan su identidad (ethos) frente a otros colectivos.	Indígena Otros	1 2
Nivel de escolaridad de la madre o acudiente	Cualitativa	Nivel de estudios o aprendizajes obtenidos. Se basa en el nivel de conocimiento y capacidades cognitivas adquiridas en un centro o institución educativa.	Sin escolaridad Primaria Bachiller Técnico Universidad Posgrado	1 2 3 4 5 6
Nivel de SISBEN	Cualitativa	Clasificación socioeconómica realizada donde se obtiene un puntaje para ayudas sociales	SISBEN 1 SISEBEN 2 SISBEN 3 Ninguno	1 2 3 4
Tipo de familia	Cualitativa	Es la cantidad o número de personas que conforman una familia y que habitan en una vivienda.	Unipersonal Nuclear completa Nuclear incompleta Pareja extensa completa	1 2 3 4

			Extensa incompleta	5
			Extensa y otros parientes	6
Composición familiar	Cuantitativa	Es la cantidad o número de personas que conforman una familia y y la edad de cada uno de los integrantes.	Número de personas menores de 18 años	1
			Número de personas de 18 o más y menores de 60	2
			Número de personas mayores de 60 años.	3
Tenencia de la vivienda	Cualitativa	Se refiere a la forma de posesión del espacio de la vivienda que ocupa el hogar.	Propia	1
			Arrendada	2
			Usufructo	3
			No sabe	4
Actividad laboral	Cualitativa	Se refiere a la Corresponde a las personas que en mes anterior al censo realizaron un trabajo por un ingreso en dinero o especie.	Agricultura	1
			Obrero	2
			Ama de casa	3
			Informalmente	4
			Independiente	5
Nivel de ingresos	Cuantitativa	Suma de todos los sueldo, salarios, ganancias y otras formas de ingreso de una familia en un tiempo determinado, como activos netos medidas a través de salarios mínimos legales vigentes SMLV.	< 1 SMLV	1
			= 1 SMLV	2
			>1 < 2 SMLV	3
			>2 SMLV	4
Capacidad adquisitiva	Cuantitativa	Cantidad de dinero utilizado en la compra de alimentos que conforman la canasta básica.	< 50.000	1
			> 50.000 < 100.000	2
			>100.000 <150.000	3
			>150.000 <200.000	4
			> 200.000	5
Determinantes intermedios/ servicios de salud/características de vivienda/prácticas de alimentación				
Afilación al SGSSS	Cualitativa	El sistema de seguridad social en salud es la forma como el estado colombiano brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorios nacional colombiano.	No afiliado	1
			Subsidiado	2
			Contributivo	3
			Régimen especial	4
			Otro	5
Servicios públicos/energía eléctrica	Cualitativa	Energía eléctrica suministrada por una empresa especializada de servicios público domiciliario.	SI	1
			No	2
Servicios públicos/acueducto	Cualitativa	Servicio público domiciliario de agua por tubería u otro ducto que está conectado a una red y cuyo suministro es relativamente permanente. Este servicio debe estar dado por una empresa especializada.	SI	1
			No	2
Servicios públicos/gas	Cualitativa	Servicio público domiciliario de gas natural proveniente de una red	SI	1
			No	2

domiciliario		exterior. No es el caso de las pipetas de gas propano.		
Servicios públicos/alcantarillado	Cualitativa	Servicio público domiciliario de eliminación de excretas (materias fecales y orines) y aguas servidas (agua del lavaplatos, etc.) mediante un sistema de desagüe por tuberías, prestado por una empresa especializada.	SI No	1 2
Servicios públicos/recolección de basuras	Cualitativa	Cuando la vivienda cuenta con servicio domiciliario de recolección de basuras o sea que recogen la basura frente a su casa en un horario establecido.	SI No	1 2
Principal fuente de abastecimiento de agua	Cualitativa	Forma de obtención de del agua.	Acueducto público Rio Carro tanque Aguatero Agua lluvia Acueducto comunal o veredal Pozo Otro Cuál	1 2 3 4 5 6 7 8
Tipo de servicio sanitario	Cualitativa	Es el sitio utilizado por el hogar para la eliminación de excretas.	Inodoro conectado al alcantarillado Inodoro conectado a pozo séptico Letrina Inodoro sin conexión No tiene servicio sanitario Otro Cuál	1 2 3 4 5 6
Sitio de la vivienda donde prepara los alimentos	Cualitativa	Lugar dentro de la vivienda destinado a la preparación de los alimentos.	Un cuarto usado solo para cocinar Un cuarto usado también para dormir Patio al aire libre Sala comedor con lavaplatos Patio Sala comedor sin lava platos Patio Corredor Ninguna parte, no prepara alimentos.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Cocina o sitio de preparación de los alimentos	Cualitativa	sitio destinado a la preparación de alimentos	De uso exclusivo de las personas del hogar Compartida con personas de otros hogares	1 2

Material predominante de los techos de la vivienda	Cualitativa	Clase de material predominante de los techos de la vivienda.	Teja de barro Zinc Eternit Cemento con cielo raso Desechos de cartón Paja o palma	1 2 3 4 5 6
Material predominante de los pisos de la vivienda	Cualitativa	Clase de material que predomina en el cubrimiento del piso.	Madera burda, tabla o tablón Baldosa, tableta Alfombra Cemento Frisado Tierra o arena Otra Cuál	1 2 3 4 5 6 7 8
Material de las paredes de la vivienda	Cualitativa	Son las estructuras de las fachadas o muros interiores y exteriores que encierran la vivienda y las separan de otras viviendas.	Madera burda o tabla o tablón Ladrillo Bloque Guadua Zinc Tela, cartón, lata, desechos Bahareque, cartón o desecho	1 2 3 4 5 6 7
Numero de cuartos incluido sala comedor	Cuantitativa	Son aquellos espacios que el hogar utiliza donde se incluye sala o comedor y aquellos que utiliza para dormir, trabajar o almacenar enseres o materiales para uso del hogar, etc.	Un cuarto Dos cuartos Tres cuartos Y mas . .	1 2 3 4
En cuantos cuartos duermen las personas en el hogar	Cuantitativa	Son aquellos espacios que el hogar utiliza para dormir	Un cuarto Dos cuartos. Res cuartos .	1 2 3
Percepción de la madre del estado de salud del niño(s)	Cualitativo	Indicador subjetivo que mide como perciben los individuos su estado de salud	Excelente Bueno Muy bueno Regular Malo	1 2 3 4 5
Problema de salud del niño en los últimos 30 días	Cualitativa	Presentación de una sintomatología o problema de salud en el último mes.	Enfermedad Accidente Odontológico Violencia familiar Otro Cuál	1 2 3 4 5
Como trato el problema de salud	Cualitativa	La intervención del problema de salud por personal profesional según patología.	Médico general Especialista/odontólogo Terapeuta/institución de salud Terapias alternativas Promotor/enfermera	1 2 3 4 5

			Farmacia/droguería/ botica Medicina tradicional Remedios caseros Automedicación Nada Otro Cuál	6 7 8 9 10 11
La atención a este problema fue pagada por la institución a la que se encuentra afiliado el niño (s)	Cuantitativa	La EPS fue la responsable del pago de servicios de salud.	Si totalmente Si parcialmente No	1 2 3
Localización del lugar donde consultó	Cualitativa	Lugar de ubicación de la institución prestadora de servicios de salud.	En la misma manzana de la vivienda En el mismo barrio donde vive En la misma localidad donde reside En la misma manzana En la que está ubicado en su lugar de trabajo En el mismo barrio donde queda su lugar de trabajo En la misma localidad donde queda su lugar de et trabajo En el mismo municipio donde usted vive En otro municipio No sabe	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Razón para no solicitar o recibir atención	Cualitativa	Razón por la cual decidió no solicitar atención medica en una institución de salud.	Caso leve Faltad e tiempo Servicio queda lejos Trasporte muy costoso Servicio muy costoso Servicio de mala calidad Fue pero no lo atendieron No confía en médicos Muchos tramites No sabe dónde prestan el servicio Horario de consulta no le sirve Demora en la asignación de citas Demora en la atención en el sitio No sabía que tenía derecho	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Lactancia y alimentación complementaria				
Le dio pecho alguna vez al niño(s)	Cualitativa	Posibilidad de amamantamiento de alguna vez al niño.	Si	1
			No	2
Razón para no darle pecho	Cualitativa	Presentación de de alguna patología de madre o niño para no darle lactancia materna.	Madre enferma	1
			Niño enfermo	2
			Problema de succión del niño	3
			Problema del pezón	4
			No le bajo leche	5
			Niños rehusó	6
			Madre tenía que trabajar	7
			Se le ponían feos los senos	8
			Se afecta la sexualidad con su conyugue	9
			Esposo o compañero se opone	10
			Otro Cuál	11
Tiempo después del nacimiento que lo puso al pecho	Cualitativa	Número de horas que los puso al pecho después del nacimiento	Inmediatamente	1
			Menos de 1 hora	2
			Menos de 24 horas	3
			Más de 24 horas	4
Recibió indicaciones del personal de salud acerca de la lactancia materna		Instrucción del personal de salud acerca de la importancia de la lactancia materna.	Si	1
			No	2
En los primeros 3 días le dieron algo de beber diferente a leche materna al niño(s)	Cualitativa	Alimento ingerido diferente a lactancia materna en los primero días de nacido	Si	1
			No	2
Que bebida distinta a leche materna le dieron.	Cualitativa	Alimento ingerido por el niño diferente a leche materna	Leche en polvo	1
			Leche líquida	2
			Agua solamente	3
			Agua con azúcar	4
			Agua de panela	5
			Suero casero (agua, sal, azúcar)	6
			Sales de rehidratación oral	7
			Jugo de fruta	8
			Te o aromática	9
			Otro Cual	10
El niño nació en una	Cualitativa	Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS).	Si	1
			No	2

institución de salud				
Escala de seguridad alimentaria	Cualitativa	Seguridad alimentaria y nutricional es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa”.	Inseguridad alimentaria Seguridad alimentaria	1 2
Frecuencia de Consumo de alimentos				
Consumo de alimentos	Cualitativa	se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas	Lácteos	Nunca o casi nunca = 1 Al mes 1-3 veces =: 2 A la semana : 1-=3 2-4=4 5-6=6 Al día : 1= 7 2-3= 8 4-6=9 6 veces mas=10
			Huevos carnes y pescado	Nunca o casi nunca = 1 Al mes 1-3 veces =: 2 A la semana : 1-=3 2-4=4 5-6=6 Al día : 1= 7 2-3= 8 4-6=9 6 veces mas=10



			Verduras y hortalizas	Nunca o casi nunca = 1 Al mes 1-3 veces =: 2 A la semana : 1-=3 2-4=4 5-6=6 Al día : 1= 7 2-3= 8 4-6=9 6veces mas=10
			Frutas	Nunca o casi nunca = 1 Al mes 1-3 veces =: 2 A la semana : 1-=3 2-4=4 5-6=6 Al día : 1= 7 2-3= 8 4-6=9 6veces mas=10
			Legumbres y cereales	Nunca o casi nunca = 1 Al mes 1-3 veces =: 2 A la semana : 1-=3 2-4=4 5-6=6 Al día : 1= 7 2-3= 8 4-6=9 6veces mas=10

			Aceites y grasas	Nunca o casi nunca = 1 Al mes 1-3 veces =: 2 A la semana : 1-=3 2-4=4 5-6=6 Al día : 1= 7 2-3= 8 4-6=9 6veces mas=10
Resultado de salud				
Estado nutricional del niño(s)	Cualitativa	Es la valoración del peso y talla.	Desnutrición global severa Desnutrición global Riesgo bajo peso /edad Peso adecuado /edad Desnutrición aguda severa Desnutrición aguda Riesgo de peso bajo/talla Peso adecuado /talla Retraso en la talla Riesgo de talla baja Talla adecuada/edad Sobrepeso Obesidad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
Enfermedad diarreaica del niños(s)	Cualitativa	Se define como una reducción en la consistencia de las evacuaciones (liquidas o semilíquidas) y/o un incremento en la frecuencia de las mismas (por lo general > 3 en 24 h), pudiendo acompañarse de fiebre o vomito. Su duraciones por lo general < 7 días y, por definición, nunca más de 14 días.	Si No	1 2
Enfermedad respiratoria del niño (s)	Cualitativa	Es padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se complican con neumonía.	Si No	1 2

6. ESTRATEGÍA METODOLÓGICA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación se enmarcó en el enfoque cuantitativo, descrito como aquel que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Según su alcance es un estudio correlacional dado que pretende conocer la relación entre variables. Correspondió a un diseño transversal puesto que la información se recogió en un momento dado.

6.2 POBLACION Y MUESTRA

Para esta investigación la población estuvo constituida por los niños(as) entre los 0 y los 5 años de la comunidad Inga del resguardo Yunguillo y de Red Unidos del municipio de Mocoa.

Según el censo del 2012 registrado en la OZIP (Organización de indígenas del Putumayo) la población de niños de 0 a 5 años del resguardo de Yunguillo ubicado en Mocoa es 150 niños.

Según la información de la base de datos de Red Unidos la población de niños de 0 a 5 años era 689.

En la investigación se proponía un censo para el grupo de los indígenas es decir se evaluar todos los niños (150) del resguardo de Yunguillo. Finalmente se evaluaron 117 por negación de algunos padres para la evaluación.

Para la población de Red Unidos se realizó un muestreo aleatorio simple y se calculó una muestra con una confiabilidad del 95%, un margen de error del 3,5% y se tomaron en cuenta los estimadores de la ENSIN 2010, de retraso en la talla, desnutrición global, obesidad y sobrepeso. Se escogió finalmente el estimador de obesidad que garantizaba el tamaño de muestra que se ajustaba a la investigación.

La fórmula utilizada para determinar el tamaño de la muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{NZ^2P(1-P)}{(N-1)(ME)^2 + Z^2P(1-P)}$$

N= población (689)

Z= Confiabilidad (95%)

P=Prevalencia (5,2%)

ME= Margen de error (3,5%)

Se utilizaron los estimadores de estado nutricional de la ENSIN para este grupo de edad: retraso en la talla: 13,2%, desnutrición global: 3,4%, obesidad: 5,2%, sobrepeso: 20,2%. De acuerdo con lo anterior la muestra fue de 180 niños. Finalmente se evaluaron 124 niños por dificultades para mayor recolección de información.

En total se evaluaron 241 niños que cumplieron los criterios.

Criterios de inclusión

- Niños (as) de 0 a 5 años pertenecientes al Resguardo de Yunguillo Municipio de Mocoa
- Niños (as) de 0 a 5 años pertenecientes a Red Unidos.

Criterios de exclusión

- Niños o niñas de 0 a 5 años inscritos en Red Unidos y pertenecientes a la comunidad indígena Inga.

6.3 INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

Las investigadoras diseñaron dos cuestionarios adaptados de la ENSIN 2010, la ENDS 2010 y de un cuestionario de caracterización de alimentación elaborado por la universidad de Pamplona. (Anexo 1y 2).

Para el registro de las medidas antropométricas se diseñó un instrumento. (anexo 3)

Se realizó una prueba piloto con 10 padres de familia de las comunidades indígenas y como resultado de esta se realizaron los ajustes necesarios.

Procedimiento

- Capacitación de las dos enfermeras auxiliares encargadas de la valoración de los niños (as) y de las auxiliares encargadas de la aplicación de los cuestionarios.
- Se realizó la presentación de la investigación y concertación para su realización con los líderes del resguardo indígena y con las directivas de la Red Unidos del Putumayo.
- Se explicó los objetivos del proyecto a los padres y cuidadores de los niños y solicitud formal del consentimiento informado.
- Se tomaron las medidas antropométricas a los niños seleccionados.
- Se aplicaron los cuestionarios a los padres o responsables de los niños valorados.

La técnica utilizada para la toma de las medidas antropométricas se describe a continuación:

Toma de peso

- ✓ Se utilizó una balanza digital con capacidad de 150 kg y pesa bebés para los niños menores de 2 años.
- ✓ Se calibró la balanza a cero.
- ✓ La medida se tomó con la mínima cantidad de ropa.
- ✓ El niño se mantiene quieto en el centro de la plataforma, mirando al frente, brazos abajo, asegurándose de que no se apoyara en ningún lugar.
- ✓ El dato se registró inmediatamente en el instrumento correspondiente.

Toma de longitud-talla

- ✓ Para los niños menores de 2 años (LONGITUD)

- ✓ Antes de iniciar se le explicó a la madre y/o responsable que se va a tomar la talla del niño y que requiere de su colaboración para que el niño se sienta tranquilo.
- ✓ Se utilizó el estadiómetro.
- ✓ Se verificó que el niño estuviese sin zapatos y que en la cabeza no tenga objetos que alteren la medida.
- ✓ Se colocó al niño decúbito supino (boca arriba) y con ayuda de la madre y/o del agente educativo comunitario tomaron la cabeza del niño con ambas manos, colocándolas a cada lado de la misma sin ejercer mucha presión se mantiene la cara del niño recta.
- ✓ Se verificó que los hombros, espalda, glúteos y talones del niño estén en contacto con el estadiómetro.
- ✓ Se tomó las rodillas del niño con la mano izquierda, estirándolas con movimiento suave pero firme lo más rápido posible y con ayuda de una escuadra formando un ángulo de 90° entre los pies del niño y la mesa.
- ✓ El dato se registró inmediatamente en el instrumento correspondiente.

Para los niños mayores de 2 años

- ✓ Se utilizó un Tallímetro o estadiómetro
- ✓ La medida se tomó con el niño de pie, sin zapatos, sin adornos en la cabeza que puedan obstruir la toma, sobre la superficie del suelo, controlando que sus talones, glúteos, espalda y plano posterior de la cabeza estuviesen apoyados con la cinta métrica y verificando que los talones estuvieran juntos.
- ✓ El niño debió mirar al frente y trazando una línea imaginaria del plano de Frankfort; y con ayuda de una escuadra la cual debe formar un ángulo de 90° con la parte posterior de la cinta.
- ✓ El dato se registró inmediatamente en instrumento correspondiente.

Las auxiliares encargadas de aplicar el cuestionario estarán acompañadas de una persona que conoce el dialecto que se habla en el resguardo indígena.

6.4 PLAN DE ANÁLISIS

La información se digitó en el programa estadístico SPSS Versión 21 previo diseño de la base de datos. Se utilizó además el STATHGRAFHICS. Con licencia de la Universidad Autónoma de Manizales

Los momentos durante el análisis fueron:

1. Análisis descriptivo de los determinantes en cada uno de los grupos, es decir la muestra de indígenas y la muestra de Red Unidos utilizando proporciones. Este análisis se presentó en gráficos y tablas.
2. Análisis del estado nutricional según los indicadores antropométricos de la muestra de indígenas y la muestra de Red Unidos y según el sexo utilizando proporciones.
3. Comparación del estado nutricional del grupo de indígenas y el grupo de Red Unidos Análisis a través de análisis bivariado considerando como la variable dependiente el estado nutricional. Se utilizó la prueba ji cuadrado.
4. Análisis bivariado entre la variable dependiente (estado nutricional) y las variables independientes (determinantes sexo, ingreso, seguridad alimentaria, nivel educativo de la madre y del padre) considerando las dos muestras indígenas y red unidos juntas. En este análisis se determinó la relación entre variables así:
 - Estado nutricional y variables cuantitativas a través del coeficiente de correlación de Person o Spermán según la distribución normal o no de las variables.
 - Estado nutricional y variables cualitativas a través de la prueba ji cuadrado X^2
5. Análisis de conglomerados para identificar grupos con características similares utilizando en programa STATGRAPHICS.

6.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se acogió a lo descrito en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (49) así:

Artículo 6

Numeral e: Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. Para la investigación se contó con el formato del

consentimiento informado firmado por la madre o acudiente del menos de 5 años que fue valorado). (anexo 4)

Numeral g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; El Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución. Para la investigación se contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Autónoma de Manizales, según Acta No.

Artículo 11.

Numeral c. Investigación de riesgo mínimo. Esta investigación se clasificó como riesgo mínimo, dado que se tomara a los niños las medidas antropométricas.

Artículo 18. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de Consentimiento Informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución. Para la investigación se contó con la autorización y el apoyo de los jefes de los resguardos involucrados.

Artículo 28. Las investigaciones clasificadas como de riesgo y sin beneficio directo al menor o al discapacitado, serán admisibles de acuerdo con las siguientes consideraciones:

Parágrafo primero. Cuando el riesgo sea mínimo.

a. La intervención o procedimiento deberá representar para el menor o el discapacitado una experiencia razonable y comparable con aquellas inherentes a su actual situación médica, psicológica, social o educacional. En esta investigación la toma de medidas antropométricas no representa una experiencia desagradable para el niño, las personas encargadas de esta actividad están preparadas para hacerlo en forma rápida y cómoda.

b. La intervención o procedimiento deberá tener alta probabilidad de obtener resultados positivos o conocimientos generalizables sobre la condición o enfermedad del menor o del discapacitado que sean de gran importancia para comprender el trastorno o para lograr su mejoría en otros sujetos. El conocimiento que se obtenga con la investigación será de utilidad para la formulación de

políticas, planes y proyectos dirigidos a procurar la mejoría del estado nutricional de los niños indígenas.

7. RESULTADOS

Esta investigación tuvo como objetivo establecer el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad indígena Inga del Resguardo de Yunguillo y de la población Red Unidos del municipio de Mocoa y su relación con los determinantes intermedios.

Los resultados se presentan en tres partes: en la primera se presenta la caracterización de los niños del Resguardo de Yuguillo de acuerdo con el estado nutricional y los determinantes, en la segunda la caracterización de los niños de Red Unidos de acuerdo con el estado nutricional y los determinantes y finalmente se presenta una comparación de ambos grupos.

7.1 Resguardo de Yunguillo.

El total de niños evaluados en el resguardo de Yunguillo fueron 117. Según los datos del censo el total de niños de esta edad corresponde a 150 pero algunos niños no fue posible evaluarlos porque sus padres no firmaron el consentimiento informado y otros no fue posible ubicarlos.

Los indígenas de este resguardo están ubicados en cuatro comunidades o veredas: Osocochoa, Tandarido, San Carlos y Yuguillo, por esta razón se mostrara la caracterización de los niños de cada uno de los resguardos.

7.1.1 Determinantes

Características socio demográficas

Los niños evaluados en una mayor proporción están en el grupo de 2 a 5 años de edad. La edad promedio es de 31 meses para los niños de los resguardos de Tandarido y San Carlos, de 30 meses para San Carlos y de 25 meses para Yuguillo, el menor de los niños tiene 1 mes y el mayor 57 meses. (Grafico N.1)

La distribución por sexo mostró un mayor porcentaje de mujeres en Osocochoa y Tandarido (Grafico N.2). Todos los niños están afiliados al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Grafico No 1 Distribución porcentual por grupo etáreo de los niños por resguardo.

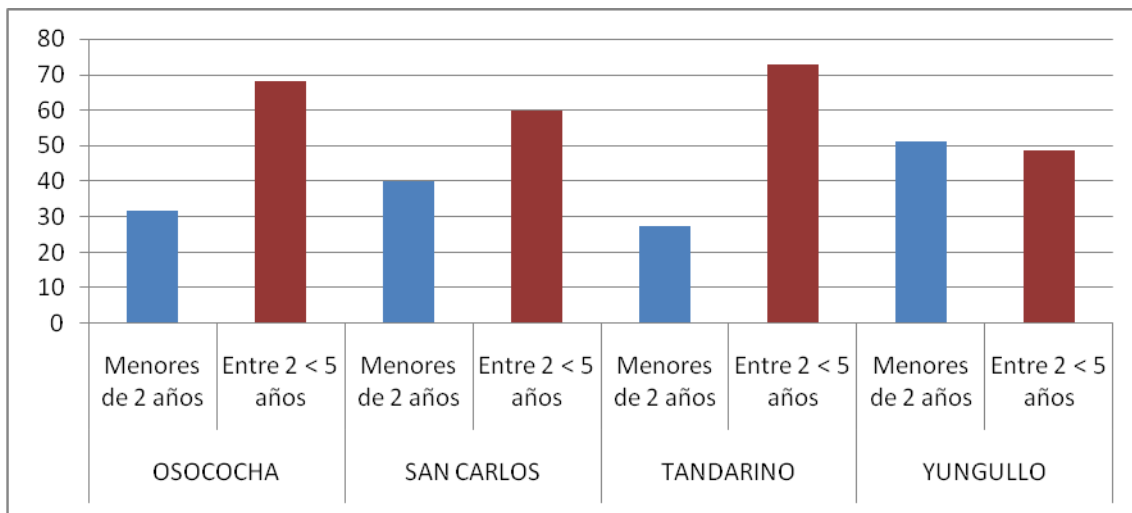
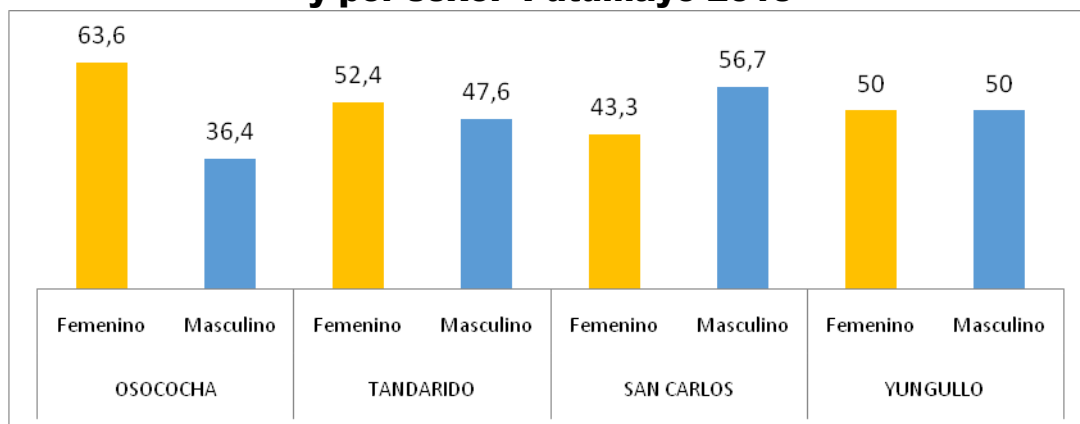


Grafico No 2 Distribución de los niños de 0 a 5 años por comunidad y por sexo. Putumayo 2013



En relación con las características familiares se identificó que la mayoría de los niños conviven en familias nucleares (Gráfico N3). Los padres en una mayor proporción están en unión libre, excepto en Tandarido donde el 42,9% es casado. (Tabla N1)

La mayor proporción tanto del padre como de la madre ha cursado la primaria incompleta o completa. Llama la atención que en la comunidad de Yungullo y San

Carlos hay una madre con estudios técnicos y universitarios respectivamente. (Tabla N2).

Grafico No 3 Distribución de los niños de 0 a 5 años por Tipo de familia. Putumayo 2013

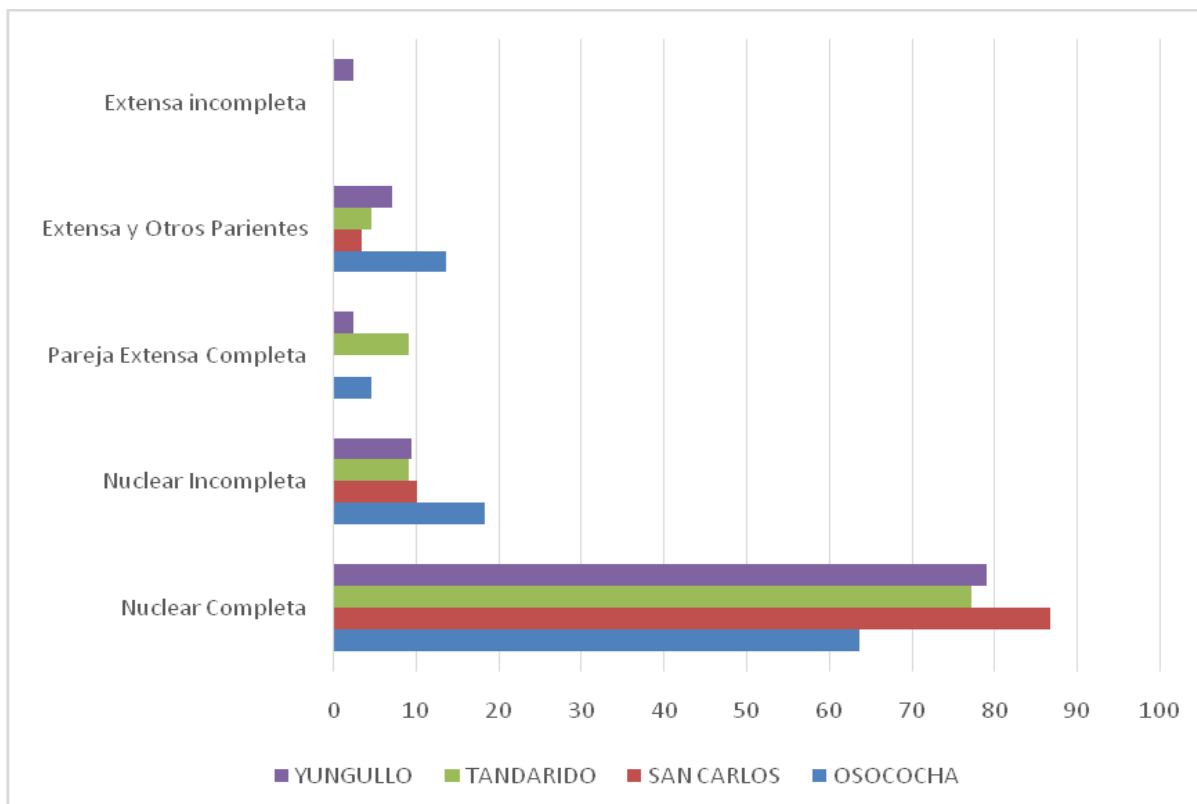


Tabla No 1 Distribución de los padres de los niños de cada comunidad según estado civil de los padres. Putumayo 2013

Comunidad	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
OSOCOCHA	Casado	8	36,4
	Unión libre	13	59,1
	Soltero	1	4,5
	Total	22	100
TANDARIDO	Casado	9	42,9
	Unión libre	8	38,1
	Soltero	1	4,8
	Sin información	3	14,3
	Total	21	100

SAN CARLOS	Casado	11	36,7
	Unión libre	15	50
	Soltero	1	3,3
	No aplica	1	3,3
	Sin información	2	6,7
	Total	30	100
YUNGULLO	Casado	12	27,3
	Viudo	1	2,3
	Unión libre	23	52,3
	Soltero	2	4,5
	No aplica	4	9,1

Tabla No 2 Distribución del padre y la madre de cada comunidad según el nivel educativo. Putumayo 2013

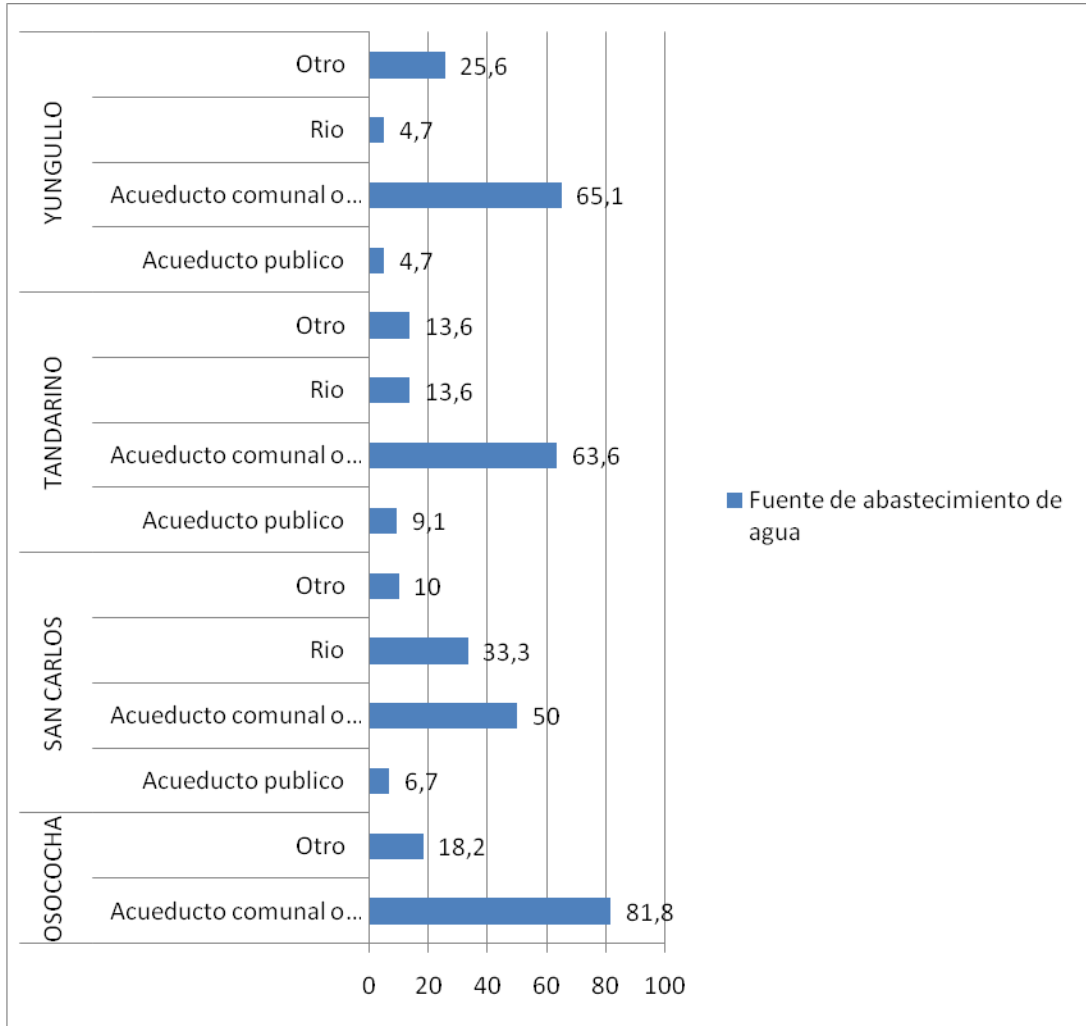
Dirección residencia	Nivel educativo	madre		padre	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
OSOCOCHA	Primaria	8	36,4	7	31,8
	Primaria incompleta	10	45,5	10	45,5
	Secundaria	2	9,1	3	13,6
	Secundaria incompleta	1	4,5	1	4,5
	Ninguno	1	4,5	0	0,0
	Sin información	0	0,0	1	4,5
	Total	22	100	22	100
TANDARIDO	Primaria	15	71,4	17	81
	Primaria incompleta	2	9,5	1	4,8
	Secundaria	1	4,8	1	4,8
	Secundaria incompleta	3	14,3	0	0,0
	Sin información	0	0,0	2	9,5
	Total	21	100	21	100
VDA SAN CARLOS	Primaria	18	60	23	76,7
	Primaria incompleta	4	13,3	0	0,0

	Secundaria	3	10	2	6,7
	Secundaria incompleta	1	3,3	0	0,0
	Técnico	0	0,0	1	3,3
	Universitario	1	3,3	0	0,0
	Sin información	3	10	4	13,3
	Total	30	100	30	100
YUNGULLO	Primaria	10	22,7	18	40,9
	Primaria incompleta	6	13,6	8	18,2
	Secundaria	13	29,5	7	15,9
	Secundaria incompleta	11	25	2	4,5
	Tecnológico	1	2,3	0	0,0
	Sin información	3	6,8	9	20,5
	Total	44	100	44	100

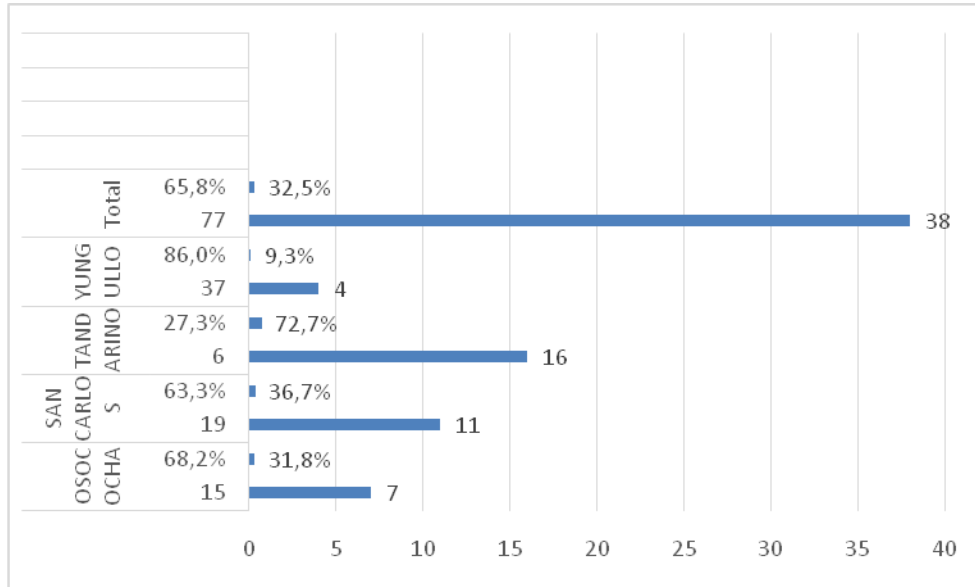
7.1.2 Saneamiento básico

Se identificó que el acceso a servicios públicos es muy limitado. El abastecimiento de agua a través del acueducto público lo tiene una proporción inferior al 10% en las cuatro comunidades, la mayoría se abastece de acueductos comunales o veredales. En San Carlos ninguno cuenta con servicio sanitario y en Tandarido el 90,5%. En Yuguillo el 9,3% refiere que las basuras las recoge el servicio de aseo, la mayoría en todas las comunidades tira la basura a un lote o zanja. (Graficas 4, 5,6)

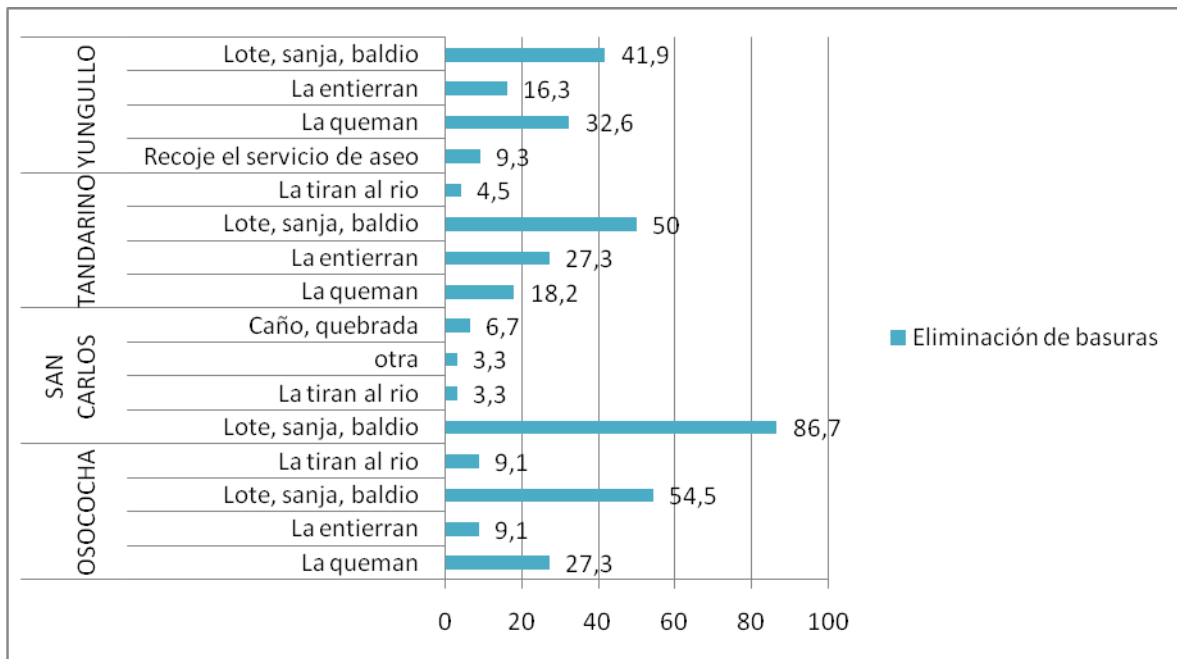
Grafica No 4. Distribución porcentual de abastecimiento de agua en cada comunidad indígena. Putumayo 2013



Grafica No 5. Distribución porcentual de servicio sanitario que utilizan las comunidades indígenas.



Grafica No 6. Distribución porcentual según método de eliminación de basura en el hogar de las comunidades indígenas.



7.1.3 Características de la vivienda

En todas las comunidades las casas tienen en promedio 3 cuartos, la casa más grande tiene 9 cuartos y pertenece a la comunidad de Yuguillo, la más pequeña tiene un solo cuarto y está ubicada en San Carlos.

La mayoría de las casas tiene el techo en zinc, los pisos y las paredes en madera; en Yuguillo hay dos casas que tienen el techo en paja. (Tabla N3)

Tabla No 3 Distribución en cada comunidad según el material de los techos de la vivienda. Putumayo 2013

comunidad	Techo	Frecuencia	Porcentaje
OSOCOCHA	Zinc	20	90,9
	Eternit	2	9,1
	Total	22	100
SAN CARLOS	Zinc	30	100
TANDARINO	Zinc	19	86,4
	Eternit	3	13,6
	Total	22	100
YUNGULLO	Cemento con cielo raso	1	2,3
	Zinc	33	76,7
	Eternit	7	16,3
	Paja o palma	2	4,7
	Total	43	100
Piso			
OSOCOCHA	Madera burda, tabla o tablón	21	95,5
	Cemento	1	4,5
	Total	22	100
SAN CARLOS	Madera burda, tabla o tablón	28	93,3
	Tierra o arena	2	6,7
	Total	30	100
TANDARINO	Madera burda, tabla o tablón	15	68,2
	Cemento	4	18,2
	Tierra o arena	2	9,1
	Otra	1	4,5
	Total	22	100

YUNGULLO	Madera burda, tabla o tablón	31	72,1
	Cemento	9	20,9
	Frisado	1	2,3
	Tierra o arena	1	2,3
	Sin información	1	2,3
	Total	43	100
	Paredes		
OSOCOCHA	Madera burda, tabla o tablón	21	95,5
	Bloque	1	4,5
	Total	22	100
SAN CARLOS	Madera burda, tabla o tablón	28	93,3
	Zinc	2	6,7
	Total	30	100
TANDARINO	Madera burda, tabla o tablón	14	63,6
	Bloque	3	13,6
	Guadua	3	13,6
	Sin información	2	9,1
	Total	22	100
YUNGULLO	Madera burda, tabla o tablón	30	69,8
	Bloque	10	23,3
	Sin información	3	7
	Total	43	100

Todos los padres o acudientes afirman que tienen un cuarto que utilizan para cocinar. Para la mayoría este cuarto es de uso exclusivo de las personas del hogar, Yuguillo (76,7%), Tandarido (77,3%), San Carlos (93,3%), Osocochoa (86,4%) el porcentaje restante los comparte con otras personas. El combustible predominante para cocinar es la leña en Osocochoa un 90,9%, San Carlos un 90 %, Yuguillo un 79,1% y Tandarido en un 100%.

7.1.4 Actividad laboral y nivel de ingresos

La mayoría de las madres son amas de casa y los padres se dedican a la agricultura. Más del 90% en las cuatro comunidades perciben ingresos inferiores a un salario mínimo. Los padres de los niños de las comunidades de Osocochoa y

Yuguillo son los que reciben promedios más altos de ingresos, el padre que más ingresos recibe es \$ 1.080.000. (Tablas 4 y 5).

Tabla No 4 Distribución en cada comunidad según la actividad laboral de la madre y el padre. Putumayo 2013

Actividad laboral	OSOCOCHA	SAN CARLOS	TANDARINO	YUNGULLO	Total
Madre					
Agricultura	2	2	3	1	8
	9,1%	6,7%	13,6%	2,3%	6,8%
Ama de casa	17	26	18	35	96
	77,3%	86,7%	81,8%	81,4%	82,1%
Independiente	0	1	0	0	1
	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	,9%
Sin información	3	1	1	7	12
	13,6%	3,3%	4,5%	16,3%	10,3%
Total	22	30	22	43	117
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Padre					
Agricultura	21	27	20	34	102
	95,5%	90,0%	90,9%	79,1%	87,2%
Informal	0	0	1	0	1
	0,0%	0,0%	4,5%	0,0%	,9%
Independiente	0	1	0	0	1
	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	,9%
Sin información	1	2	1	9	13
	4,5%	6,7%	4,5%	20,9%	11,1%
Total	22	30	22	43	117
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla No 5. Ingresos mensuales de las familias en cada una de las comunidades. Putumayo 2013

Resguardo		Frecuencia	Porcentaje
OSOCOCHA	Menos de 1 SMLV	20	90,9
	Más de 2 SMLV	1	4,5
	Un SMLV	1	4,5
	Total	22	100
TANDARIDO	Menos de 1 SMLV	21	100
VDA SAN CARLOS	Menos de 1 SMLV	30	100
YUNGULLO	Menos de 1 SMLV	42	95,5
	Un SMLV	1	2,3
	Entre 1 y 2 SMLV	1	2,3
	Total	44	100

Los padres o acudientes refieren en su mayoría que los ingresos en una mayor proporción se destinan para la alimentación. La diferencia se presenta en San Carlos donde la proporción corresponde al 56,7%. (Grafico N7 y Tabla N6))

Grafico No 7. Distribución porcentual según los aspecto que representan el mayor gasto en dinero en el Hogar Putumayo 2013

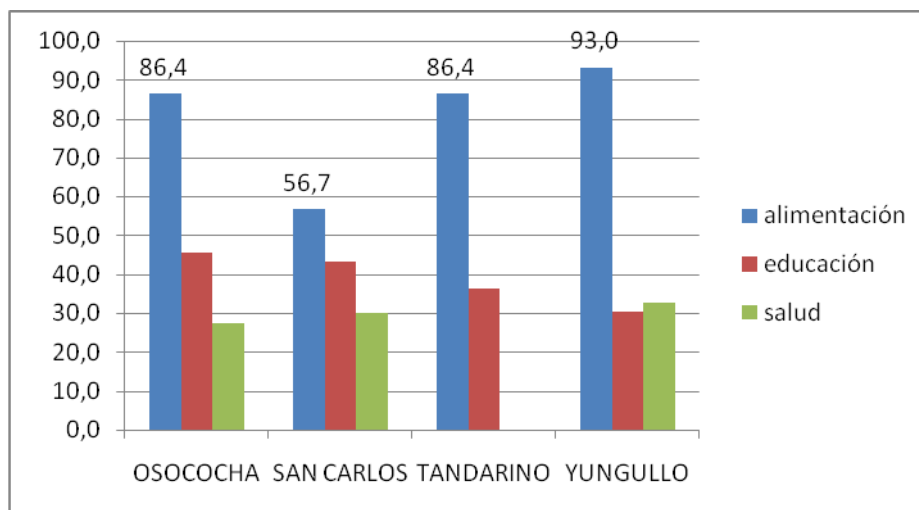


Tabla No 6. Promedio de gasto en alimentos de las familias en cada una de las comunidades. Putumayo 2013

Gasto en alimentos	Media	Mínimo	Máximo
OSOCOCHA	170909,09	60000	300000
TANDARIDO	74285,71	50000	180000
VDA SAN CARLOS	98333,33	50000	200000
YUNGULLO	128681,82	12000	400000

Tabla No 7. Personas que comen en la misma olla en cada una de las comunidades. Putumayo 2013

personas que comen en la misma olla	media	Mínimo	máximo
OSOCOCHA	6,50	3	10
SAN CARLOS	5,80	2	10
TANDARINO	5,64	2	10
YUNGULLO	4,72	1	9

En relación con la respuesta a la pregunta ¿Cuántas personas comen de la misma olla? Se identificó una media que oscila entre 5 y 6 personas que comen en la misma olla, en Yuguillo es la comunidad donde este promedio es el inferior 1 y llega a un máximo de personas de 10. (Tabla N7).

7.1.5 Disponibilidad de alimentos

Se indagó sobre si producen algún tipo de alimento en el hogar a lo cual respondieron afirmativamente así: el 86,4% en Osocochoa, el 100% en San Carlos, el 95,5% en Tandarido y el 97,7% en Yuguinllo; los alimentos que producen son los típicos de la región como el banano, yuca, maíz, plátano, chiro y productos de la chagra. La mayor proporción los utiliza para el consumo, en Tandarido y Yunguillo el 13,6% y el 4,7% y en Tandarido el 4,5% los venden.

Al evaluar la existencia de centros de ventas de alimentos en el sector donde viven en Osocochoa responden que si en un 100% lo mismo manifiestan en

Yunguillo en un 88,4% en Tandarido en un 72,7% y San Carlos un 67% con un 33,3% de encuestados responden que no.

El 89 % de los entrevistados expresan que el sitio frecuente donde encuentran los alimentos para el hogar es en la tienda de las 4 veredas. Un porcentaje superior al 50% en todas las veredas refiere que no encontrar los alimentos que acostumbra consumir en los sitios de venta. En la tabla 8 se muestran los alimentos que encuentran en los centros de venta.

Tabla No 8. Alimentos frecuentes en el centro de ventas. Putumayo 2013

Frutas	frecuencia	Porcentaje
Guayaba	51	44%
Limón	51	44%
Papaya	48	41%
Naranja	44	38%
Piña	41	35%
Tomate de árbol	18	15%
Mora	4	3%
Proteínas	frecuencia	Porcentaje
Lentejas	108	92%
Carne de res	106	91%
Pollo	100	85%
Frijol	99	85%
Huevo	98	84%
Atún	94	80%
Garbanzo	18	15%
Lácteos	frecuencia	Porcentaje
Leche	85	73%
Queso	60	51%
Yogurt	15	13%
Panela	115	98%
Azúcar	101	86%
Cereales	frecuencia	Porcentaje
Arroz	116	99%
Pasta	114	97%

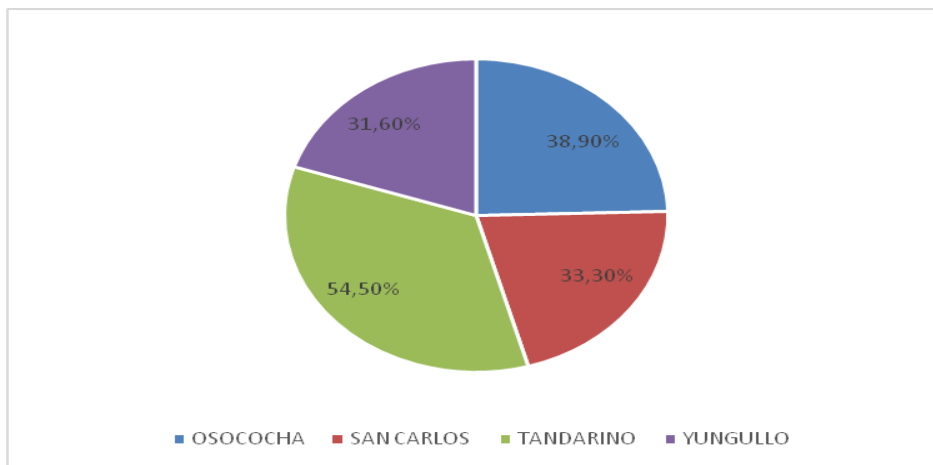
Papa	62	53%
Plátano	58	50%
Yuca	56	48%
Avena	55	47%
Hortalizas	frecuencia	Porcentaje
Cebolla	102	87%
Tomate	96	82%
Zanahoria	59	50%
Repollo	47	40%
Frijol fresco	26	22%
Ahuyama	25	21%
Pepino	23	20%
Alverja fresca	22	19%
Habichuela	15	13%
Brócoli	4	3%
Grasas	frecuencia	Porcentaje
Aceite	106	91%
Aguacate	64	55%
Mantequilla	14	12%
Mayonesa	12	10%

Se aplicó recordatorio el cuestionario de frecuencia de consumo “Recordatorio 24 horas” utilizado en la ENSIN -2010. Se identificó que la mayor proporción de personas reconoce haber consumido el día anterior chocolate y el agua de panela en un 86 %, los tubérculos, los plátanos un 81% y el huevo un 72 %. El 31 % refiere haber consumido carnes rojas y porcentajes inferiores verduras, leche en polvo y derivados de la leche.

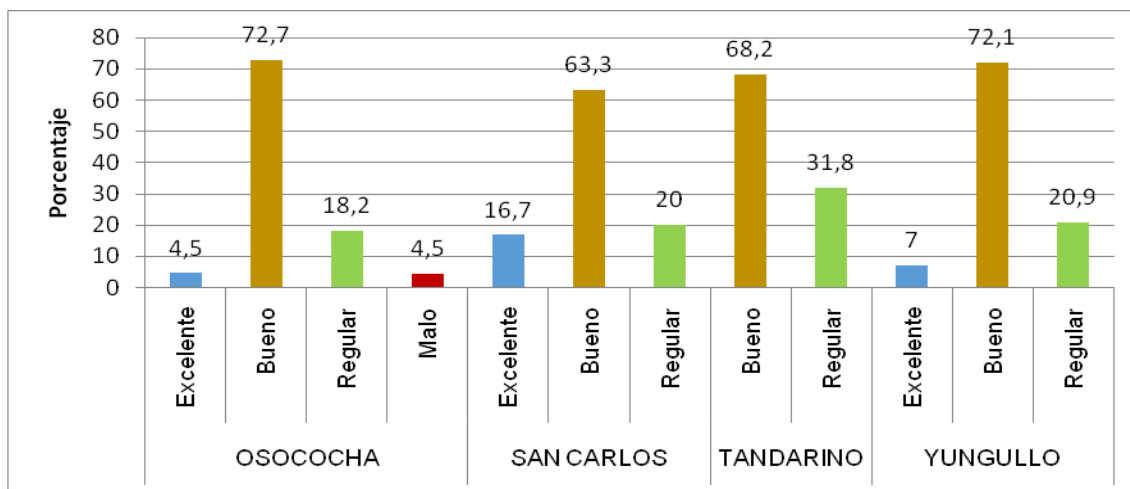
7.1.6 Conocimientos sobre nutrición.

En la vereda de Tandarido una mayor proporción de personas refiere haber recibido educación en temas de nutrición 54,5% en las demás la proporción es inferior al 40%. (Grafico 8)

Grafico No 8. Distribución Porcentual de educación en temas de nutrición. Putumayo 2013



Grafica No 9. Distribución porcentual de como los padres y/o cuidador consideran el estado nutricional del niño. Putumayo 2013



De acuerdo a la pregunta como consideran el estado nutricional de los niños los padres y/o cuidadores la consideran en un alto porcentaje como bueno en las 4 comunidades.

7.1.7 Atención a problemas de salud

Al preguntar si atendió problemas de salud en los últimos 30 días, 22 cuidadores responden afirmativamente, 5 en Yuguillo, 3 en San Carlos, 4 en Tandarido y 10

en Yuguillo, en este último 1 además dice tener problemas odontológicos. Los problemas que relatan son gripa, fiebre, diarrea y vomito

Los cuidadores han dejado de asistir al trabajar, estudio o realizar las labores cotidianas por el problema de salud del hijo hasta 8 días en Osococho, hasta 15 días en San Carlos, 1 día en Tandarido y entre 2 y 15 días en Yuguillo. Para atender el problema de salud en Osococho usaron remedios caseros y medicina tradicional, en San Carlos uno asistió al médico, otro utilizo medicina tradicional y otro remedios caseros, en Tandarido médico y medicina tradicional y en Yuguillo médico, odontólogo, enfermera, medicina tradicional, y remedios caseros.

Tabla No 10. Distribución porcentual de los cuidadores según la de Escala percepción de seguridad alimentaria. Putumayo 2013

Vereda	Clasificación de seguridad alimentaria			Total
	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria leve	Inseguridad alimentaria moderada	
OSOCOCHA	15	7	0	22
	68,2%	31,8%	0,0%	100,0%
SAN CARLOS	19	11	0	30
	63,3%	36,7%	0,0%	100,0%
TANDARINO	6	16	0	22
	27,3%	72,7%	0,0%	100,0%
YUNGULLO	37	4	2	43
	86,0%	9,3%	4,7%	100,0%
Total	77	38	2	117
	65,8%	32,5%	1,7%	100,0%

Según la escala de seguridad alimentaria, en Osococho y San Carlos 6 de cada 10 cuidadores se consideran en seguridad alimentaria y el resto en inseguridad alimentaria leve. En Tandarido esta proporción prácticamente se invierte, 7 de cada 10 se consideran en inseguridad alimentaria leve. En Yuguillo una proporción mayor se considera en seguridad alimentaria pero aparecen 2 cuidadores que se clasifican en inseguridad alimentaria moderada. (Tabla 10)

7.1.8 Valoración del estado nutricional por indicadores antropométricos.

En la tabla No 11 se identifica la situación nutricional del resguardo de Yunguillo. Para el indicador peso para la talla se encuentra que el 3,4% de la población presenta desnutrición aguda., para el indicador talla para edad que el 43.6% presenta destrucción crónica.. En el indicador peso para la edad el 23,1% presento desnutrición global, en lo relacionado con exceso de peso el 12,8% presento Obesidad y sobrepeso 27,4%.

Tabla No 11 Distribución de los niños(as) del resguardo de yunguillo según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013

Indicador	Clasificación nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso para la talla	desnutrición aguda	2	1,7
	Obesidad	8	6,8
	peso adecuado para la talla	66	56,4
	Desnutrición aguda severa /peso muy bajo para la talla	2	1,7
	riesgo de peso bajo para la talla	8	6,8
	Sobrepeso	31	26,5
	Total	117	100,0
Talla para la edad	retraso en talla	51	43,6
	riesgo de talla baja para la edad	35	29,9
	sin denominación	11	9,4
	talla adecuada para la edad	20	17,1
	Total	117	100,0
IMC	Obesidad	15	12,8

	Sin denominación	70	59,8
	Sobrepeso	32	27,4
	Total	117	100,0
Peso para la edad	Desnutrición global	27	23,1
	Peso adecuado para la edad	27	23,1
	Riesgo de peso bajo para la edad	5	4,3
	Sin denominación	58	49,6
	Total	117	100,0

En la vereda de Osococha la valoración del estado nutricional muestra que según el indicador peso para la talla, el 4,5% presenta Obesidad y el 4,5 % desnutrición Aguda. En el indicador talla para la edad el 54,5%, presenta retraso en talla o desnutrición crónica; en el indicador peso para la edad el 31,8% presenta desnutrición global (Tabla 12)

Tabla No 12. Distribución de los niños de la vereda Osococha según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013

Indicador nutricional	clasificación nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso para la talla	desnutrición aguda	1	4,5
	obesidad	1	4,5
	peso adecuado para la talla	10	45,5
	riesgo de peso bajo para la talla	2	9,1
	sobrepeso	8	36,4
	Total	22	100
Talla para la edad	retraso en talla	12	54,5
	riesgo de talla baja para la edad	3	13,6
	sin denominación	2	9,1
	talla adecuada para la edad	5	22,7

	Total	22	100
IMC	Obesidad	3	13,6
	Sin denominación	11	50
	Sobrepeso	8	36,4
	Total	22	100
Peso para la edad	Desnutrición global	7	31,8
	Peso adecuado para la edad	4	18,2
	Sin denominación	11	50
	Total	22	100

En la vereda de San Carlos la valoración del estado nutricional de los niños muestra que según el indicador peso para la talla el 16,7% presentan sobrepeso y 6,7% obesidad los demás están en normalidad; según el indicador peso para la edad; 23.3% niños presentan desnutrición global; según el indicador talla para la edad 40% niños presentan desnutrición crónica y 20% son normales (Tabla 13)

Tabla No 13. Distribución de los niños de la vereda San Carlos según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013

Indicador nutricional	clasificación nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso para la talla	Obesidad	2	6,7
	peso adecuado para la talla	23	76,7
	Sobrepeso	5	16,7
	Total	30	100,0
Talla para la edad	retraso en talla	12	40,0
	riesgo de talla baja para la edad	11	36,7
	sin denominación	1	3,3
	talla adecuada para la edad	6	20,0
	Total	30	100,0
IMC	Obesidad	3	10,0
	Sin denominación	19	63,3
	Sobrepeso	8	26,7
	Total	30	100,0
Peso para la edad	Desnutrición global	7	23,3
	Peso adecuado para la edad	8	26,7

	Riesgo de peso bajo para la edad	3	10,0
	Sin denominación	12	40,0
	Total	30	100,0

En la vereda de Tandarido se la valoración del estado nutricional de los niños(as), muestra que el indicador peso para la talla, el 4,5% presenta desnutrición Aguda, obesidad el 13,5% y el 3,8 en sobrepeso. Para el Indicador peso talla para la edad, se encontró que el 45.5% con retraso en talla y para el indicador peso para la edad, se encontró que el 9,1% esta en desnutrición global. (Tabla 14)

Tabla No 14. Distribución de los niños de la vereda Tandarido según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013

Indicador nutricional	clasificación nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso para la talla	desnutrición aguda	1	4,5
	obesidad	3	13,6
	peso adecuado para la talla	10	45,5
	riesgo de peso bajo para la talla	1	4,5
	sobrepeso	7	31,8
	Total	22	100,0
Talla para la edad	retraso en talla	10	45,5
	riesgo de talla baja para la edad	6	27,3
	sin denominación	1	4,5
	talla adecuada para la edad	5	22,7
	Total	22	100,0
IMC	Obesidad	5	22,7
	Sin denominación	12	54,5
	Sobrepeso	5	22,7
	Total	22	100,0
Peso para la edad	Desnutrición global	2	9,1
	Peso adecuado para la edad	4	18,2
	Riesgo de peso bajo para la edad	1	4,5
	Sin denominación	15	68,2
	Total	22	100,0

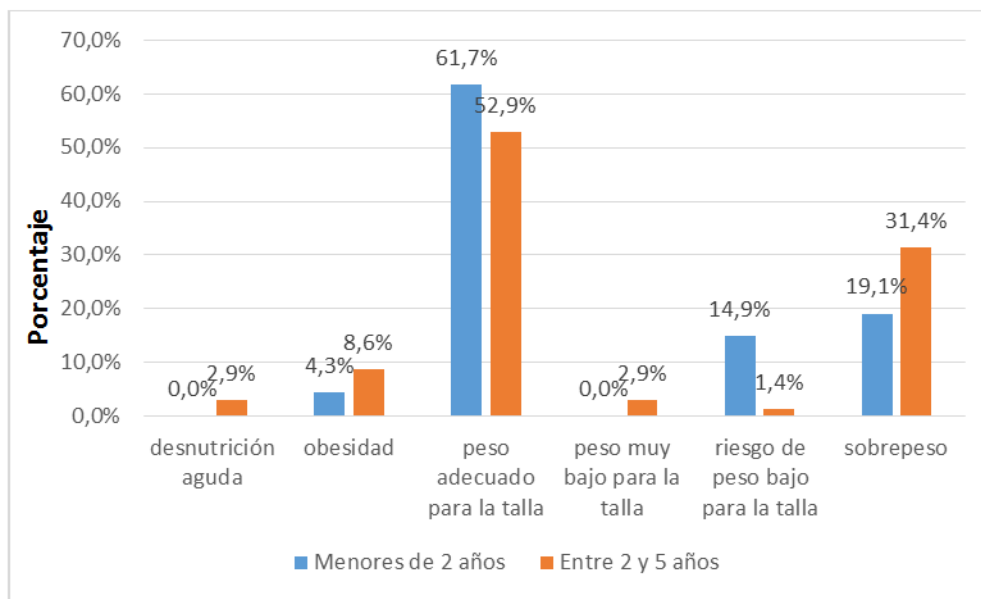
En la vereda de Yunguillo la valoración del estado nutricional se los niños(as) muestra que según el indicador peso para la talla 4,7% presenta obesidad y el 25,5% sobrepeso. Para el indicador talla para la edad el 39,5% presentan retraso en talla y para el indicador peso para la edad el 25,6% presenta desnutrición global y el 25,6% se encuentra en peso adecuado para la edad.(Tabla 15)

Tabla No 15. Distribución de los niños de la vereda Yuguillo según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013

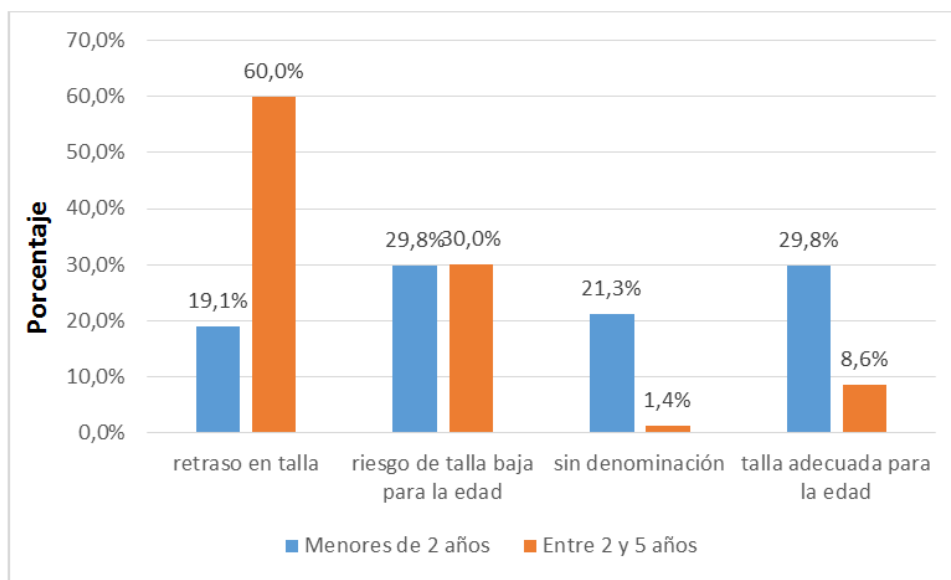
Indicador nutricional	clasificación nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso para la talla	Obesidad	2	4,7
	peso adecuado para la talla	23	53,5
	peso muy bajo para la talla	2	4,7
	riesgo de peso bajo para la talla	5	11,6
	Sobrepeso	11	25,6
	Total	43	100,0
Talla para la edad	retraso en talla	17	39,5
	riesgo de talla baja para la edad	15	34,9
	sin denominación	7	16,3
	talla adecuada para la edad	4	9,3
	Total	43	100,0
IMC	Obesidad	4	9,3
	Sin denominación	28	65,1
	Sobrepeso	11	25,6
	Total	43	100,0
Peso para la edad	Desnutrición global	11	25,6
	Peso adecuado para la edad	11	25,6
	Riesgo de peso bajo para la edad	1	2,3
	Sin denominación	20	46,5
	Total	43	100,0

En las gráficas 11, 12,13, 14 Y 15 se presenta el resultado en valores absolutos de la valoración nutricional y los indicadores antropométricos para toda la población de los niños indígenas según el grupo de edad.

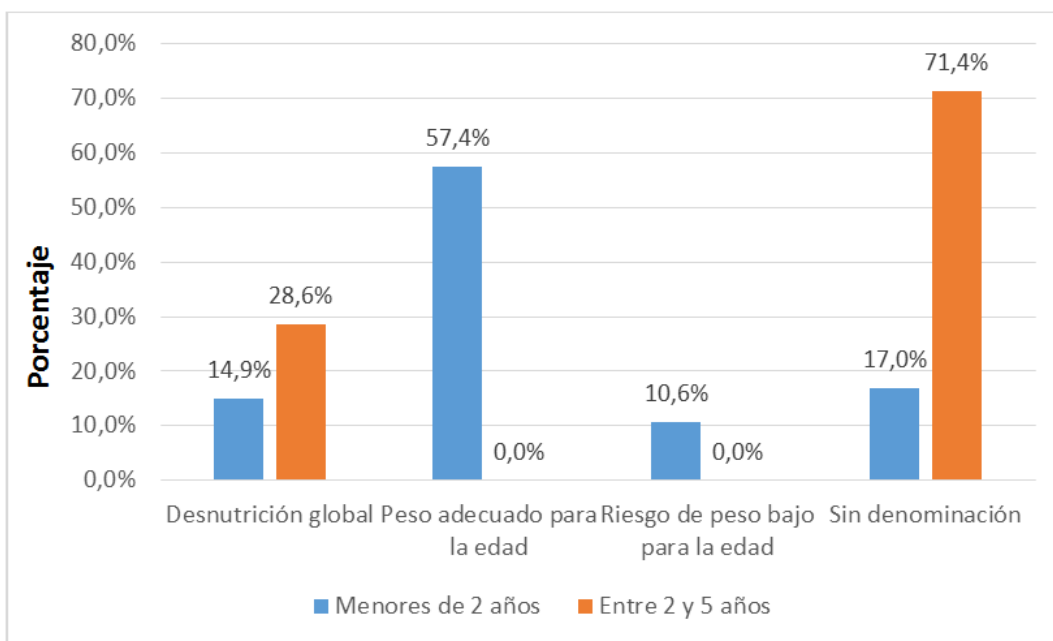
Grafica No 10. Distribución de los niños por edad según la valoración nutricional peso para la talla. Putumayo 2013



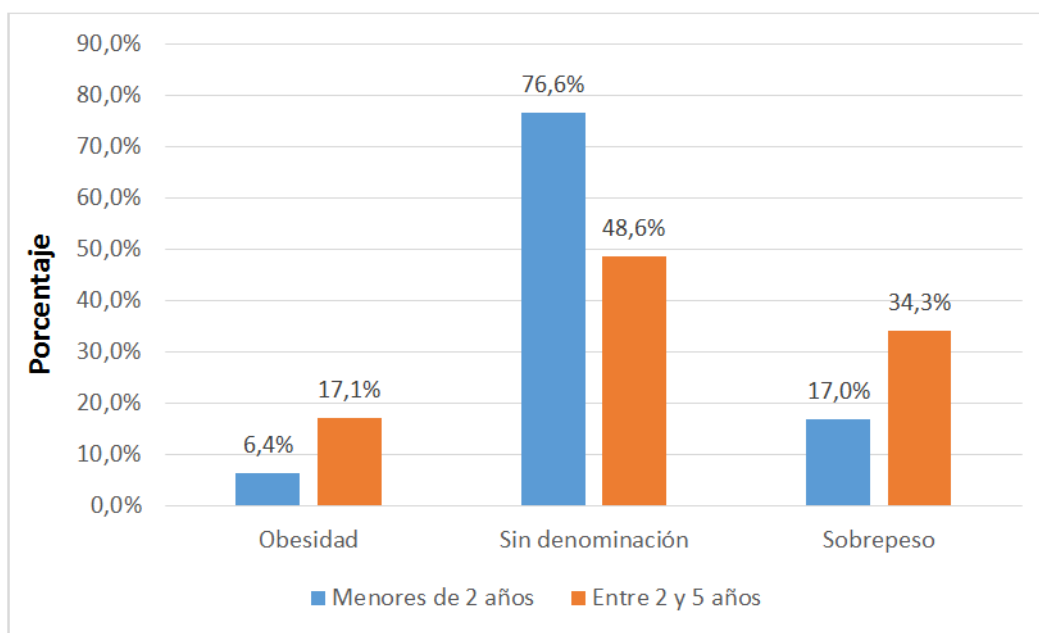
Grafica No 11. Distribución de los niños por edad según la valoración nutricional talla para la edad. Putumayo 2013



Grafica No 12. Distribución de los niños por edad según la valoración nutricional peso para la edad. Putumayo 2013



Grafica No 13. Distribución de los niños por edad según la valoración nutricional IMC. Putumayo 2013



En la tabla 15 se presenta la distribución de los niños por sexo y su estado nutricional.

Con ninguno de los indicadores se identificó relación entre el sexo y la clasificación nutricional con el uso de la prueba chi cuadrado.

Tabla No 16. Distribución de los niños por sexo según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013

Indicador nutricional	Clasificación nutricional	indicador	Sexo		Chi cuadrado
			Femenino	Masculino	
Peso para la talla					
Peso para la talla	desnutrición aguda	frecuencia	1	1	5,277 p= 0,383
		porcentaje	1,7%	1,8%	
	obesidad	frecuencia	5	3	
		porcentaje	8,3%	5,3%	
	peso adecuado para la talla	frecuencia	32	34	
		porcentaje	53,3%	59,6%	

	peso muy bajo para la talla	frecuencia	1	1	
		porcentaje	1,7%	1,8%	
	riesgo de peso bajo para la talla	frecuencia	7	1	
		porcentaje	11,7%	1,8%	
	Sobrepeso	frecuencia	14	17	
		porcentaje	23,3%	29,8%	
Talla para la edad					
Talla para la edad	retraso en talla	frecuencia	23	28	2,945 p=0,400
		porcentaje	38,3%	49,1%	
	riesgo de talla baja para la edad	frecuencia	19	16	
		porcentaje	31,7%	28,1%	
	sin denominación	frecuencia	8	3	
		porcentaje	13,3%	5,3%	
talla adecuada para la edad	frecuencia	10	10		
	porcentaje	16,7%	17,5%		
IMC					
Índice de Masa corporal	Obesidad	frecuencia	7	8	1,405 p=0,495
		porcentaje	11,7%	14,0%	
	Sin denominación	frecuencia	39	31	
		porcentaje	65,0%	54,4%	
	Sobrepeso	frecuencia	14	18	
		porcentaje	23,3%	31,6%	
Peso para la edad					
Peso para la edad	Desnutrición global	frecuencia	17	10	4,150 p=0,246
		porcentaje	28,3%	17,5%	
	Peso adecuado para la edad	frecuencia	15	12	
		porcentaje	25,0%	21,1%	
	Riesgo de peso bajo para la edad	frecuencia	1	4	
		porcentaje	1,7%	7,0%	
	Sin denominación	frecuencia	27	31	
		porcentaje	45,0%	54,4%	

7.2 Red Unidos.

Se evaluaron finalmente 124, debido a que los padres no accedieron participar en la investigación y no firmaron el consentimiento.

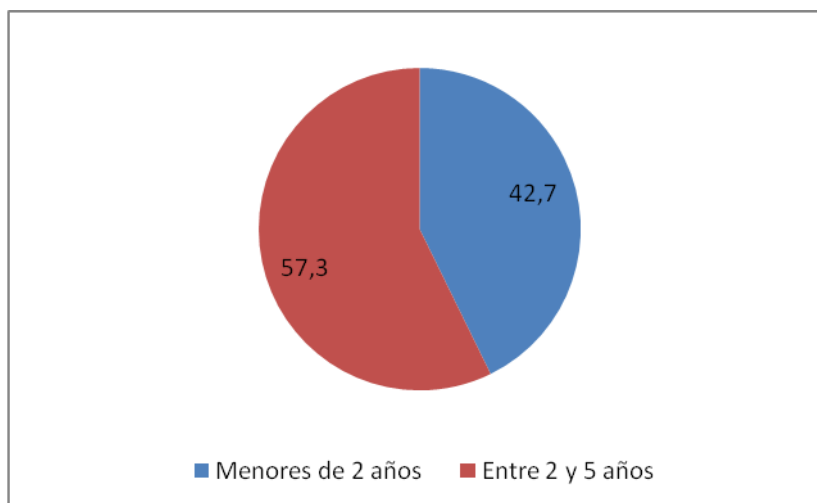
7.2.1 Determinantes

Características sociodemográficas

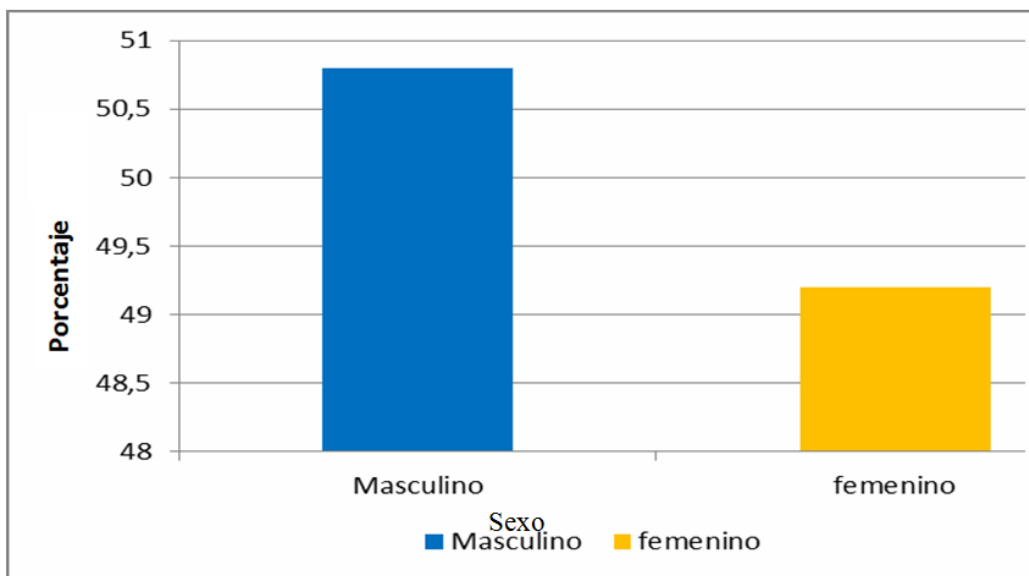
Los niños evaluados en mayor proporción están en el grupo de 2 a 5 años de edad (Grafica 14). La edad promedio es de 29,3 meses, el menor tiene un mes y el mayor 60 meses.

La distribución por sexo mostró un mayor porcentaje de niños (Grafico.15). En relación con el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud el 94,4% se encuentra afiliado al régimen subsidiado, 3,2% al régimen contributivo y el porcentaje restante al régimen especial.

Grafico No 14 Distribución porcentual por grupo etáreo de los niños de Red Unidos



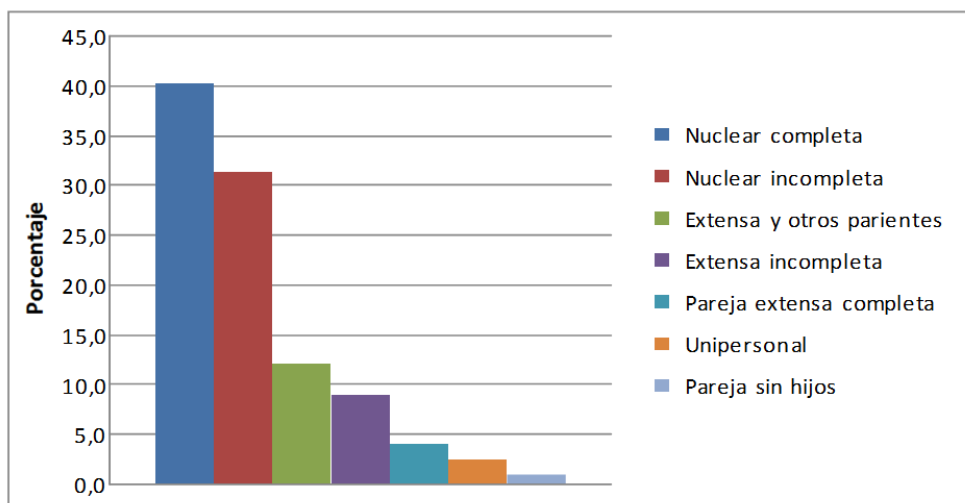
Grafica No 15. Distribución de los niños de 0 a 5 de Red Unidos por sexo.



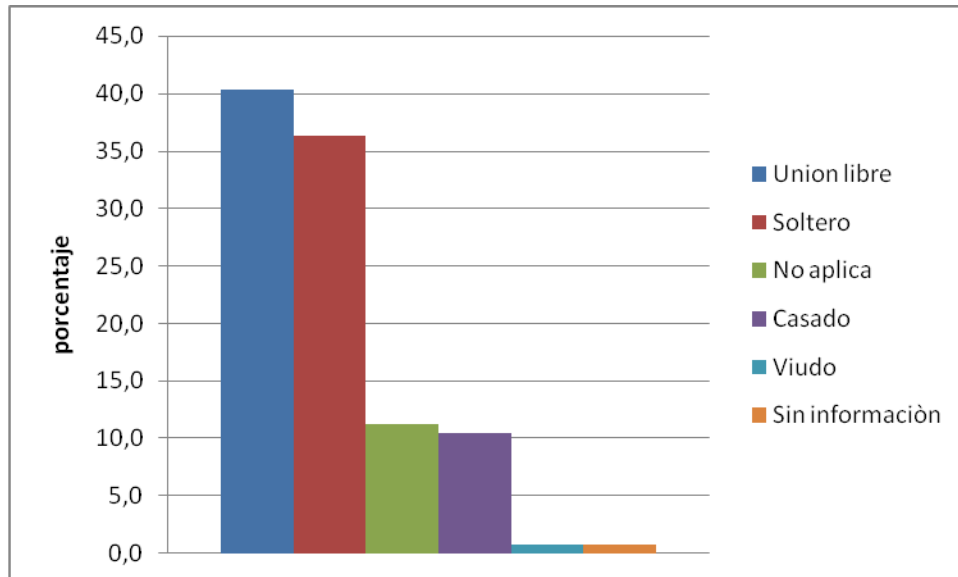
En relación con las características familiares se identificó que la mayoría de los niños conviven en familias nucleares completas o incompletas (Gráfico N 16). La mayor proporción de los padres se encuentra en unión libre y soltero. (Tabla N 17)

En cuanto al nivel educativo del padre y la madre de los niños la mayor proporción curso primaria incompleta o primaria completa. (Grafico 18).

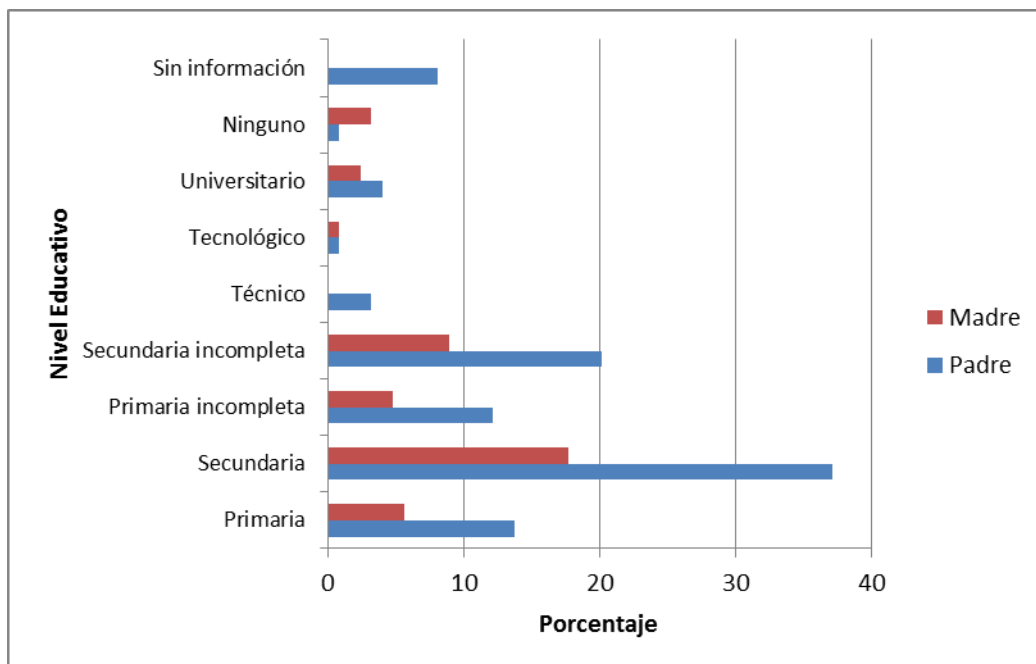
Grafica No 16. Distribución de los niños de Red Unidos por tipo de familia. Putumayo 2013



Grafica No 17. Distribución de los padres de los niños de Red Unidos según estado civil



Grafica No 18. Distribución del padre y la madre de Red unidos según el nivel educativo



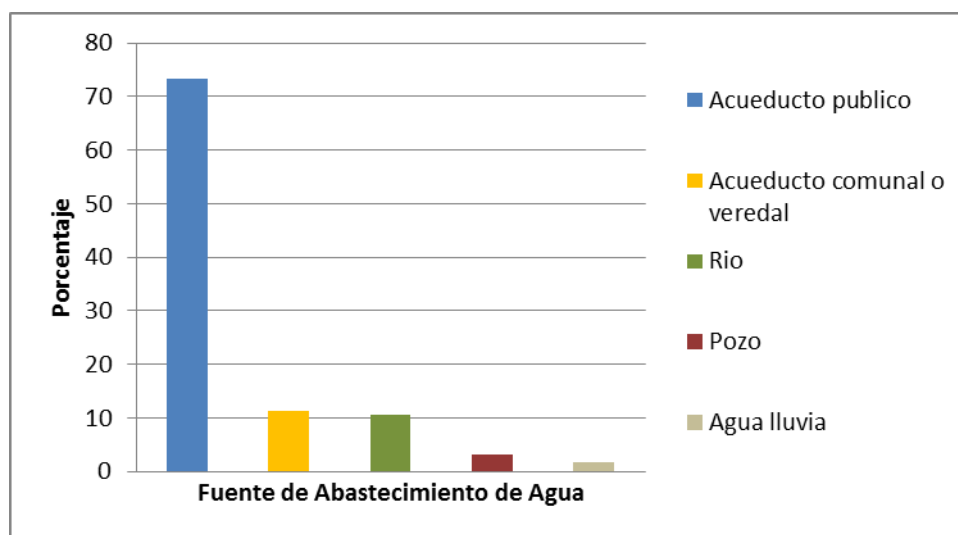
7.2.2 Determinantes Sociales de la salud intermedios

7.2.3 Saneamiento básico

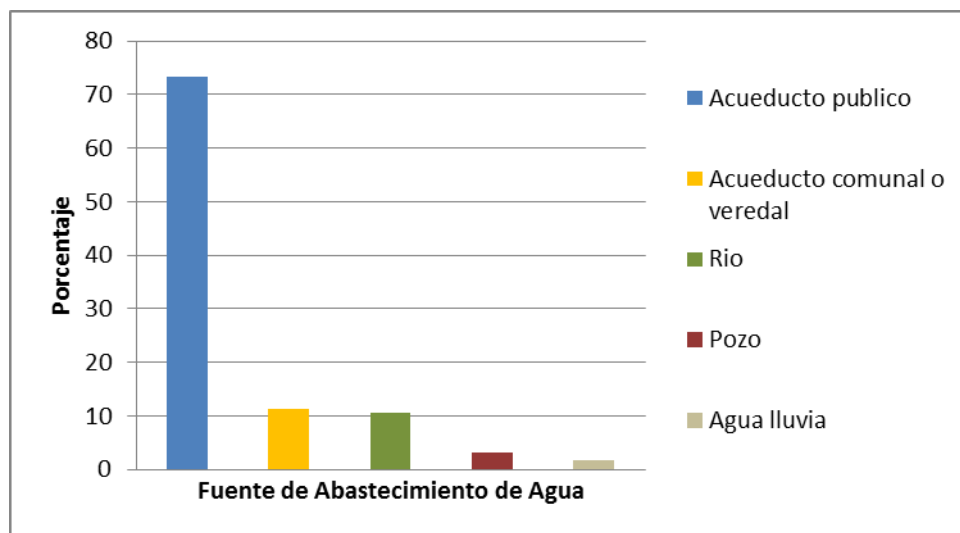
El acceso a servicios públicos se comporta de la siguiente forma: a energía eléctrica 98,4%, acueducto 72,6%, gas por tubería 4%, alcantarillado 50,8% y recolección de basuras 76,6%.

Al abastecimiento de agua a través del acueducto público accede la mayor proporción 73.4%, seguido por el acueducto comunal 11.3%. Los niños de Red Unidos en un 98,4% tienen acceso a energía, siete de cada diez tiene acceso a acueducto y recolección de basuras. Los servicios públicos que llegan a una menor proporción de la población son el alcantarillado y el gas por tubería. En cuanto al servicio sanitario el 84,7% informa que este es de uso exclusivo; en eliminación de basuras, las familias que no tienen recolección de basuras, la mayoría refieren quemarlas y una menor proporción enterrarlas, tirarlas al patio, al caño o a la quebrada. Respecto a cuál servicio sanitario la mayor proporción usa el inodoro conectado a alcantarillado y conectado a pozo séptico (Grafico 19, 20, 21, 22, 23)

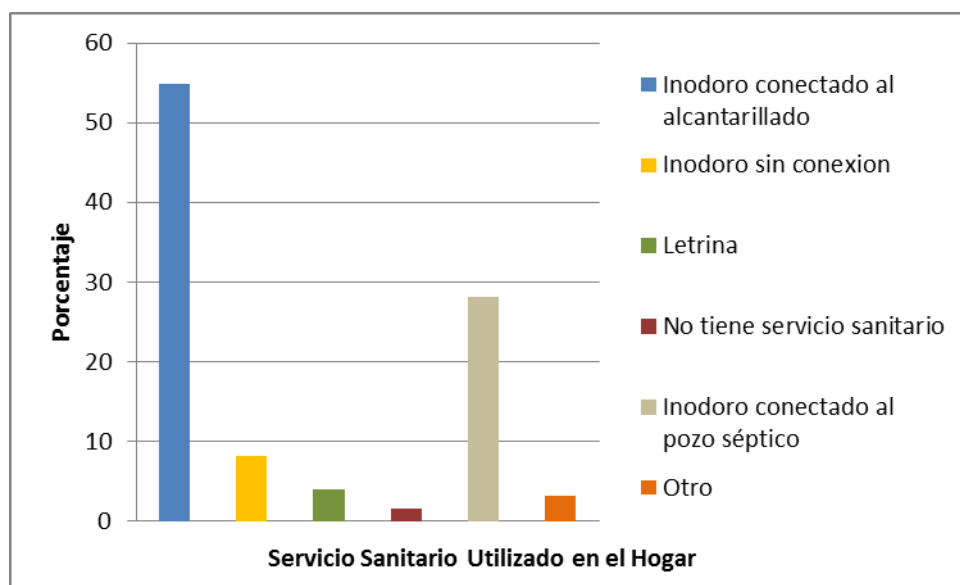
Grafica No 19. Distribución según principal fuente de abastecimiento de agua en las viviendas de los niños de Red Unidos.



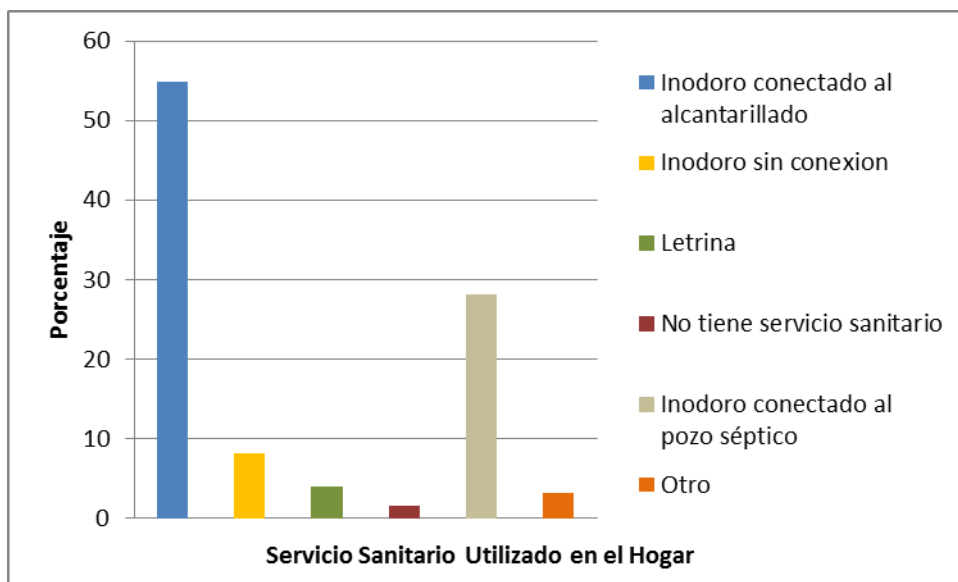
Grafica No 20. Distribución según acceso al abastecimiento de agua en las viviendas de los niños de Red Unidos.



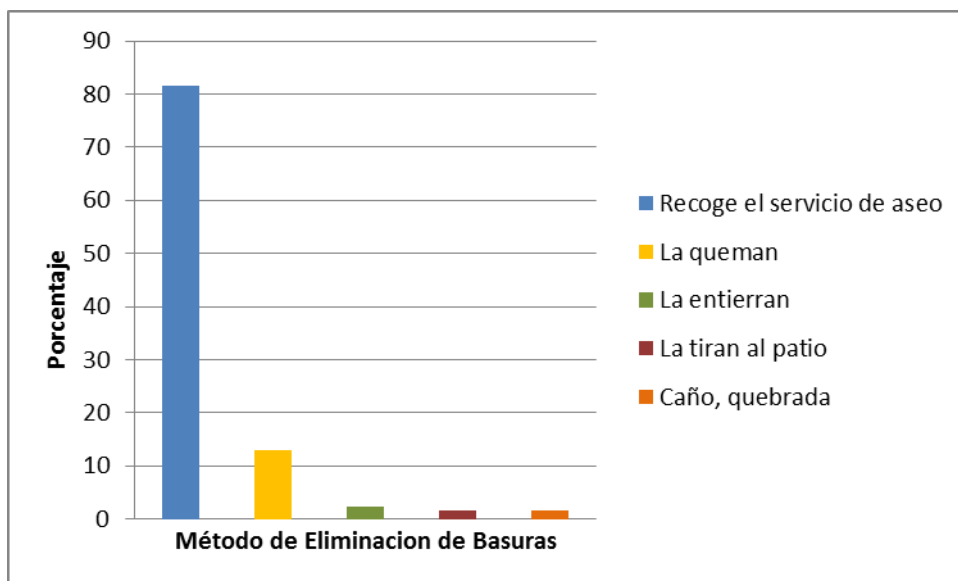
Grafica No 21. Distribución de servicio sanitario que utilizan en la vivienda de los niños de Red Unidos



Grafica No 22. Distribución según servicio sanitario de la vivienda de los niños de Red Unidos



Grafica No 23. Distribución según método de eliminación de basura la vivienda de los niños de Red Unidos



7.2.4 Características de la vivienda

En las condiciones de vivienda se encontró: El material que predomina en el techo de la mayoría de las viviendas es el eternit 46.8% y el zinc 39.5%; en cuanto al material del piso de la vivienda la mayoría es de cemento 60.5%; en las paredes de la vivienda la mayoría refiere tener ladrillo 41.1% y bloque 28.2%. (Tabla N 16)

Tabla No 27. Distribución según material predominante en el techo, paredes y piso de la vivienda de los niños de Red Unidos

Tipo de material	Frecuencia	Porcentaje
Techo		
Teja de barro	2	1,6
Cemento con cielo raso	2	1,6
Zinc	49	39,5
Eternit	58	46,8
Sin información	13	10,5
Total	124	100,0
Piso		
Madera burda, tabla o tablón	25	20,2
Cemento	75	60,5
Baldos, tableta	14	11,3
Frisado	3	2,4
Tierra o arena	5	4,0
Otra	1	,8
Sin información	1	,8
Total	124	100,0
Paredes		
Madera burda, tabla o tablón	33	26,6
Ladrillo	51	41,1
Bloque	35	28,2
Bahareque, cartón	1	,8
Sin información	4	3,2
Total	124	100,0

El 80,6% de los padres o acudientes afirma que tiene un cuarto que utiliza para cocinar, los demás refieren que utilizan un cuarto para cocinar y dormir. Para la mayoría este cuarto es de uso exclusivo de las personas del hogar 89,5%. La mayor proporción afirma que utiliza como combustible para cocinar el gas en cilindro 82,3%, seguido por la leña 6%.

7.2.4 Actividad laboral y nivel de ingresos

La mayor proporción de las madres se dedica a realizar actividades del hogar y a trabajos informales. Del 57,3% de los padres no fue posible conocer la actividad laboral (Tabla 17)

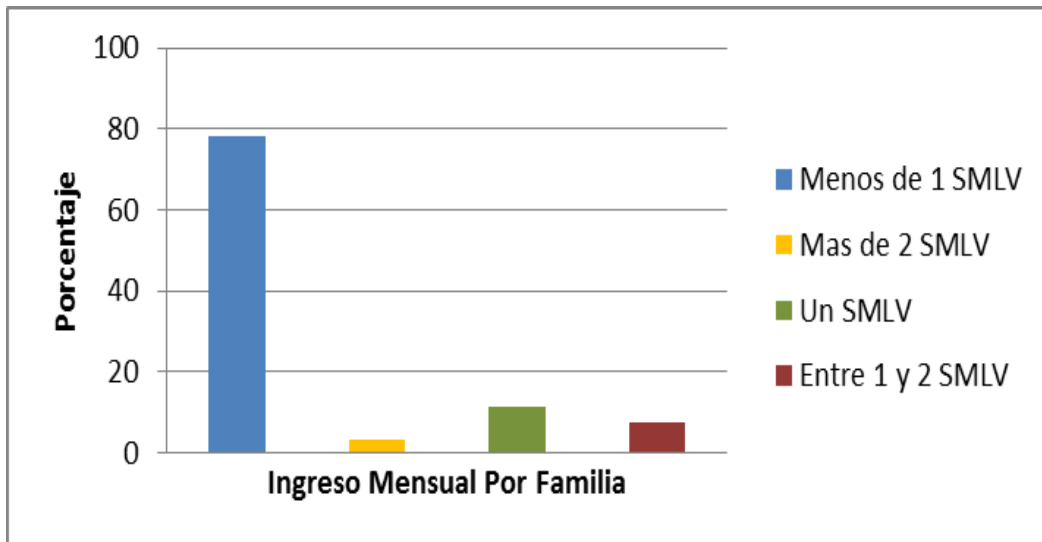
El ingreso promedio mensual de las familias es de \$476.333, el ingreso más bajo es \$13.000 y en más alto \$2.750.000. El 78.2% recibe menos de un salario mínimo legal vigente. (Grafica 24)

Tabla No 18 Distribución según la actividad laboral de la madre y el padre. Putumayo 2013

Actividad laboral	madre	
	Frecuencia	Porcentaje
Obrero	2	1,6
Ama de casa	54	43,5
Informal	30	24,2
Independiente	22	17,7
Sin información	16	12,9
Total	124	100,0
Padre		
Agricultura	2	1,6
Obrero	18	14,5
Ama de casa	5	4,0
Informal	10	8,1

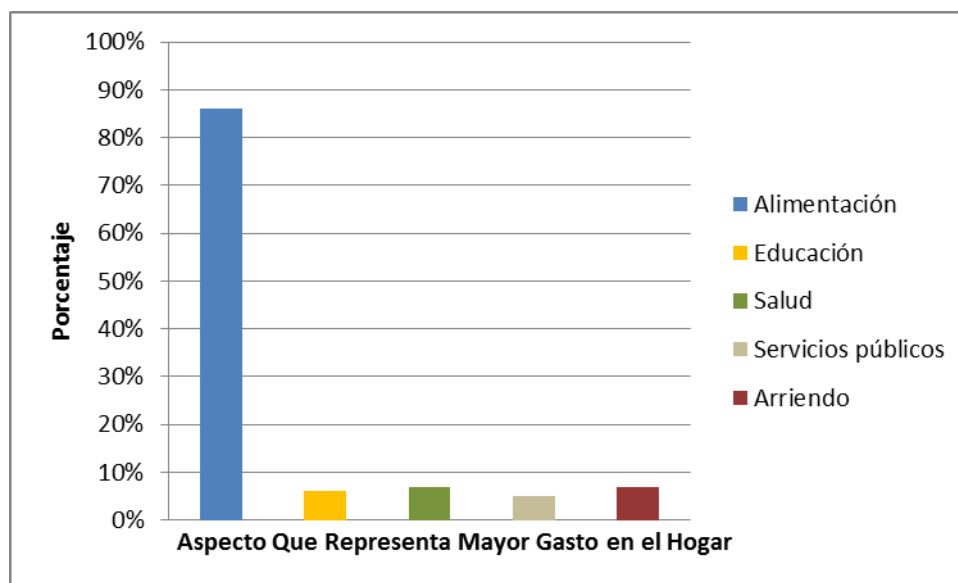
Independiente	18	14,5
Sin información	71	57,3
Total	124	100,0

Grafica No 24. Distribución según Ingreso mensual de la familia



Los padres o acudientes refieren en su mayoría que los ingresos en una mayor proporción se destinan para alimentación, seguido para el arriendo y la salud. (Grafica 25)

Grafica No 25. Aspecto que representa mayor gasto en Dinero en el Hogar



En relación con la respuesta a la pregunta ¿Cuántas personas comen de la misma olla? Se identificó que el promedio de personas que comen en la misma olla es de 5, hay hogares en los que comen hasta 12 personas.

7.2.5 Disponibilidad de alimentos

Respecto a la pregunta si producen algún tipo de alimento en el Hogar el 24,2% refiere que si produce, entre los alimentos de mayor producción están los típicos de la región como el banano, yuca, plátano, chiro y yota; la mayoría padres refiere que estos son para consumo en el hogar.

En cuanto a la existencia de centros de ventas de alimentos en el sector los padres y/o cuidadores refieren que el 75.8% cuentan con este servicio, manifestando la mayoría que el sitio mas frecuente es el supermercado y en el encuentran todos los alimentos que necesitan. Entre los alimentos que se encuentran en mayor frecuencia esta en Verduras, naranjas limón, tomate de árbol; Cereales: Arroz, pasta; En proteína de alto valor biológico: Pollo y atún; Proteína de bajo valor biológico: Lenteja y frijol. En menor proporción se encuentran; la habichuela, alverja verde y Brócoli.

En la tabla 19 se muestran los alimentos que encuentran en los centros de venta.

Tabla No 19. Alimentos frecuentes en el centro de ventas

frutas	frecuencia	Porcentaje
Naranja	82	66%
Limón	81	65%
Mora	80	65%
Tomate de árbol	78	63%
Piña	75	60%
Guayaba	73	59%
Papaya	69	56%
proteínas	frecuencia	Porcentaje
Lentejas	110	89%
Frijol	109	88%
Huevo	107	86%
Atún	100	81%
Pollo	94	76%
Garbanzo	94	76%
Carne de res	88	71%
lácteos	frecuencia	Porcentaje
Leche	100	81%
Queso	97	78%
Yogurt	90	73%
azúcares	frecuencia	Porcentaje
Azúcar	112	90%
Panela	112	90%
cereales	frecuencia	Porcentaje
Arroz	111	90%
Pasta	111	90%
Avena	103	83%
Papa	103	83%
Plátano	97	78%
Yuca	83	67%
Hortalizas	frecuencia	Porcentaje
Cebolla	92	74%

Tomate	83	67%
Frijol fresco	71	57%
Repollo	70	56%
Pepino	70	56%
Zanahoria	68	55%
Alverja fresca	66	53%
Ahuyama	64	52%
Habichuela	61	49%
Brócoli	40	32%
Grasas	frecuencia	Porcentaje
Aceite	108	87%
Mantequilla	83	67%
Mayonesa	83	67%
Aguacate	82	66%

Se realizó el cuestionario de frecuencia de consumo – Recordatorio de 24 Horas que sirvió como insumo para la derivación de la lista de chequeo de los cuestionarios de frecuencia de consumo, se tomó el utilizado en ENSIN-2010,

Se identificó que la mayor proporción de personas reconoce haber consumido el día anterior el agua de panela, huevo, tubérculos plátanos y jugo de frutas,. El 52% refiere haber consumido carnes rojas y dulces, porcentajes inferiores los otros alimentos. (Tabla N 20)

Tabla No 20. Distribución porcentual según frecuencia de consumo de alimentos. Red Unidos.

Frecuencia de consumo de alimentos en el día anterior	frecuencia	porcentaje	promedio de porciones
Consumió el día de ayer agua de panela	101	81%	2,74
Consumió el día de ayer leche en polvo	41	33%	,94

Consumió el día de ayer cualquier otra leche	40	32%	,74
Consumió el día de ayer jugo de fruta	81	65%	,74
Consumió el día de ayer chocolate y agua de panela	66	53%	1,53
Consumió el día de ayer otros líquidos	59	48%	,98
Consumió el día de ayer queso, kumis, yogur, suero costeño, alpinito	43	35%	,47
Consumió el día de ayer huevo	82	66%	,93
Consumió el día de ayer carnes rojas (carne de res, vísceras, chivo, cuy)	65	52%	,73
Consumió el día de ayer carnes blancas (pollo, cerdo, conejo)	50	40%	,53
Consumió el día de ayer pescados (pescado, mariscos, sardinas, atún)	32	26%	,33
Consumió el día de ayer otros productos cárnicos industrializados (salchicha, salchichón, mortadela, jamón)	29	23%	,43
Consumió el día de ayer de cereales (arroz, maíz, trigo, pan, pastas, arepas, galleta, avena, cebada, harina de 7 granos, maicena)	78	63%	1,28
Consumió el día de ayer de cereales infantiles (pailla de arroz, maíz, tres cereales)	46	37%	,57
Consumió el día de ayer leguminosas o granos secos, (frijol, avena seca, garbanzo, lenteja, maíz, habas)	57	46%	,78
Consumió el día de ayer bienestarina (en colada u otras preparaciones)	46	37%	1,00
Consumió el día de ayer otras mezclas vegetales	45	36%	,73
Consumió el día de ayer tubérculos y plátanos (papa, yuca, ñame, arracacha, plátano)	79	64%	1,24
Consumió el día de ayer verdura amarilla (ahuyama, zanahoria)	51	41%	,66
Consumió el día de ayer verdura verde oscura (espinaca, acelga)	29	23%	,43
Consumió el día de ayer otras verduras (lechuga, arveja verde, cubios, habichuela, brócoli, etc)	37	30%	,60
Consumió el día de ayer frutas amarillas maduras (mango, papaya, zapote, chontaduro)	60	48%	,80
Consumió el día de ayer otras frutas (guayaba, naranja, granadilla, manzana, banano etc)	55	44%	,84
Consumió el día de ayer grasas y aceites	61	49%	1,19

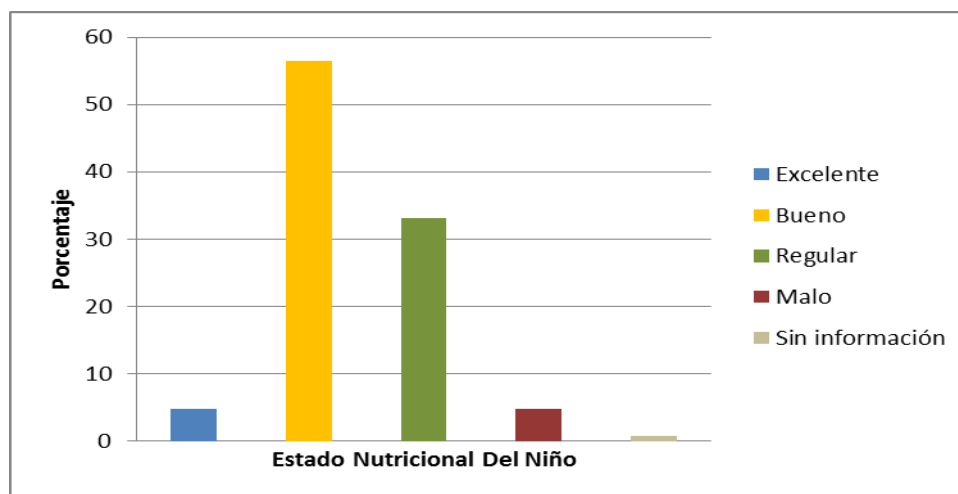
(aceites, manteca, margarina, mantequilla o cualquier alimento preparado con ellos)			
Consumió el día de ayer duces (azúcar, panela como endulzante, miel, bocadillo, mermelada, manjar blanco)	64	52%	1,24
Consumió el día de ayer sal y condimentos (sal, caldos de cubo, achote, comino, pimienta)	81	65%	1,90

7.2.6 Conocimientos sobre nutrición.

La mitad de los padres o acudientes refiere haber recibido educación en temas de nutrición.

Se indagó a las madres y cuidadores sobre como consideran el estado nutricional de sus hijos y la mayoría refiere que es bueno. (Grafico 25)

Grafica 26. Distribución de Como considera el estado nutricional del niño



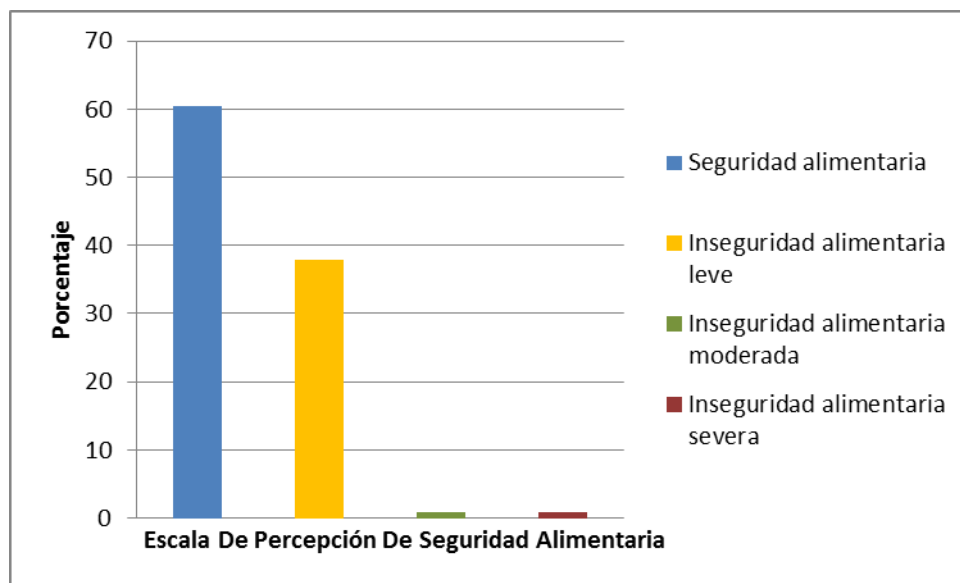
7.2.7 Atención a problemas de salud

Al preguntar si atendió problemas de salud en los últimos 30 días, el 52,4% de los cuidadores responde que sí. Los problemas más frecuentes que refieren son gripa, fiebre y diarrea.

Los cuidadores han dejado de asistir hasta 15 días al trabajo, al estudio o realizar las labores cotidianas por el problema de salud del hijo. Para atender el problema

de salud en su mayoría han asistido al médico 77,4%, seguido por remedios caseros 11,3% y automedicación 6,5%.

Grafica No 27 Distribución porcentual de Escala percepción de seguridad alimentaria. Red Unidos.



En la escala de percepción de seguridad alimentaria la mayoría de la población percibe encontrarse en seguridad alimentaria 60,5% y en un 37,9 % considera que está en inseguridad alimentaria leve. (Grafico 26).

7.2.8 Valoración del estado nutricional por indicadores antropométricos.

Con el indicador peso para la talla se pudo identificar que el 58,9% de los niños tienen peso adecuado para la edad. Los demás tienen alteraciones en mayor proporción sobrepeso.

El indicador talla para la edad muestra un 38,7% con normalidad. Los demás tienen en mayor proporción riesgo de talla baja para la edad.

Con los indicadores IMC y peso para la edad una proporción importante de niños queda por fuera de clasificación (sin denominación) según la resolución. El 23,4% tiene sobrepeso y el 14,5% desnutrición global. (Tabla 21)

Tabla No 21 Distribución de los niños de Red Unidos según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Putumayo 2013

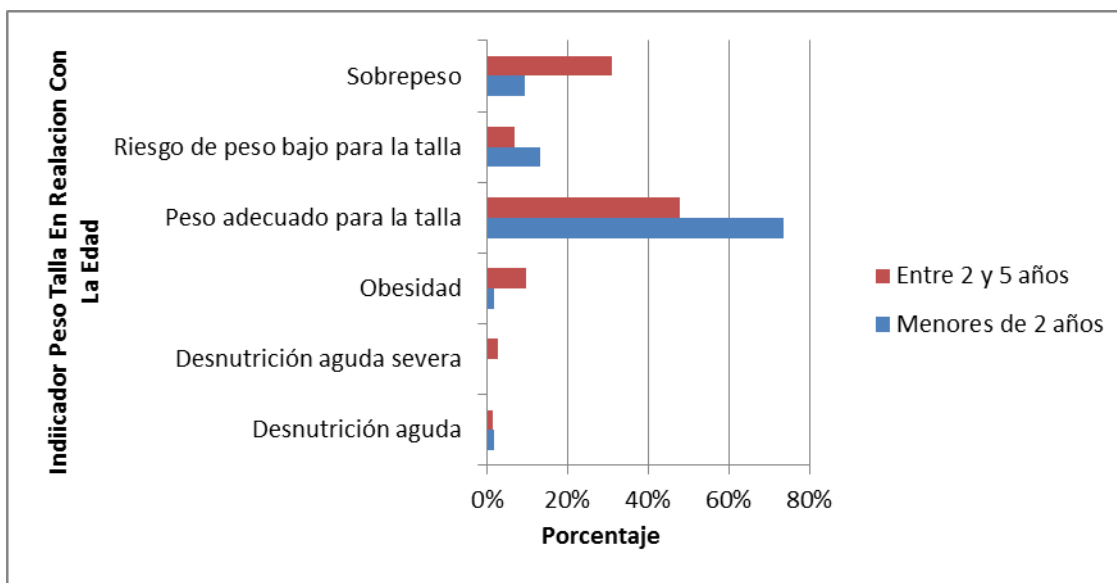
Indicador nutricional	Clasificación nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso para la talla	desnutrición aguda	2	1,6
	desnutrición aguda severa	2	1,6
	Obesidad	8	6,5
	peso adecuado para la talla	73	58,9
	riesgo de peso bajo para la talla	12	9,7
	Sobrepeso	27	21,8
	Total	124	100
Talla para la edad	retraso en talla	30	24,2
	riesgo de talla baja para la edad	34	27,4
	sin denominación	12	9,7
	talla adecuada para la edad	48	38,7
	Total	124	100
Índice de masa corporal	Obesidad	12	9,7
	Sin denominación	83	66,9
	Sobrepeso	29	23,4
	Total	124	100
Peso para la edad	Desnutrición global	18	14,5
	Peso adecuado para la edad	34	27,4
	Riesgo de peso bajo para la edad	8	6,5
	Sin denominación	64	51,6
	Total	124	100

En el indicador peso para la talla se encontró una desnutrición aguda de 3.2%, para el indicador talla para la edad, se encontró que el 24.2% presenta retraso en talla.

En el indicador peso para la edad se encontró que el 14,5% presento desnutrición global en un 9,9%; para el grupo etario de niños menores de 2 años se encuentran en mayor proporción el riesgo de peso bajo para la talla.

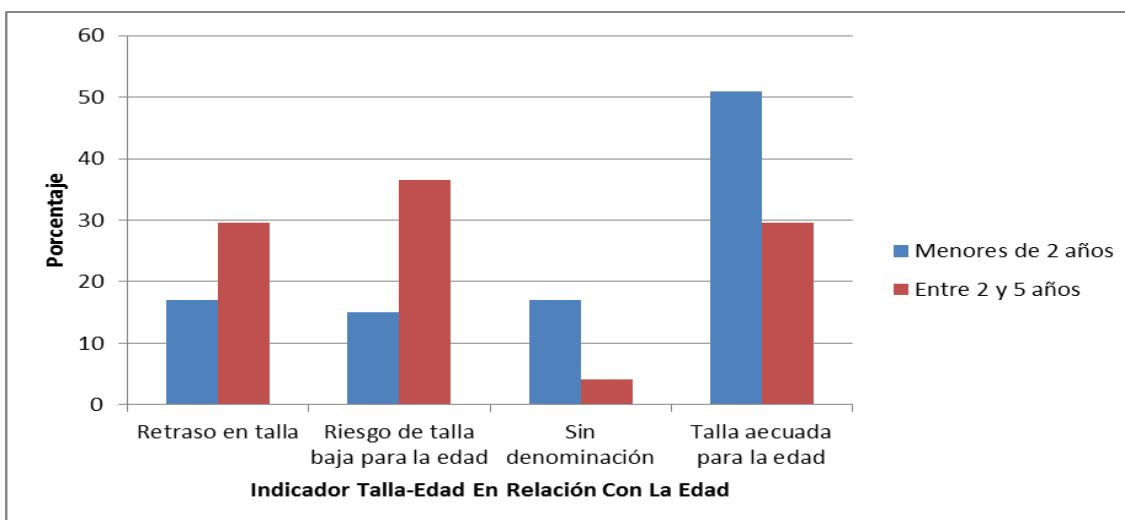
En cuanto a exceso de peso se encontró que el 9,7% presento obesidad y el 23,4% sobrepeso.

Grafica No 28. Distribución porcentual del Indicador Peso para la talla en relación con Edad en años



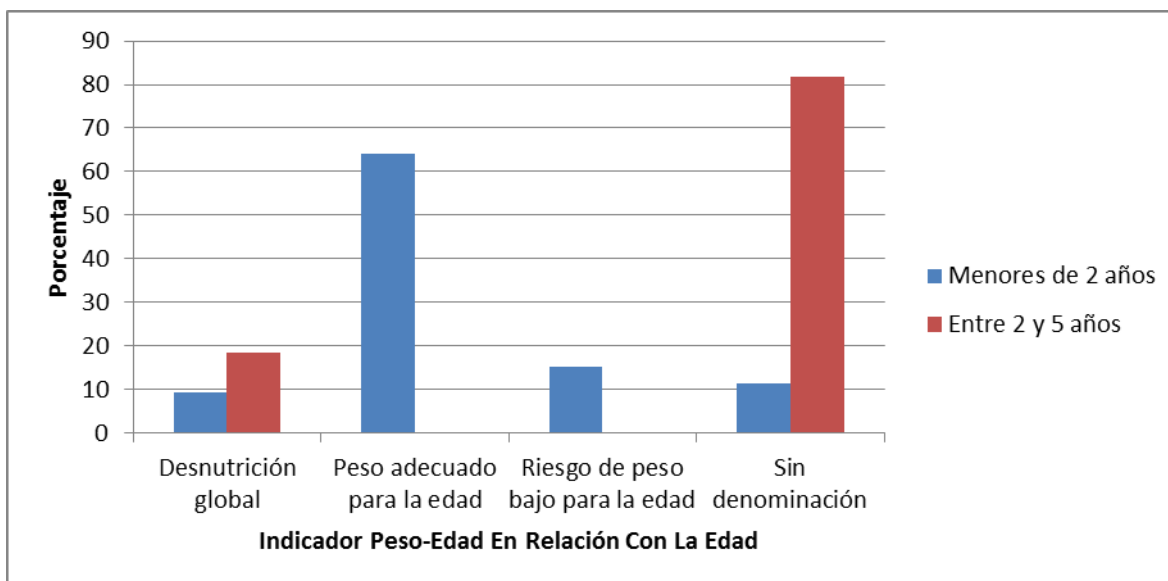
Con el indicador Talla para la edad, se encuentra entre los niños de 2 a 5 años mayor proporción con riesgo de talla baja para la edad 36,6% y retraso en talla con un 29,6%, para el grupo de menores de 2 años en mayor proporción la talla adecuada para la edad. (Grafico 27)

Grafica 29. Distribución porcentual del indicador Talla para la edad en relación con Edad en años



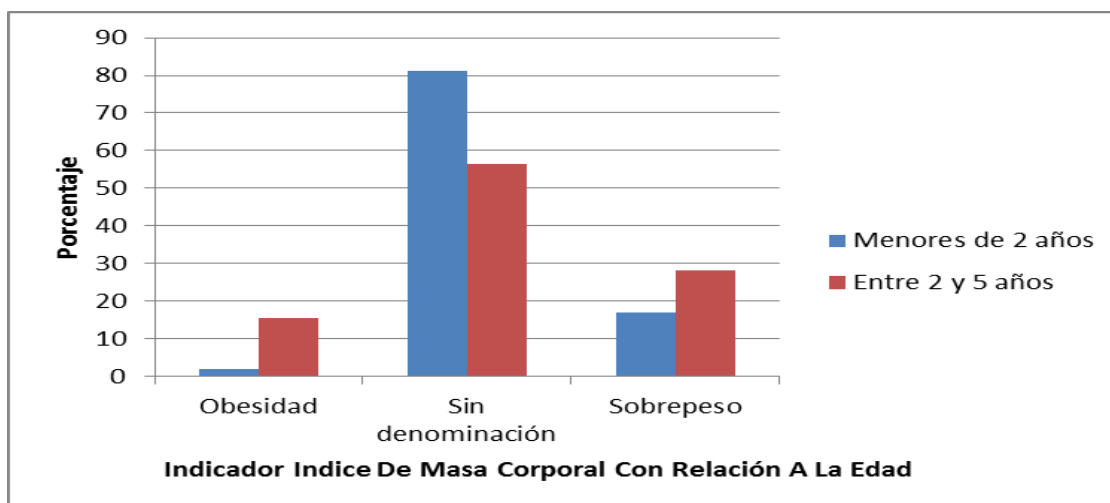
Los niños clasificados para el indicador peso para la edad el grupo etario de 2 a 5 años se encuentran en mayor proporción en desnutrición global 18,3% y en riesgo de peso bajo para la talla 15,1% en el grupo etario de menores de 2 años. (Grafico 28)

Grafica 30. Distribución porcentual del indicador Peso para la edad en relación con la Edad en años



La clasificación con el indicador IMC muestra que en ambos grupos la mayor proporción tiene sobrepeso. (Grafico 29)

Grafica 31. Distribución porcentual del Indicador Índice de Masa corporal en relación Edad



En el indicador peso para la edad se observó una diferencia significativa entre los niños y las niñas. (Tabla 22)

Tabla No 22 Distribución de los niños por sexo según la valoración nutricional por indicadores antropométricos. Red Unidos. Putumayo 2013

Indicador nutricional	clasificación nutricional	indicador	Sexo		Chi cuadrado
			Femenino	Masculino	
Peso para la talla	desnutrición aguda	frecuencia	1	1	5,011 p= 0,41
		porcentaje	1,60%	1,60%	
	desnutrición aguda severa	frecuencia	0	2	
		porcentaje	0,00%	3,20%	
	Obesidad	frecuencia	2	6	
		porcentaje	3,30%	9,50%	
	peso adecuado para la talla	frecuencia	40	33	
		porcentaje	65,60%	52,40%	
	riesgo de peso bajo para la talla	frecuencia	5	7	
		porcentaje	8,20%	11,10%	
Sobrepeso	frecuencia	13	14		
	porcentaje	21,30%	22,20%		
Talla para la edad	retraso en talla	frecuencia	13	17	0,585 p=0,90
		porcentaje	21,30%	27,00%	
	riesgo de talla baja para la	frecuencia	17	17	
		porcentaje	27,90%	27,00%	

	edad				
	sin denominación	frecuencia	6	6	
		porcentaje	9,80%	9,50%	
	talla adecuada para la edad	frecuencia	25	23	
		porcentaje	41,00%	36,50%	
Índice de Masa corporal	Obesidad	frecuencia	5	7	0,70 p= 0,69
		porcentaje	8,20%	11,10%	
	Sin denominación	frecuencia	43	40	
		porcentaje	70,50%	63,50%	
	Sobrepeso	frecuencia	13	16	
		porcentaje	21,30%	25,40%	
Peso para la edad	Desnutrición global	frecuencia	8	10	7,42 p= 0,059
		porcentaje	13,10%	15,90%	
	Peso adecuado para la edad	frecuencia	23	11	
		porcentaje	37,70%	17,50%	
	Riesgo de peso bajo para la edad	frecuencia	2	6	
		porcentaje	3,30%	9,50%	
	Sin denominación	frecuencia	28	36	
		porcentaje	45,90%	57,10%	

7.3 Comparación entre el estado nutricional de los niños de red unidos y del resguardo yugullo.

En esta tabla se observó que el 70% de los niños con talla adecuada para la edad pertenece al grupo de Red Unidos, mientras que el 63% de los que tienen retraso en talla pertenecen al grupo de indígenas.

Tabla No 23. Clasificación de los niños del Resguardo Yugullo y Red Unidos según el indicador talla para la edad. Putumayo 2012

Grupo	Talla para la edad				Total
	retraso en talla	riesgo de talla baja para la edad	sin denominación	talla adecuada para la edad	
Indígena	51	35	11	20	117
	63,0%	50,7%	47,8%	29,4%	48,5%
Red Unidos	30	34	12	48	124
	37,0%	49,3%	52,2%	70,6%	51,5%

Total	81	69	23	68	241
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla No 24. Clasificación de los niños del Resguardo Yuguillo y Red Unidos según el indicador IMC. Putumayo 2012

Grupo	Índice de Masa corporal			Total
	Obesidad	Sin denominación	Sobrepeso	
Indígena	15	70	32	117
	55,6%	45,8%	52,5%	48,5%
Red Unidos	12	83	29	124
	44,4%	54,2%	47,5%	51,5%
Total	27	153	61	241
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla No 25. Clasificación de los niños del Resguardo Yuguillo y Red Unidos según el indicador Peso para la edad. Putumayo 2012

Grupo	Peso para la edad				Total
	Desnutrición global	Peso adecuado para la edad	Riesgo de peso bajo para la edad	Sin denominación	
Indígena	27	27	5	58	117
	60,0%	44,3%	38,5%	47,5%	48,5%
Red Unidos	18	34	8	64	124
	40,0%	55,7%	61,5%	52,5%	51,5%
Total	45	61	13	122	241
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla No 26. Clasificación de los niños del Resguardo Yuguillo y Red Unidos según el indicador peso para la talla. Putumayo 2012

Grupo	Peso para la talla					Total
	desnutrición aguda	obesidad	peso adecuado para la talla	riesgo de peso bajo para la talla	sobrepeso	

Indígena	2	8	66	10	31	117
	33,3%	50,0%	47,5%	45,5%	53,4%	48,5%
Red Unidos	4	8	73	12	27	124
	66,7%	50,0%	52,5%	54,5%	46,6%	51,5%
Total	6	16	139	22	58	241
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla No 27. Pruebas de la relación entre los indicadores antropométricos y la pertenencia a Indígena so Red Unidos.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
talla para la edad	16,843 ^a	,001
índice de masa corporal	1,383 ^a	,501
peso para la edad	3,390 ^a	,335
peso para la talla	1,275 ^a	,866

Se encontró relación entre el indicador *talla para la edad* y el pertenecer al grupo de indígenas o al grupo de Red unidos (Chi= 16,843, p: 0,001). Los demás indicadores no mostraron relación con el grupo. Con el indicador *peso para la talla* se hizo un ajuste que consistió en unir los niños que tenían desnutrición aguda severa con los niños con desnutrición aguda y los niños con peso muy bajo a los niños con riesgo de peso bajo; se hizo porque los valores obtenidos eran inferiores a 5, lo que no permitía la utilización de la prueba.

7.4. Análisis de relación del estado nutricional de los niños con los determinantes seguridad alimentaria, ingresos, sexo, nivel educativo de la madre y del padre.

Se realizó la prueba de chi cuadrado para los indicadores antropométricos y las variables cualitativas seguridad alimentaria, sexo, nivel educativo del padre y de la madre, estado civil, tipo de familia y la variable cuantitativa ingreso.

Para la aplicación de la prueba chi cuadrado entre los indicadores antropométricos y la seguridad alimentaria, esta variable agrupó las categorías de inseguridad alimentaria leve, moderada y severa en una sola llamada inseguridad alimentaria.

El indicador peso para la talla se agrupó así sobrepeso y obesidad en “sobrepeso”, peso muy bajo para la talla y riesgo de peso muy bajo para la talla en “riesgo de peso bajo para la talla” y se eliminaron los niños con desnutrición aguda y desnutrición aguda severa.

Tabla No. 28. Relación entre los indicadores antropométricos y las variables.

Variables	peso/talla		talla/edad		IMC		peso/edad	
	chi	sig	chi	sig	chi	sig	chi	sig
Sexo	2,16	0,82	2,27	0,51	1,92	0,38	9,19	0,02*
seguridad alimentaria	4,1	0,12	2,7	0,43	4,1	0,12	2,3	0,5
nivel educativo de la madre	30	0,87	32,8	0,1	32	0,1	21,2	0,62
nivel educativo del padre	26,7	0,94	43,3	0,00*	20,9	0,18	24	0,46
tipo de familia	30,6	0,43	31,4	0,26	8,58	0,73	8,07	0,97
estado civil	9,16	0,51	6,21	0,4	1,37	0,84	8,17	0,22
Pertenece a programa de alimentación complementaria	7,22	0,20	12,5	0,00*	1,06	0,58	4,80	0,18
ingresos	2,07	0,35	3,6	0,16	4,85	0,08	0,66	0,71

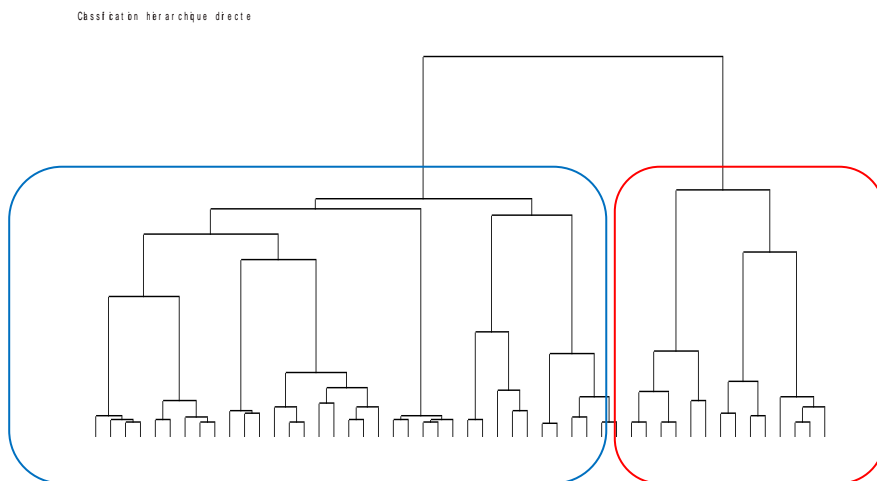
* sig<0,05

Se encontró relación estadística entre el indicador talla para la edad y el nivel educativo del padre y la pertenecía a programa de alimentación complementaria y entre el indicador peso para la edad y el sexo.

7.5 Análisis de conglomerados

Se realizó un análisis de conglomerados y a través del dendograma de clasificación jerárquica (grafica 31) se identificaron dos conglomerados o clases con características similares.

Grafica No 32. Dendograma de clasificación jerárquica



En la tabla se observa que la clase 1 es la más heterogénea y más grande.

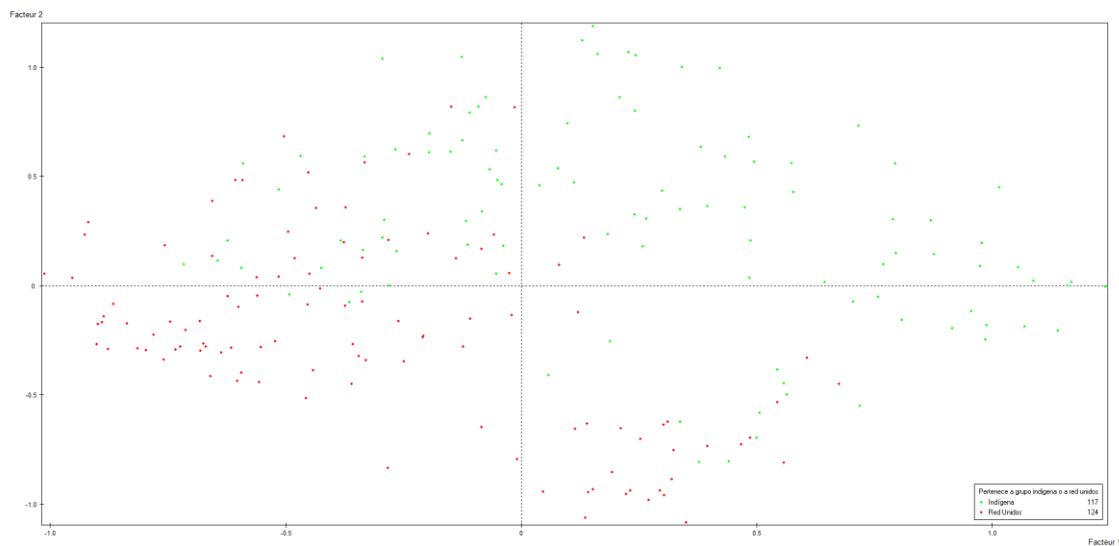
INERTIES	INERTIES		EFFECTIFS		POIDS		DISTANCES	
	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
+-----+-----+-----+-----+-----+								
INTER-CLASSES		0.1786	0.2298					
INTRA-CLASSE								
CLASSE 1 / 2	1.1829	1.0576	156	146	156.00	146.00	0.0973	0.1495
CLASSE 2 / 2	0.4705	0.5446	85	95	85.00	95.00	0.3279	0.3532
TOTALE		1.8320	1.8320					
+-----+-----+-----+-----+-----+								

La clase 1 está constituida por el 60% de los niños. Se caracteriza porque los niños pertenecen al grupo de Red Unidos, el nivel educativo del padre y de la madre es secundaria, tienen talla adecuada para la edad y peso adecuado para la edad.

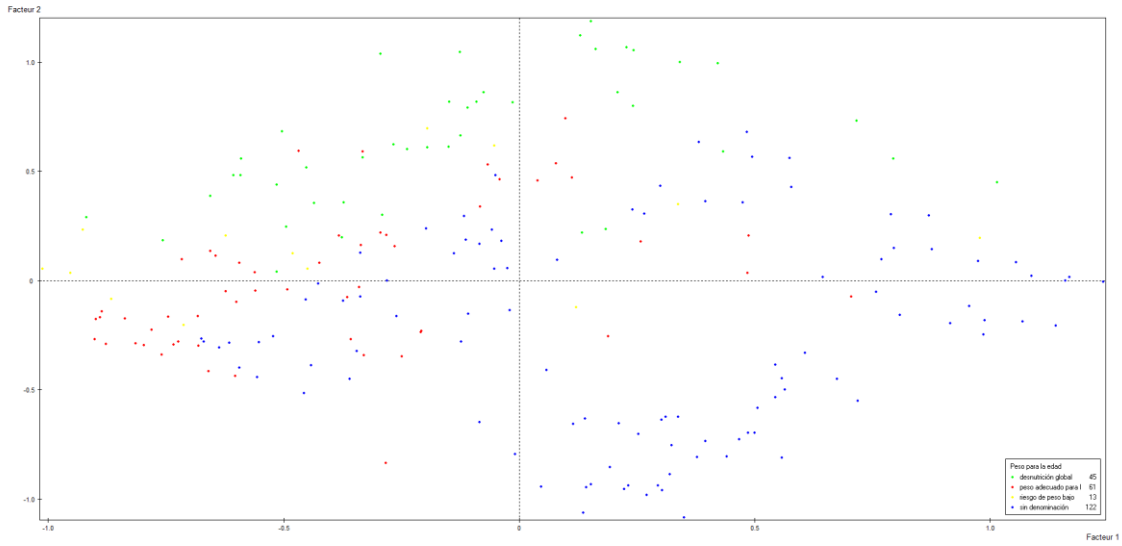
La clase 2 está constituida por el 40% de los niños. Se caracteriza porque son indígenas, el nivel educativo de la madre es primaria y del padre primaria incompleta, tienen retraso en la talla.

En la gráfica 32 se observa como el cuadrante superior derecho del plano está ocupado casi en su totalidad por los niños indígenas. Las gráficas 33, 34, 35 y 36 muestran la ubicación de los niños en el plano factorial de acuerdo con los indicadores nutricionales y permiten confirmar el resultado de las características de las clases. Especialmente la gráfica 35 muestra como los niños con retraso en la talla se ubican en el cuadrante superior derecho que de acuerdo con la gráfica 32 está ocupado por los niños indígenas.

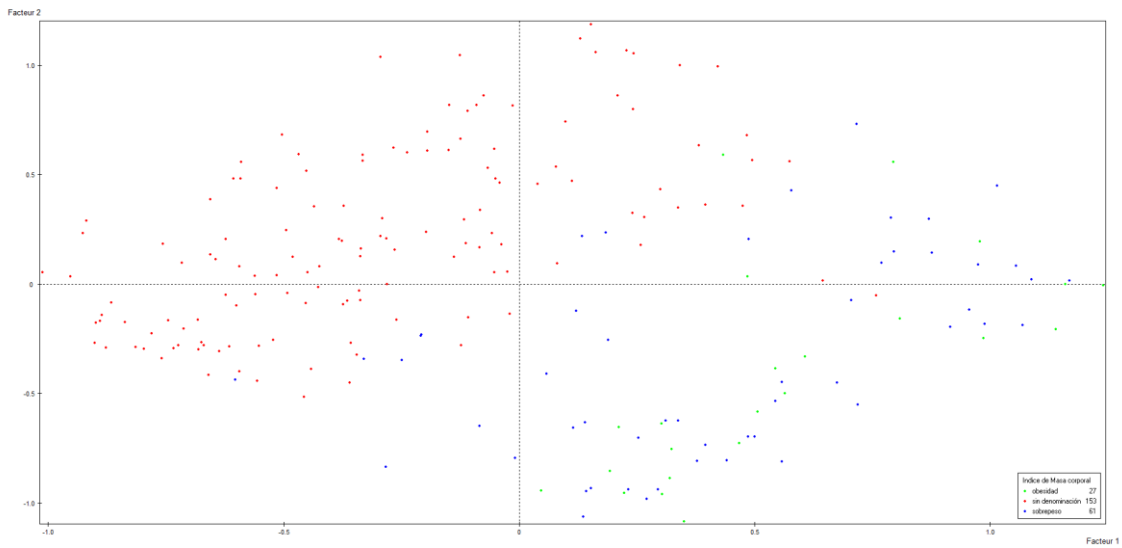
Gráfica No 33. Plano factorial de los niños según la pertenencia Indígenas o Red Unidos



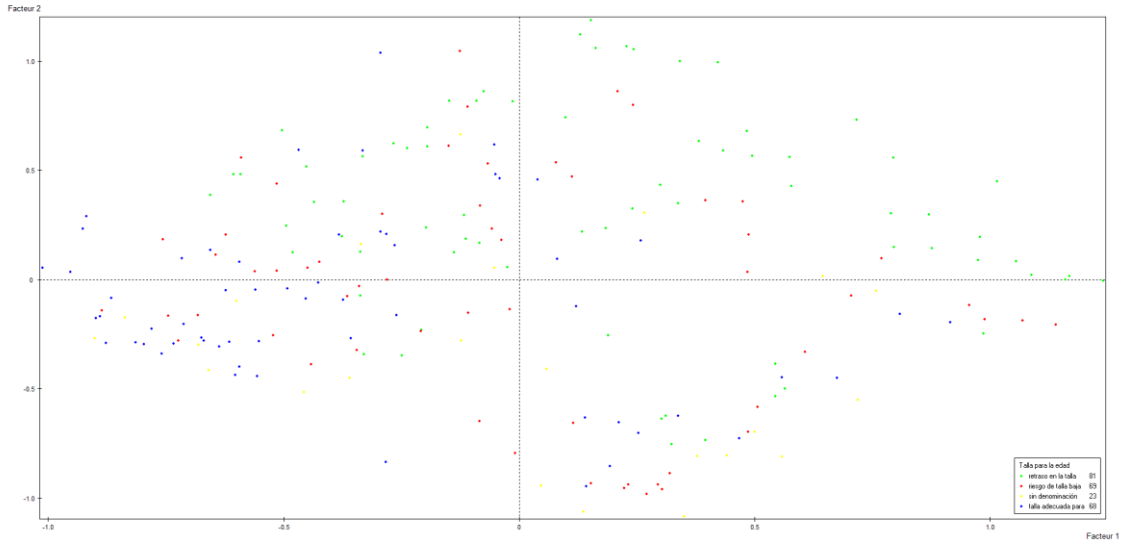
Grafica No 34. Plano factorial de los niños según el indicador peso para la edad.



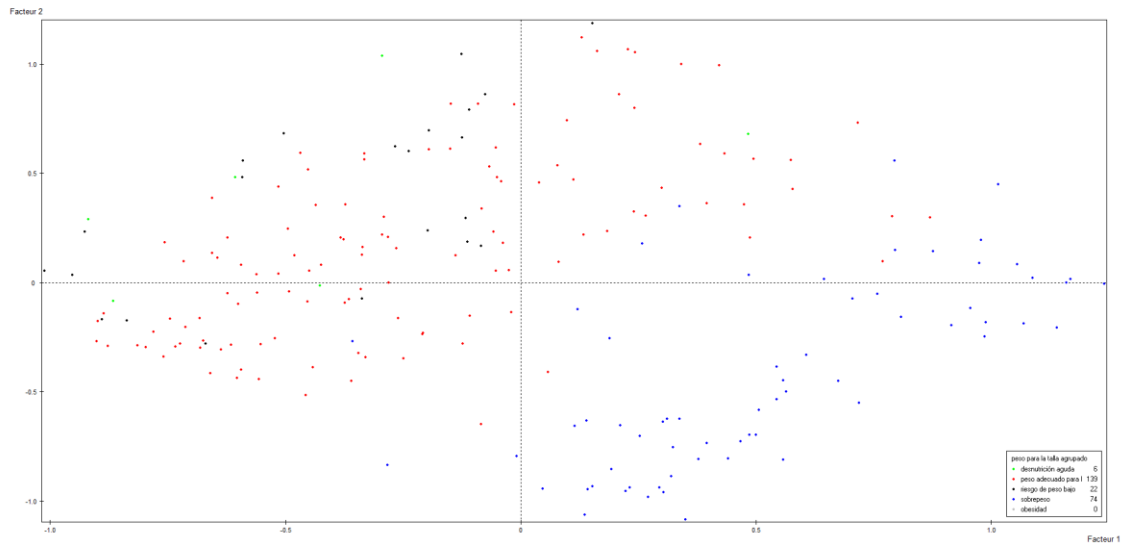
Grafica No 35. Plano factorial de los niños según el indicador IMC.



Grafica No 36. Plano factorial de los niños según el indicador talla para la edad



Grafica No 37. Plano factorial de los niños según el indicador peso para la talla



DISCUSIÓN

En cuanto al estado nutricional en esta investigación se encontró: que el 70% de los niños con talla adecuada para la edad pertenece al grupo de Red Unidos, mientras que el 63% pertenecen al grupo de indígenas, así mismo se evidencia que los niños con mas porcentaje de desnutrición crónica o retraso en la talla en la comunidad Indígena en un 63% en comparación con unidos 37%.

Para el caso del indicador peso para la edad se encuentra que los niños, niñas del resguardo de Yunguillo presentan mayor porcentaje de desnutrición global en un 60% y en un 40% la población de red unidos.

En la investigación se encontró que los niños de la comunidad indígena presentan mayores proporciones de malnutrición que los niños de Red Unidos.

En una investigación donde se evaluó el estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad encontraron que el 91,1 % están con retraso para la talla, 10 % con desnutrición aguda, 5,3 % con desnutrición aguda severa, 8,8 % con obesidad y el 10 % se catalogaron como con factor de riesgo para el neurodesarrollo. Al procesar y graficar estos datos se evidencia la tendencia de la población en general a la talla baja con desviación hacia el sobrepeso en los indicadores de peso para la talla e índice de masa corporal para la edad. (50)

En otro estudio el comportamiento acumulativo de la desnutrición crónica en función de la edad durante el período de crecimiento de los niños y niñas embera puede indicar que el ambiente alimentario adverso acompaña la vida indígena. En este estudio se observó un aumento de la desnutrición crónica con la edad, de 48,4% en los niños y niñas de 0-2 años a 76,6% entre 2 y 5 años y, finalmente a 77,1% de talla baja en los jóvenes (10-19 años). A medida que el niño indígena se separa de los cuidados maternos experimenta la sustitución de la leche materna por alimentos de baja calidad nutricional y se profundiza el retraso del crecimiento y el aumento de desnutrición crónica. (51)

Este último hallazgo consistente con los resultados de la ENSIN 2010(4) que mostro proporción la proporción de niños indígenas con sobrepeso fue significativamente mayor (6.8%) que la de los afrodescendientes (4.0%)

En la investigación también se encontró relación estadística entre el indicador talla para la edad y el nivel educativo del padre y la pertenecía a programa de alimentación complementaria y entre el indicador peso para la edad y el sexo.

La literatura evidencia que existen determinantes sociales que podrían influenciar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, como son la educación , el sexo , la pobreza y el lugar de residencia . En la ENSIN(4) los niños con prevalencias mayores de obesidad fueron hijos de madres con mayor nivel educativo y con niveles de SISBEN 4 . Acosta(53), comparándolos de la ENSIN 2005 y 2010 encontrando una relación inversa entre la obesidad y el nivel socioeconómico y el nivel educativo de las mujeres.

Otros autores como Álvarez(54) también han estudiado la relación entre el nivel socioeconómico , el nivel educativo y la obesidad encontrando diferencias de acuerdo a las condiciones socioeconómicas al interior de municipios, como es el caso de Medellín , donde se encontró mayor porcentaje de población con obesidad en los estratos medio y bajo , así como mayor prevalencia en las personas con menor nivel educativo y en quienes provienen de familias cuyos ingresos son menores a dos salarios mínimos .

Al respecto Fortich(55), refiere que la educación está asociada inversamente al sobrepeso y la obesidad y , por el contrario la riqueza esta directamente asociada con el sobrepeso ya la obesidad ;así mismo el sobrepeso es mayor en los hombres que en las mujeres a edad tempranas (56) y la obesidad es más frecuente en mujeres (57) y es mayor en la zona urbana (57) debido al incremento del consumo de las “comidas rápidas”o “para llevar” que supone hasta un tercio de calorías consumidas por que dichos alimentos contiene

más calorías , grasas saturadas, colesterol y menos fibra que las comidas caseras(58).

Los resultados arrojados en las dos poblaciones se encontró que la población indígena unos determinantes sociales importantes hallados fueron: la mayor proporción tanto del padre como de la madre ha cursado la primaria incompleta o completa, las madres son amas de casa y los padres se dedican a la agricultura. Más del 90% en las cuatro comunidades perciben ingresos inferiores a un salario mínimo y el 100% de la población participante se encuentran afiliados al régimen subsidiado; para la población de red unidos las Familias son nucleares.Unión libre y soltero ,La mayor proporción tanto del padre como de la madre ha cursado secundaria. Las madres son amas de casa o se dedican a trabajos informales y los padres se dedican al trabajo informal, más del 80% perciben ingresos inferiores a un salario mínimo el 94,4% se encuentra afiliado al régimen subsidiado, 3,2% al régimen contributivo y el porcentaje restante al régimen especial.

En diversos estudios se afirma que las poblaciones indígenas sufren pobreza no sólo por la falta de propiedad y disponibilidad de la tierra, sino también por la fragmentación de sus economías comunitarias, sus dificultades de inserción laboral, así como por los prejuicios étnico-raciales de los que son víctimas (59, 60). Además los indígenas y afrodescendientes suelen habitar en tierras de poca calidad productiva en lugares de difícil acceso y con fuertes carencias de acceso a infraestructuras y servicios básicos de salud, educación y seguridad social, por lo que les afectan negativamente varios determinantes de su salud y específicamente su nutrición.

Nuestros resultados difieren con la encuesta de calidad de vida 2010 -2011(61), a nivel nacional, se observó que el mayor promedio de años de educación se encontró en el grupo de edad de 25 a 34 años y correspondió en 2011 a 10,1 años superior a lo observado en 2010 (10,0 años), seguido del grupo de edad 15 a 24 años el cual pasó de 9,3 años en 2010 a 9,4 años en 2011.

De acuerdo a la encuesta de calidad de vida sobre el porcentaje de hogares por opinión del jefe o cónyuge sobre los ingresos de su hogar ENCV (2010 – 2011 A nivel de regiones para el 2011, la percepción más optimista sobre la capacidad que tienen los ingresos para cubrir los gastos mínimos del hogar se encuentra en Bogotá (4,2 puntos porcentuales por encima del año 2010). San Andrés y Valle, también muestran un mayor porcentaje donde los jefes de hogar o su cónyuge consideraron que los ingresos de su hogar “cubren más que los gastos mínimos”, 17,8% y 16,1% respectivamente. La región Pacífica mantiene en 2011 la calificación más pesimista sobre los ingresos del hogar; el 47,2% de los jefes de hogar o su cónyuge consideraron que los ingresos de su hogar “no alcanzan para cubrir los gastos mínimos”, aunque en este año se registró una disminución de 2,2 puntos porcentuales con respecto a lo expresado en 2010 (49,4%). (61)

En la investigación de escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija, hace referencia al nivel educativo de los padres es un factor clave para crear un ambiente saludable y potenciar el adecuado crecimiento, desarrollo y así evitar la desnutrición en la primaria infancia. (62)

En la investigación se encontró que la alimentación está basada en su mayoría en consumo de carbohidratos en las dos poblaciones, en esta investigación se identificó a través de la encuesta de frecuencia de consumo que; tubérculos como plátano y yuca en un 77,5% de los niños y el consumo de chocolate y panela en 78,7%, otro porcentaje relevantes encontró en las farináceas como: arroz, maíz, trigo, pan, pastas ,arepas, galleta, avena, cebada, harina de 7 granos, maicena en un 66,2%; es decir es más elevado el consumo de carbohidratos que el consumo de frutas, verduras y proteína de alto valor biológico. Esto podría explicarse porque los tubérculos son fuente de producción principal en el departamento del Putumayo y de los alimentos de más fácil acceso para la población.

Los resultados con respecto a la obesidad, de este estudio podrían estar relacionados con los de los estudios realizados en niños peruanos que

encontraron que a medida que incrementa el nivel de pobreza también aumenta el consumo de carbohidratos y, por el contrario, disminuye el consumo de proteínas, hierro y vitaminas (63).

La OMS considera que la obesidad es una epidemia que inicia a edades tempranas con un origen multicausal (64,65), y estima que en el 2015 se incrementará a 2,3 mil millones de personas con sobrepeso y 700 millones de personas obesas (70). En el Perú, el estado nutricional de la población ha tenido un cambio gradual, pues coexisten diferentes formas de malnutrición como la desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad en los niños (66-67), estos últimos han aumentado en forma progresiva debido a los cambios en la dieta y estilos de vida producto de la urbanización y desarrollo económico (68-69).

En cuanto a la actividad laboral en la investigación la población de red unidos es su mayoría predomina el trabajo informal y en la comunidad indígena la mayoría son agricultores, según el Gobierno Nacional de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. (2010). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, "Prosperidad para Todos". (69). La informalidad laboral y empresarial es una de las características de la economía colombiana y ha sido identificada como una de las principales barreras para alcanzar mayores niveles de crecimiento económico debido a sus efectos negativos sobre las condiciones de trabajo, la productividad, y la financiación del Sistema de Protección Social (SPS). En la informalidad laboral se concentra la población con una calidad del empleo deficiente, en cuanto a ingresos, jornada laboral, estabilidad, negociación laboral y vinculación a la Seguridad Social.

La investigación de Larrea y col demostró que en Ecuador, Perú y Bolivia, (71) tanto los hogares indígenas como en general, las regiones andinas (Sierra en Ecuador y Perú y Altiplano en Bolivia) sufren más intensamente la desnutrición. Este efecto negativo se mantiene incluso bajo condiciones similares de educación de la madre, uso de servicios de salud, condiciones de vivienda e infraestructura habitacional (agua, alcantarillado, electricidad).

Los hogares de las regiones andinas, y en particular los hogares indígenas, están más afectados por la desnutrición que los hogares no indígenas y de otras regiones, aún si se compara aquellos que tienen similares condiciones de educación, servicios de salud, vivienda e infraestructura habitacional, y otras variables de control, como la edad y el sexo de los niños.

En consecuencia, la desnutrición en los países no se explica únicamente por determinantes sociales usualmente asociados a la pobreza, o por el nivel educativo de la madre. Existen elementos relacionados con distintas formas de discriminación a la población indígena y otros elementos regionales que afectan a las zonas andinas. (72)

El indicador talla para la edad se identificó en unidos talla baja para la edad o retraso en talla 24.2%, y el resguardo de yunguillo en un 43,6%, al igual que los anteriores indicadores es una cifra elevada en comparación con la nacional y departamental; presentándose mayor proporción en niños para las dos grupos a estudios que en niñas, Según los patrones de crecimiento de la OMS, el 13,2% de los niños colombianos presento retraso en talla ($<-2DE$) y de ellos el 3% se encontró en el rango de $<-3DE$. En la resolución 2121 de adopción de nuevos patrones, se incluyó el rango de -1 a -2 como riesgo de talla baja para la edad, en el cual se esperaba en contra aproximadamente al 13,4% de la población (en una distribución normal), sin embargo en el país se presentó 30,2% de la población menor de 5 años se encuentra en este rango; por el lugar de residencia, el retraso en talla fue de mayor prevalencia en el área rural que en el área urbana (17% frente 11,6%). (45)

En cuanto a la cifra departamental según SISVAN 2013 (35) se identifican él en el rango de $<-3 DE$ de Desnutrición crónica y en retraso en talla 14.2%, ($<2DE$) en este rango se encontró 27.3% la investigación se evidencia que existe similitud con la cifra departamental en el rango de riesgo de peso bajo para la talla.

Respecto a la Desnutrición crónica, en la investigación relacionada con el análisis: Desnutrición infantil en Colombia: inequidad es determinantes, se

encontró que al igual que la investigación, los niveles de desnutrición crónica son mayores en la zona rural que en la urbana, y mayores en los hombres que en las mujeres. La desnutrición crónica muestra una relación positiva, bastante marcada, con el nivel socioeconómico, especialmente en las zonas urbanas. Los niveles de inequidad en contra de los grupos pobres son diferentes por sexo entre zonas urbana y rural: en las zonas urbanas la inequidades un poco mayor entre las niñas, mientras que en las zonas rurales la inequidad es mucho mayor entre los niños. (74).

En cuanto a la alimentación se indagó sobre; si producen algún tipo de alimento en el hogar a lo cual respondieron afirmativamente así: el 86,4% en Osococha, el 100% en San Carlos, el 95,5% en Tandarido y el 97,7% en Yuguinllo; los alimentos que producen son los típicos de la región como el banano, yuca, maíz, plátano, chiro y productos de la chagra. La mayor proporción los utiliza para el consumo, en Tandarido y Yunguillo el 13,6% y el 4,7% y en Tandarido el 4,5% los venden

Según la escala de seguridad alimentaria, en Osococha y San Carlos 6 de cada 10 cuidadores se consideran en seguridad alimentaria y el resto en inseguridad alimentaria leve. En Tandarido esta proporción prácticamente se invierte, 7 de cada 10 se consideran en inseguridad alimentaria leve. En Yunguillo una proporción mayor se considera en seguridad alimentaria pero aparecen 2 cuidadores que se clasifican en inseguridad alimentaria moderada; en la población de red unidos la escala de percepción de seguridad alimentaria la mayoría de la población percibe encontrarse en seguridad alimentaria

Según el informe del estado de inseguridad alimentaria en el mundo 2009(75) se destaca como consecuencia de la crisis alimentaria y económica que los hogares pobres generan mecanismos de adaptación en época crisis y se ven obligados a consumir comidas y alimentos menos nutritivos, reducir los gastos sanitarios y de educación y vender sus bienes: En Colombia se observan debilidades importantes en las prácticas alimentarias orientadas a obtener una

alimentación saludable, las cuales son más acentuadas en el área rural y en los niveles 1y 2 del sisben , prueba de ello es que el 15 % es que el 15% de las personas refieren consumir huevos o carnes diarias , lo que en términos absolutos correspondería a 6.8% millones de colombianos, así mismo se presenta una brecha importante , según el nivel del Sisben, en el que es 10% menor consumo de estos alimentos es el SISBEN 1 en comparación con el nivel 4 , lo que indica una relación ente las condiciones socioeconómicas y la situación alimentaria y nutricional.

Según Sánchez (76), los principales problemas de salud en las comunidades indígenas son la desnutrición, los altos índices de morbilidad, el desconocimiento de su cultura médica y la constante dificultad para cubrir a la totalidad de la población con los servicios de salud necesarios.

El estudio de la gran expedición humana que describe la situación nutricional y alimentaria de 26 grupos indígenas y cinco grupos afro colombianos aborda, entre otros aspectos, la alimentación de la mujer gestante y lactante, además del estado nutricional del menor de cinco años. En resumen el problema más relevante identificado fue la desnutrición crónica de la niñez indígena que está ocasionada por la interrelación de todos los factores de la disponibilidad, el consumo de alimentos y la utilización descritos anteriormente. Todo esto repercute negativamente en el crecimiento y desarrollo de los niños (21).

En Colombia se ha implementado una normatividad, con estrategias con metas nacionales para mejorar el estado nutricional y alcanzar el Objetivo 7. Mejorar la situación nutricional que se encuentra consignado en el Decreto 3039 de 2007 reglamenta el Plan Nacional de salud pública 2007-2010, en su Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento, que se enfoca al diseño e implementación del componente de vigilancia de la situación nutricional para la población menor de 12 años y gestantes un gran avance para la población colombiana. (78).

Referente a la pregunta como consideran el estado nutricional de los niños los padres y/o cuidadores la consideran en un alto porcentaje como bueno en las 4 comunidades del resguardo de yunguillo, para población de red unidos las madres y cuidadores consideran el estado nutricional de sus hijos y la mayoría refiere que es bueno.

Los padres o acudientes del resguardo de Yunguillo, refieren en su mayoría que los ingresos en una mayor proporción se destinan para la alimentación.

La diferencia se presenta en San Carlos donde la proporción corresponde al 56,7%. Para las población de red unidos los padres o acudientes refieren en su mayoría que los ingresos en una mayor proporción se destinan para alimentación, seguido para el arriendo y la salud.

La baja seguridad alimentaria en la comunidad de las Colonias es alarmante ya que cerca del 67,0% refieren inseguridad en la alimentación familiar y cerca del 30,0% tienen una inseguridad moderada a severa que corresponde a padecer de hambre y no tener la capacidad económica para calmarla, datos similares a los del estudio adelantado en el departamento de Antioquia, Colombia, donde en 2009 se encontró que el 62,0% de las familias presentaban inseguridad alimentaria, o al de 9 provincias del norte de Argentina del 69,0% también en 2009, pero menor a lo reportado en Girón donde el problema se presentó en el 95% de las familias. Los datos de inseguridad con hambre severa fueron similares a los reportados por los otros estudios colombianos (3,8% vs 4,4% en Antioquia y Santander) (78,79).

CONCLUSIONES

1. El estado nutricional de los niños del Resguardo Yunguillo, se caracteriza porque según el indicador peso para la talla el 56,5% tiene un peso adecuado para la talla, según el indicador talla para la edad el 17,1% tiene talla adecuada para la edad, según el indicador IMC el 27,4% tiene sobrepeso y según el indicador peso para la edad el 23,1% tiene desnutrición global. El estado nutricional de los niños del Red Unidos se caracteriza porque según el indicador peso para la talla el 41,1% tiene alguna alteración nutricional, según el indicador talla para la edad el 61,3% según el indicador IMC 33,1% y según el indicador peso para la edad el 72,6%. Se encontró relación entre el indicador peso para la edad y el sexo.
2. Los niños(as) de 0 a 5 años de la comunidad Inga y de la población de red unidos del municipio de Mocoa presentaron problemas de malnutrición reflejados en los porcentajes elevados de desnutrición crónica, sobrepeso y desnutrición global
3. Los niños de 0 a 5 años de la comunidad Inga presentaron mayor prevalencia de malnutrición en comparación con los niños(as) la población de red unidos del municipio de Mocoa
3. Los niños del resguardo indígena se caracterizan en su mayoría porque hacen parte de familias nucleares, con un promedio de 7 personas, tanto el padre como la madre tienen nivel educativo primaria. Las madres se dedican a labores del hogar y los padres a la agricultura, tiene ingresos inferiores a un salario mínimo que dedican en mayor proporción a la alimentación. Habitan casas con paredes de madera y techo de zinc y el acceso a servicios públicos es limitado. Los niños de Red Unidos se caracterizan en su mayoría porque viven en familias nucleares, los padres tienen nivel educativo primaria, las madres se dedican a actividades del hogar, los ingresos del 78,2% son inferiores al salario mínimo, lo dedican en su mayoría para la alimentación. Habitan en casas con techo de zinc y paredes de madera, tienen mejor acceso a servicios públicos.

5. Se observaron diferencias estadísticas al comparar los niños del grupo de indígenas y de Red Unidos con el indicador talla para la edad.

5. Considerando los dos grupos, los niños indígenas y los niños de Red Unidos se encontró relación estadística entre el indicador talla para la edad y el nivel educativo del padre y la pertenecía a programa de alimentación complementaria y entre el indicador peso para la edad y el sexo.

RECOMENDACIONES

1. Es importante abordar los determinantes sociales desde las condiciones sanitarias y desde acceso a ingresos, fomentando el empleo, ya sea a través de la inserción de los programas de economía solidaria, rescate de productos propios de la región y del pueblo indígena inga, generando condiciones favorables para la economía del hogar que conlleven a una mayor inversión local y asegurar el acceso a los alimentos para tratar a las personas como agentes activos de la sociedad.
2. Implementar actividades de orientación y promoción de la salud que permita a la madre comprender la relación existente entre el estado nutricional deficiente y las condiciones de vida que imperan en sus hogares, promoviendo además de conocerlos factores que causan la desnutrición y las consecuencias de esta enfermedad, la forma más adecuada de utilizar los recursos con los que se cuenta para superarla.
3. Es primordial para el departamento que dentro de la agenda de los gobernantes, se planteen estrategias de intervención para niños en el mejoramiento de estilos de vida saludables, donde se promoció comidas saludables, con bajos contenidos de grasas, fomentando la actividad física para disminuir el sobrepeso y la obesidad.
4. Es fundamental que se planteen estrategias a corto plazo para niños y niñas con desnutrición aguda y exceso de peso, donde sea prioritario el tema étnico y desarrollo social, donde se proporcionen procedimientos de

seguimiento con enfoque etnocultural ,dándole a la población el asesoramiento con profesionales médicos, nutricionistas y enfermeras, que nos garanticen su atención y seguimiento fomentando practicas saludables a la población infantil.

5. Los niños con retraso en talla es prioritario abordar habilidades de intervención, desde el enfoque de la cosmovisión que se incluyan desde mujeres gestantes ,niños y periodo de lactancia, siendo prioritario promover prácticas saludables a las poblaciones más vulnerables.
6. Promover políticas públicas intersectoriales , que busquen mejorar el estado de salud, brindando mayor accesibilidad a los servicios de salud y Mejorando las determinantes socioeconómicas ,la educación de la madres es uno de los factores con gran relevancia en el estado nutricional de los niños y niñas, siendo prioritario mejorar su inserción y permanencia educativa en centros de enseñanza, teniendo en cuenta que una mejor educación garantiza, buena información, el acceso a fuentes de empleo formales, mejores ingresos para la familia y poder acceder a una cantidad adecuada y suficiente de alimentos mejorando su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nación. MdSdl. Plan Federal de Salud. Encuesta Nacional de nutrición y salud 2004-2005 Argentina.
2. INCAP-OPS-Menchu MT S. Propuesta de indicadores para la Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Guatemala.: Pubicacion INCAP PCE-073.; 2012.
3. Lorenzo G. Desnutrición ¿Por qué existe?.AnVenezNutr. 2005;18(1):69-71.
4. ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional 2010.
5. Álvarez L. Los determinantes sociales de las inequidades en salud y nutrición. In: 12o Simposio Nacional de Nutrición Humana.; 2008; Medellín: Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia.; 2008. p. 77-82.
6. Barker D, Erikson J, Forsén T, Osmond C. Fetal origins of adult disease: strenght of effects and biological basis. Int J Epidemiol. 2002;31:1235-1239.
7. Richter L. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review. Geneva. World Health Organization. 2004.
8. Hertzman C, Power C, Matthews S, Manor O. Using an interactive framework of societyandlifecourse to explain self-rated health in earlyadulthood. Soc. SciMed. 2001;53:1575-1585.
9. Alimentos. RyoNU-Pmd. Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Oficina regional del PMA para América Latina y el Caribe.
10. Hugo A. Factores determinantes del exceso de peso en escolares: Un estudio multinivel. Rev Méd Chile. 2007; 135:1510-1518.
11. Sotomayor H. El infanticidio y abandono de niños en Colombia desde los tiempos prehispánicos a los republicanos. Rev Col Ped. 2000; 35.
12. Pita M. La alimentación pre y pos colombina en Europa y en América y su relación con el estado nutricional. 2009.

13. Restrepo B. Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Emberá-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. Sabaneta: CES; 2006.
14. Rostworowski M. La mujer en la época prehispánica. IEP, Instituto de Estudios Peruanos. 1988.
15. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health PromotInt. 1991; 6:217-228.
16. Bocanegra A. Las prácticas de crianza entre la Colonia y la Independencia de Colombia: los discursos que las enuncian y las hacen visibles. Revista Latinoamericana en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2007; 5.
17. Ginesta A. El Conservador de los Niños. Madrid; 1797.
18. Sánchez E, Enrique M, Benjumea S, Rodríguez I, Nieto B. Los pueblos indígenas en Colombia. Derechos, políticas y desafíos. Unicef. Oficina de área para Colombia y Venezuela. Bogotá. 2003.
19. Tobar L, Chinchilla M, Cortés Y, Mondragón A. Estado alimentario y nutricional de comunidades indígenas y poblaciones afrocolombianas. Gran Expedición Humana. Terrenos de la Gran Expedición Humana. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.; 1996.
20. Santos H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública. 2011;37(2):134-136.
21. Wilkinson R. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. Londres: Routledge; 1996.
22. León Huerta B, Nuñez Zarazu L, Alberto Veramendi V. Estado nutricional, anemia ferropénica y parasitosis intestinal en niños menores de cinco años del asentamiento humano de chayhua distrito de huaraz 2008". 2008.
23. Javier Rosique G. María Teresa Restrepo C., Luz Mariela Manjarrés C., Estado Nutricional y Hábitos Alimentarios en indígenas envera de Colombia.Rev Chil Nutr Vol. 37, N°3, Septiembre 2010

24. Larrea, C., & Kawachi, I. (2005). Does economic inequality affect child malnutrition? The case of Ecuador. *Social Science and Medicine*, 60, 165-178.
falta bibliografía.
25. .Refugiados. LAdIOP. UNHCR. ACNUR. 60 años. Comunidades indígenas.
26. Arango R, Sánchez E. Los Pueblos Indígenas de Colombia en el Umbral del Nuevo Milenio. Bogotá. 2006.
27. Secretaria de Salud Departamental - ONG Acción Contra el Hambre Misión Colombia & Ecuador. Diagnóstico Nutricional en el departamento del Putumayo Septiembre 2011.
28. Planeación. DPN. RdCDNd. Guía para el uso del clasificador Red Unidos. 2011.
29. Departamento Nacional de Planeación. (2010). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, "Prosperidad para Todos".
30. UNICEF. Progreso para la infancia. In: Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas.; 2007.
31. Salud. OMdl. Informe Mundial sobre la Salud 2005. ¡cada madre y cada niño contarán!. Ginebra. 2005.
32. Suskind R. Textbook of Pediatric Nutrition. Second ed: Raven Press Ltd.; 1993.
33. DANE. Estadísticas Vitales 2006. Defunciones por grupos de edad. 2006.
34. Iriart C. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002;12(2).
35. Health. CoSDo. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Geneva. OMS 2005.
36. PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano. 2011.
37. Salud. CsdslsOMdl. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - 2005-2008: CDSS, liderada por Sir Michael Marmot. OMS. 2010.
38. Taller de "Intersectorialidad y Determinantes Sociales de la Salud para la Reducción de la Desnutrición Crónica en Paraguay"

39. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. Rev. cub. salud pública. 2007;33:1.
40. Jiménez D, Rodríguez M. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutr. Hosp. 2010;25 (1):18-25.
41. Jiménez D, Rodríguez M. Red de malnutrición en Iberoamérica del programa de ciencia y tecnología para el desarrollo (red mel-cyted). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica.
42. Castellanos P. Los modelos explicativos del proceso salud - enfermedad: los determinantes sociales.: Universidad de Antioquia.
43. Arocena V. Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE). USAID. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú, 1996-2007. Lima.; 2009.
44. Rivera J. Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de edad en México: resultados de una encuesta nacional probabilística. Salud Publica Mex. 2003(45):466-S476.
45. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía en salud - ENDS. 2010.
46. Social. MdIP. Resolución 2121 de 2010. Patrones de crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud-OMS en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0a 18 años de edad y se dictan otras disposiciones.
47. Segura J. Pobreza y Desnutrición Infantil, Gerencia de Investigación y Desarrollo. Lima.
48. UNICEF. EFdNUPII-. Estado Mundial de la Infancia. 1998.
49. Colombia. MDSd. Resolución 008430 de 1993. 1993.
50. Arias M, Tarazona MC, Lamus F, Grandaos C. Estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños menores de 5 años de edad Rev. salud pública. 15 (4): 565-576, 2013.
51. Rosique J, Restrepo M, Manjarrés L, Gálvez A, Santa J. Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas Embera de Colombia. Rev Chil Nutr. 2010 Sep; 37(3) 270-280.

52. Rosique J, Restrepo M, Manjarrés L, Gálvez A, Santa J. Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas Embera de Colombia. *Rev Chil Nutr.* 2010 Sep; 37(3) 270-280.
53. Acosta K. La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia. Cartagena: Banco de la República; 2012. [citado mayo de 2013]. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional; °170. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/es/node/27047>.
54. Álvarez-Castaño LS, Goez-Rueda JD, Carreño-Aguirre C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Gerenc Polit Salud.* 2012; 11:98-110.
55. Fortich R, Gutiérrez J. Los determinantes de la obesidad en Colombia. *Economía & Región.* 2011;5(2):155-82.
56. Ortiz-Moncada R, Alvarez-Dardet C, Miralles-Bueno J, Ruiz-Cantero M, Dal Re-Saavedra M, Villalba C, *et al.* Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Med Clin (Barc).* 2011; 137:678-84.
57. Philip J, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. *Obes Res.* 2001;9(4):228S-33S.
58. Magnusson RS. What's law got to do with it Part 2: Legal strategies for healthier nutrition and obesity prevention. *Aust New Zealand Health Policy.* 2008; 5:11.
59. Psacharopoulos G, Patrinos HA (eds.). *Indigenous People and Poverty in Latin America: An Empirical Analysis.* Washington, D.C.: The World Bank, 1994.
60. Hopenhayn M, Bello A, Miranda F. Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio. CEPAL. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Abril de 2006.
61. DANE. Encuesta de calidad de vida 2010 -2011
62. Tejada LM, González de tino, Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija, Centro clínico nutricional Menca de Lioni, Caraca. *An Venez* 2005, 18 (2):

- 162, 16869. Chescheir N. Obesidad en el Mundo y su Efecto en la Salud de la Mujer. *ObstetGynecol* 2011;117:1213–22.
63. Rojas C, Calderón M, Taipe M, Bernui, Ysla M, Riega V. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de niños peruanos de 12 a 35 meses de edad. *RevPeruMedExp Salud Publica*. 2004; 21(2):98-106.
64. Low S, Chew Chin M, Deurenberg-Yap M. Review on Epidemic of Obesity. *Ann Acad Med Singapore*. 2009;38:57-65.
65. Pérez BM, Landaeta-Jiménez M, Amador J, Vásquez M, Marrodán MD. Sensibilidad y especificidad de indicadores antropométricos de adiposidad y distribución de grasa en niños y adolescentes venezolanos. *INCI*. 2009;34(2):84-90.
66. Chescheir N. Obesidad en el Mundo y su Efecto en la Salud de la Mujer. *Obstet Gynecol* 2011;117:1213–22.
67. Miranda M, Chávez H, Aramburú A, Tarqui-Mamani C. Indicadores del Programa Articulado Nutricional. Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2008-2010-CENAN-DEVAN). Lima: Instituto Nacional de Salud; 2010.
68. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Lima: INEI; 2011.
69. Tarqui-Mamani C, Sánchez J. Situación Nutricional del Perú, 2010. Informe preliminar. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2010.
70. Barria M, Amigo H. Transición Nutricional: una revisión del perfil latinoamericano. *Arch Latinoam Nutr*. 2006;56(1):3-11
71. Larrea C. Desnutrición, Etnicidad y Pobreza en el Ecuador y el Área Andina. Artículo publicado en el libro Barrera, Augusto, et.al. “Foro sobre la democracia, el

bienestar y el crecimiento económico”. UNICEF-FLACSO- Terranueva. (2006)
Ecuador

72. M. Review on Epidemic of Obesity. Ann Acad Med Singapore.2009;38:57-65

73. 35.Sisvan del departamento del Putumayo. 2013.

74. Desnutrición Infantil en Colombia: Inequidades Determinantes*
Carmen Elisa Flórez

75. Salud. OMdl. Informe Mundial sobre la Salud 2005: !cada madre y cada niño
contaran!
Ginebra. 2005.

76. .Sánchez E, Enrique M, Benjumea S, Rodríguez I, Nieto B. Los pueblos
indígenas en Colombia. Derechos, políticas y desafíos. Unicef. Oficina de área
para Colombia y Venezuela. Bogotá. 2003.

77. Decreto 3039 de 2007 reglamenta el Plan Nacional de salud pública 2007-
2010,

78. Gamboa-Delgado EM., López-Barbosa N, Vera-Cala LM., Prada-Gómez GE.
Patrón Alimentario y Estado Nutricional en Niños Desplazados en Piedecuesta,
Colombia. Rev. Salud Pública. 2007; 9(1): 129-139.

79. . Bolzán A, Mercer R. Hunger perception and stunting among children living in
poor conditions from the north of Argentina. Arch argent pediatric 2009; 107(3):
221-228.

11. ANEXOS

REGISTRO FOTOGRAFICO



REGISTRO FOTOGRAFICO



ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMATO



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA.**

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

INVESTIGACIÓN:

Título: Estado nutricional y determinantes sociales de la salud intermedios en niños(as) entre 0 y 5 años de la comunidad indígena Inga del resguardo de Yunguillo y de Red Unidos del municipio de Mocoa, departamento del Putumayo

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo al equipo de investigadores de la, Universidad Autónoma de Manizales para la realización de los siguientes procedimientos:

AL NIÑO: _____

TOMA DE PESO

- ✓ Se utiliza balanza digital con capacidad de 150 kg y pesa bebés para los niños menores de 2 años.
- ✓ Se calibra la balanza a cero.
- ✓ La medida se toma con la mínima cantidad de ropa.
- ✓ El niño debe mantenerse quieto en el centro de la plataforma, mirando al frente, brazos abajo, asegurándose de que no se apoyara en ningún lugar.
- ✓ El dato se registró inmediatamente en el formato adecuado.
- ✓

TOMA DE LONGITUD - TALLA

Para los niños menores de 2 años (LONGITUD)

- ✓ Antes de iniciar se debe explicar a la madre y/o responsable que se va a tomar la talla del niño y que requiere de su colaboración para que el niño se sienta tranquilo.
- ✓ Se coloca la cinta métrica en el centro de la mesa la cual estaba pegada a la pared.
- ✓ Se verifica que el niño estuviese sin zapatos y que en la cabeza no tenga objetos que alteren la medida.
- ✓ Se coloca al niño decúbito supino (boca arriba) y con ayuda de la madre y/o del agente educativo comunitario tomaron la cabeza del niño con ambas manos, colocándolas a cada lado de la misma sin ejercer mucha presión se mantuvo la cara del niño recta.
- ✓ Verificar que los hombros, espalda, glúteos y talones del niño estén en contacto con la cinta.
- ✓ Tomar las rodillas del niño con la mano izquierda, estirándolas con movimiento suave pero firme lo más rápido posible y con ayuda de una escuadra formando un ángulo de 90° entre los pies del niño y la mesa.
- ✓ El dato se registra inmediatamente en el formato adecuado.

PARA LOS NIÑOS MAYORES DE 2 AÑOS:

- ✓ Se utiliza tallimetro o estadiómetro

- ✓ La medida se toma con el niño de pie, sin zapatos, sin adornos en la cabeza que puedan obstruir la toma, sobre la superficie del suelo, controlando que sus talones, glúteos, espalda y plano posterior de la cabeza estuviesen apoyados con la cinta métrica y verificando que los talones estuvieran juntos.
- ✓ El niño debe mirar al frente y trazando una línea imaginaria del plano de Frankfort; y con ayuda de una escuadra la cual debe formar un ángulo de 90° con la parte posterior de la cinta.
- ✓ El dato se registró inmediatamente en el formato adecuado.

A LOS PADRES O ACUDIENTES:

Entrevista acerca de:

1. Características sociales.

Adicionalmente se me informó que:

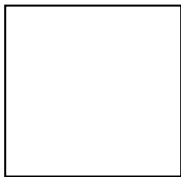
- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar contribuir a la formulación de políticas de salud de la primera infancia en el municipio de Mocoa. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Huella Índice derecho:





ENCUESTA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL RESGUARDO INGA Y POBLACION VULNERABLE DEL MUNICIPIO DE MOCOA

OBJETIVO: Establecer los determinantes sociales de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años del resguardo inga y población vulnerable del municipio de Mocoa en el año 2012.

*** PERFIL DEL ENCUESTADO:** Padre - Madre de Familia, responsable y/o cuidador del beneficiario del niño menor de 5 años

1. IDENTIFICACION

1	Nombre la madre o padre responsable	_____	1.2	Número Telefónico (Fijo - Celular)	_____	1.3 Dirección	_____
1	Área o Zona de Residencia:	Urban o Rural	1.5	Municipio	_____		
1	Grupo étnico	Indígena Otro	1.7	Nivel de sisben	1 2 3 4		

2. COMPOSICION DEL HOGAR

En el siguiente cuadro registre todos los integrantes del hogar y codifique según sea el caso (estado civil, nivel educativo, actividad laboral, tipo de aseguramiento en salud).

No de orden de nacimiento de los hijos	Nombres y Apellidos	sexo		Edad	Estado Civil		Actividad Laboral					Aporte Económico		
		H	M				Nivel Educativo	Agricultura	Obsero	Am de casa	Info mal	Independiente		
					Casado	Primaria							<150000	
					viudo	Secundaria	1						450000-100.0000	
					Unio libre	Primaria incompleta							100.000-150.000	
					Soltero	Secundaria incompleta							150.0000-200.0000	
						Tecnico							200.0000-300.000	
						Tecnologico								
						Universitario								

Propia			Usufructo																																																																							
<p>4.3 Cuál de los siguientes servicios públicos o comunales cuenta la vivienda?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; border: 1px solid black;">Energía eléctrica</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Acueducto</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Gas por tubería</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Alcantarillado</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Recolección de basuras</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td></td> </tr> </table>	Energía eléctrica	1		Acueducto	2		Gas por tubería	7		Alcantarillado	9		Recolección de basuras	11		4.4	<p>4.4 Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para el consumo que utilizan los miembros del hogar.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border: 1px solid black;">Acueducto público</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Río</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Carro Tanque</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Agüero</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Agua lluvia</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%; border: 1px solid black;">Acueducto comunal o veredal</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Pozo</td> <td style="text-align: center;">n</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Otro?</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">cual?</p>	Acueducto público	3		Río	4		Carro Tanque	8		Agüero	10		Agua lluvia	12		Acueducto comunal o veredal			Pozo	n		Otro?																																			
Energía eléctrica	1																																																																									
Acueducto	2																																																																									
Gas por tubería	7																																																																									
Alcantarillado	9																																																																									
Recolección de basuras	11																																																																									
Acueducto público	3																																																																									
Río	4																																																																									
Carro Tanque	8																																																																									
Agüero	10																																																																									
Agua lluvia	12																																																																									
Acueducto comunal o veredal																																																																										
Pozo	n																																																																									
Otro?																																																																										
<p>4.5 Como elimina principalmente la basura que se produce en el hogar?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;">Recoje el servicio de aseo</td> <td style="width: 15%; border: 1px solid black;">La queman</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: 1px solid black;">La entierran</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">La tiran al patio</td> <td style="border: 1px solid black;">Lote, sarena, baldío</td> <td></td> <td style="border: 1px solid black;">La tiran al río</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">Otra?</td> <td style="border: 1px solid black;">Cual?</td> <td style="border: 1px solid black;">Caño, quebrada</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">La recoge un servicio informal, (zona, carretera)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Recoje el servicio de aseo	La queman	1							La entierran	4						La tiran al patio	Lote, sarena, baldío		La tiran al río					Otra?	Cual?	Caño, quebrada	7					La recoge un servicio informal, (zona, carretera)								4.6	<p>4.6 Número de veces por semana que se recolecta la basura (carro recolector)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;">1 vez</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;">2 veces</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;">3 veces</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;">4 veces</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">1 vez</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">1 vez</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">1 vez</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">2</p>	1 vez	1	2 veces	2	3 veces	3	4 veces	4	1 vez	3							1 vez	6							1 vez	9						
Recoje el servicio de aseo	La queman	1																																																																								
	La entierran	4																																																																								
La tiran al patio	Lote, sarena, baldío		La tiran al río																																																																							
Otra?	Cual?	Caño, quebrada	7																																																																							
La recoge un servicio informal, (zona, carretera)																																																																										
1 vez	1	2 veces	2	3 veces	3	4 veces	4																																																																			
1 vez	3																																																																									
1 vez	6																																																																									
1 vez	9																																																																									
<p>4.7 Que tipo de Servicio Sanitario tiene el</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	4.8	<p>4.8 El servicio sanitario de este hogar es:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> </table>		1			2																																																													
1	2																																																																									
3	4																																																																									
5	6																																																																									
	1																																																																									
	2																																																																									

hogar	
Inodoro conectado al alcantarillado	Inodoro sin conexión
Letrina	
Inodoro conectado al pozo séptico	Otro?

Uso exclusivo de las personas de este hogar						
Compartido con varias personas de este hogar						

4.9 En que sitio de la vivienda prepara los alimentos este hogar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Un cuarto usado solo para cocinar	sala comedor con lava platos	
un cuarto usado tambien para dormir	patio	
Sala comedor sin lava platos	Patio al aire libre	
Ninguna parte, no preparan alimentos	corredor	

La cocina o sitio para preparar los alimentos es:

1 De uso exclusivo de las personas del hogar

2 Compartida con personas de otros hogares

Si la respuesta es la opción Pase a la pregunta

4.11 Que energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	Electricidad	

Cual es el material predominante de los techos de esta vivienda?

1 Teja de barro

2 Cemento con cielo

3 desechos de carton

4

5

Material de desecho	Carbon mineral	zinc	razo	Eternit	Paja o Palma
Gas propano, (Cilindro)	Petroleo, kerosen, gasolina				6

4.1 1 3 Cuál es el material predominante de los pisos de esta vivienda? Madera burda, tabla o tablon Baldosa, tableta Alfombra otra?	1 2 3 4 5 6 7 8 Cemento Frisado Tierra o arena Cual?	4.14 Cual es el material predominante de las paredes de esta vivienda? Madera burda o tabla o tablon Ladrillo Bloque Zinc Tela, carton, lata, desechos Guadua Bahareque, carton o desecho	1	4	6
			2	5	7

4.1 1 5 De cuantos cuartos o piezas incluyendo sala comedor dispone este hogar	4.16 En cuanto de estos cuartos duermen las personas de este hogar
--	--

5. ASPECTOS DE SALUD

5.1 1 Están afiliados o es beneficiario de una entidad del sistema de seguridad social en salud? SI	5.2 A que regimen pertenece? EPS contributivo Ecopetrol, Especial fuerzas	1	4	3
		2	5	



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	universidades	armadas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPS subsidiado	<input type="checkbox"/>	Publicas, magisterio	No sabe <input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

6. PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD DE NIÑO

<p>6.1 Como cree que es el estado nutricional del niño (a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p>Excelente</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p>	<p>6.2 Que problemas de salud tuvo el niño en los últimos 30 días?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p>Enfermedad</p> <p>Accidene</p> <p>Violencia familiar</p> <p>Algun otro problema?</p> <p>Odontologico</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p>	<p>6.3 Cuantos dias dejo de asistir al trabajo, al estudio o no pudo realizar sus actividades cotidianas?</p> <p>6.4 Que hizo principalmente para tratar el problema de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7</p> <p><input type="checkbox"/> 8</p> <p><input type="checkbox"/> 9</p> <p>Medico general, medico</p> <p>Especialista, odontologo</p> <p>Terapeuta, inst de salu</p> <p>terapias alternativas</p> <p>Promotor, enfermera</p> <p>Farmacia, drogueria, botica</p> <p>Medicina tradicional; cual?</p> <p>Remedio caseros</p> <p>Automedicacion</p> <p>Nada</p> <p>Otro?</p> <p><input type="checkbox"/> 10</p> <p>cual</p>
<p>6.5 La atención a este problema fue pagada de salud fue pagada por la institución a la que se encuentra afiliado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p>	<p>6.6 De que queda el lugar donde consulto la última vez?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7</p> <p><input type="checkbox"/> 8</p> <p><input type="checkbox"/> 9</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7</p> <p><input type="checkbox"/> 8</p> <p><input type="checkbox"/> 9</p> <p>57</p>



Si totalmente	En el mismo barrio donde queda su lugar de trabajo	En la misma manzana de su vivienda				En la misma localidad donde queda su lugar de trabajo
Si parcialmente (Copagos), cuotas moderadoras						En el mismo municipio donde usted vive
No		En el mismo barrio donde vive				En la misma localidad donde reside en su lugar de trabajo
		En la misma manzana el la que esta ubicado				No sabe _____
		En otro municipio				5

6. La última vez que consulto en que se transportó desde el lugar en el que se encontraba hasta el consultorio o institución de salud?

7

A pie 1	Carro particular 2	6.8	Minutos 3	Dias	Horas 4	No sabe
Bus de servicio publico 3						
Taxi 4						
No sabe						

6.9

Caso leve	1	Muchos tramites	9
Falta de tiempo	2	No sabe donde prestan el servicio	10
Servicio queda lejos	3	Horario de consulta no le sirve	11
Transporte muy costoso	4	Demora en la consignacion de citas	12
Servicio muy costoso	5	Demora en la atencion en el sitio	13
Servicio de mala calidad	6	No sabia que tenia derecho	14
Fue pero no lo atendieron	7	Afiliado (RC/RS)	15
No confia en medicos	8		

Otra _____

7. D 1 NIBILIDAD 2 LIMENTOS

<p>7.1 Produce algún tipo de alimento en el hogar a. SI</p> <p>7.2 Si su respuesta es SI, cual (es _____</p>	<p>b. N O</p>	<p>7.3 Que hace con los alimentos que produce</p> <p style="text-align: center;">Si su respuesta es no pase al punto 7.4</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;">Los consume 1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">Los regala</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">Los vende 2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">Alimenta animales 3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; text-align: center;">4</td> </tr> </table> <p>Otro cual _____</p>	Los consume 1	Los regala	Los vende 2	Alimenta animales 3	4									
Los consume 1	Los regala	Los vende 2	Alimenta animales 3	4												
<p>7.4 Existen centros de ventas de alimentos en el sector donde vive?</p>	<p>SI 1 2</p>	<p>7.5 Sitio frecuente de compra de alimentos para el hogar?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Tienda 1</td> <td style="width: 10%;">Supermerca do 2</td> <td style="width: 10%;">Vendedor ambulante 3</td> <td style="width: 10%;">Central de abastos o central de acopio 4</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Otro ?</td> <td></td> <td>cu al?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tienda 1	Supermerca do 2	Vendedor ambulante 3	Central de abastos o central de acopio 4				Otro ?		cu al?				
Tienda 1	Supermerca do 2	Vendedor ambulante 3	Central de abastos o central de acopio 4													
Otro ?		cu al?														
<p>7.6 Encuentra todos los alimentos que acostumbra a consumir en este sitio?</p>	<p>1 2</p>	<p style="text-align: center;">Si su respuesta es NO pase a la pregunta 7.7</p>														

7.7 Cuales de los siguientes alimentos encuentra en los centros de ventas?

GRUPO DE ALIMENTACION	
FRUTAS	Naranja
	Papaya
	Piña
	Guayaba
	Limón
	Mora
	Tomate de Árbol
	Huevo

GRUPO DE ALIMENTACION	
CEREALES RAICES TUBERCULOS y PLATANOS	Arroz
	pasta
	avena
	yuca
	papa
	platano
	Frijol Fresco
	Arveja Fresca

CARNES, HUEVOS,	Pollo	HORTALIZAS VERDES Y LEGUMINOSAS VERDES	Habichuela
	Carne de Res		Brócoli
	Atún		Zanahoria
	Lentejas		Repollo
	Frijol		Tomate
	Garbanzo		Cebolla
LACTEOS	Queso		Pepino
	Yogurt		Ahuyama
AZUCARES Y DULCES	Leche		Aceite
	Azúcar		Mantequilla
	Panela	Mayonesa	
		GRASAS	Aguacate

8. PERCEPCION DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR

8.1 ESCALA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Nº	VARIABLE	Si			No		Siempre		Algunas veces	Rara vez
1	En los últimos 30 días. Usted se preocupo algunas vez de que en su hogar se acabaran los alimentos debido a falta de dinero?									
2	En los últimos 30 días falto dinero en el hogar para comprar alimentos?									
3	En los últimos 30 días alguna vez en su hogar se quedaron sin dinero para obtener una alimentación nutritiva : es decir que contenga carne, leche o producto lácteos , frutas, huevos, verduras, cereales, leguminosas, tubérculos , plátanos yucas y chiros									
4	En los últimos 30 días alguna vez usted o algún adulto de su hogar no pudo variar la alimentación por falta de dinero									
5	En los últimos 30 días alguna vez usted o algún adulto de su hogar comió menos de los que está acostumbrado por falta de dinero									
Si las preguntas 1,2,3,4,5, fueron respondidas NO se termina el cuestionario. Si alguna de las 5 primeras es SI continúe la encuesta										
6	En los último 30 días en el hogar se disminuyo el numero de comidas como dejar de desayunar , almorzar, o comer por falta de dinero para comprar alimentos									
7	En los últimos 30 días alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos por falta de dinero									



8	En los últimos 30 días alguna vez usted o algún adulto de su hogar dejo de desayunar almorzar o comer por falta de dinero								
9	En los últimos 30 días algún adulto comió menos en la comida principal porque la comida no alcanzo para todos								
10	En los últimos 30 días algunas vez usted o algún adulto de su hogar sintió o se quejo de hambre y no comió por falta de dinero								
11	En los últimos 30 días alguna vez usted o algún adulto de su hogar solo comió una sola vez al día o dejo de comer en todo el día por falta de dinero								
12	En los últimos 30 días alguna vez algún adulto de su hogar se acostó con hambre porque no alcanzo el dinero para los alimentos								
En este hogar habitan personas menores de 5 años: si la respuesta es SI se debe continuar el cuestionario									
13	En los últimos 30 días se compraron menos alimentos indispensables para los jóvenes y niños por que el dinero no alcanzo								
14	En los último 30 días algún joven o niño dejo de desayunar , almorzar, o comer por falta de dinero para comprar alimentos								
15	En los últimos 30 días alguna vez por falta de dinero algún joven o niño de su hogar dejo de tener una alimentación nutritiva : es decir que contenga carne, leche o producto lácteos , frutas, huevos, verduras, cereales, leguminosas, tubérculos y plátanos								
16	En los últimos 30 días alguna vez algún niño o joven de su hogar no pudo variar la alimentación por falta de dinero								
	En los últimos 30 días alguna vez usted tuvo que disminuir la cantidad servida en las comidas de algún niño o joven de su hogar por falta de dinero								
17	En los últimos 30 días algún joven o niño comió menos en la comida principal porque la comida no alcanzo para todos								PUUNTAJE
18	En los últimos 30 días alguna vez algún niño o joven de su hogar se sintió o se quejo de hambre y no comió por falta de dinero								
19	En los ultimo 30 días alguna vez algún niño joven de su hogar se acostó con hambre porque no alcanzo el dinero para los alimentos								
20	En los últimos 30 días alguna vez algún niño o joven de su hogar solo comió una sola vez al día o dejo de comer en todo el día por falta de dinero								
21	En los ultimo 30 días alguna vez algún niño joven de su hogar se acostó con hambre porque no alcanzo el dinero para los alimentos								
22	En los últimos 30 días alguna vez algún niño o joven de su hogar solo comió una sola vez al día o dejo de comer en todo el día por falta de dinero								
9. ACCESO DE ALIMENTOS									

9.

1
3
5

2
4

9.2 Cuanto del

1
4

1	Cuanto es el ingreso mensual de la familia	ingreso familiar destina al mes para la compra de alimentos											
	<table border="1"> <tr><td><1SMLV</td></tr> <tr><td>= 1 SMLV</td></tr> <tr><td>>1 ≤ 2 SMLV</td></tr> </table>	<1SMLV	= 1 SMLV	>1 ≤ 2 SMLV	<table border="1"> <tr><td>> DE 2 SMLV</td></tr> <tr><td>Ns/Nr</td></tr> </table>	> DE 2 SMLV	Ns/Nr	<table border="1"> <tr><td>< \$ 50.000</td></tr> <tr><td>≥ \$200.000</td></tr> </table>	< \$ 50.000	≥ \$200.000	<table border="1"> <tr><td>≥ \$50.000 - < \$100.000</td></tr> <tr><td>≥ \$100.000 - < \$150.000</td></tr> </table>	≥ \$50.000 - < \$100.000	≥ \$100.000 - < \$150.000
<1SMLV													
= 1 SMLV													
>1 ≤ 2 SMLV													
> DE 2 SMLV													
Ns/Nr													
< \$ 50.000													
≥ \$200.000													
≥ \$50.000 - < \$100.000													
≥ \$100.000 - < \$150.000													
				<table border="1"> <tr><td>≥150.000 - <\$200.000</td></tr> </table>	≥150.000 - <\$200.000								
≥150.000 - <\$200.000													

9.3 Que aspecto le representa a la familia mas gasto cual?

Alimentación	Educación	Salud	Costos públicos		Arriendo o pago de cuota	Transporte	Otro? SI NO
	2	1	3	4	5	6	

10. CONSUMO DE ALIMENTOS

10.1 Si existe un niño recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Si no fuese hasta 6, hasta que edad entonces? combino leche materna y alimentación?	10.2 Cuantas personas comen de la misma olla?	10.3 Cuenta con Nevera o electrodoméstico para refrigeración de los alimentos?
SI NO 1 2		Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 10.4
		10.4 Deja de consumir alimentos por no tener Nevera o electrodoméstico para refrigeración? N SI O

11 APROVECHAMIENTO BIOLÓGICO DE ALIMENTOS

11.1 Cual es el centro de atención medica

Si su respuesta es **no**, pase a la pregunta 11.2

1	2	3
1	2	3

<p>Cerca al lugar de su residencia existe algún centro de atención médica (Puestos de Salud, IPS, EPS, Centros Médicos)</p>		11.4	Ha participado en las brigadas de salud realizadas?	SI	NO	NS/NR
1	SI			NO		
1.3						
3						
	SI	NO	NS/NR			
				SI	NO	si no

12. CALIDAD O INOCUIDAD DE ALIMENTOS

1 Seleccione el método de almacenamiento según corresponda.

ALIMENTOS	ALMACENAMIENTO	ALIMENTOS	ALMACENAMIENTO
13.1.1 CARNES (Pollo, Pescado, Menudencias)		13.1.4 Frutas	
13.1.2 Lácteos y Derivados		13.1.5 Hortalizas y Verduras	
13.1.3 Huevos		13.1.6 GraSas	

Refrigeración 1

Congelación

En Seco 2 3

No almacenar 4

5

Ns/Nr

1

2

2

Muy Buena	Buena <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Regular <input type="checkbox"/> 3	Mala <input type="checkbox"/> 4	Ns/Nr <input type="checkbox"/> 5
-----------	---	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

13. EDUCACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

1				
3.1	Ha recibido charlas o capacitación con respecto a temas de nutrición y alimentación	SI	NO	
1		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
3.				



2

14. OBSERVACIONES

15. CONTROL DE LA ENCUESTA

1						
5.	Mes		Día		Año	
1						
1						
5.						
2						
1						
5.						
3						

FIRMA DEL ENCUESTADO

FIRMA DEL ENCUESTADOR

